

Información actualizada sobre las emergencias de salud pública de importancia internacional en curso

Poliomielitis

Informe del Director General

1. Lograr un mundo sin poliomielitis depende de llegar a los niños de «dosis cero» (niños que no están vacunados o a los que no se ha administrado la pauta completa) en las zonas geográficas subnacionales más críticas,¹ que son focos de transmisión de poliovirus. Algunas de estas zonas siguen viéndose afectadas por la inseguridad y por diferentes emergencias humanitarias complejas, lo que obliga al programa contra la poliomielitis a adaptar sus operaciones para suministrar vacunas antipoliomielíticas en un contexto humanitario más amplio.
2. En 2025 se siguieron notificando casos de poliomielitis debidos a poliovirus salvajes de tipo 1 (PVS1) en el Afganistán y el Pakistán, los dos únicos países donde los poliovirus continúan siendo endémicos. Al 31 de diciembre de 2025 se habían notificado en total 39 casos debidos a PVS1: nueve en el Afganistán y 30 en el Pakistán. En lo que va de 2025 también se han notificado un total de 709 muestras ambientales positivas de PVS1: concretamente 54 en el Afganistán y 654 en el Pakistán. A modo de comparación, en 2024 se registraron 99 casos (25 en el Afganistán y 74 en el Pakistán) y 773 muestras ambientales positivas (124 en el Afganistán y 649 en el Pakistán).
3. Como consecuencia del cierre de la frontera terrestre entre el Afganistán y el Pakistán, desde el 12 de octubre de 2025 no se han podido enviar al Laboratorio Regional de Referencia de Islamabad (Pakistán) ni muestras de heces de afectados de parálisis flácida aguda y de sus contactos ni muestras ambientales. Según se informó a finales de diciembre de ese año, permanecían sin analizar más de 3000 muestras de heces correspondientes a aproximadamente 1600 personas afectadas por parálisis flácida aguda y a sus contactos, así como más de 120 muestras ambientales del Afganistán. La OMS y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) colaboran estrechamente con los programas de ambos países para reanudar el envío de muestras y agilizar el análisis de las que siguen pendientes. Cuando se restablezca este

¹ El este del Afganistán y el bloque adyacente de Peshawar en el Pakistán; el sur del Afganistán y el bloque adyacente de Quetta en el Pakistán; el este de la República Democrática del Congo; el noroeste de Nigeria; los bloques de Karachi y del sur de Jaiber Pastunjuá en el Pakistán; las zonas meridionales y centrales de Somalia; y el norte del Yemen.

proceso, los resultados de dichas muestras podrían modificar la situación epidemiológica y deberán interpretarse en consecuencia.

4. El Afganistán y el Pakistán siguen aplicando programas intensivos y en gran medida sincronizados de actividades de inmunización suplementaria. El Afganistán ha llevado a cabo dos rondas de vacunación a nivel nacional y cinco a nivel subnacional utilizando la estrategia de sitio por sitio, cuyos esfuerzos se han centrado en mejorar los enfoques operativos y de comunicación para maximizar la cobertura. Además, entre agosto y septiembre de 2025 se llevaron a cabo campañas dirigidas de administración de dosis fraccionadas de vacuna antipoliomielítica inactivada en zonas de alto riesgo de las regiones oriental, meridional y sudoriental del país. El Pakistán ha efectuado cinco rondas de vacunación a nivel nacional y una a nivel subnacional y ha informado de altas tasas de cobertura y de resultados positivos en el muestreo por lotes para la garantía de la calidad a nivel nacional y provincial, con el apoyo de un fuerte liderazgo político (incluida la participación directa del Primer Ministro y el Ministro Federal de Salud). Sin embargo, se señaló que la calidad de la campaña había sido desigual en el nivel de los distritos y subdistritos debido a los problemas operacionales y la inseguridad en algunas partes de las provincias de Jaiber Pastunjuá y Baluchistán. Los programas de erradicación de la poliomielitis en el Afganistán y el Pakistán siguen coordinándose estrechamente a nivel nacional y subnacional, centrándose en actividades sincronizadas de vacunación de alta calidad y de vacunación en los principales pasos fronterizos, así como en la vigilancia de la parálisis flácida aguda.

5. En el último trimestre de 2025, la IEMP llevó a cabo una auditoría independiente del programa en Karachi (Pakistán), en la que se concluyó que los sistemas actuales y la calidad de los datos disponibles del programa en esa zona no ofrecen una imagen suficientemente precisa de la calidad de las campañas como para detectar problemas y orientar decisiones programáticas, y que el número de niños que quedan sin vacunar es mayor de lo que reflejan los datos del programa. La posible magnitud del número de niños sin vacunar y de la sobreestimación de la cobertura basta para explicar la persistencia de la transmisión de PVS1 en la zona de Karachi. El equipo del programa en el Pakistán está elaborando un plan de trabajo para aplicar las recomendaciones formuladas en la auditoría.

6. El 10 de noviembre de 2025, la IEMP confirmó la detección de PVS1 en una muestra ambiental obtenida mediante la vigilancia sistemática en Hamburgo (Alemania) durante la semana del 6 de octubre de ese mismo año. La secuenciación genética de ese virus indica que está relacionado con un PVS1 detectado previamente en Kandahar (Afganistán) en agosto de 2025, lo cual apunta a que se produjo una importación reciente en Alemania. En las muestras ambientales posteriores procedentes de la misma localidad y del mismo punto de muestreo no se han vuelto a detectar PVS1, y tampoco se han notificado casos de parálisis en Alemania, donde hasta ahora este virus solo se ha encontrado en aguas residuales. Los asociados de la IEMP colaboran con los organismos nacionales y locales de salud, con el apoyo de la Oficina Regional de la OMS para Europa, para investigar la situación, evaluar los riesgos y determinar si es necesario adoptar medidas adicionales de salud pública. Este episodio demuestra que, mientras no se erradiquen los poliovirus en todo el mundo, todos los países seguirán expuestos al riesgo de importación y pone de relieve la importancia fundamental de mantener una alta cobertura de vacunación, una vigilancia sólida de la poliomielitis y una cooperación internacional suficiente para liberar al mundo de forma sostenida de esta enfermedad.

7. En 2025 no hubo transmisión de PVS1 en la Región de África de la OMS. En mayo de 2024 se declaró oficialmente que el brote que se produjo en Malawi y Mozambique en 2022 había finalizado, tras una evaluación independiente de la respuesta al brote para estudiar las características

epidemiológicas y la calidad de las actividades de vigilancia e inmunización. Este brote estaba vinculado con poliovirus que circulaban en el Pakistán y desencadenó una respuesta de emergencia en cinco países de la subregión africana afectada. El último caso se notificó en agosto de 2022.

8. Hasta el 31 de diciembre de 2025 se habían notificado en ese año 202 casos de poliovirus circulantes de origen vacunal (cVDPV): 192 de tipo 2, tres de tipo 1 y siete de tipo 3. Además, en ese año se notificaron 229 muestras ambientales positivas, todas correspondientes a cVDPV de tipo 2. En 2024 se habían notificado 463 casos de cVDPV —448 de tipo 2, 11 de tipo 1 y cuatro de tipo 3— y 296 muestras ambientales positivas. El brote de cVDPV de tipo 2 en la República Democrática del Congo está remitiendo y continúan las actividades intensivas de vacunación. Los principales focos de transmisión son actualmente la cuenca del lago Chad, especialmente el norte de Nigeria, así como el Yemen, Etiopía, Somalia y el Sudán en el Cuerno de África. También se han notificado nuevos brotes de cVDPV de tipo 2 y de tipo 1 en Namibia y en la República Democrática Popular Lao, respectivamente. En cuanto al brote de cVDPV de tipo 2 detectado en Indonesia en 2024, en octubre de 2025 se declaró su finalización tras una evaluación realizada por expertos independientes. No obstante, Indonesia sigue expuesta al riesgo derivado del brote de este poliovirus en Papua Nueva Guinea, originado por la importación de un virus que había circulado previamente en Indonesia, y la insuficiente cobertura de vacunación en algunas provincias importantes del país podría dar lugar a nuevos brotes de infección por cVDPV. En cuanto a la Región de Europa de la OMS, cuatro países —Alemania, Israel, Polonia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte— notificaron la detección de cVDPV de tipo 2 mediante la vigilancia de aguas residuales: el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte notificó dos detecciones, la más reciente en septiembre; Alemania, 17 detecciones, la más reciente en octubre; Israel, dos detecciones, la más reciente en febrero; y Polonia, una detección, la más reciente en enero de 2025. Todos los cVDPV de tipo 2 encontrados en esta región, salvo uno en Israel, son genéticamente cercanos al linaje NIE-ZAS-1, procedente de Nigeria. Además, uno de los dos virus detectados en Israel está vinculado al linaje SUD-RED-1, originado en el Sudán. No se notificaron casos humanos en ninguno de los países de la Región de Europa, y todos los países de esta región en los que se han detectado cVDPV siguen reforzando la vigilancia y trabajan para subsanar las deficiencias de inmunidad a escala subnacional a fin de impedir la transmisión en la población. La detección de cVDPV de tipo 2 en esta región confirma el riesgo de propagación mundial de este poliovirus debido a los desplazamientos continuos de población. En lo que respecta al cVDPV de tipo 3, tres países —el Camerún, el Chad y Guinea— notificaron brotes en 2025. En el Camerún y el Chad circularon simultáneamente cVDPV de los tipos 2 y 3 durante el año. Los brotes en estos dos países fueron causados por el mismo linaje de cVDPV de tipo 3, lo que indica que hubo transmisión transfronteriza: se notificaron un caso en el Camerún (con inicio de la parálisis en mayo de 2025) y cinco en el Chad (con inicio de la parálisis en junio, julio y octubre de 2025). En 2025 se notificaron tres casos de cVDPV de tipo 1: uno en Argelia, otro en la República Democrática del Congo y el tercero en la República Democrática Popular Lao. Asimismo, se notificaron brotes de este virus en Djibouti e Israel a partir de detecciones realizadas mediante vigilancia ambiental; las detecciones más recientes se registraron en mayo y julio de 2025, respectivamente.

9. En 2025 se detectaron 37 linajes de cVDPV de tipo 2, frente a 30 en 2024, 27 en 2023, 22 en 2022, 29 en 2021, 36 en 2020 y 44 en 2019. De estos, dos se detectaron por primera vez en 2025 y derivan de la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2. Desde su introducción en 2021, se han administrado unos 2000 millones de dosis de la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2, y se han asociado a ella un total de 43 apariciones de cVDPV de tipo 2. La nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 sigue demostrando una estabilidad genética considerablemente superior y un riesgo considerablemente inferior de reversión a la neurovirulencia en comparación

con la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 de Sabin. Gran parte del riesgo de aparición de poliovirus de origen vacunal se atribuye a una combinación de inaccesibilidad, inseguridad, alta concentración de niños que no han recibido ninguna dosis de la vacuna o no han recibido la pauta completa, y desplazamientos de población. Estos factores siguen siendo especialmente evidentes en el este de la República Democrática del Congo, Etiopía, el norte de Nigeria, las zonas meridionales y centrales de Somalia y el norte del Yemen. El actual entorno de escasez de recursos dificulta aún más la aplicación plena y efectiva de las actividades cruciales de erradicación.

10. En vista de las importantes limitaciones de financiación, el Comité de Estrategia de la IEMP, bajo los auspicios del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis, aprobó el plan de acción de la Iniciativa para 2026, con el que se prevé ejecutar las estrategias programáticas y los enfoques operacionales utilizando eficientemente los recursos disponibles para determinar en qué áreas se puede aumentar la eficiencia y eliminar redundancias, al tiempo que se garantizan los progresos continuos hacia el logro de los objetivos de la Iniciativa. El Comité de Estrategia de la IEMP hará un seguimiento estrecho de los progresos en la aplicación del plan, con periodicidad trimestral, y realizará los ajustes provisionales que sean necesarios.

11. De acuerdo con la recomendación del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la propagación internacional de poliovirus, las actividades que se llevan a cabo en el mundo para erradicar los poliovirus continúan y la propagación internacional de poliovirus sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional. Atendiendo al consejo del Comité de Emergencias, el Director General ha emitido recomendaciones temporales para los países que han registrado infecciones por poliovirus o donde sigue habiendo riesgo de reinfección.²

12. La 43.^a reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la propagación internacional de poliovirus, celebrada el 1 de octubre de 2025, fue la primera que tuvo lugar tras la entrada en vigor en 2024 de las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), el 19 de septiembre de 2025, para 182 de los 196 Estados Partes. Entre esas enmiendas figuran la ampliación de los requisitos de notificación de poliovirus y la introducción de la determinación de una emergencia pandémica, un nivel más alto de alerta de salud pública mundial relativa a una emergencia de salud pública de importancia internacional. El Director General aceptó la recomendación formulada por el Comité de Emergencias, tras examinar detenidamente la situación epidemiológica y programática, de que la situación continuaba constituyendo una emergencia pública de importancia internacional en lo relativo a los PVS1 y los cVDPV, pero que la situación relativa a los poliovirus no constituía una emergencia pandémica. El Director General adoptó la misma decisión tras la 44.^a reunión del Comité de Emergencias, celebrada el 1 de marzo de 2026.

Intervención del Comité Permanente

13. Se invita al Comité Permanente a que tome nota del informe. Además, se le invita a que, en sus debates, formule observaciones y orientaciones con respecto a las preguntas que se exponen a continuación.

- Dadas las actuales limitaciones de recursos, ¿qué enfoques eficaces podrían adoptarse con el fin de garantizar un apoyo continuado para la erradicación de la poliomielitis?

² Véase la [declaración de la 43.^a reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\) \(RSI\)](#) sobre la propagación internacional de poliovirus (en inglés) (consultado el 30 de enero de 2026).

- ¿Qué medidas adicionales deberían adoptarse para mantener la voluntad política en apoyo de la erradicación de la poliomielitis, incluida la movilización de recursos internos por parte de los Estados Miembros?
