



Poliomielitis

Erradicación de la poliomielitis

Informe del Director General

INTRODUCCIÓN

1. El presente informe proporciona información actualizada sobre la situación actual relativa a la erradicación de esta enfermedad de conformidad con los tres objetivos fundamentales de la Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023 elaborada por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis,¹ y resume los retos que aún quedan por delante para garantizar que el mundo esté exento de ella de forma duradera. El Consejo Ejecutivo, en su 146.ª reunión, tomó nota de una versión anterior del presente informe² y adoptó la decisión EB146(11) (2020), observando, entre otras cosas, la elaboración del proyecto de estrategia para el control de los cVDPV2 2019-2021.³

ERRADICACIÓN

Transmisión de poliovirus salvajes

2. El último caso de poliomiélitis por poliovirus de tipo 2 se notificó en 1999 y, desde noviembre de 2012, no se han detectado poliovirus salvajes de tipo 3 en ninguna parte del mundo, y se ha certificado la erradicación mundial de ambas cepas (en septiembre de 2015 y octubre de 2019, respectivamente). Desde entonces, todos los casos de poliomiélitis paralítica por poliovirus salvajes se debieron al tipo 1. En 2019 se continuaron detectando casos de poliovirus salvajes en el Afganistán, y en el Pakistán.

3. En el Afganistán y el Pakistán, la transmisión transfronteriza de virus endémicos sigue teniendo lugar principalmente en dos corredores: el primero enlaza el este del Afganistán con la provincia de Jaiber Pastunjuá (Pakistán), y el segundo, el sur del Afganistán (Kandahar y Hilmand) con el bloque de Quetta, en la provincia de Baluchistán, y con Karachi (ambos en el Pakistán). Sin embargo, el aislamiento continuo de este virus en muestras ambientales recogidas en otras partes de ambos países parece indicar que se está produciendo una transmisión generalizada en distintos puntos.

¹ Disponible en <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/06/spanish-polio-endgame-strategy.pdf> (consultado el 27 de febrero de 2020).

² Véase el documento EB146/21 y las actas resumidas de la 146.ª reunión del Consejo Ejecutivo, undécima sesión.

³ Disponible en <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/outbreak-preparedness-response/> (consultado el 27 de febrero de 2020).

4. El incremento del número de nuevos casos notificados en 2019 con respecto a 2017 y a 2018, sobre todo en el Pakistán, pone de manifiesto la propagación geográfica continua de virus, con un riesgo de propagación internacional. Las deficiencias en la ejecución estratégica de las actividades de vacunación aumentan notablemente la probabilidad de que la transmisión de poliovirus se mantenga durante 2020 y, muy posiblemente, más allá de este año.
5. En ambos países, los objetivos para el segundo semestre de 2019 fueron analizar en profundidad todos los aspectos del programa de lucha contra la poliomielitis y poner en marcha nuevas medidas de emergencia de salud pública para implicar a la comunidad en las actividades de respuesta a la poliomielitis y mejorar las operaciones mediante la transformación de las estructuras de gobernanza y gestión. La clave para definir con precisión los problemas específicos de cada zona y aplicar las soluciones que correspondan es el compromiso de alto nivel con la erradicación de la enfermedad por parte de los gobiernos nacionales del Afganistán y el Pakistán.
6. Para asistir a los gobiernos nacionales, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha establecido un centro de expertos con sede en Ammán (Jordania) para proporcionar a estos países un apoyo técnico, específico, rápido y coordinado.
7. El programa de lucha contra la poliomielitis también ha intensificado la integración, poniendo en marcha una colaboración más sistemática con los programas de inmunización sistemática y fomentando nuevas colaboraciones con iniciativas sanitarias de mayor envergadura. Además, los Gobiernos del Afganistán y el Pakistán están haciendo planes para poner en marcha un conjunto integrado de servicios mediante un planteamiento multisectorial destinado a comunidades desatendidas en las principales áreas del reservorio.
8. En África no se ha detectado ningún poliovirus salvaje desde que se notificó por última vez en el nordeste de Nigeria en septiembre de 2016. Es posible que, en junio de 2020, la OMS certifique la erradicación de poliovirus salvajes en la Región de África.

Transmisión de poliovirus circulantes de origen vacunal

9. Desde la retirada coordinada a nivel mundial de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 en 2016, se han notificado 49 brotes separados debidos a un poliovirus de origen vacunal circulante de tipo 2 genéticamente diferentes en 21 países de tres regiones de la OMS (a saber, la Región de África, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región del Pacífico Occidental). En 2019 y principios de 2020, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis elaboró el proyecto de estrategia para el control de los cVDPV2 2019-2021 para gestionar mejor la evolución epidemiológica del poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2.
10. En la decisión EB146(11), el Consejo Ejecutivo tomó nota de la elaboración del proyecto de estrategia y solicitó al Director General, entre otras cosas, que acelerase la evaluación y la puesta en marcha de una nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2, por ejemplo mediante el procedimiento de inclusión en la lista OMS de uso en emergencias. En la decisión también se insta a los Estados Miembros, entre otras cosas, a aprobar lo antes posible a nivel nacional la importación y el uso de vacunas para responder a los brotes de poliomielitis, incluida esa nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2, así como a movilizar recursos financieros internos para complementar los compromisos políticos y financieros internacionales.

África

11. En 2019 y principios de 2020, varios brotes ocasionados por cepas genéticamente distintas de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal se siguieron propagando por distintas subregiones y

áreas. Aunque en África se han controlado diversos brotes causados por poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal, un brote que se originó en el estado de Jigawa (Nigeria), continúa extendiéndose tanto a nivel nacional como internacional: se ha detectado en varios países del África occidental. En África central continúan propagándose varias cepas que afectan a diversos países, incluidos Angola, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y Zambia. En cuanto al Cuerno de África, poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 cuya presencia se confirmó inicialmente en Somalia en 2017 siguen afectando a la vecina Etiopía.

12. En todos los casos, la propagación continua de los brotes existentes y la aparición de nuevos poliovirus circulantes de tipo 2 también derivados de vacunas parecen indicar que la cobertura de la inmunización sistemática presenta lagunas y que la respuesta al brote con la vacuna oral monovalente contra los poliovirus de tipo 2 es deficiente. El riesgo de que aumente la propagación de estas cepas o de que aparezcan cepas nuevas se ve magnificado por la pérdida cada vez mayor de inmunidad de las mucosas a los poliovirus de tipo 2 en el continente africano, tras el paso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la bivalente en 2016.

13. Actualmente, la vacuna oral monovalente contra la poliomiélitis de tipo 2 es la mejor herramienta para responder a los brotes de poliovirus de origen vacunal de tipo 2 y la única que puede inducir la inmunidad mucosal necesaria para interrumpir la circulación de los virus. Sin embargo, si no se contiene suficientemente el brote con esta vacuna y no se cumplen los objetivos de cobertura o no se gestiona bien la vacuna, aumentará el riesgo de transmisión continua y de aparición de nuevos poliovirus de tipo 2 de origen vacunal. Actualmente se está elaborando una nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 (véase el párrafo 9) cuyo riesgo de sembrar nuevos poliovirus de origen vacunal de tipo 2 está previsto que sea sustancialmente menor.

Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental de la OMS

14. Tanto en Indonesia como en Papua Nueva Guinea se emprendieron en 2018 y 2019 actividades interregionales y transfronterizas, de forma coordinada, para hacer frente a dos brotes distintos causados por cepas de poliovirus de tipo 1 de origen vacunal y genéticamente diferenciados que afectaron a sus respectivas zonas fronterizas. No se han detectado nuevos virus en Papua Nueva Guinea desde noviembre de 2018 y en Indonesia desde febrero de 2019 y ambos brotes han sido contenidos. En junio de 2019 se llevó a cabo una evaluación independiente de la respuesta al brote en Papua Nueva Guinea en la que se apuntó que la coordinación estrecha entre el Gobierno, la OMS, el UNICEF y Gavi, la Alianza para las Vacunas (Gavi), en la lucha contra el brote podía dar un impulso nuevo y sostenible a la inmunización sistemática. Esta experiencia está proporcionando información útil para otras actividades similares de respuesta a los brotes.

15. En Myanmar se continúa combatiendo un brote debido a la circulación de poliovirus de tipo 1 de origen vacunal, después de que, en julio de 2019, se detectara la cepa en el estado de Kayin. En China, el Gobierno está haciendo frente a una cepa aislada de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal en circulación, cuya presencia se confirmó en julio de ese año. Por lo que respecta a Filipinas, en septiembre de 2019 se confirmó la existencia de un poliovirus de tipo 1 de origen vacunal en circulación y, posteriormente, de un poliovirus de tipo 2 de origen vacunal. Ambas cepas se detectaron posteriormente también en el estado de Sabah (Malasia), que tiene frontera marítima con Filipinas. También se han notificado múltiples nuevas apariciones de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal emparentados genéticamente con esos virus en el noroeste del Pakistán, así como una reciente propagación al Afganistán. Existe un alto riesgo de que esos virus se sigan propagando tanto dentro de esos países como a países vecinos. La actual transmisión del poliovirus salvaje de tipo 1, junto con los brotes de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal en el Pakistán, representa un grave problema para los programas de comunicación y de gestión de las campañas de vacunación del país.

INTEGRACIÓN

16. La integración es el segundo objetivo principal de la nueva Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023 elaborada por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis pone de manifiesto la importancia que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis otorga al trabajo conjunto, sistemático y permanente con otras partes interesadas en la salud pública.

17. El programa de lucha contra la poliomielitis colabora desde hace mucho tiempo con otras iniciativas sanitarias. Durante las campañas anuales de inmunización con vacunas antipoliomielíticas orales, se administran cada año un promedio de 82 millones de dosis de vitamina A, 64 millones de dosis de vacunas contra el sarampión, 34 millones de comprimidos antihelmínticos, siete millones de dosis de vacunas contra la fiebre amarilla, cinco millones de dosis de vacunas antitetánicas y cuatro millones de mosquiteros tratados con insecticidas. En 2019 se aplicaron satisfactoriamente actividades integradas de inmunización complementaria contra el sarampión y la poliomielitis en 12 países; gracias a ellas se vacunó a más de 43 millones de niños menores de cinco años. En 2020 se prevé realizar actividades integradas de inmunización complementaria contra el sarampión y la poliomielitis en ocho países, dirigidas a unos 66 millones de niños.

18. El personal que trabaja en el sector de la poliomielitis sobre el terreno dedica aproximadamente el 50% de su tiempo a actividades relacionadas con otras enfermedades, entre ellas su vigilancia, el seguimiento y la supervisión de actividades esenciales de inmunización y el apoyo a la respuesta a los brotes y otras emergencias sanitarias. Además, la infraestructura y la capacidad de planificación del programa de erradicación de la poliomielitis se utilizan a menudo en la aplicación y seguimiento de actividades de inmunización complementaria con otros antígenos (sobre todo el sarampión). En la nueva Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023 se recurre al programa de lucha contra la poliomielitis para garantizar la adopción de un enfoque sistemático de la integración y una colaboración más estrecha con otros programas de salud, por ejemplo ayudando a ejecutar intervenciones encaminadas a responder a las necesidades sanitarias más amplias de las comunidades y fomentando la participación en la lucha contra la poliomielitis y una mayor aceptación de la vacunación.

19. El nuevo enfoque en la integración aprovechará los recursos humanos y materiales, los sistemas y la experiencia acumulada por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para proteger a las poblaciones reforzando los servicios de inmunización y mejorando la respuesta a las emergencias. La colaboración con los grupos de inmunización sistemática, vigilancia y emergencias garantiza el mantenimiento y el fortalecimiento de las capacidades básicas y ayuda a reducir el riesgo de que aparezcan nuevos brotes en las zonas donde la inmunización sistemática es deficiente.

20. A fin de apoyar la aplicación del objetivo de integración de la Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023, el departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS está coordinando la elaboración de un programa de trabajo destinado a esa integración. El trabajo se está desarrollando conjuntamente con otros asociados en la esfera de la inmunización, incluida la Alianza Gavi para las Vacunas, que se sumó a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis como asociado principal en 2019. Gracias a esa labor se mejorará la armonización y la coordinación entre los principales asociados con estrategias interrelacionadas en materia de inmunización, como la Agenda de Inmunización 2030: una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás y Gavi 5.0: el plan estratégico 2021-2025 de la Alianza. El programa de trabajo ayudará a aplicar eficazmente estrategias integradas beneficiosas entre sí para la erradicación de la poliomielitis y las labores esenciales de inmunización, así como un mecanismo para promover la rendición de cuentas sobre su aplicación.

21. El brote de 2018-2019 de poliomielitis causado por la circulación de poliovirus de tipo 1 de origen vacunal en Papua Nueva Guinea es un ejemplo claro de los resultados que se pueden lograr mediante la colaboración sistemática y temprana con otros asociados, tanto en lo que respecta a la interrupción de los

brotos existentes como a la prevención de nuevos brotes en el futuro. Además de llevar a cabo las actividades que se acordaron a nivel internacional para combatir el brote, el programa de lucha contra la poliomielitis colaboró con asociados como Gavi, la Alianza para las Vacunas, y los equipos de inmunización de la OMS, el UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América para solventar las tasas inadecuadas de cobertura de la inmunización sistemática en las zonas marginadas, que fue la causa fundamental del brote. La mejora de la inmunización sistemática debe considerarse una parte esencial de la respuesta de emergencia para detener los brotes y erradicar la poliomielitis. Gracias al enfoque adoptado en Papua Nueva Guinea, junto con la vacunación antipoliomielítica se prestaron otras intervenciones de salud pública, como la administración de vitamina A y de otras vacunas y se consiguió mantener a largo plazo la infraestructura establecida para detener el brote. El programa se ha comprometido a seguir este modelo en todos los demás brotes por poliovirus circulantes de origen vacunal que se declaren en el futuro.

22. La infraestructura actual de vigilancia de la poliomielitis sigue siendo importante para ampliar y reforzar la vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, como se hace actualmente con el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, entre otras, así como enfermedades emergentes o que reaparecen. La nueva Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023 ayuda a integrar la vigilancia de la poliomielitis en el terreno y en los laboratorios con otros sistemas de vigilancia.

CERTIFICACIÓN Y CONFINAMIENTO

23. En 2019, la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis siguió intensificando su labor sobre los criterios que deberán cumplirse para certificar la erradicación de poliovirus salvajes en el mundo. En este contexto, recomendó un proceso de certificación secuencial de la erradicación de estos virus (tras la certificación, en 2015, de la erradicación de poliovirus salvajes de tipo 2 a escala mundial) y de la confirmación de la ausencia de poliovirus de origen vacunal, que se produciría tras la verificación mundial de la erradicación de poliovirus salvajes y tras retirar la vacuna antipoliomielítica oral bivalente a nivel mundial.

24. Puesto que no se han detectado poliovirus salvajes de tipo 3 de ninguna fuente desde 2012, la Comisión concluyó en su reunión de octubre de 2019 que esta cepa ha sido erradicada a nivel mundial. La declaración supuso el inicio de la aplicación de los requisitos de contención de los materiales del poliovirus de tipo 3, inicialmente centrándose en el inventario, la destrucción o la transferencia de los materiales del poliovirus salvaje.

25. Los esfuerzos por confinar poliovirus de tipo 2 se intensificaron en 2019. A finales de diciembre de 2019, 26 países tenían previsto conservar materiales de poliovirus de tipo 2 y/o 3 en 72 instalaciones esenciales designadas para ello. Estas actividades se fundamentan en el Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones que manejan poliovirus después de la erradicación de los poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral (GAPIII),¹ así como en las orientaciones de la OMS dirigidas a minimizar los riesgos en las instalaciones que recogen, manipulan o almacenan materiales potencialmente infecciosos de poliovirus. El GAPIII está siendo revisado en 2020 para armonizarlo con las prácticas vigentes y los extensos documentos y series de orientación técnica de la OMS. El Grupo Consultivo sobre Confinamiento continúa ofreciendo orientaciones acerca de las cuestiones relacionadas con la aplicación y la interpretación del GAPIII y hará un seguimiento y una evaluación del documento actualizado.

¹ Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral – GAPIII. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/249577>), consultado el 27 de febrero de 2020.

26. Tras el inicio del Programa Mundial de Certificación del Confinamiento (GAPIII-CCS) en 2018, la Comisión Mundial de Certificación ha otorgado certificados a centros de fabricación y laboratorios de los Estados Unidos de América, Indonesia, el Japón, los Países Bajos, la República de Corea, Suecia y Sudáfrica, indicando que reúnen las condiciones adecuadas para ser instalaciones esenciales que manejan poliovirus. La Comisión está estudiando también otras solicitudes de laboratorios e instalaciones de fabricación de vacunas en Belarús, Bélgica, el Brasil, el Canadá, Cuba, la Federación de Rusia, Hungría, la India y la República Islámica del Irán.

27. En la resolución WHA71.16 (2018), la Asamblea Mundial alentó a todos los Estados Miembros, entre otras cosas, a intensificar los esfuerzos destinados a agilizar la certificación del confinamiento de poliovirus. Se han establecido autoridades nacionales encargadas de regularlo en 25 de los 26 países que albergan instalaciones donde se tiene previsto conservar materiales de poliovirus salvaje de tipo 2 y/o 3. Con todo, algunos países, entre ellos China, México, Rumania y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, aún no han delegado la responsabilidad jurídica de la contención en sus autoridades nacionales. Las instalaciones esenciales que manejan poliovirus de tipo 2 tenían hasta el 31 de diciembre de 2019 para presentar a sus autoridades nacionales solicitudes de participación en GAPIII-CCS.

28. Los asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis siguen abogando por reducir el número de instalaciones en las que se mantengan poliovirus erradicados. En 27 instalaciones de las regiones de las Américas y de Europa de la OMS se han llevado a cabo sesiones de capacitación y seminarios en línea sobre el GAPIII y sobre los riesgos y costos asociados con el mantenimiento de materiales de poliovirus de tipo 2. Como resultado de ello, dos centros designados como instalaciones esenciales han optado por destruir o transferir esos materiales, en lugar de mantenerlos. Se han programado otras visitas y sesiones de capacitación en los países.

29. La OMS ha desarrollado un plan multianual para crear capacidad para la auditoría del GAPIII en los países que poseen instalaciones que tienen previsto mantener materiales de poliovirus salvajes de tipo 2 y/o 3 y poliovirus de origen vacunal. Hasta la fecha, la OMS ha impartido 14 sesiones de capacitación de auditores del GAPIII, de las cuales cinco tuvieron lugar en 2019. Más de 250 profesionales internacionales han asistido a un curso básico de cinco días sobre auditoría GAPIII-CCS, que es el primer requisito para obtener la cualificación de auditor GAPIII.

30. En 2019, los países continuaron completando los inventarios de los materiales de poliovirus salvajes de los tipos 1 y 3. Tras la certificación por la Comisión de la erradicación de los poliovirus salvajes de tipo 3 en octubre de 2019, se ha concedido prioridad a los inventarios de estos virus. De forma similar a lo que ocurre con los poliovirus de tipo 2, los países que tengan previsto mantener materiales de poliovirus salvajes de tipo 3 y/o de origen vacunal en instalaciones esenciales específicas deberán haber establecido una autoridad nacional para el confinamiento e inscribir todas las instalaciones en el GAPIII-CCS.

FORTALECIMIENTO DE LAS ALIANZAS Y NUEVOS FACTORES FACILITADORES

31. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis continúa reforzando sus estructuras de gobernanza y gestión. Se ha formalizado la coordinación con la Alianza Gavi para las Vacunas, que se ha incorporado oficialmente a la iniciativa como sexto asociado. Gavi pasó a ser miembro pleno del Consejo de Supervisión de la Poliomiélitis a principios de 2019 y miembro del Comité de Finanzas y Contabilidad de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Esta intensificación de la colaboración será un elemento central del objetivo de integración de la nueva Estrategia para la fase final de la poliomiélitis 2019-2023, como se ha comprobado con las actividades conjuntas realizadas en Papua Nueva Guinea.

32. En 2019, el Grupo de los Siete (G7) y el Grupo de los 20 (G20) demostraron su voluntad política constante de erradicar la poliomielitis, en la reunión de Ministros de Salud del G7 celebrada en mayo en París (Francia), durante la cual dieron seguimiento a los compromisos anteriores del G7 en esta esfera, y a través de la declaración de los líderes del G20 en la Cumbre celebrada en junio en Osaka (Japón), en la que reafirmaron su «compromiso de erradicar la poliomielitis», así como en la reunión de Ministros de Salud del G20 celebrada en octubre en Osaka (Japón) en la que se reafirmó la declaración de los Jefes de Estado, se reconoció el liderazgo de la OMS en la cuestión y se manifestó que se prestaría apoyo más allá del evento sobre promesas de contribuciones de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, celebrado en los Emiratos Árabes Unidos en noviembre de 2019. Los compromisos del G7 y el G20 en materia de salud mundial se centran en aplicar la Agenda de Inmunización 2030 y en avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Otras organizaciones multilaterales clave también mostraron un apoyo político similar, en particular la Organización de Cooperación Islámica. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis está trabajando en las principales prioridades de la cobertura sanitaria universal mejorando la prestación de servicios sanitarios, desarrollando y ampliando las infraestructuras sanitarias y movilizando con eficacia los recursos de los países para hacer frente a los principales problemas de salud.

33. En noviembre de 2019, el Foro Reaching the Last Mile que se celebró Abu Dhabi (Emiratos Árabes Unidos) centró la atención internacional en la erradicación de las enfermedades más mortíferas y ofreció la oportunidad a dirigentes de organizaciones de la sociedad civil de todo el mundo —con especial atención a la Asociación Rotaria Internacional, de la que partió la iniciativa— de contribuir a la «última etapa» de la erradicación de la poliomielitis y de prometer una contribución total de US\$ 2600 millones al total de los US\$ 3270 millones necesarios. En el argumentario de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para el periodo 2019-2023 se ponen de manifiesto los efectos positivos de invertir en este objetivo. Además de un ahorro del gasto sanitario equivalente a US\$ 27 000 millones producto de las actividades de erradicación de esta enfermedad desarrolladas desde 1988, el logro sostenible de un mundo sin poliomielitis permitirá a los países ahorrar US\$ 14 000 millones más de aquí a 2050 con respecto al costo de controlar indefinidamente los virus que la causan. Se seguirá trabajando para obtener toda la financiación necesaria para el programa.

34. Tras una decisión de la Junta de Gavi de noviembre de 2018, el apoyo a la vacuna con poliovirus inactivados formará parte del ciclo estratégico y de reposición de la Alianza para 2021-2025.

35. La labor realizada en el marco de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en materia de género, reconocida como un factor propicio para erradicar la enfermedad, tiene por objeto inmunizar a todos los niños y mejorar la participación de las mujeres en esa tarea de conformidad con la estrategia de igualdad de género 2019-2023¹ de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Aunque aún queda mucho por hacer para que se aplique plenamente la estrategia, los avances son evidentes, tanto en lo que respecta a los datos generales como a casos concretos. En el Afganistán, las mujeres constituyen ahora el 28% de los movilizados sociales y el 40% del personal sanitario de primera línea en zonas urbanas. En Nigeria, más del 87,5% del personal sanitario de primera línea son mujeres. Con todo, un estudio reciente de la OMS sobre la dimensión de género en la vigilancia de la poliomielitis ha puesto de relieve que hay menos mujeres que hombres en puestos de alto nivel, como los de encargados en materia de vigilancia y notificación.² El programa de lucha contra la poliomielitis ha reconocido la necesidad de intervenir y colaborar con el Gobierno de Nigeria para abordar este problema. Durante tres años no se ha producido ningún caso de poliovirus salvaje en el país, gracias a la

¹ Disponible en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/08/20190829_Gender_Strategy_V14_web.pdf (consultado el 27 de febrero de 2020).

² Hamisu A, Onyemelukwe G, Gerald S, Hassan I, Braka F, Banda R *et al.* *Gender Dimensions of Acute Flaccid Paralysis Surveillance in Nigeria*. *Int J Gend Wom Stud*. 2017; diciembre, Vol. 5, n.º 2, pp. 80-87.

labor de las vacunadoras y las agentes de salud comunitarias. En general, en los últimos años se han registrado importantes avances en el aumento del número de mujeres entre el personal sanitario especializado en la lucha contra la poliomielitis. En el Pakistán, el 70% de las madres prefieren que sean otras mujeres las que vacunen a sus hijos. En el programa de lucha contra la poliomielitis trabajan cada vez más mujeres vacunadoras y supervisoras. Por ejemplo, antes no había ninguna mujer en el programa de apoyo religioso de lucha contra la poliomielitis en el país y ahora hay tres. En el Pakistán, por ejemplo, las mujeres constituyen actualmente más del 63% de los trabajadores sanitarios de primera línea y el 78% de los vacunadores en las zonas de mayor riesgo del país.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

36. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del informe.

= = =