



Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación

Informe de la Secretaría

1. En 1988, cuando el poliovirus salvaje era endémico en más de 125 países, la resolución WHA41.28 estableció la meta de la erradicación mundial de la poliomiélitis. En la resolución WHA59.1 la Asamblea de la Salud instó a todos los Estados Miembros en los que la poliomiélitis es aún endémica a poner en práctica su compromiso de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje, y a los Estados Miembros libres de la enfermedad, a responder rápidamente a la detección de poliovirus circulantes con las medidas previstas.
2. En 2006, cuatro países no habían logrado interrumpir la transmisión endémica del poliovirus salvaje, a saber, el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán. Éste es el número más bajo de «países endémicos» registrado hasta hoy. Esos cuatro países representaron un 94% de todos los casos nuevos de poliomiélitis en 2006 (al 27 de febrero de 2007). En el Afganistán (31 casos), la mayor inseguridad en la región meridional propició un nuevo brote, pues el acceso a los niños se vio dificultado aún más durante las campañas de inmunización contra la enfermedad; el Presidente de ese país ha establecido un Grupo de Acción Nacional contra la Poliomiélitis, para que su oficina supervise directamente las estrategias destinadas a ampliar el acceso a todas las poblaciones. El Pakistán (40 casos) sincronizó sus campañas con el Afganistán a fin de optimizar la cobertura de las poblaciones en las zonas inseguras y en las zonas de desplazamientos de población entre los dos países. En la India (672 casos), la transmisión endémica continuó en los Estados de Bihar y Uttar Pradesh. En la zona occidental de Uttar Pradesh la cobertura vacunal insuficiente provocó un nuevo brote en 2006. En Nigeria (1119 casos), la presencia del poliovirus salvaje se limitó a los estados septentrionales, donde la transmisión endémica sigue siendo la más intensa del mundo; en mayo de 2006 se introdujeron los «días de inmunización plus», en los que además de la administración de la vacuna antipoliomielítica oral se ofrecen otras vacunas e intervenciones sanitarias para fortalecer la participación comunitaria.
3. En 2006, el 6% restante de los casos nuevos de poliomiélitis se han registrado en países en los que se ha reintroducido el poliovirus. Así, poliovirus originarios de la India causaron brotes en Angola, Bangladesh, Namibia, Nepal y la República Democrática del Congo. Poliovirus originarios del norte de Nigeria causaron casos o brotes en el Camerún, el Chad, Etiopía, Indonesia, Kenya, el Níger, Somalia y el Yemen. La rápida implementación de las medidas preconizadas en la resolución WHA59.1 ha reducido notablemente la magnitud y la duración de los brotes recientes.
4. Con objeto de redoblar los esfuerzos orientados a interrumpir las cadenas de transmisión de poliovirus salvajes autóctonos que aún subsisten en el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán, la Directora General convocó con carácter urgente una reunión consultiva de las principales partes interesadas en la erradicación de la poliomiélitis (Ginebra, 28 de febrero de 2007). Los participantes reiteraron las poderosas razones técnicas, humanitarias y económicas para completar la erradicación. Los

países endémicos, los donantes y otros asociados en la esfera de la erradicación de la poliomielitis se comprometieron a trabajar conjuntamente con el fin de superar rápidamente los obstáculos operativos y financieros que aún persisten para ampliar la cobertura vacunal contra la poliomielitis a todos los niños, mediante actividades suplementarias de inmunización. Los participantes examinaron los nuevos enfoques que se están adoptando para suprimir determinados obstáculos operativos en cada uno de los cuatro países, y observaron que esos países habían asignado sustanciales recursos financieros nacionales a las actividades de erradicación de la poliomielitis. La reunión instó a la comunidad internacional de donantes a asignar sin demora fondos adicionales para la erradicación de la poliomielitis y asegurar que la cuestión concerniente a la erradicación total de la poliomielitis se presentará en los principales foros internacionales de desarrollo planeados para los próximos meses. Se convino en que, para final de 2007, la cobertura vacunal y la inmunización contra la poliomielitis en las áreas de transmisión endémica deberán alcanzar, por lo menos, los niveles alcanzados en las zonas exentas de poliomielitis de cada país endémico, y que esos niveles se mantendrán tanto tiempo como fuese necesario para detener la circulación del poliovirus.

5. Para reducir el riesgo de una mayor propagación internacional del poliovirus salvaje en 2006, los países considerados de alto riesgo de importación de los virus (ya fuese porque existían precedentes de importación o porque colindaban con zonas en las que están circulando poliovirus) llevaron a cabo nuevas campañas contra la poliomielitis. A fin de proteger a los viajeros, la OMS actualizó las indicaciones facilitadas en Viajes internacionales y salud¹ para recomendar que todas las personas que viajen a países donde se sabe que está circulando el poliovirus reciban la vacunación completa contra la poliomielitis de acuerdo con la política nacional de inmunización de su país de origen. Para reducir el riesgo de poliomielitis entre los peregrinos que realizan el Hajj o la Umrah, el Ministerio de Salud de la Arabia Saudita promulgó una directiva por la que se obligaba a todos los viajeros de menos de 15 años procedentes de países en los que estuviera circulando o hubiera circulado recientemente el poliovirus, y a todos los viajeros procedentes del Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán, independientemente de su edad, a demostrar que habían sido vacunados para poder obtener un visado de entrada.

6. En 2006 se realizaron progresos considerables en la preparación de la era posterradicación, incluida la mejora de las estrategias tendentes a reducir al mínimo y controlar los riesgos a largo plazo que amenazan a la erradicación de la poliomielitis. Cabe destacar que se ha difundido para escrutinio público el proyecto de tercera edición del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en el laboratorio,² y que el Comité Consultivo sobre la Erradicación de la Poliomielitis examinó los procedimientos normalizados de trabajo para la constitución de reservas de vacuna oral monovalente contra el poliovirus en la era posterradicación y la interrupción del uso de la vacuna oral.

CONSIDERACIONES

7. **Interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje endémico en el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán.** A fin de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en los reservorios que aún quedan, los niveles de cobertura vacunal e inmunización infantil deben alcanzar, por lo menos, los niveles alcanzados en las zonas exentas de poliomielitis en esos países. Es necesario llevar a cabo entre siete y ocho rondas de inmunización suplementaria en las zonas afectadas, utilizando una combinación idónea de vacuna oral monovalente y trivalente y adoptando enfoques adecuados

¹ *Viajes internacionales y salud: situación a 1 de enero de 2006.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

² Segunda edición (2003): documento WHO/V&B/03.11.

que permitan asegurar una cobertura superior al 95% de los niños en cada intervención. Para organizar rápidamente las actividades necesarias a fin de garantizar esa cobertura, los dirigentes locales y nacionales tendrán que implicarse con miras a movilizar y gestionar los recursos aportados por diversos ministerios y conseguir una mayor participación de las comunidades afectadas para llegar a todos los subgrupos de población. En las zonas con problemas de inseguridad, la negociación de «días de tregua» facilitaría el acceso a los niños para vacunarlos contra la poliomielitis.

8. **Limitación del riesgo de propagación internacional del poliovirus salvaje.** Para reducir al mínimo el riesgo de reintroducción del poliovirus salvaje en áreas sin poliomielitis a través de personas infectadas pero asintomáticas, el Comité Consultivo sobre la Erradicación de la Poliomielitis ha recomendado que todos los viajeros procedentes de zonas con circulación del poliovirus reciban vacunación completa contra la poliomielitis antes de emprender el viaje. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la resolución EB120.R1, que incluía una resolución en la que se recomendaba a la Asamblea de la Salud que instara a los Estados Miembros a aplicar esa política, y pedía a la Directora General que iniciase el proceso de elaboración de una posible recomendación permanente a este respecto, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005) tras su entrada en vigor en junio de 2007. Estas medidas complementan las recomendaciones ya formuladas por el Comité para reducir al mínimo las consecuencias de la introducción del poliovirus salvaje manteniendo una cobertura inmunitaria alta contra la poliomielitis en todos los países, apuntalada por campañas de inmunización antipoliomielítica en las áreas fronterizas con las zonas de la India y Nigeria donde circula el poliovirus.

9. **Logro de la financiación necesaria para interrumpir la transmisión del poliovirus endémico y preparar la era posterradicación.** Se requiere una financiación adicional de US\$ 575 millones para 2007-2008; de esa cantidad, US\$ 100 millones se invertirían en actividades previstas para la primera mitad de 2007 (al 27 de febrero de 2007).

10. **Inicio de un proceso para reducir al mínimo y controlar los riesgos de reaparición de la poliomielitis en la era de la posterradicación.** Una vez interrumpida la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo, la poliomielitis podría reaparecer como consecuencia fundamentalmente de *a*) la aparición de poliovirus circulantes de origen vacunal como resultado del uso continuado de la vacuna antipoliomielítica oral en las actividades de inmunización sistemática, y *b*) la reintroducción en las poblaciones humanas de un poliovirus salvaje o de origen vacunal a partir de un centro de fabricación de vacunas, un centro de investigación o un laboratorio de diagnóstico. A fin de reducir al mínimo y controlar esos riesgos, se requiere un consenso internacional en torno a la utilización a largo plazo de las vacunas antipoliomielíticas y el bioconfinamiento del material de poliovirus infeccioso o potencialmente infeccioso. La planificación debe iniciarse en 2007 si se desea garantizar el pronto desarrollo de las políticas nacionales e internacionales necesarias para reducir al mínimo y controlar los riesgos de reaparición de la poliomielitis en la era de la posterradicación. Desde un punto de vista normativo, se podría pensar, por ejemplo, en añadir otro anexo al Reglamento Sanitario Internacional (2005), pues la poliomielitis aparece ya en el anexo 2 del Reglamento en relación con la notificación de enfermedades concretas.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

11. Se invita a la Asamblea de la Salud a que examine el proyecto de resolución que figura en la resolución EB120.R1.

= = =

