



Capítulo 4

Erradicación de la poliomielitis: el desafío definitivo

Como resultado de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, uno de los mayores esfuerzos de salud pública de la historia, el número de niños paralizados cada año por causa de esta enfermedad devastadora ha disminuido de más de 350 000 en 1988 a sólo 1900 en 2002; el número de países endémicos se ha reducido de más de 125 a siete. El presente capítulo se refiere a la última fase de la campaña de erradicación de la poliomielitis, una de las enfermedades más antiguas que se conocen. La visión de un mundo libre de poliomielitis está ya a nuestro alcance.

4

Erradicación de la poliomielitis: el desafío definitivo

En 1962, sólo 12 meses después de que en los países más industrializados se autorizara la utilización de la vacuna antipoliomielítica oral ampliamente aclamada de Albert Sabin, Cuba empezó a administrarla en una serie de campañas nacionales de lucha antipoliomielítica. Poco después se había interrumpido la transmisión autóctona de poliovirus salvaje. En otras palabras, en adelante ningún niño cubano padecería esta enfermedad devastadora por causa de un poliovirus cubano. Rara vez o nunca se había aplicado plenamente con tanto éxito una nueva tecnología sanitaria tan incipiente en beneficio de tantas personas. Sin embargo, pocos países experimentaron semejantes éxitos tempranos y la poliomielitis siguió paralizando permanentemente a medio millón de personas por año; hasta en los años noventa, los 10 ó 20 millones de personas que habían sobrevivido a la enfermedad aguda padecían sus consecuencias debilitantes y a menudo dolorosas. Sin embargo, la experiencia de Cuba con sus campañas masivas había reafirmado la convicción de Sabin de que los poliovirus podrían erradicarse de forma tan completa que las generaciones futuras conocerían la parálisis poliomielítica sólo a través de los libros de historia. En favor de ese futuro sin poliomielitis Sabin donó su vacuna a la Organización Mundial de la Salud con la intención de que se pusiera a disposición de todos, en todo lugar.

Cuarenta años más tarde, la visión mundial de Sabin de un futuro sin poliomielitis está a punto de hacerse realidad. Gracias a un esfuerzo internacional extraordinario desplegado durante 15 años, se han eliminado ya los poliovirus autóctonos de todos los países, salvo de siete; cuando se emprendió la iniciativa, más de 125 países tenían poliovirus autóctonos (1) (véase la figura 4.1). Este progreso es resultado de una alianza extraordinaria entre gobiernos, organismos internacionales, organizaciones humanitarias y el sector privado establecida con objeto de reunir tres condiciones decisivas para llegar a todos los niños, en todo lugar: la participación efectiva de los dirigentes políticos, financiación adecuada y recursos humanos suficientes. A través de esa alianza, en el año 2001 solamente, más de 10 millones de voluntarios inmunizaron a 575 millones de niños contra la poliomielitis en 93 de los países de ingresos más bajos del mundo. Esta experiencia, con las perspectivas de logro de la erradicación de la poliomielitis, muestra una manera de multiplicar el acceso a otras intervenciones sanitarias, lo que será esencial para alcanzar metas de salud nacionales e internacionales ambiciosas como las adoptadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2).

Una nueva clase de alianza

Hace 20 años, cuando cobró impulso el interés internacional por una iniciativa mundial de erradicación de la poliomielitis, la experiencia con iniciativas sanitarias internacionales de gran escala y con alianzas era limitada. Sin embargo, a mediados de los años ochenta, cuando un número cada vez mayor de países de América del Sur, en particular el Brasil, aplicaban con

éxito el modelo cubano de campañas masivas y vigilancia intensiva para controlar la poliomielitis, comenzó a surgir una nueva clase de alianza con esta finalidad común.

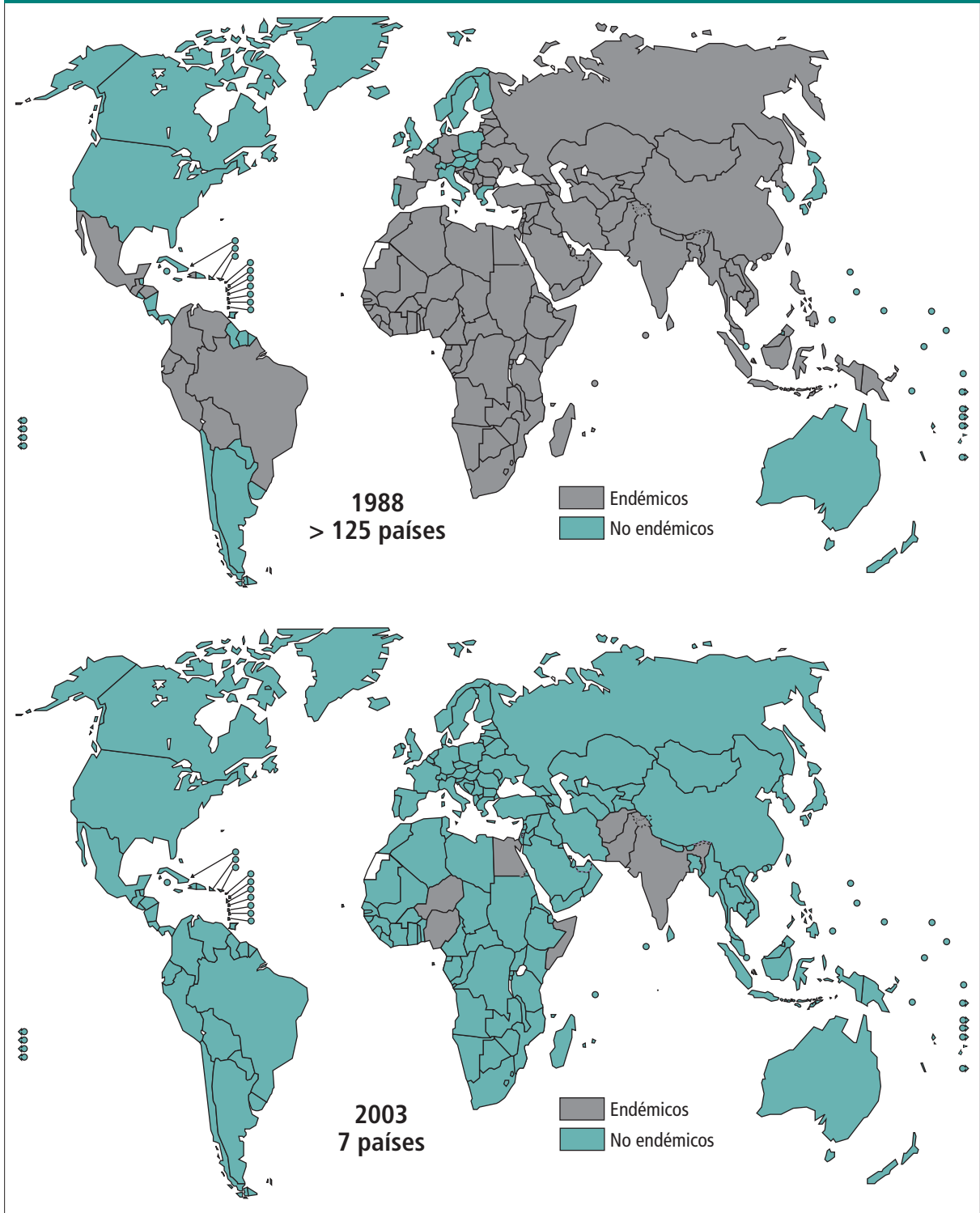
Para 1988, año en el cual la Asamblea Mundial de la Salud se pronunció a favor de una iniciativa mundial para erradicar la poliomielitis (3), cuatro organismos habían empezado a formar el núcleo de la «alianza contra la poliomielitis»: la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Rotaria Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). En el transcurso de los 15 años siguientes, la alianza contra la poliomielitis creció hasta convertirse en una extensa red de gobiernos nacionales, organismos internacionales, empresas privadas, fundaciones, donantes bilaterales, organizaciones humanitarias, organizaciones no gubernamentales y bancos de desarrollo. El trabajo de la alianza sigue regido por un plan estratégico común de varios años y supervisado por comités técnicos internacionales a nivel de país, regional y mundial. La estrecha relación entre las autoridades sanitarias nacionales y esta alianza internacional fue decisiva para extender masivamente con gran rapidez las actividades de erradicación a mediados de los años noventa, cuando la iniciativa empezó a tomar como base el impulso temprano de la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental y extendió sus actividades a todos los países de todas las regiones. A fines del decenio se llegaba regularmente a más de 500 millones de niños con vacuna antipoliomielítica oral gracias a los esfuerzos de 10 millones de voluntarios en todos los países de ingresos bajos y medianos del mundo.

Desde el principio, esta alianza procuró incorporar una nueva eficiencia en el apoyo internacional a los esfuerzos de salud nacionales. Se inspiraba en gran medida en estrategias y procesos de gestión establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sus actividades encaminadas a la eliminación regional de la poliomielitis. Esta meta se alcanzó en 1991, cuando un joven peruano llamado Luis Fermín Tenorio se convirtió en el último niño paralizado por un poliovirus salvaje en la Región de las Américas. La alianza mundial adoptó la estrategia cuádruple de la OPS, de reconocida eficacia: cobertura alta con vacunación antipoliomielítica sistemática, días nacionales de inmunización contra la poliomielitis, vigilancia y estudio de laboratorio de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), y campañas masivas «de barrido» de casa en casa (4). El mecanismo de comités coordinadores interinstitucionales de la OPS reunía las aportaciones de los socios a nivel de país para asegurar que hubiera recursos suficientes, promoviendo al mismo tiempo una presupuestación transparente y medidas de eficiencia. Los comités coordinadores interinstitucionales, convocados regularmente por los ministerios de salud nacionales, velaban por que las autoridades nacionales estuvieran siempre en el centro de las principales decisiones relativas a la aplicación de la estrategia. La alianza mundial también pone de relieve la participación de las instancias políticas más altas en los países tanto donantes como endémicos.

Promoción de la participación efectiva de los dirigentes

El elemento más visible de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis han sido los días nacionales de inmunización, en los que se procede a la inmunización de todo niño menor de cinco años de edad (casi el 20% de la población de un país) en el transcurso de uno a tres días, varias veces al año, durante varios años consecutivos. En muchos países, la escala y la complejidad logística de esas actividades han sido aun mayores que las del auge de las campañas de erradicación de la viruela. Por consiguiente, el compromiso de los líderes políticos ha sido decisivo para el éxito. El apoyo de éstos se ha generado abogando activa y continuamente por que desempeñen una función en tres esferas clave: la vigilancia, el acceso a recursos de sectores diferentes de la salud, y la responsabilización.

Figura 4.1 Poliomielitis endémica en 1988 y a mediados de 2003



La vigilancia de la lucha contra la poliomielitis por dirigentes políticos a menudo comienza con su participación personal en acontecimientos muy visibles, como el lanzamiento de días nacionales de inmunización, e idealmente continúa con su seguimiento de los progresos. Después del ejemplo de América del Sur, en la mayoría de los países los días nacionales de inmunización han sido inaugurados por el jefe de Estado u otra personalidad política destacada. Por ejemplo, en China, el Presidente Jiang Zemin vacunó al primer niño de la campaña antipoliomielítica nacional de 1993. El mismo año, el Rey Sihanouk desempeñó una función semejante en Camboya. En 1996, el Presidente Nelson Mandela de Sudáfrica lanzó la campaña «Kick Polio Out of Africa» en la reunión de la Organización de la Unidad Africana (OUA) celebrada en Yaundé (Camerún) y comprometió a la OUA a vigilar regularmente los progresos (5). Entre los países donantes, la poliomielitis ha sido objeto de un apoyo semejante, en particular cuando, en sus reuniones de 2002 y 2003, los Jefes de Gobierno del G8 examinaron el papel que podían desempeñar para cubrir el déficit de financiamiento de las actividades de erradicación (6).

Esa visibilidad de alto nivel ha sido decisiva para el logro del segundo objetivo, quizás el más importante, de la promoción política: el acceso a recursos gubernamentales y no gubernamentales exteriores al sector de la salud. Debido al enorme número de personas y medios necesarios para los días nacionales de inmunización, en muchos países esas actividades están

Recuadro 4.1 Progresos realizados hacia la erradicación de la poliomielitis en el Mediterráneo Oriental

Todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental están avanzando rápidamente hacia la erradicación de la poliomielitis. El sistema de vigilancia eficaz bien desarrollado indica que el número de casos ha disminuido con relativa regularidad. Para el final de 2002, la transmisión de poliovirus se había interrumpido en 18 países de la Región desde hacía más de tres años; por su parte, el Sudán no ha notificado ningún caso de poliomielitis desde abril de 2001. En 2002 se notificaron 110 casos confirmados de poliomielitis en sólo cuatro países (Pakistán: 90; Afganistán: 10; Egipto: 7; y Somalia: 3). En los ocho primeros meses de 2003 se notificaron 61 casos (Pakistán: 57; Afganistán: 2; y Egipto: 1); en el Líbano se detectó un caso y se demostró que era importado y estaba genéticamente vinculado a las cepas de virus de la India.

En 2003, con apoyo técnico de la OMS, prosiguen los días nacionales de inmunización intensiva tanto en los países con endemidadad (Afganistán, Egipto, Pakistán y Somalia) como en el Sudán, recientemente declarado exento de poliomielitis. Todos estos países celebran cada año más de dos días nacionales de inmunización y una o más rondas de días subnacionales de inmunización en los distritos de alto riesgo y llegan a todos los niños mediante la inmunización de casa en casa. La vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) siguió mejorando en toda la Región. La tasa de PFA no poliomielítica ha aumentado aún más en 2003, hasta alcanzar 2,39 por cada 100 000 menores de 15 años de edad, mientras que la recogida de muestras de heces ha alcanzado un 90%.

A medida que la iniciativa de erradicación de la poliomielitis se aproxima a su culminación, los grupos consultivos técnicos para los países prioritarios examinan regularmente la situación epidemiológica y los planes nacionales y prestan asesoramiento técnico. Además, se estableció un grupo consultivo técnico regional encargado de liderar actividades de erradicación en los demás países donde la poliomielitis es endémica y de informar a los Estados Miembros sobre otras cuestiones técnicas. Se está prestando una atención cada vez mayor al confinamiento de poliovirus salvajes en laboratorios, a la certificación de la

erradicación de la poliomielitis y al desarrollo de una política de inmunización poscertificación.

Se han designado coordinadores nacionales responsables del confinamiento en 19 de los 23 países de la Región, 16 de los cuales también han establecido comités nacionales responsables del confinamiento. Para fines de 2002, 18 países habían preparado un plan nacional de confinamiento; en tres de los cinco países restantes sigue habiendo transmisión de poliovirus. La primera fase del confinamiento ha terminado con buenos resultados en siete países y se halla en curso en otros 11 países.

Todos los países de la Región, salvo Somalia, han establecido comités nacionales de certificación con una composición apropiada. Dieciocho países donde no hay circulación viral han presentado sus informes y documentación nacional al Comité Regional de Certificación (CRC), que examinó ya 15 de estos informes y respondió de forma apropiada. El CRC también está examinando las actualizaciones anuales comunicadas por los países cuyos informes iniciales resultaron satisfactorios. Estas actualizaciones anuales se presentarán anualmente hasta que se logre la certificación regional.

A pesar de los logros significativos alcanzados en las zonas endémicas restantes, el programa de erradicación tiene todavía ante sí varios retos y limitaciones que se deben superar para llegar a la meta final. Ahora interesa principalmente el Pakistán, donde se registraron varios brotes en 2002–2003. Al parecer, probablemente no se llegue a los niños más pequeños de las poblaciones tribales y conservadoras a menos que en el equipo de vacunación haya una mujer. Para superar estas dificultades, es preciso conseguir el apoyo de los líderes políticos federales, provinciales y locales y hacer extensivos los días subnacionales de inmunización a todas las zonas donde hay transmisión. Para ayudar a que se preste el apoyo técnico necesario a fin de garantizar una vigilancia de alta calidad en todas las áreas, se está movilizando a personal internacional nuevo en los distritos donde no había consultores designados.

más allá de la capacidad logística y de comunicaciones del sector de la salud. Por consiguiente, se recurre en gran medida a los ministerios de información, transporte, defensa y otros para que ayuden a llegar rápidamente a todos los niños, en todos los rincones de un país. Los países también han hecho participar al sector privado, a menudo en una escala extraordinaria. En Filipinas, por ejemplo, más de 140 empresas privadas han aportado regularmente personal, vehículos, establecimientos y apoyo financiero. La movilización eficaz de ese apoyo sólo ha sido posible cuando los máximos dirigentes políticos de nivel tanto nacional como subnacional han respaldado la iniciativa públicamente y adoptado las medidas necesarias para poner esos recursos a disposición de las autoridades sanitarias. Así pues, la prestación de este servicio de salud se ha convertido en una responsabilidad gubernamental y social, mientras que la responsabilidad del sector de la salud ha pasado del plano de la ejecución al de la gestión y el seguimiento.

El compromiso personal de los líderes políticos con la vigilancia y la ejecución de las actividades conduce naturalmente al tercer objetivo de la promoción política: una mayor responsabilización tanto dentro como fuera del sector de la salud. Sólo los dirigentes políticos de alto nivel tienen la autoridad necesaria para conseguir esa responsabilización, en particular en los ministerios diferentes del de la salud cuyo personal y recursos son tan importantes para que se llegue a todos los niños con vacuna antipoliomielítica oral.

Esa participación de los dirigentes ha dado lugar a beneficios adicionales, a menudo extraordinarios. Reconociendo que los poliovirus no respetan las fronteras, en abril de 1995 las autoridades de 18 países de Asia, Europa y el Mediterráneo oriental empezaron a coordinar la inmunización de 56 millones de niños con vacuna antipoliomielítica oral. Siguieron actividades semejantes en África, donde Angola, el Congo, el Gabón y la República Democrática del Congo, países afectados por conflictos, sincronizaron tres rondas de días nacionales de inmunización a partir de julio de 2001 y llegaron a 15 millones de niños. En el transcurso de los 15 últimos años, en países como el Afganistán, Angola, Sierra Leona y Sri Lanka, las partes en guerra depusieron sus armas para participar en «días de tranquilidad» a fin de que sus hijos pudieran ser inmunizados contra la poliomielitis (7). En los recuadros 4.1 y 4.2 se indican los progresos realizados hacia la erradicación en los países de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental.

Recuadro 4.2 Respuestas al reto de la erradicación de la poliomielitis en Asia Sudoriental

En 2002, la meta mundial de erradicación de la poliomielitis se vio amenazada cuando la India padeció el brote más grande de la historia reciente; ese año se notificaron 1600 casos, cinco veces más que en 2001. La epidemia se propagó a estados indios que habían quedado finalmente exentos de poliomielitis en los últimos años, con lo cual el número de distritos infectados se duplicó con creces y pasó de 63 en 2001 a 159. Como la India comparte fronteras largas con Bangladesh y Nepal, la epidemia también amenazó a estos países libres de poliomielitis. Para fines de 2002, la Región de Asia Sudoriental sobrellevaba un 84% de la carga mundial de poliomielitis. Sin embargo, desde entonces, gracias a una respuesta nacional e internacional masiva se ha conseguido que la poliomielitis vuelva a estar a punto de ser eliminada de la Región más populosa de la OMS.

Para fines de 2000, nueve de los 10 Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental de la OMS y 35 de 37 estados de la India habían interrumpido la transmisión de poliovirus salvaje merced a la iniciativa mundial de erradicación. Además de Bangladesh y Nepal, Myanmar está libre de poliomielitis desde 2000; Bhután, Indonesia, Maldivas, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka y Tailandia detuvieron la transmisión autóctona antes de 1999. Estos pro-

gresos son resultado de un programa regionalmente coordinado, que se apoya en datos, emprendido a comienzos de los años noventa y en cuyo marco, mediante días nacionales de inmunización, se ha llegado a más de 200 millones de niños, a menudo de manera sincronizada entre Estados Miembros con apoyo de órganos regionales como la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional. Una firme vigilancia de la poliomielitis y una red regional de 17 laboratorios de alta calidad han orientado los esfuerzos y confirmado esos logros.

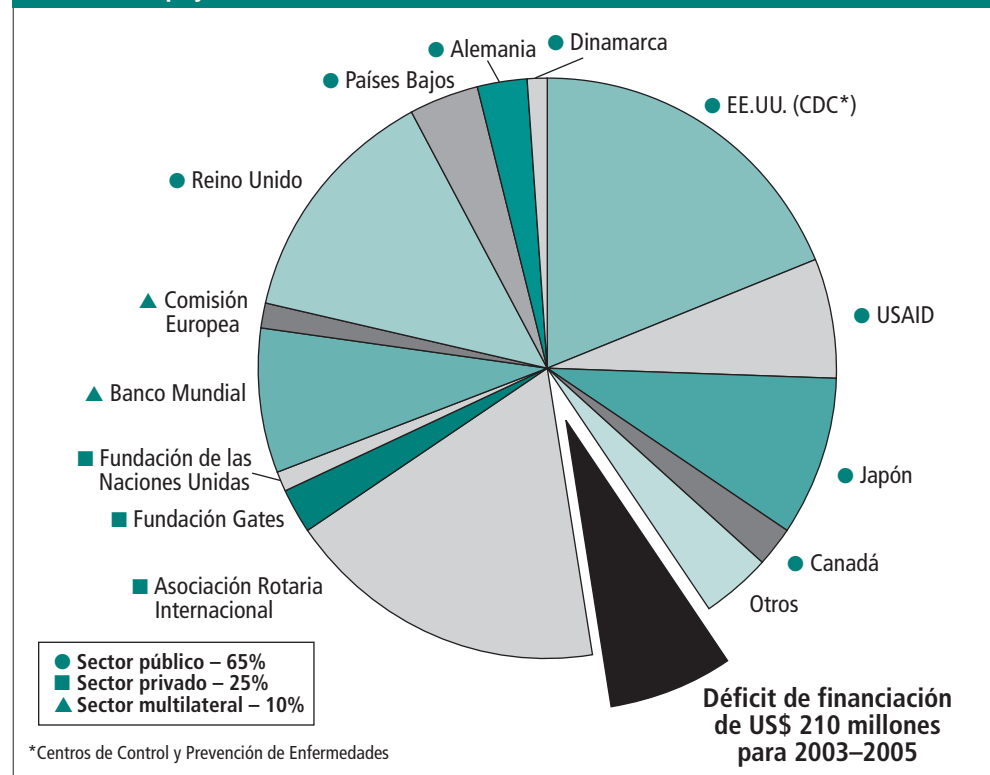
Las investigaciones sobre la epidemia de 2002 demostraron que una combinación de cobertura baja de vacunación sistemática y campañas antipoliomielíticas de escala, número y calidad insuficientes habían posibilitado una acumulación rápida de niños susceptibles, especialmente en el estado de Uttar Pradesh. En respuesta, se intensificó notablemente la vigilancia política del programa, el número de campañas antipoliomielíticas aumentó a seis por año y se desplegaron esfuerzos adicionales para llegar a los niños de las poblaciones minoritarias. En consecuencia, a fines de septiembre de 2003 la poliomielitis alcanzó su nivel más bajo de la historia (132 casos) y había nuevamente posibilitado reales de eliminar para 2005 y definitivamente de Asia Sudoriental esta enfermedad devastadora.

Obtención de fondos

Para que la visión de Sabin de un mundo sin poliomielitis pudiera hacerse realidad era preciso llegar a todos los niños con dosis múltiples de vacuna antipoliomielítica oral, lo que a su vez requería sustanciales recursos financieros y contribuciones en especie de fuentes nacionales e internacionales. Para movilizar y administrar los recursos en esta escala, la alianza contra la poliomielitis estableció una combinación de estrategias y mecanismos. El resultado eficaz de este enfoque ha sido la movilización de más de US\$ 5000 millones en forma de financiamiento y contribuciones en especie para las actividades de erradicación de la poliomielitis durante un periodo de 20 años (8). Mientras que la mayor parte de esos fondos se destinaron a actividades de erradicación limitadas en el tiempo, una proporción sustancial se destinó al fortalecimiento de la inmunización sistemática y los servicios de vigilancia.

En cada país la proporción de los gastos sufragados con cargo a fondos nacionales e internacionales ha dependido en gran medida del nivel de ingresos y de la capacidad del sistema de salud. China, por ejemplo, ha calculado que más del 95% de sus gastos han sido pagados por el país mismo. Aun en los países más pobres que carecen prácticamente de servicios de salud oficiales, como Somalia, la comunidad absorbe mediante contribuciones en especie un 25%–50% de los costos reales de los días nacionales de inmunización contra la poliomielitis. Debido a la diversidad de comunidades, gobiernos y asociados que han contribuido a las actividades de lucha contra la poliomielitis, es imposible cuantificar con exactitud todos los gastos financieros y en especie. Sin embargo, según un cálculo moderado basado en el tiempo dedicado por los voluntarios y trabajadores de salud durante los días nacionales de inmunización – la actividad que requiere mayor intensidad de mano de obra –, de un total de más de US\$ 5000 millones que se habrán gastado en la iniciativa, los países con poliomielitis endémica habrán

Figura 4.2 Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis: apoyo financiero 1988–2005



aportado al menos US\$ 235 000 millones en tiempo de voluntarios solamente entre 1988 y 2005 (8). Con recursos públicos y privados adicionales provenientes de los niveles nacional, estatal, provincial, distrital y comunitario local se han pagado el combustible, la movilización social, la capacitación y otros gastos.

Las fuentes externas habrán suministrado al menos US\$ 3000 millones para ayudar a los países con endemias a cubrir los costos de la erradicación de la poliomielitis. Hasta la fecha, de más de 100 donantes externos 26 habrán aportado más de US\$ 1 millón desde el comienzo de la iniciativa y 12 habrán aportado al menos US\$ 25 millones (véase la figura 4.2). Un punto especialmente fuerte de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis ha sido su firme alianza con varios donantes no tradicionales de ayuda al desarrollo, en particular la Asociación Rotaria Internacional (véase el recuadro 4.3). Los procesos de presupuestación y gestión de recursos a nivel de país, combinados con el seguimiento centralizado de los recursos necesarios y los flujos de financiamiento, han permitido que el programa respondiera a las necesidades de los países donantes y beneficiarios mejorando al mismo tiempo el aprovechamiento eficaz de la financiación disponible. A pesar de su infraestructura limitada, muchos países de ingresos bajos y medianos bajos han mostrado claramente una extraordinaria capacidad de absorción de recursos para la salud, que puede dar rápidamente lugar a resultados sanitarios reales.

Aunque la promoción internacional coordinada y la gestión de recursos de esta iniciativa han sido muy exitosas, el aspecto más sorprendente de la financiación de la erradicación de la poliomielitis ha sido la contribución sustancial efectuada por los países con endemias y por las comunidades mismas para que sus hijos se beneficien plenamente de la visión mundial de un mundo sin poliomielitis.

Movilización de recursos humanos

Un firme compromiso político y recursos sustanciales tanto financieros como en especie son esenciales para el éxito de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis, pero no bastan. Estos dos elementos han tenido que complementarse con personal suficiente para aplicar las estrategias de erradicación en cada rincón del mundo. Mientras que los países de ingresos altos y medianos altos generalmente están en condiciones de tener servicios de salud suficientemente fuertes para aplicar las estrategias de erradicación, la grave deficiencia de recursos humanos para la salud, en particular en los países de bajos ingresos y de ingresos medianos bajos con mayor carga de poliomielitis, pone en peligro el éxito de todo el esfuerzo mundial.

Recuadro 4.3 Una alianza publicoprivada para la erradicación de la poliomielitis

La Asociación Rotaria Internacional es uno de los cuatro asociados de vanguardia de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; ha hecho suya la idea de un esfuerzo mundial incluso antes de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1988. En 1985 la Asociación se comprometió con la meta internacional de un «mundo libre de poliomielitis» para 2005, año en que celebrará su centenario.

En las zonas endémicas, rotarios de más de 160 países han ofrecido voluntariamente donar tiempo a ministerios de salud para ayudar en cada aspecto del programa, incluida la administración de vacuna antipoliomielítica, el transporte de trabajadores de salud, el suministro del equipo crítico y la movilización de las comunidades. En los países libres de poliomielitis, los rotarios han puesto continuamente de relieve la importancia de la erradicación de la poliomielitis mediante campañas de promoción e información pública.

La Asociación Rotaria Internacional ha prestado apoyo financiero

para la erradicación de la poliomielitis en una escala sin precedentes. Para 2005, su financiación directa habrá alcanzado más de US\$ 500 millones desde 1988, es decir el 20% de la financiación externa total de la iniciativa completa. Además, ha desempeñado una función central en el esfuerzo de promoción interinstitucional que ha movilizado US\$ 2,4 millones en financiamiento externo adicional de gobiernos donantes, fundaciones, bancos de desarrollo y el sector privado.

La Asociación Rotaria Internacional ha hecho campaña con los principales líderes políticos de países con poliomielitis endémica y países exentos de poliomielitis para garantizar su participación activa en el programa. Esta promoción continua de alto nivel de parte de un asociado del sector privado ha contribuido a que la erradicación de la poliomielitis siguiera ocupando un lugar destacado en el programa mundial, a pesar de las muchas otras prioridades que también exigen atención.

El número, la combinación y la distribución del personal necesario para eliminar la poliomielitis de los países difieren según las actividades. Las que requieren mayor intensidad de mano de obra son las actividades suplementarias de inmunización masiva, limitadas en el tiempo, como los días nacionales de inmunización y las campañas de «barrido». Las que requieren mayor capacitación son la vigilancia de las enfermedades y las actividades de laboratorio continuas. En general, se ha respondido con enfoques diferentes a las necesidades de recursos humanos muy diferentes de cada una de esas actividades.

El número de personas que se necesitan para llevar a la práctica los días nacionales de inmunización es extraordinario. Como se señala más arriba, unos 10 millones de voluntarios y trabajadores de salud inmunizaron a 575 millones de niños en el marco de las actividades de erradicación de la poliomielitis en 2001. Dos componentes fundamentales de los días nacionales de inmunización resultaron decisivos para colmar la brecha entre el número de vacunadores capacitados existente en un país y el número necesario para los días nacionales de inmunización. Primero, como en los días nacionales de inmunización sólo había que administrar 2 gotas de vacuna antipoliomielítica oral a cada niño y registrar el número de niños inmunizados, después de 1–2 horas de capacitación los voluntarios de la comunidad podían prestar el servicio sin riesgos. Segundo, dada la limitación temporal de los días nacionales de inmunización, los voluntarios estuvieron dispuestos a participar y otros ministerios de gobierno, organizaciones no gubernamentales y asociados del sector privado pudieron cubrir los costos de oportunidad en que incurrieron con la participación de su personal. En consecuencia, para las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales y la alianza contra la poliomielitis el reto principal pasó a ser la movilización, la capacitación, el equipamiento y la gestión de esos recursos humanos. Dada la escala de esta gran movilización, siempre que fuera factible y seguro se procuró incluir otras intervenciones en los días nacionales de inmunización; se ha calculado que la administración de suplementos de vitamina A en los días nacionales de inmunización antipoliomielítica permitió prevenir 1,25 millones de defunciones de niños (9).

La vigilancia de alta calidad necesaria para coordinar las actividades suplementarias de inmunización y seguir de cerca sus repercusiones requirió una respuesta diferente en materia de recursos humanos. Se necesitaron muchas menos personas que para los días nacionales de inmunización, pero con una capacitación mucho mayor para identificar casos de PFA, así como para notificar, investigar y responder en consecuencia (4). Además, tenían que estar disponibles de manera continua. En consecuencia, la alianza contra la poliomielitis pasó a colaborar con las autoridades nacionales para ampliar y fortalecer donde fuera posible la infraestructura nacional de vigilancia existente. Donde no había una infraestructura satisfactoria, los asociados colaboraron con las autoridades nacionales para establecer una vigilancia de la PFA. En cada país, la estrategia adoptada para colmar el déficit de recursos humanos dependió de la estrategia nacional más amplia de fortalecimiento de los servicios de salud. En algunos países, el personal de vigilancia recibió sueldos del Estado mientras que los gastos de funcionamiento, incluidos los vehículos y el equipo, se sufragaron con fondos internacionales. En otros países, los asociados complementaron los sueldos nacionales para que se contratara a personal altamente capacitado. En otros, la OMS y los gobiernos establecieron y aplicaron un programa de vigilancia conjunta. Además, la OMS contrató a nivel nacional e internacional y desplegó a casi 1500 personas para que prestaran asistencia técnica y realizaran actividades de vigilancia en las áreas con menos capacidad.

Mediante esta combinación de estrategias y enfoques para cubrir el déficit de recursos humanos para la salud, ha sido posible llegar a casi todos los niños del mundo con vacuna antipoliomielítica oral y otras intervenciones (como la administración de suplementos de vitamina A), independientemente del estado socioeconómico, la religión, la pertenencia a grupos minoritarios, la geografía o incluso las situaciones de guerra. Además, ya se cuenta

con una capacidad verdaderamente mundial de vigilancia y pruebas de laboratorio para identificar casos de poliomielitis y responder rápidamente a esta y muchas otras enfermedades de importancia para la salud pública, como el sarampión, el tétanos neonatal, la meningitis, el cólera y la fiebre amarilla, según el país (10). En la Región del Pacífico Occidental, esta capacidad contribuyó a la respuesta internacional a los brotes de SRAS de 2002–2003.

Perspectivas para un futuro libre de poliomielitis

Como resultado de un esfuerzo dinámico deliberado e internacionalmente coordinado, la devastadora poliomielitis que antes se propagaba por el mundo ha quedado ahora geográficamente limitada a siete países. Para sacar partido de este adelanto, ahora se requieren esfuerzos sustanciales a fin de interrumpir las últimas cadenas de transmisión, certificar ese logro y reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de la poliomielitis en el futuro. En los objetivos principales del Plan Estratégico 2004–2008 de Erradicación de la Poliomielitis de la alianza contra la poliomielitis se resumen estos retos.

En primer lugar, se deben interrumpir las últimas cadenas de transmisión de poliovirus en los siete países restantes. Se requerirá un esfuerzo particular en la India, Nigeria y el Pakistán, que ahora sobrellevan un 99% de la carga mundial de poliomielitis y siguen exportando casos a las áreas que se habían liberado de esta enfermedad. En el interior de los mencionados países, cinco de los 76 estados o provincias son la clave de la erradicación mundial; si en cada uno de ellos se mantienen de forma sostenida un compromiso político de alto nivel, vigilancia y responsabilización, mediante días nacionales de inmunización de alta calidad se podría llegar rápidamente a todos los niños y la transmisión de la poliomielitis se podría interrumpir dentro de un plazo de 12 meses.

En segundo lugar, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis debe comprobar la interrupción mundial de la transmisión del poliovirus salvaje. La certificación requiere que todos los países presenten documentación que demuestre la ausencia de circulación del poliovirus salvaje durante al menos tres años en presencia de una vigilancia de alta calidad, así como el «confinamiento» de todas las reservas de poliovirus salvaje. Para el confinamiento se requiere que, dentro de un plazo de un año a partir de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje a nivel mundial, los países hayan identificado todas las reservas de poliovirus salvaje y asegurado su almacenamiento y manejo en condiciones de bioseguridad apropiadas (véase la figura 4.3).

En tercer lugar, será necesario establecer y acordar internacionalmente políticas apropiadas para después de la certificación. Éstas deben tener por objeto tanto reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de poliovirus salvajes como asegurar la capacidad mundial necesaria para hacer frente a una reintroducción eventual. Por consiguiente, se necesitarán políticas en las cuatro esferas siguientes: detección y notificación de casos de poliomielitis, bioconfinamiento a largo plazo de todas las cepas de poliovirus (o sea, cepas salvajes y vacunales), reservas de vacuna antipoliomielítica, e inmunización sistemática (11). La elaboración de estas políticas será aún más compleja que en el caso de la viruela, por varias razones. Por ejemplo, el riesgo escaso de que poliovirus vacunales recuperen la capacidad de causar brotes está ahora bien documentado. Además, los riesgos del terrorismo internacional han afectado sustancialmente a la voluntad de algunas instancias normativas de prever la interrupción de la vacunación antipoliomielítica sistemática en un futuro próximo, independientemente de sus beneficios económicos. Debido a la complejidad de estas cuestiones, las investigaciones en curso en esta área se complementarán mediante consultas amplias con gobiernos e interesados directos a través de la Asamblea Mundial de la Salud y otros foros a partir de 2004 (11).

aplicación eficaz de la estrategia en cada nivel, utilizando indicadores de desempeño normalizados y fiables para cada aspecto del programa, desde la recogida de muestras de heces de los casos presuntos hasta el costo por niño inmunizado.

A nivel de la prestación de servicios, los principales retos se relacionaban con la creación y la satisfacción subsiguiente de la demanda de inmunización con vacuna antipoliomielítica oral. Generar esa demanda sólo planteaba problemas en las zonas urbanas, ya que en las rurales la mera disponibilidad del servicio a menudo bastaba para crear la demanda necesaria; probablemente sucedería lo mismo con otras necesidades apremiantes, como el tratamiento de la infección por el VIH. En consecuencia, la movilización social era el principal reto de la prestación de servicios en el entorno urbano, mientras que la logística resultaba mucho más importante en las zonas rurales. Para movilizar a las comunidades urbanas se recurría mucho a la radio y la televisión, por las que portavoces apropiados enviaban mensajes previamente puestos a prueba con esmero. En el ámbito rural, la identificación y la participación sistemática de los líderes tradicionales y comunitarios era fundamental para la necesaria comunicación de una persona a otra. Las exigencias logísticas de la distribución concreta de vacuna antipoliomielítica oral en las zonas urbanas se podían satisfacer con frecuencia a través de los servicios de salud oficiales con ayuda de personal paramédico o de estudiantes. En el entorno rural, las deficiencias de los servicios de salud oficiales obligaban a recurrir a voluntarios de la comunidad para cada elemento del programa, desde la recogida de las vacunas de los depósitos hasta la vacunación, el registro y la notificación.

Aunque se reconoce ampliamente la importancia de todos estos elementos, el punto fuerte de la iniciativa de erradicación ha sido su capacidad para ocuparse suficientemente de estos asuntos a nivel internacional, nacional y periférico al mismo tiempo. Sin embargo, esto se pudo conseguir solamente gracias al número considerable de técnicos y personal de apoyo desplegado en las áreas donde los sistemas de salud oficiales eran más débiles, número que llegó a ser de casi 3000 por año en 2001, el 80% del cual se concentró en sólo 15 países.

Muchas de las nuevas iniciativas internacionales de control de enfermedades, como las que apuntan a otras enfermedades prevenibles por vacunación, el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, deben realizar intervenciones más complejas que la administración de vacuna antipoliomielítica oral. No obstante, las enseñanzas extraídas de las actividades de erradicación de la poliomielitis que subsanaban deficiencias del sistema de salud también son aplicables a la extensión masiva de la prestación de otros servicios de salud. Por ejemplo, el éxito de estas iniciativas nuevas también requerirá una participación activa masiva de las comunidades para compensar la escasez o la distribución desigual de trabajadores de salud capacitados. Optimizar la participación de voluntarios – ya sea para entregar mosquiteros, impartir educación sobre el VIH o distribuir medicamentos y velar por la observancia del tratamiento – también requerirá cadenas de suministro que permitan facilitar a cada comunidad los medios necesarios de manera predecible, aunque sea intermitente.

A fin de aprovechar al máximo los beneficios potenciales de la infraestructura, la experiencia y las enseñanzas de las actividades de erradicación de la poliomielitis será necesario fortalecer los vínculos con los programas más nuevos para multiplicar el acceso a estas intervenciones de salud importantes. La OMS está firmemente decidida a fortalecer esos vínculos y a comportarse con esas intervenciones nuevas con tanta determinación como Cuba cuando extendió rápidamente el alcance de la vacunación antipoliomielítica oral en beneficio de todos, en todo lugar.

Los progresos realizados para erradicar esta enfermedad debilitante demuestran claramente que los gobiernos nacionales, con el apoyo de alianzas internacionales fuertes, pueden conseguir y aprovechar el liderazgo político, la financiación y los recursos humanos necesarios

para hacer llegar las intervenciones de salud a todas las poblaciones. Sin embargo, todavía no está garantizado el éxito definitivo del esfuerzo de erradicación de la poliomielitis; los líderes de un número muy pequeño de zonas endémicas deben ahora velar por que se inmunice a todos sus hijos, y los líderes de los países ricos deben cumplir sus promesas verbales de cubrir el déficit persistente de financiación para que se puedan realizar esas actividades. Al afrontar estos retos, el mundo creará un bien público mundial de salud que ofrece posibilidades de beneficiar para siempre a todos los niños.

Este capítulo es la crónica de la guerra larga y difícil librada contra una de las enfermedades más viejas del mundo. El capítulo 5 es la historia del encuentro breve pero mortal con una de las amenazas más nuevas del mundo, el SRAS, del logro de una victoria decisiva y de las enseñanzas extraídas para el futuro.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Progress towards global eradication of poliomyelitis, 2002. *Weekly Epidemiological Record – Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2003, 78:138–144.
2. *Informe del Secretario General. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2001 (documento A/56/326 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
3. *Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988 (resolución WHA41.28 de la Asamblea Mundial de la Salud).
4. de Quadros CA et al. Eradication of poliomyelitis: progress in the Americas. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1991, 10:222–229.
5. *Yaoundé Declaration on Polio Eradication in Africa*. Yaundé, Camerún, Organización de la Unidad Africana, 1996 (resolución AHG/Decl.1 (XXXII) de la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno).
6. *Plan de Acción del G8*. Ottawa, Gobierno de Canadá, 2002 (<http://www.g8.gc.ca/2002Kananaskis/afraction-en.asp>, visitado el 18 de agosto de 2003).
7. Bush K. Poliomielitis, guerra y paz. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 3, 2000, 58–59.
8. Aylward RB et al. Producing a global public good: polio eradication. In: Smith R et al., eds. *Global public goods for health*. Oxford, Oxford University Press, 2003:33–53.
9. Ching P et al. The impact of vitamin A supplements delivered with immunization campaigns. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1526–1529.
10. Nsubuga P et al. Polio eradication initiative in Africa: influence on other infectious disease surveillance development. *BMC Public Health*, 2002, 2:27.
11. *Report of the eighth meeting of the Technical Consultative Group (TCG) on the Global Eradication of Poliomyelitis, Geneva, 24–25 April 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento WHO/V&B/03.13; <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www754.pdf>, visitado el 7 de octubre de 2003).