



Erradicación de la poliomielitis

Informe de la Directora General

ANTECEDENTES

1. En 1988 la Asamblea de la Salud estableció la meta de erradicar la poliomielitis en el mundo para el año 2000.¹ Reconociendo que una meta de erradicación bien delimitada podría facilitar el desarrollo de los sistemas de atención de salud, la Asamblea de la Salud especificó que la erradicación de la poliomielitis se llevara a cabo en el marco del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y en el contexto de la atención primaria de salud.

2. En la actualidad, los sistemas de inmunización sistemática administran la vacuna contra la poliomielitis y otros antígenos del PAI al 80% de los niños del mundo. Se han organizado días nacionales de inmunización para erradicar la poliomielitis en todos los países endémicos del mundo, con la excepción de la República Democrática del Congo y Sierra Leona. Ochenta y nueve países organizarán días nacionales de inmunización en 1998, dirigidos a unos 470 millones de niños, aproximadamente tres cuartas partes de la población mundial de menores de cinco años de edad. Muchos de los días de inmunización se coordinan a nivel internacional, ya sea entre regiones de la OMS o dentro de ellas, cabiendo citar, por ejemplo, la campaña *Desterremos de África la Poliomielitis+, la operación MECACAR (en las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental) y los días de inmunización que se organizan simultáneamente entre los países de la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional. La vigilancia de la parálisis flácida aguda, que se realiza en todos los países con poliomielitis endémica, está plenamente integrada en una red mundial de 133 laboratorios dedicados a la poliomielitis. Se han declarado treguas para realizar campañas de inmunización contra la poliomielitis en el Afganistán, El Salvador, Filipinas, el Perú, Sri Lanka, el Sudán y Tayikistán.

3. De mantenerse el ritmo actual de progreso, la poliomielitis podrá erradicarse en el mundo antes o poco después del año 2000. Desde 1988 el número de casos notificados por los Estados Miembros de la OMS ha descendido en un 85%. La erradicación de la poliomielitis se certificó en la Región de las Américas en 1994, tres años después de que se produjera el último caso en el Perú. En la Región del Pacífico Occidental el último caso se produjo en marzo de 1997, en Camboya. A mediados de 1998 sólo en 50 países se consideraba aún endémica la poliomielitis, principalmente en Asia meridional y en el África subsahariana (véase el anexo).

4. La erradicación de la poliomielitis beneficiará al mundo entero, gracias a la prevención cada año de cientos de miles de casos de parálisis y a la obtención de unas economías directas anuales de US\$ 1500

millones cuando concluya la inmunización. La iniciativa de erradicación ya ha revitalizado los programas de inmunización en muchos países, ayudando a restablecer la cadena de frío y a mejorar la cobertura sistemática. Se heredarán asimismo unos sistemas de vigilancia integrada mejorados, personal de salud adiestrado y la red mundial de laboratorios de virología. En 43 países la distribución de vitamina A durante los días nacionales de inmunización ha prevenido la ceguera y reducido el número de defunciones por sarampión y por otras enfermedades infecciosas. Dada la infrautilización de muchos sistemas de salud, junto con la disponibilidad de nuevos recursos financieros, no se han perturbado de manera importante otros servicios de salud ni se han desviado fondos. La erradicación de la poliomielitis en el hemisferio occidental ha permitido que la Región de las Américas adopte la meta de la eliminación del sarampión.

PROBLEMAS

5. La iniciativa para la erradicación de la poliomielitis se encuentra ahora en una fase decisiva, y algunos de los países más difíciles siguen siendo endémicos. Seis países (Bangladesh, Etiopía, India, Nepal, Nigeria y Pakistán) son importantes reservorios de la poliomielitis donde la transmisión del poliovirus se ve facilitada por el gran tamaño de la población, las elevadas tasas de natalidad, el hacinamiento en zonas con deficiente saneamiento y la insuficiencia de la inmunización sistemática. La realización de actividades de erradicación es especialmente problemática en siete países afectados por conflictos (Afganistán, Angola, Liberia, Sierra Leona, Somalia, Sudán y Tayikistán). La República Democrática del Congo constituye un problema excepcional, pues es un importante reservorio afectado por conflictos.

6. Durante las fases iniciales de la erradicación de la poliomielitis, los países sufragaron entre el 80% y el 90% del costo total. Sin embargo, los bajos niveles de infraestructura y de recursos de salud disponibles en los países donde la poliomielitis sigue siendo endémica significan que un elevado porcentaje del costo de la erradicación tiene que financiarse con cargo a fuentes externas. Se necesitan urgentemente voluntad política y recursos financieros para acelerar la iniciativa de erradicación y evitar retrasos que menoscabarían los logros obtenidos hasta ahora y aumentarían sustancialmente el costo global. Ese apoyo debe proseguir asimismo en los países que se encuentran ahora libres de poliomielitis, pues en algunas zonas han empezado a disminuir ya la calidad de la vigilancia y la inmunización.

7. A medida que aumenta el número de los países libres de la enfermedad, aumenta considerablemente el riesgo que representan las reservas de laboratorio del poliovirus salvaje. Si se liberara inadvertidamente poliovirus salvaje después de haber concluido la inmunización, podría reanudarse la circulación. La OMS ha preparado un plan mundial de acción y un calendario para la manipulación sin riesgo y el confinamiento máximo en el laboratorio de los poliovirus salvajes y de los materiales potencialmente infecciosos. El plan exige a los países que hagan el inventario de las reservas de laboratorio del poliovirus salvaje, que destruyan las reservas sin valor científico y que trasladen las reservas restantes a depósitos provisionales a partir de 1999.

ACCIÓN FUTURA

8. Se tienen que acelerar las actividades de erradicación en los 14 países más difíciles, y en muchas zonas tienen que organizarse rondas adicionales durante los días nacionales de inmunización. Hay que mejorar los datos procedentes de la vigilancia de la parálisis flácida aguda, a fin de identificar con precisión las zonas donde persiste el poliovirus salvaje y orientar la inmunización *de barrido+ a gran escala y con visitas casa por casa para detener la transmisión. Hay que asegurar la observancia de treguas de inmunización en los

países afectados por conflictos. Todos los países tienen que asegurar la celebración de días de inmunización de alta calidad que alcancen a todos los niños menores de cinco años de edad.

9. La promoción a cargo de la OMS es necesaria para lograr el apoyo político y los fondos precisos para llevar a cabo esas actividades. La OMS estima que durante los tres próximos años se requerirá un total de US\$ 850 millones procedentes de fuentes externas, y cifra el déficit actual en US\$ 370 millones. Se necesita un fondo de emergencia que permita una respuesta rápida y eficaz para aprovechar las oportunidades que se presenten en los países afectados por conflictos o aislados políticamente.

10. La aplicación del plan de acción de la OMS para confinar el poliovirus salvaje debería iniciarse en 1999. Es necesario establecer un grupo de coordinación con autoridad para supervisar el proceso, facilitar orientación a la OMS e informar oficialmente a la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

11. Se invita a la Asamblea de la Salud a examinar la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en su resolución EB103.R10.

ANEXO

COMPARACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL POLIOVIRUS
*CONOCIDA O PROBABLE+ EN 1988 Y HASTA ENERO DE 1998

Poliovirus salvaje, 1988



Poliovirus salvaje, 1998

