

Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial

Informe de la Secretaría

1. En su 134.^a reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe.¹ El texto que sigue se ha actualizado y revisado para tener en cuenta las deliberaciones celebradas.
2. El Plan estratégico para la erradicación de la poliomiélitis y la fase final 2013-2018² se preparó en respuesta a la resolución WHA65.5. En el presente informe se resumen la situación en que se encuentra cada uno de los cuatro objetivos del Plan, los obstáculos a la consecución de los hitos, la situación financiera actual y las prioridades para 2014.

OBJETIVO 1: DETECCIÓN E INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS

3. En 2013, el número de casos notificados de enfermedad por poliovirus salvajes aumentó un 82% con respecto a 2012 (405 casos frente a 223), y se señaló la existencia de casos de poliomiélitis en ocho países, frente a cinco en 2012. Ese aumento se debió a un incremento del número de casos en el Pakistán y a brotes originados por la nueva propagación internacional de poliovirus de Nigeria al Cuerno de África (193 casos en Somalia, 14 en Kenia y 9 en Etiopía) y del Pakistán al Oriente Medio (38 casos notificados por todas las fuentes en la República Árabe Siria). También se detectaron poliovirus salvajes de origen pakistaní en muestras ambientales recogidas en Israel y los territorios palestinos ocupados. En el Camerún se detectaron cuatro casos debidos a un poliovirus importado. El número de casos en el Pakistán aumentó en un 60% (a 93) con respecto a 2012. En Nigeria y el Afganistán los casos disminuyeron un 57% y un 62%, respectivamente. Cabe señalar que, de los 53 casos de Nigeria, solo 6 fueron notificados entre septiembre y diciembre de 2013 (esto es, durante la «temporada alta» de transmisión de poliovirus). De los 93 casos del Afganistán, 60 fueron notificados entre septiembre y diciembre, 48 de ellos por las Zonas Tribales bajo Administración Federal y la provincia de Khyber Pakhtunkhwa.
4. En 2013, por primera vez en la historia, todos los casos de poliomiélitis causados por virus salvajes se debieron a un único serotipo: el 1; el caso más reciente debido a poliovirus salvajes de tipo 3 se produjo el 10 de noviembre de 2012 en Nigeria. En total se registraron 63 casos debidos a poliovi-

¹ Véase el acta resumida del Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión, duodécima sesión, sección 3 (documento EB134/2014/REC/2).

² <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Strategyandwork.aspx> (consultado el 4 de diciembre de 2013).

rus circulantes de tipo 2 de origen vacunal en 7 países, la mayoría de ellos en el Pakistán y en la zona fronteriza entre el Camerún, el Chad, el Níger y Nigeria.

5. La inseguridad, los ataques contra los trabajadores sanitarios y/o la prohibición de la inmunización contra la poliomielitis por las autoridades locales han hecho más difícil el acceso a las Zonas Tribales bajo Administración Federal y la provincia de Khyber Pakhtunkhwa en el Pakistán, y al estado de Borno en Nigeria. Las deficiencias crónicas de la ejecución de las actividades siguió siendo un problema fundamental en otras zonas prioritarias, en particular en el estado de Kano (Nigeria) y en la provincia de Baluchistán y la ciudad de Karachi en la provincia de Sindh (Pakistán). Se calcula que en las zonas del Pakistán y Nigeria afectadas por los poliovirus seguía habiendo 530 000 niños inaccesibles a la vacunación; por otra parte, en la zona reinfecteda de Somalia central-meridional había más de 500 000 niños inaccesibles a la vacunación contra la poliomielitis.¹

6. El riesgo de que continúe la propagación internacional sigue siendo alto, sobre todo en África central (especialmente desde el Camerún), el Oriente Medio y el Cuerno de África. Así pues, en su 60.^a reunión, celebrada en octubre de 2013, el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, declaró que la transmisión de la poliomielitis constituía una emergencia para todos los Estados Miembros de la Región.² Tras las deliberaciones del Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión, la Directora General convocó el grupo de trabajo sobre la poliomielitis del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (Ginebra, 5 y 6 de febrero de 2014), con el fin de actualizar las recomendaciones de la OMS en materia de vacunación para los viajeros de zonas infectadas por la poliomielitis. Está previsto convocar una reunión del Comité de Emergencias establecido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) antes del comienzo de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, para que asesore a la Directora General sobre las posibles medidas para frenar la propagación internacional de poliovirus salvajes.

OBJETIVO 2: FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INMUNIZACIÓN Y RETIRADA DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL

7. En 2013 se adoptaron cinco criterios para evaluar la preparación para la retirada mundial de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 en 2016:³ introducción de al menos una dosis de vacuna con poliovirus inactivados; acceso a una vacuna antipoliomielítica oral bivalente aprobada para la inmunización sistemática; aplicación de protocolos de vigilancia y respuesta ante los poliovirus de tipo 2 (incluida la constitución de una reserva de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2); finalización de las actividades de contención de poliovirus de fase 1, con el tratamiento adecuado de los materiales residuales de tipo 2;⁴ y verificación de la erradicación mundial de los poliovirus salvajes de tipo 2. El factor determinante para fijar una fecha definitiva para la retirada mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral será la ausencia durante un mínimo de seis meses de todos los poliovirus circulantes persistentes de tipo 2 de origen vacunal.

¹ En 2013 hubo países del Cuerno de África reinfectedados por poliovirus originados en el norte de Nigeria.

² Resolución EM/RC60/R.3 *Escalating poliomyelitis emergency in the Eastern Mediterranean Region*.

³ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, noviembre de 2013 – conclusiones y recomendaciones. *Weekly Epidemiological Record*, 2014; 89(1):1-16.

⁴ Plan de acción mundial para minimizar el riesgo asociado a los centros que guarden poliovirus después de la erradicación de los poliovirus salvajes y el cese del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral (proyecto) (http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAP3_2009.pdf, consultado el 4 de diciembre de 2013).

8. Se ha puesto en marcha un programa de trabajo con la Alianza GAVI para respaldar el fortalecimiento de los sistemas de inmunización sistemática en los 10 países identificados como prioritarios en el Plan estratégico para la fase final,¹ aprovechando las inversiones de la Alianza en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la considerable asistencia técnica desplegada a través de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. En 2013 se examinaron y revisaron los planes de inmunización en seis de esos países (Chad, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo) para alinear esos recursos.

9. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización finalizó sus recomendaciones sobre la administración de la vacuna con poliovirus inactivados en los calendarios de inmunización sistemática² y respaldó la estrategia que se ha elaborado con la Alianza GAVI para la financiación, suministro e introducción mundial de la vacuna con poliovirus inactivados.² La estrategia divide los 126 países que en la actualidad solo utilizan vacuna antipoliomielítica oral en cuatro niveles de prioridad en función del riesgo de la aparición y propagación de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal. El 72% de la población destinataria de la estrategia está concentrada en los 33 países de los niveles 1 y 2. La estrategia combina la financiación a través de la Alianza GAVI y los procesos acelerados para los 73 países que reúnen las condiciones para recibir su apoyo con las compras de grandes cantidades y la adquisición asistida por el UNICEF para otros países, a fin de obtener los precios más bajos posibles para la vacuna con poliovirus inactivados. En febrero de 2014, el UNICEF anunció un precio de adquisición de € 0,75 por dosis (aproximadamente US\$ 1 por dosis al tipo de cambio actual) de vacuna con poliovirus inactivados en viales de diez dosis para los países elegibles para recibir ayuda de la Alianza y un precio de € 1,49 - € 2,40 (entre US\$ 2,04 y US\$ 3,28 al tipo de cambio actual) por dosis para los países de ingresos medianos. Además, el UNICEF ha ofrecido a los países de ingresos bajos y medianos la posibilidad de comprar al por mayor viales de cinco dosis a US\$ 1,90 por dosis, que se prevé que estén disponibles a partir del último trimestre de 2014. Por otra parte, se sigue trabajando en el desarrollo y la aprobación de nuevos productos y métodos en relación con la vacuna con poliovirus inactivados, lo cual podría ayudar a conseguir una reducción mayor del costo de esa vacuna a mediano plazo (esto es, después de 2018).

OBJETIVO 3: CONTENCIÓN Y CERTIFICACIÓN

10. El Plan de acción mundial para minimizar el riesgo asociado a los centros que guarden poliovirus después de la erradicación de los poliovirus salvajes y el cese del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral³ se está actualizando para armonizar las actividades con el Plan estratégico para la fase final y su cronograma. El plan actualizado estará disponible para consultas públicas más adelante este año. Desde el punto de vista operacional, la prioridad inmediata para la contención consiste en velar por que las actividades de la fase 1 se hayan completado para 2015. Entre ellas se encuentran la elaboración de un inventario de todos los centros en los que haya materiales infecciosos o potencialmente infecciosos relacionados con los poliovirus salvajes y la aplicación de medidas para garantizar

¹ Esos 10 países prioritarios, en los que se encuentran la mayoría de los niños subinmunizados del mundo, disponen de una importante infraestructura de recursos humanos financiada por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis: Afganistán, Angola, Chad, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Somalia y Sudán del Sur.

² Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, noviembre de 2013 – conclusiones y recomendaciones. *Weekly Epidemiological Record*, 2014; 89(1):1-16.

³ Plan de acción mundial para minimizar el riesgo asociado a los centros que guarden poliovirus después de la erradicación de los poliovirus salvajes y el cese del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral (proyecto) (http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAP3_2009.pdf, sitio consultado el 4 de diciembre de 2013).

el tratamiento seguro de todos los poliovirus salvajes residuales, especialmente del serotipo 2. A finales de 2013, todos los Estados Miembros habían completado las actividades de la fase 1, con la excepción de dos países de la Región del Mediterráneo Oriental y 37 de la Región de África.

11. Al 28 de febrero de 2014, la Región de Asia Sudoriental iba camino de lograr la certificación de la erradicación de la poliomielitis para finales de marzo de 2014. La Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis examinará los datos de las seis regiones de la OMS a finales de 2014 o comienzos de 2015 para determinar si hay evidencias suficientes para concluir oficialmente que los poliovirus salvajes de tipo 2 se han erradicado en todo el mundo.

OBJETIVO 4: PLANIFICACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL LEGADO

12. La planificación de la transmisión del legado tiene por objeto garantizar que los conocimientos, capacidades, procesos y activos creados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis seguirán beneficiando a otros programas de salud pública tras la finalización de la labor de erradicación. En 2013 se inició un proceso consultivo con la redacción de un documento de referencia para los comités regionales de la OMS en el cual se presentaban tres posibles escenarios de transmisión del legado. Está surgiendo un consenso cada vez más amplio en el sentido de que los activos, las enseñanzas y los recursos de la Iniciativa deberían transferirse, principalmente a través de los gobiernos nacionales, para beneficiar a otras prioridades sanitarias.

13. Se realizó un estudio independiente sobre las 22 000 personas desplegadas por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, entre ellas las más de 7000 contratadas por la OMS.¹ Las funciones consideradas con mayor frecuencia como de posible valor para ser transferidas a otras iniciativas sanitarias por los altos representantes de gobiernos nacionales, organismos donantes y otras iniciativas sanitarias fueron las de vigilancia (86%), laboratorio (50%) y movilización social (46%). Dos terceras partes de quienes respondieron afirmaron que los responsables de la administración futura de esta infraestructura de recursos humanos debían ser los gobiernos nacionales.

14. La labor relacionada con la transmisión del legado de la poliomielitis seguirá en 2014 con nuevas consultas, una mayor documentación de los activos y las capacidades de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y un examen más detallado de los conocimientos adquiridos y las enseñanzas extraídas. Estos datos servirán de base a un marco mundial para la planificación de la transmisión del legado en los ámbitos nacional e internacional. Se preparará un proyecto de marco para que sea examinado por los comités regionales en 2014, con miras a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará en 2015.

FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS

15. En la Cumbre Mundial de las Vacunas (Abu Dhabi, 24 y 25 de abril de 2013), los donantes y los gobiernos de los países afectados por la poliomielitis se comprometieron a aportar US\$ 4040 millones de los US\$ 5530 millones del presupuesto del Plan estratégico para la fase final. Desde entonces se han obtenido promesas adicionales de contribuciones por un valor de US\$ 490 millones. Para hacer efectivas estas promesas y movilizar más recursos con los que financiar los US\$ 1000 millones restantes, la OMS y sus asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis han reforzado sus capacidades de movilización de recursos y comunicación estratégica y han centrado la labor de su grupo interinstitucional de sensibilización sobre la poliomielitis en la intensificación de la movili-

¹ Véase el documento EB134/49.

ción de recursos. Un grupo de trabajo interinstitucional sobre financiación se encarga de reforzar el control de costos, la rendición de cuentas y la gestión de recursos.

16. A finales de noviembre de 2013, las solicitudes globales de financiación para la realización de actividades de erradicación en 2014 excedían el presupuesto de US\$ 1033 millones en US\$ 286 millones. Para poder atender a esas solicitudes con los recursos disponibles fue necesario reprogramar sustancialmente las actividades suplementarias de inmunización en muchos países y asignar parte de los escasos fondos de colocación discrecional del programa a la introducción de la vacuna con poliovirus inactivados. Al 23 de enero de 2014, el déficit de efectivo para las actividades de erradicación previstas para 2014 seguía siendo de US\$ 497,52 millones, con respecto al presupuesto previsto para 2014, que asciende a US\$ 1033 millones, por lo que es preciso redoblar los esfuerzos para que las promesas de financiación se hagan efectivas.

PRINCIPALES RIESGOS Y PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS PARA 2014

17. Los principales riesgos que amenazan al logro de la erradicación son: la prohibición de las campañas de inmunización en la región de Waziristán del Norte del Pakistán y en algunas zonas de las regiones meridional y central de Somalia; la persecución continuada de los vacunadores en la provincia de Khyber Pakhtunkhwa y en Karachi (Pakistán); las operaciones militares en curso en la región de Khyber (dentro de las Zonas Tribales bajo Administración Federal) del Pakistán; la inseguridad en la región oriental del Afganistán y en el estado de Borno (Nigeria); el conflicto activo en la República Árabe Siria, y las deficiencias en el desempeño del programa en el estado de Kano (Nigeria) y en la respuesta a brotes en el Camerún. Esos riesgos se ven agravados por las deficiencias en la vigilancia de la enfermedad y la persistente amenaza de una nueva propagación internacional de poliovirus.

18. La gestión de esos riesgos requiere que todos los países infectados se impliquen plenamente en el programa de erradicación y que todos sus ministerios y departamentos pertinentes se comprometan firmemente con él, así como que las autoridades locales sean consideradas plenamente responsables de la calidad de las actividades, especialmente en zonas accesibles como el estado de Kano (Nigeria) y en el Camerún. El acceso a los niños en zonas poco seguras y afectadas por conflictos y su vacunación requerirán además el pleno compromiso de los órganos internacionales competentes, los líderes religiosos y los agentes de ayuda humanitaria para aplicar planes operativos específicos para cada zona, generar una mayor demanda y participación comunitarias y adaptar los enfoques con que se aborda la erradicación en consonancia con los contextos locales. Para minimizar los riesgos y las consecuencias de la propagación internacional de poliovirus, se insta a los Estados Miembros a reforzar la vigilancia y las actividades de inmunización y aplicar plenamente las recomendaciones en materia de inmunización de los viajeros.

19. A fin de estar preparados para la retirada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral de aquí a 2016, se alienta a los Estados Miembros a que elaboren planes para introducir al menos una dosis de la vacuna con poliovirus inactivados en sus programas de inmunización sistemática. Conscientes de la complejidad de los mecanismos de financiación y del escaso plazo disponible para introducir esta vacuna a nivel mundial, se recomienda que los países endémicos y con un riesgo elevado de reaparición de la poliomielitis elaboren un plan de introducción de la vacuna con poliovirus

inactivado antes de mediados de 2014, y que todos los países elaboren dichos planes antes del final de 2014.¹

20. Para reforzar aún más la gobernanza y la supervisión de la iniciativa de erradicación, el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis, integrado por los jefes de los cinco asociados principales, puso en marcha la celebración semestral de reuniones presenciales, un proceso de examen sistemático de riesgos y un proceso de adopción de decisiones que facilita la realización de aportaciones más sistemáticas por los donantes y las partes interesadas. En el segundo trimestre de este año está previsto llevar a cabo un examen integral e independiente de la gestión de la iniciativa de erradicación, con objeto de mejorar los procesos de adopción de decisiones programáticas relacionados con todos los aspectos de la iniciativa. En la Secretaría, la Directora General creó un equipo de gestión para la erradicación de la poliomielitis integrado por varios grupos orgánicos con objeto de incrementar el apoyo de la Organización a la gestión del programa, la aplicación de la estrategia y la movilización y gestión de recursos.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

21. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe y que aliente la adopción de las siguientes medidas: que todos los Estados Miembros afectados por la poliomielitis adopten de inmediato medidas de emergencia para superar los obstáculos que todavía impiden hacer llegar a todos los niños la vacuna antipoliomielítica oral; que todos los Estados Miembros que actualmente utilizan solo la vacuna antipoliomielítica oral establezcan antes de finales de 2014 un plan para introducir al menos una dosis de la vacuna con poliovirus inactivados en sus programas de inmunización sistemática antes de finales de 2015, y que todos los Estados Miembros apliquen las actividades de contención de poliovirus de fase 1 de aquí a finales de 2015, garanticen una vigilancia estrecha de los poliovirus y apliquen las recomendaciones pertinentes en materia de vacunación contra la poliomielitis destinadas a los viajeros.

= = =

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, noviembre de 2013 – conclusiones y recomendaciones. *Weekly Epidemiological Record*, 2014; 89(1):1-16.