ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 14.12 del orden del día provisional

A56/20
28 de marzo de 2003

Erradicación de la poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. En 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA41.28) estableció la meta de la erradicación mundial de la poliomielitis. En aquel momento, según las estimaciones, se registraban cada año más de 350 000 casos de poliomielitis, y el poliovirus era endémico en al menos 125 países. En 1999, la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA52.22, pidió a los Estados Miembros que aceleraran las actividades de erradicación.

2. Como resultado de la consiguiente aceleración, a fines de 2002 el poliovirus salvaje era endémico en sólo siete países[1] (véase la figura 1 del anexo). El 21 de junio de 2002, la Comisión de Certificación Regional, una entidad independiente, certificó la ausencia de poliomielitis en la Región de Europa de la OMS, con lo que suman tres las regiones que han obtenido la certificación, con una población total de más de 3000 millones de personas distribuidas en 134 países, zonas y territorios. Con respecto a las demás regiones de la OMS en las que la poliomielitis es endémica, la ausencia de casos en países que hasta hace poco se consideraban reservorios principales del poliovirus salvaje, en particular Bangladesh, Etiopía, la República Democrática del Congo y el Sudán, demuestra que las estrategias de erradicación son adecuadas.

3. A pesar de que en 2002 siguió reduciéndose el área geográfica de transmisión del poliovirus, el número total de 1919 casos notificados el año pasado, que equivale al cuádruple de los casos notificados en 2001, se debió a una epidemia en el norte de la India (83% de los casos registrados en todo el mundo en 2002) y a las medidas de vigilancia más rigurosas adoptadas en el norte de Nigeria, que es un área de transmisión intensa (10% de todos los casos).

4. En 2001-2002 se creó un marco para evaluar y manejar los riesgos de aparición de poliomielitis con posterioridad a la certificación, basándose en los resultados de amplias investigaciones, con el fin de facilitar las deliberaciones nacionales e internacionales sobre las futuras políticas de inmunización contra la poliomielitis. En cuanto a los progresos orientados a confinar el poliovirus en laboratorios, hasta fines de 2002 los Estados Miembros que habían iniciado una encuesta nacional de laboratorios sumaban 146, de los cuales 79 habían presentado un inventario de instalaciones que albergan reservas de poliovirus salvaje y materiales potencialmente peligrosos.

5. Se ha prestado mayor atención a las actividades destinadas a optimizar y documentar la función de la infraestructura de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para facilitar el logro de otros objetivos de salud. Se han establecido metas específicas y se han elaborado indicadores para efectuar un

[1] El Afganistán, Egipto, la India, el Níger, Nigeria, el Pakistán y Somalia.

seguimiento de los progresos. Se han creado mecanismos de colaboración a fin de compartir con la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización las experiencias adquiridas en esta iniciativa, en el marco de la OMS y con participantes del programa «Human Resources for Health Equity: A Joint Learning Process», coordinado por la Fundación Rockefeller.

6. A pesar de la adhesión que suscitó la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en 2002 entre los participantes en foros internacionales tan importantes como la Cumbre del G8 celebrada en Kananaskis (Canadá), y la segunda reunión de ministros de África y Europa que tuvo en lugar en Uagadugú (Burkina Faso), las actividades de erradicación se vieron restringidas en la primera mitad de 2003 debido a un grave déficit en la financiación prevista. Hasta febrero de 2003, el déficit de la financiación para el periodo 2003-2005 ascendía a US$ 275 millones, de los cuales, US$ 85 millones eran necesarios para actividades que debían financiarse en 2003.

7. Dado que las áreas geográficas con transmisión intensa de poliovirus han seguido reduciéndose, y teniendo en cuenta el grave déficit de financiación registrado hacia fines de 2002, se ha procedido a revisar el enfoque estratégico para la erradicación de la poliomielitis en lo que respecta al periodo 2003-2005. Se destinarán recursos adicionales para mejorar la calidad de las actividades complementarias de inmunización en las áreas en las que la enfermedad es aún endémica y, si procede, se aumentará el número de campañas de inmunización general contra la poliomielitis que se realizan cada año en esas zonas. Se realizarán mayores esfuerzos por fortalecer la calidad de la vigilancia mundial a fin de detectar la presencia de poliovirus y acelerar las actividades de contención en todo el mundo, a fin de reducir al mínimo el riesgo de liberación accidental de poliovirus salvaje de las reservas de los laboratorios. Las campañas de prevención programadas en las zonas exentas de poliomielitis se reducirán sustancialmente, y en su lugar se adoptará un enfoque de respuesta frente a la emergencia, consistente en fortalecer la vigilancia y, cuando sea necesario, realizar amplias campañas de inmunización de barrido casa por casa.

PRÓXIMAS ETAPAS

8. En el bienio 2003-2004 será necesario realizar numerosas campañas adicionales en gran escala en el Afganistán, Egipto, la India, el Níger, Nigeria, el Pakistán, y Somalia como complemento de las actividades de inmunización contra la poliomielitis. Será particularmente importante mejorar la calidad de esas actividades para que todos los niños reciban la vacuna antipoliomielítica oral. La erradicación mundial exigirá un esfuerzo particularmente grande en la India, en vista de la intensidad de la transmisión en los estados de Uttar Pradesh y Bihar, y de la reaparición de la transmisión, en 2002, en muchos otros estados que habían logrado erradicar la poliomielitis.

9. En las zonas afectadas por conflictos armados será necesaria una estrecha colaboración con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones humanitarias y organizaciones no gubernamentales, a fin de asegurar la realización y vigilancia efectivas de las actividades de erradicación de la poliomielitis. En zonas adyacentes a los países en los que la poliomielitis es endémica podría ser necesario realizar actividades de inmunización contra la poliomielitis en gran escala, orientadas a preservar niveles elevados de inmunización entre la población con el fin de prevenir posibles importaciones de poliovirus salvaje.

10. Para que todas las regiones de la OMS estén en vías de que pueda certificarse en ellas la ausencia de poliomielitis para 2005, deberá mejorarse la calidad de la vigilancia de casos de parálisis fláccida aguda de modo que satisfaga las normas de certificación, especialmente en 24 países y territorios de las Regiones de la OMS de África (16), el Mediterráneo Oriental (6) y Asia Sudoriental (2) (véase la figura 2 del anexo).

Además, todos los países deberán haber presentado un inventario de laboratorios que alberguen poliovirus salvaje y materiales potencialmente infecciosos, y haber asegurado que todos los materiales almacenados se encuentren en condiciones de bioseguridad apropiadas.

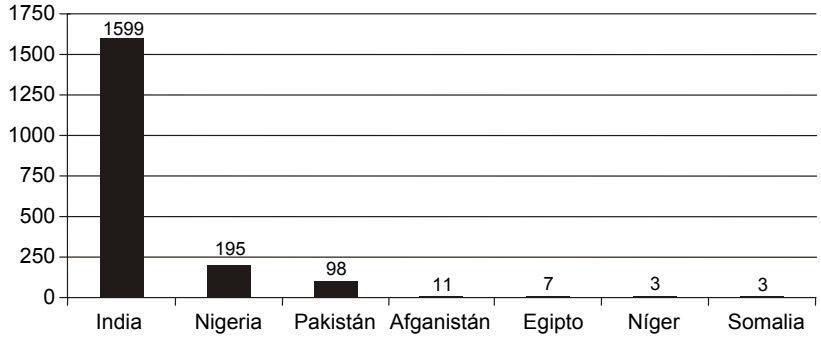
11. El enfoque estratégico revisado se orienta a reducir los riesgos que el grave déficit de financiación registrado a principios de 2003 pueda ocasionar al Programa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis. Sin embargo, dado que hasta ese momento la transmisión del poliovirus se ha interrumpido en todo el mundo, la vulnerabilidad a la reaparición del poliovirus en las áreas exentas de poliomielitis de hecho aumentará, porque se reducirán las actividades complementarias de inmunización en dichas áreas. La medida en que esos riesgos puedan controlarse dependerá del volumen de recursos financieros adicionales disponibles a partir de mediados de 2003.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

12. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe.

ANEXO

Figura 1. Casos de poliomielitis notificados debidos a la transmisión autóctona de poliovirus salvaje, por país, en 2002* (datos al 3 de marzo de 2003)



*Además de los países que se mencionan en esta figura, el aislamiento de dos poliovirus salvajes entre refugiados angoleños en Zambia sugiere que durante 2002 ha persistido la transmisión en Angola.

WHO 03.55

Figura 2. Desempeño de la vigilancia de la parálisis fláccida aguda en 2002, en las tres regiones de la OMS donde aún no se ha certificado la ausencia de poliomielitis (datos al 3 de marzo de 2003)

WHO 03.56

= = =