

Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (GPEI)

Informe anual 2012

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

El año 2012 fue el último del Plan Estratégico 2010-2012 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (GPEI) y dio paso a una situación de emergencia para poner término a la erradicación de la enfermedad. Al comienzo del Plan, hace tres años, la poliomielitis estaba descontrolada en 23 países y más de 1500 niños quedaron paralizados de por vida ese año. La enfermedad estaba muy extendida en los países todavía endémicos. La reanudación de la transmisión del poliovirus se mantenía en cuatro países. Lo más preocupante es que la poliomielitis endémica arraigó de forma tenaz en dos zonas de la India, pese a las actividades suplementarias de inmunización masiva emprendidas de forma regular y sistemática.

En el marco del Plan Estratégico 2010-2012, en todas las zonas endémicas y reinfectadas que quedaban se empezaron a aplicar los nuevos instrumentos y métodos especiales, en particular la nueva vacuna antipoliomielítica oral bivalente (OPV). Al final del periodo, si bien no se logró la meta destacada de interrumpir por completo la transmisión del poliovirus para el final de 2012, el Plan dejó al mundo a las puertas de la erradicación.

Se logró frenar todos los brotes persistentes. Los brotes nuevos se interrumpieron en el término de seis meses. La reanudación de la transmisión del poliovirus se interrumpió en tres de los cuatro países: Angola, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur. El cuarto país, Chad, estaba bien encaminado para conseguirlo al final de 2012. La poliomielitis se vio cada vez más acorralada geográficamente en Nigeria, el Pakistán y el Afganistán. Y la India, considerada durante mucho tiempo el lugar donde más dificultades encontraría la erradicación, consiguió su

objetivo, zanjando así la cuestión de la viabilidad técnica de la erradicación.

Menos casos y en menos sitios

"¿Estamos asistiendo a la última batalla [de la poliomielitis]?", se preguntaba la Junta de Seguimiento Independiente para la erradicación de la poliomielitis en octubre de 2012. Vista la trayectoria de los casos de poliomielitis ese año, sin duda no eran los únicos que se hacían esa pregunta.

Al final de 2012, los niveles de poliomielitis eran los más bajos nunca registrados: menos casos en menos distritos de menos países que en cualquier otro momento. Ese año se notificaron 223 casos, lo que supone una reducción de más del 60% respecto a 2011. Gracias a la incansable dedicación de los héroes dedicados a la erradicación de la poliomielitis sobre el terreno, a lo largo del año se distribuyeron más de dos mil millones de dosis de vacuna entre 429 millones de

niños en todo el mundo. Y si bien han surgido nuevos riesgos, en particular la inseguridad provocada por los trágicos ataques perpetrados contra trabajadores sanitarios en zonas del Pakistán y Nigeria a finales de 2012 y principios de 2013, el mundo tiene ante sí la mejor oportunidad para cumplir su objetivo.

El año 2013 marca el comienzo de una nueva era. La GPEI operará en el marco del nuevo Plan Estratégico 2013-2018 para la fase final de la erradicación de la poliomielitis. La formulación de este Plan fue posible gracias a los logros, los progresos y las enseñanzas extraídas del periodo 2010-2012. Esos tres años han brindado una plataforma que autoriza a pensar que es posible conseguir rápidamente un mundo libre de poliomielitis –libre del poliovirus salvaje y del poliovirus vacunal– de forma duradera.

El éxito de la India hace más apremiante la conclusión del trabajo iniciado

En 2012 la India dejó de figurar en la lista de países con poliomielitis endémica. Angola y la República Democrática del Congo frenaron la reanudación de la transmisión de la enfermedad.

El año comenzó con una reorganización drástica de la estructura y la forma de trabajar de la GPEI. Las organizaciones asociadas asumieron la situación de emergencia, procurando ser más rápidas, inteligentes e innovadoras para administrar la vacuna antipoliomielítica a todos y cada uno de los niños. La rendición de cuentas fue un elemento clave en todos los niveles, desde los jefes de las organizaciones asociadas situadas a la cabeza, hasta los vacunadores sobre el

terreno. Y se pusieron en marcha diversos procedimientos para garantizar una mayor cooperación, no solo entre organizaciones, sino también entre las oficinas de país, regionales y principales.

Esta reorientación por emergencia se vio formalizada cuando los 194 Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud, reunidos en Ginebra en mayo de 2012, declararon que la terminación de la erradicación de la poliomielitis constituía una "emergencia programática para la salud pública mundial". En la resolución en cuestión se anunció que la comunidad mundial se comprometía a acabar con la enfermedad y prevenir su reaparición. Los tres países aún endémicos –Nigeria, el Pakistán y el Afganistán– emprendieron planes nacionales de emergencia contra la poliomielitis, supervisados en cada caso por el respectivo jefe de Estado, y reforzaron las medidas de responsabilización para afrontar urgentemente algunos retos operacionales de larga data. Los organismos asociados de la GPEI también reorientaron sus actividades para adaptarlas a la situación de emergencia, actuando en el marco del Plan de Emergencia Mundial 2012-2013, a fin de respaldar rápidamente los esfuerzos de los países mediante una intensificación de la asistencia técnica hasta el nivel de distrito. Se puso en marcha una estructura de supervisión, coordinación y gestión de la colaboración a fin de optimizar la eficiencia y la rendición de cuentas en todos los niveles de la alianza.

Resolver un grave déficit de financiación y abordar el problema de la propagación internacional

A lo largo del año, el riesgo de nuevos brotes de poliomielitis suscitó preocupación en

mucha gente, y es que debido a la falta de fondos hubo que retrasar o anular tandas de vacunación, lo que dejó innecesariamente a un mayor número de niños en una situación de vulnerabilidad a la enfermedad en zonas de alto riesgo. El año concluyó con un nuevo brote en el Níger, que vino a recordarnos el costo humano de la propagación del poliovirus. Si no se lograba allegar fondos para cubrir los costos de la erradicación y evitar una mayor propagación en 2013 y más adelante, el mundo corría el riesgo de ver reaparecer la poliomielitis.

Progresos, y la vía hacia el éxito

Un factor clave de los progresos conseguidos en 2012 ha sido la mayor adhesión de los países. En los tres países todavía endémicos, todo el peso de la administración y del jefe de Estado se puso al servicio de la iniciativa, rebasándose los límites del sector de la salud para adoptar un enfoque pansocial. Se establecieron nuevos mecanismos de supervisión y responsabilización, para que los dirigentes locales rindieran cuentas sobre el funcionamiento del programa. En última instancia, el éxito dependerá de mantener ese enfoque con la misma intensidad.

El firme compromiso de los niveles superiores de los principales asociados de la GPEI y el apoyo inquebrantable proporcionado durante todo el año por el Secretario General de las Naciones Unidas, la Fundación de las Naciones Unidas y la Fundación Bill y Melinda Gates fueron fundamentales para los progresos conseguidos en 2012.

En lo que fue un despliegue histórico de solidaridad y compromiso en la Asamblea General de las Naciones Unidas el pasado mes de septiembre, líderes de todo el mundo –

incluidos los jefes de Estado del Afganistán, Nigeria y el Pakistán, funcionarios de los gobiernos donantes y nuevos donantes de los sectores público y privado- prometieron capitalizar los progresos logrados en 2011 y principios de 2012 y traducir en acción la emergencia declarada por la Asamblea Mundial de la Salud. Días después, millones de personas asistieron a través de la web a un concierto celebrado en el Central Park de Nueva York, y organizado por el Global Poverty Project con el firme apoyo de la Asociación Rotaria Internacional, con el objetivo de acelerar la acción ciudadana contra la poliomielitis.

Las innovaciones tuvieron un papel destacado en 2012, en particular los nuevos microplanes por hogares, que fueron especialmente eficaces en las operaciones llevadas a cabo en el norte de Nigeria. La instauración de un mecanismo de pagos directos en el Pakistán permitió a los trabajadores sanitarios cobrar directa y puntualmente. Representantes de la India en los países aún endémicos ayudaron a transferir conocimientos vitales sobre microplanificación, rendición de cuentas, estrategias para poblaciones especiales y recopilación de datos.

Todo ello dio fruto pues se logró alcanzar a un mayor número de niños en los reservorios del poliovirus. Los niveles de la enfermedad llegaron a ser así los más bajos de la historia. La transmisión del poliovirus salvaje 3 estaba a punto de ser interrumpida. Nigeria fue el único país que registró un aumento de los casos, pero incluso allí en la segunda mitad de 2012 se alcanzó a más niños que en la primera mitad del año, y los casos nuevos empezaron a caer en picado a finales de año.

Pérdidas inadmisibles

Se están haciendo enormes sacrificios para llegar a todos los niños. Agentes desplegados contra la poliomielitis en el Pakistán y el Afganistán perdieron la vida en 2012 mientras trabajaban para proteger a los niños de la enfermedad. En el Pakistán, una serie de horribles ataques mortales cometidos contra trabajadores sanitarios cerraron el año de forma trágica, y 2013 comenzó con nuevos asesinatos de personal sanitario en Nigeria. La pérdida de esos trabajadores resalta la dedicación y valentía de quienes arriesgan la vida para que los niños de su comunidad puedan recibir los servicios de salud que merecen, entre ellos la vacuna antipoliomielítica, pero también otros servicios cruciales.

Las matanzas indignaron a la opinión pública paquistaní, y los gobiernos de Nigeria y el Pakistán reiteraron su compromiso de garantizar la seguridad y la inviolabilidad de los centros, trabajadores y servicios de salud. Aunque había zonas de los tres países endémicos que seguían vedadas al final del año, las autoridades sanitarias perseveraron en su adaptación a la nueva realidad política y de seguridad de esos lugares, con pequeñas pero importantes victorias. Las negociaciones permitieron vacunar en 2012 por primera vez en tres años a 30 000 niños que vivían en el valle de Tirah en el Pakistán.

Erradicación, y fin de partida

La alianza está cribando las enseñanzas aprendidas a lo largo de los 25 años de erradicación de la poliomielitis, en particular las del exitoso programa de la India, para plasmarlas en un plan que acabe con la

enfermedad y garantice que no reaparezca. Conocido como “Plan Estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018”, describe un modelo para interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje y del poliovirus de origen vacunal y para fortalecer la cobertura de inmunización sistemática en países clave, prevé la contención segura del poliovirus en los laboratorios y establece una hoja de ruta para procurar que los activos, recursos y conocimientos reunidos por el programa contra la poliomielitis sean aprovechados para apoyar otras intervenciones y servicios de salud. En una decisión histórica adoptada en noviembre de 2012, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización recomendó la retirada sincronizada a nivel mundial de la OPV que contiene el virus de tipo 2 -lo que exige la sustitución de la OPV trivalente por la OPV bivalente en los programas de inmunización sistemática- y la introducción de al menos una dosis de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) en los citados programas.

Con un poliovirus salvaje autóctono que tiende a refugiarse en ciertas zonas de tres países donde la vacunación es insuficiente, el programa tropieza con nuevas dificultades. En esas bolsas no se vacuna a los niños debido a una combinación letal de marginación, inseguridad, agitación política y civil, e incluso conflictos. Los países aún endémicos no están solos en este nuevo contexto. Desde el Cuerno de África hasta el África occidental y central, incluida la inestable Siria y sus países vecinos, la amenaza de la poliomielitis se cierne sobre las emergencias complejas. Esos lugares, donde la atención sanitaria y el sistema de salud se desploman bajo el peso de las emergencias, corren un gran riesgo de verse afectados por el virus. No podemos

permitir que los niños que allí viven se queden rezagados. El programa contra la poliomielitis opera cada vez más en estrecha coordinación con las actividades generales de emergencia humanitaria a fin de mitigar ese riesgo.

Habiendo la India enterrado el debate sobre la viabilidad técnica de la erradicación de la poliomielitis, y visto el impacto de los nuevos mecanismos de actuación en las situaciones de emergencia, es hora de que todos redoblen sus esfuerzos, en particular la comunidad internacional para el desarrollo. Por un camino

llegaremos a un mundo permanentemente libre de la poliomielitis en el que ningún niño padecerá nunca más el sufrimiento causado por la parálisis poliomielítica, con un beneficio económico asociado de US\$ 50 000 millones; por el otro, el destino es la reaparición de la enfermedad, que supondría 200 000 casos anuales en el término de una década. Todos los países se beneficiarán por igual del éxito logrado a nivel mundial. Y propiciar ese éxito es por tanto una responsabilidad mundial.