

1. Resumen de orientación

Para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (GPEI), 2009 fue un año piloto, lo que parece paradójico para un esfuerzo iniciado hace 20 años, pero el hecho es que ese año insufló innovación y nuevas ideas en la iniciativa. A comienzos de año el poliovirus sobrevivió en algunas zonas de cuatro países y causó un extenso brote internacional por segunda vez en cinco años. El poliovirus, por primera vez, había conseguido volver a transmitirse en varios países. En 2008, observando que las estrategias que habían logrado erradicar la poliomielitis en el 99% del mundo no funcionaban en el 1% restante, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a GPEI que formulara nuevas estrategias para acabar con los reservorios de poliovirus salvaje que aún quedaban.

En respuesta a ello, GPEI preparó un Programa de Trabajo 2009 especial de un año y emprendió una evaluación independiente de los obstáculos que impedían poner fin a la poliomielitis, introduciendo nuevas estrategias para sortear esos obstáculos y evaluando nuevas vacunas para hacer más rentable cada contacto con los niños. A finales de año la situación había mejorado lo suficiente como para que el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) y el Comité Consultivo sobre la Erradicación de la Poliomielitis (ACPE) recomendaran que se preparase un nuevo programa de trabajo de tres años para aprovechar esos nuevos enfoques e interrumpir cuanto antes la transmisión del poliovirus salvaje.

El año 2009 se caracterizó en los países polioendémicos por unos progresos nunca vistos hasta entonces. En Nigeria, la adhesión sin precedentes al programa por parte de todos los niveles de la Administración, y fundamentalmente de los líderes tradicionales y religiosos, permitió corregir rápidamente las lagunas de vacunación e impulsó al alza los niveles de inmunización, lo que hizo que el número de casos se redujera en más de un 99%. La India se enfrenta ahora a la transmisión de la última cadena genética superviviente del tipo 1, frente a las nueve que hubo hace cuatro años. Las campañas sostenidas de administración de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1 (mOPV1) se fijaron como objetivo esa cadena a lo largo de 2009, y se elaboró y aplicó el nuevo 107-Block Plan para los subdistritos que quedaban con transmisión persistente para combatir frontalmente la transmisión del poliovirus entre grupos de migrantes y en la mayoría de las zonas de difícil acceso. Durante 2009 el Afganistán y el Pakistán sufrieron reiteradamente ofensivas militares que provocaron movimientos masivos de desplazados internos, lo que en algunos casos dificultó el acceso a los niños, pero otras veces permitió entrar en zonas que habían permanecido inaccesibles durante mucho tiempo. La transmisión persistente del poliovirus se limitó a 23 distritos entre los dos países, lo que resalta el valor de los nuevos enfoques adaptados al distrito. De los 15 países donde hubo brotes de poliovirus salvaje en 2009, 10 habían interrumpido la transmisión al final del primer trimestre de 2010. Los campañas coordinadas llevadas a cabo en 19 países en

marzo y abril de 2010 a lo largo del "cinturón de importación" del poliovirus salvaje del África subsahariana hicieron que se afianzase un nuevo enfoque consistente en una serie de campañas planificadas de antemano a remolque de un calendario de vacunación de tres años para aumentar la inmunidad en un conjunto de países hasta los niveles requeridos al término del brote en curso y prevenir nuevos brotes.

En los países con reinicio demostrado de la transmisión, el Chad y Angola, el personal dedicado a la poliomielitis aumentó hasta niveles similares a los de los países endémicos, y los enérgicos esfuerzos de sensibilización realizados han permitido comprender mejor la amenaza que encierran esos países para la erradicación de la enfermedad. Aunque en el primer trimestre de 2010 el Sur del Sudán no había registrado ningún caso desde junio de 2009, a lo largo del año se intensificó la vigilancia para consolidar esos progresos.



Un grupo de niños esperan con sus madres a ser vacunados contra la poliomielitis en un centro de salud en el norte de Nigeria.

En julio y agosto se llevó a cabo una evaluación independiente de los principales obstáculos a la interrupción de la transmisión del poliovirus, con el propósito de determinar los principales retos a superar con vistas a lograr una inmunidad poblacional suficiente para interrumpir la transmisión del poliovirus, y pensando en trazar estrategias específicas por zonas con ese fin. Se propusieron y evaluaron nuevos enfoques y, si bien en la Evaluación independiente se prevenía contra un exceso de confianza, la conclusión fue que, si se conseguía resolver los problemas relacionados con la gestión, la seguridad y algunos aspectos técnicos, la erradicación de la poliomielitis era un objetivo factible.

Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis

Del Programa de Trabajo 2009 se extrajeron cuatro importantes lecciones que fueron fundamentales para el desarrollo del nuevo Plan Estratégico 2010-2012 de GPEI:

- **Lección 1.** Estaba claro que el poliovirus salvaje podía seguir transmitiéndose de forma persistente en zonas geográficas y subgrupos de población más reducidos de lo que se creía. Se elaboraron y aplicaron nuevos planes para zonas o problemas concretos en cada país endémico, como el 107-Block Plan de la India y el Plan de Distritos del Sur del Afganistán.
- **Lección 2.** La difusión nacional e internacional de los poliovirus salvajes, con el riesgo consiguiente de nuevos brotes, era en gran medida previsible, considerando las rutas de migración observadas y las deficiencias de los sistemas de salud, lo cual facilitó las actividades de prevención y respuesta. Esos conocimientos permitieron lanzar en 2009 amplias campañas preplanificadas y sincronizadas a lo largo de África occidental y central para potenciar el nivel de inmunidad frente al poliovirus salvaje en toda la región.
- **Lección 3.** Los umbrales de interrumpir la transmisión del poliovirus diferían entre las otras

zonas infectadas, pues eran mayores en Asia que en África lo que facilitó la adaptación de las estrategias a las circunstancias locales.

- **Lección 4.** Equilibrar de forma óptima la administración de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente (OPV) contra los tipos 1 y 3 fue más difícil de lo previsto, lo que provocó una alternancia de brotes de esos dos tipos en algunos entornos e impulsó el rápido desarrollo de la OPV bivalente (bOPV). En diciembre de 2009 se utilizó por vez primera la bOPV en el Afganistán. Su eficacia simultánea contra los dos serotipos supervivientes (poliovirus salvajes de tipo 1 y tipo 3), superior a la de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente, duplica el impacto de cada campaña.

En 2009 GPEI siguió obteniendo apoyo político de alto nivel. El 4 de junio el Presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, aprovechó su histórico discurso de El Cairo dirigido al mundo islámico para anunciar "un nuevo esfuerzo mundial junto con la Organización de la Conferencia Islámica (OCI) para erradicar la poliomielitis". El Secretario General de la OCI escribió a su vez a los jefes de Estado de los países de África occidental y central afectados por la poliomielitis,

instándoles a participar en ese esfuerzo, y la Academia de Jurisprudencia Islámica Internacional realizó una enérgica declaración en la que instaba a progenitores, ministerios de salud, autoridades religiosas y responsables de mezquitas a apoyar la erradicación de la enfermedad.

A finales de 2009 habían surgido problemas financieros para aplicar plenamente el Plan Estratégico 2010-2012 de GPEI. El presupuesto trienal para dicho plan es de US\$ 2600 millones, de los cuales el 1 de julio de 2010 se habían comprometido US\$ 1300 millones aproximadamente, por lo que se requieren otros US\$ 1300 millones si se desea garantizar las actividades necesarias para la erradicación. A financiación adicional para finalizar esas actividades tiene una base sólida desde el punto de vista tanto humanitario como económico, y es que el fracaso de esa empresa puede tener importantes consecuencias humanitarias y económicas. Se requerirá mucho sentido práctico y contacto con el mundo real para financiar y llevar a término los últimos pasos de la erradicación. Todos los niños que podrán caminar en las próximas décadas no nos agradecerán que hayamos comenzado las actividades de erradicación de la poliomielitis, sino que hayamos sabido concluir las con éxito.

Casos de infección por poliovirus salvaje en 2009

Casos de infección por poliovirus salvaje de tipo 1: 479

Casos de infección por poliovirus salvaje de tipo 3: 1122

Casos de infección por poliovirus salvaje de tipo 1 y 3: 3

Casos totales: 1604

No incluyen los virus detectados por la vigilancia ambiental y los poliovirus de origen vacunal. Datos de la sede de la OMS a 1 de junio de 2009.

