



Erradicación de la poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. En 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA41.28, en la que se fijaba el objetivo de lograr la erradicación mundial de la poliomielitis antes de que acabara el año 2000. Por aquel entonces, el poliovirus salvaje era endémico en más de 125 países de cinco continentes, y cada año dejaba paralíticos a más de 350 000 niños. En 1999, la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA52.22, instó a los Estados Miembros a que aceleraran las actividades de erradicación e iniciaran el proceso de confinamiento del virus en laboratorio.
2. Se ha certificado la ausencia de poliomielitis en las regiones de la OMS de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, que suman en conjunto más de 3000 millones de habitantes. Hasta ahora se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en todos los países, excepto seis, de las otras tres regiones (véase la figura). En Nigeria (355 casos), la India (225) y el Pakistán (101) se concentran el 93% de los casos, aunque en los dos últimos países se ha reducido sensiblemente el ámbito geográfico de transmisión. Los datos epidemiológicos y virológicos evidencian una transmisión endémica muy focalizada en el Níger (39 casos) y el Afganistán (8), con repetidas importaciones desde sendos «reservorios mundiales» fronterizos con esos dos países (Nigeria y el Pakistán respectivamente). En Egipto (un caso), la transmisión endémica está muy localizada.
3. En una reunión de emergencia sobre erradicación de la poliomielitis (Ginebra, 15 de enero de 2004), los ministros de salud, o sus representantes, de los países que siguen estando afectados establecieron un plan integral para intensificar las actividades en un «empujón final» que interrumpa la transmisión del poliovirus para el final de 2004. La Declaración de Ginebra, firmada en la reunión por los ministros y los asociados punteros, expresa el compromiso nacional e internacional de lograr ese objetivo. Se espera que, después de su consideración por la Asamblea de la Salud, los Jefes de Estado informarán sobre los progresos realizados en el próximo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
4. En la reunión de emergencia se constató el aumento del apoyo internacional a las actividades de erradicación de la poliomielitis. En la Cumbre del G8 celebrada en Evian (Francia) en junio de 2003, los dirigentes reafirmaron su compromiso de cubrir el déficit financiero de las actividades de erradicación de la poliomielitis que se lleven a cabo entre 2003 y 2005. En la Cumbre de la Unión Africana celebrada en Maputo (Mozambique) en julio de 2003, los jefes de Estado decidieron interrumpir las últimas cadenas de transmisión de la poliomielitis en África y velar por que se movilizaran los fondos necesarios para 2003 a 2005. Los dirigentes de la Organización de la Conferencia Islámica, en su Cumbre de Putrajaya (Malasia), celebrada en octubre de 2003, aprobaron una resolución sobre la erradicación de la poliomielitis y exhortaron a los Estados Miembros a que redoblaran esfuerzos para erradicar la enfermedad e invirtieran los recursos necesarios para garantizar la protección de la población infantil en todos los países de la Conferencia Islámica.

5. Tras un amplio proceso de consultas entre los asociados a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, en enero de 2004 se puso en marcha un nuevo Plan Estratégico Mundial de Erradicación de la Poliomielitis para el periodo 2004-2008. En él se definen el programa de trabajo que debe aplicarse y los jalones que señalan los cuatro grandes objetivos de la Iniciativa, esto es: interrumpir la transmisión del poliovirus en los últimos reservorios existentes; certificar la erradicación de la poliomielitis en todo el mundo; preparar el cese de la administración de la vacuna antipoliomielítica oral; e integrar la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en las actividades generales. El plan recoge los principales cambios tácticos que se introdujeron en 2003 para atajar la transmisión del poliovirus, el plazo revisado para lograr la certificación mundial (2008), el objetivo específico de dejar de administrar la vacuna antipoliomielítica oral al poco tiempo de logrado lo anterior, y planes para sostener los componentes a largo plazo del trabajo de erradicación.

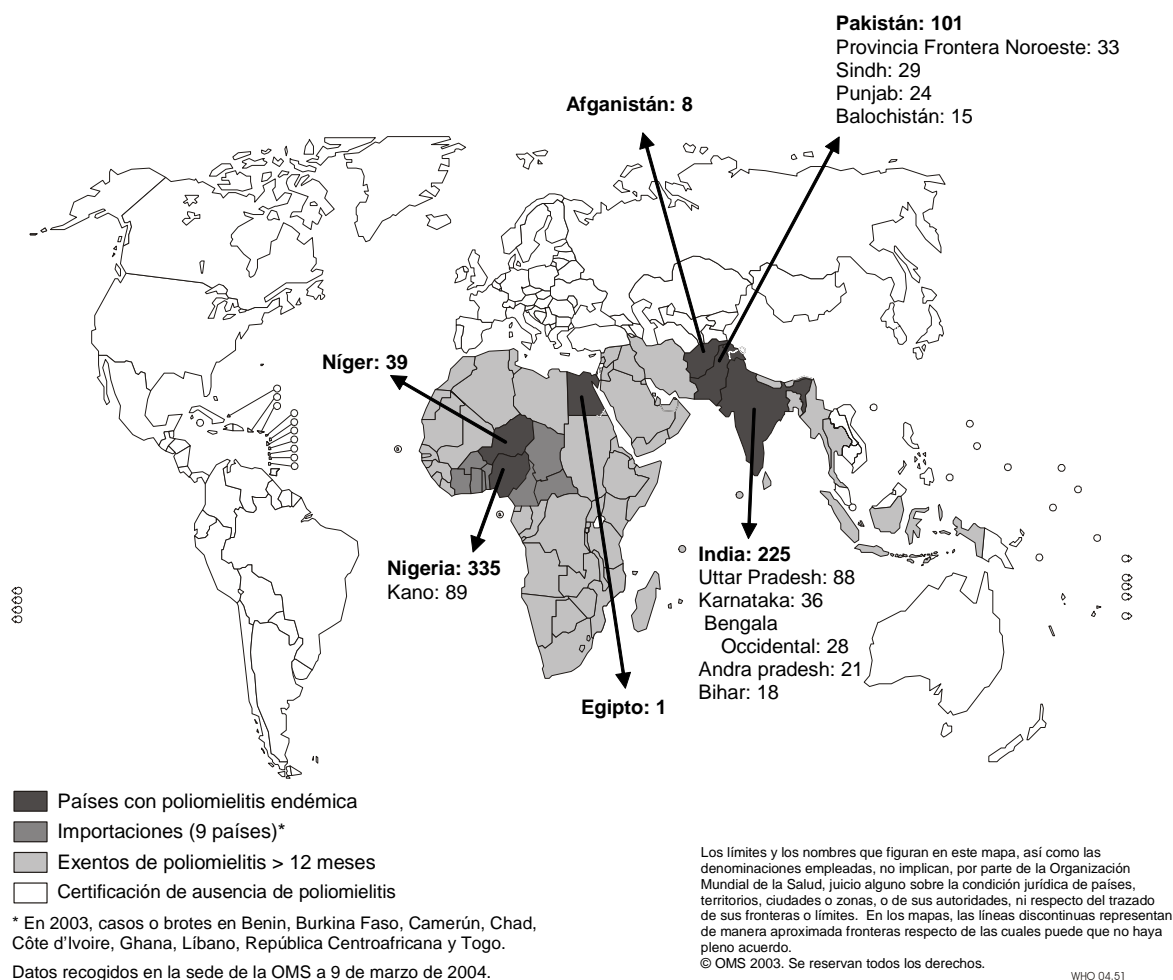
6. Por lo que respecta al confinamiento del poliovirus en laboratorio, los 135 países de las tres regiones de la OMS donde se ha certificado la ausencia de la enfermedad han empezado a buscar instalaciones al efecto. De todos esos países, varios de ellos grandes naciones industrializadas, 82 (un 61%) han presentado un inventario de instalaciones donde se conserva el poliovirus salvaje o material infeccioso o potencialmente infeccioso. En las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, todos los Estados Miembros exentos de poliomielitis han empezado a trabajar de cara al confinamiento del virus. En la Región de África, Botswana ha ultimado la encuesta y el inventario. Otros países de zonas exentas de poliomielitis de África oriental y austral tienen previsto iniciar las actividades de contención antes del final de 2004.

CUESTIONES CONEXAS

7. Hay que interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en los seis últimos países donde la poliomielitis es endémica con el fin de aprovechar la ocasión única que existe para detener la transmisión antes del final de 2004 (véase la figura). Resulta de especial importancia mejorar rápidamente la calidad de las campañas de inmunización general contra la poliomielitis en los estados o provincias reservorios clave de Nigeria (p. ej. Kano), la India (p. ej. Uttar Pradesh), y el Pakistán. Para que en 2004 las campañas de erradicación en esas zonas lleguen a todos y cada uno de los niños será preciso que responsables políticos y de salud de alto nivel supervisen directamente la labor en los planos nacional, estatal y de distrito, única forma de movilizar plenamente a la administración civil y hacer frente a carencias en aspectos del programa tan importantes como el transporte de los vacunadores o la información pública. Será necesario asimismo recabar la plena participación de todos los dirigentes religiosos, tradicionales y comunitarios, para tener la seguridad de que se inmuniza completamente a todos los niños de todas las comunidades.

8. En 2003 Nigeria registró el 48% de los casos de poliomielitis producidos en todo el mundo. A raíz de las inquietudes expresadas por varias personalidades respecto de la seguridad de la vacuna antipoliomielítica oral, las administraciones públicas del estado de Kano y de varios otros estados colindantes suspendieron las campañas de inmunización a partir de agosto de 2003. Para que se pueda interrumpir la transmisión del poliovirus en Nigeria antes del final de 2004 es necesario llevar a cabo campañas de inmunización de alta calidad y de ámbito nacional que lleguen a la totalidad de los niños durante la estación de baja transmisión del poliovirus, esto es, a principios de 2004. Por consiguiente, habrá que recuperar la confianza en la seguridad de la vacuna a nivel comunitario, mejorando la calidad de la microplanificación a escala de comunidad y manteniendo una estrecha supervisión política durante cada ronda de actividades.

Poliovirus salvaje, julio a diciembre de 2003



9. En 2003, por primera vez en la historia, el número de países con casos importados de poliomiélitis fue superior al de países donde la enfermedad era endémica. Destacan sobre todo los episodios de reinfección por un poliovirus procedente del norte de Nigeria que se registraron en 2003 en Benin, Burkina Faso, el Camerún, el Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, la República Centroafricana, el Togo, parte del Níger y algunos estados nigerianos hasta entonces exentos de poliomiélitis, como el de Lagos. La respuesta internacional a que dan lugar las importaciones tiene un costo de más de US\$ 20 millones. Para reducir al mínimo el riesgo de importación es menester que en todas las zonas exentas de poliomiélitis se apliquen programas sistemáticos para mantener un índice elevado de cobertura de inmunización, se siga observando el nivel de vigilancia necesario para la certificación y se instituyan protocolos operativos uniformes, que permitan efectuar campañas generales de inmunización de barrido al cabo de 28 días de confirmarse la presencia del poliovirus salvaje.

10. El déficit financiero sigue siendo la mayor amenaza que pesa sobre la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. En 2003, por primera vez en la historia de la Iniciativa, hubo que cancelar o diferir actividades debido a una aguda escasez de fondos, lo que comprometió seriamente la calidad de la vigilancia y de la inmunización suplementaria, sobre todo en el África subsahariana. A mediados de enero de 2004, la Iniciativa redujo los US\$ 275 millones de déficit que había a finales de 2002 a US\$ 130 millo-

nes para el periodo 2004-2005. Dada la necesidad de mantener en todo el mundo una labor de vigilancia de gran calidad hasta que se logre la certificación mundial y se suspenda la vacunación antipoliomielítica oral, de aquí a 2008 van a necesitarse recursos adicionales.

11. En septiembre de 2003, con ocasión de una consulta oficiosa de la OMS sobre la detección y el tratamiento de poliovirus de origen vacunal, se llegó a la conclusión de que los brotes provocados por ese tipo de virus entrañan un peligro cierto para el objetivo mundial de eliminar la parálisis causada por poliovirus circulantes, peligro que no remitirá hasta que deje de utilizarse la vacuna antipoliomielítica oral, sobre todo en zonas de baja cobertura de inmunización. En el Plan Estratégico Mundial de Erradicación de la Poliomieltis para el periodo 2004-2008 figura el objetivo explícito de interrumpir la inmunización sistemática con la vacuna oral lo más pronto posible una vez lograda la erradicación, cuando aún sean altos los niveles de sensibilidad de los dispositivos de vigilancia y la inmunidad de las poblaciones. Para entonces será preciso que las reservas existentes del poliovirus salvaje ya estén a buen recaudo, en condiciones adecuadas de confinamiento biológico, y que hayan aumentado las actuales existencias de vacunas antipoliomielíticas, tanto en número de dosis como en tipos de vacunas. La OMS está preparando unas directrices para que las instancias normativas nacionales puedan fundamentar las decisiones que tengan que adoptar cuando se suspenda la administración de la vacuna antipoliomielítica oral.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

10. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del informe.

= = =