

La erradicación de la polio: qué hace falta y por qué importa la ayuda al desarrollo

Octubre 2026

Este caso de estudio acompaña al informe de ISGlobal *El coste de no saber: los recortes en ayuda al desarrollo y la seguridad sanitaria de Europa*.

La erradicación de la polio es una de las inversiones en salud pública más rentables que se han hecho nunca. Desde que la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI, por sus siglas en inglés) se puso en marcha en 1988, una inversión de más de 20.000 millones de dólares ha reducido la incidencia mundial en más de un 99% y ha evitado la parálisis a unos 20 millones de personas. Además, dos de los tres serotipos salvajes están certificados como erradicados. La India, que durante mucho tiempo se consideró el lugar donde la erradicación fracasaría, registró su último caso salvaje en 2011; la región de Asia sudoriental de la OMS fue certificada libre de polio en 2014 y la región africana en 2020. Hoy la transmisión salvaje solo persiste en dos países: Afganistán y Pakistán.

Este caso de estudio argumenta que esos avances no fueron accidentales ni se sostienen solos. Se apoyaron en una inversión mantenida en vacunación, en vigilancia (desde el seguimiento de los casos de parálisis hasta el análisis de aguas residuales) y en trabajo comunitario, financiado en buena parte con ayuda al desarrollo. Esa financiación se está reduciendo. El presupuesto de la GPEI para 2026 se ha recortado un 30%, hasta los 786 millones de dólares frente a los 1.100 millones que se consideraban necesarios, con la vigilancia ambiental en países no endémicos recortada un 34% y la respuesta a brotes un 26%. Estados Unidos puso fin a sus ayudas directas en 2025, el Reino Unido anunció en marzo de 2026 que dejaría de financiar la GPEI, y Alemania ha reducido su contribución casi a la

AUTORAS:

Claudia García-Vaz,
Clara del Olmo Suárez-Llanos
y Elizabeth Diago-Navarro*

Foto: Campaña de vacunación contra la polio en Mae Sot, provincia de Tak, Tailandia, enero de 2026. Copyright: OMS / Ploy Phutpheng.

* **Claudia García-Vaz** es coordinadora de Análisis de Políticas y **Clara del Olmo Suárez-Llanos** es técnica de Políticas, ambas en el departamento de Análisis de Políticas, Incidencia y Desarrollo de ISGlobal; **Elizabeth Diago-Navarro** es coordinadora del Hub de Preparación, Respuesta, Recuperación y Resiliencia de ISGlobal. Todas las autoras han contribuido por igual.

mitad. El riesgo es un rebrote: modelos de la OMS indican que un colapso de los esfuerzos de erradicación podría restablecer la transmisión endémica y provocar hasta 200.000 casos anuales en una década.

Europa está directamente expuesta. Gracias a la vigilancia ambiental se detectó poliovirus derivado de la vacuna en Londres en 2022 y en cinco países europeos en 2024, y poliovirus salvaje de tipo 1 en Hamburgo en octubre de 2025. Ninguna de esas detecciones produjo casos clínicos, gracias a la alta inmunidad de la población, a campañas de vacunación adicionales y a unas redes de laboratorio que

funcionan. Y, sin embargo, 11 de los 29 países de la UE/EEE no realizan vigilancia ambiental, y los donantes europeos están reduciendo su apoyo a los programas que dan ese tipo de seguimiento en regiones endémicas y de tránsito. De ahí se extraen tres mensajes. La erradicación es alcanzable, incluso en los contextos más difíciles. Su último tramo depende de una financiación de la administración de vacunas, la vigilancia y el trabajo comunitario que ahora se está recortando. Y para Europa, esos presupuestos deberían ser una cuestión de seguridad sanitaria y no una ayuda prescindible.

1. La enfermedad, y la decisión de erradicarla

“Como el ser humano es el único reservorio natural del virus, la polio puede en teoría quedarse sin huéspedes y desaparecer, siguiendo el precedente de la viruela.”

La poliomiелitis está causada por un enterovirus exclusivamente humano que se transmite sobre todo por vía fecal-oral. La infección es en gran medida invisible: alrededor del 70% de las personas no presenta ningún síntoma y un 25% solo sufre un cuadro leve, parecido a una gripe. Sin embargo, en menos del 1% de los casos el virus al sistema nervioso, destruye las motoneuronas y provoca una parálisis flácida aguda (PFA), una condición que deja una discapacidad permanente en dos de cada tres pacientes afectados y que resulta mortal en el 5-10% cuando fallan los músculos respiratorios.^{1,2}

Esa proporción de un caso de parálisis por cada 200 infecciones convierte los casos clínicos en la mera punta de un iceberg epidemiológico. Como las personas asintomáticas excretan el

virus durante semanas, el poliovirus puede circular en silencio dentro de una comunidad durante meses antes de que llegue a una consulta el primer niño paralizado. El seguimiento basado en síntomas es, por tanto, un instrumento tosco: detectar los brotes a tiempo depende en gran medida de la vigilancia ambiental, es decir, del análisis de aguas residuales.^{2,3}

La erradicación se sostiene así sobre dos pilares distintos: la vacunación, para cortar la transmisión, y la vigilancia —seguimiento de la PFA y análisis de aguas residuales— para cartografiar el virus. Ninguno de los dos funciona por separado. Y, sin embargo, los dos dependen de la misma frágil financiación.^{3,4,5} Las campañas, la respuesta a brotes, la vigilancia y las redes de laboratorio de las que

1 World Health Organization. Poliomyelitis. Fact sheet. Geneva: WHO; 2 April 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

2 European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about poliomyelitis. Stockholm: ECDC; updated 18 November 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/poliomyelitis/facts>

3 Nathanson N, Kew OM. From emergence to eradication: the epidemiology of poliomyelitis deconstructed. Am J Epidemiol. 2010;172(11):1213-1229. PMID: 20978089

4 World Health Assembly. Resolution WHA41.28: global eradication of poliomyelitis by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 13 May 1988. Accessed August 2026. Available from: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/19880513_resolution-2.pdf

5 Gavi, the Vaccine Alliance. Inactivated polio vaccine (IPV) support. Geneva: Gavi. Accessed August 2026. Available from: <https://www.gavi.org/our-work/vaccine-portfolio/inactivated-polio-vaccine>

depende la erradicación se financian a través de la **Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI)** por sus siglas en inglés), implementada por la OMS, UNICEF y Gavi, y sostenida con contribuciones voluntarias de donantes públicos y privados. **Tras décadas de apoyo sostenido, su presupuesto para 2026 se ha recortado un 30%**, con las mayores reducciones en funciones clave del programa: vigilancia ambiental (-34%), respuesta a brotes (-26%) y operaciones en lugares endémicos (-18%).

Como el ser humano es el único reservorio natural del virus, la polio puede en teoría quedarse sin huéspedes y desaparecer, siguiendo el precedente de la viruela. Desde que la GPEI se puso en marcha en 1988, una inversión de más de 20.000 millones de dólares ha reducido la incidencia mundial en más de un 99%. Cinco regiones de la OMS están ya certificadas como libres de poliovirus salvaje, lo que ha evitado la parálisis a unos 20 millones de personas. Hoy la transmisión salvaje solo persiste en dos países: Afganistán y Pakistán.^{6,7}

Los esfuerzos de erradicación se guían por la **Estrategia de Erradicación de la Polio 2022-2026** de la OMS, articulada en torno a dos objetivos:^{8,9}

Objetivo Uno: Interrumpir de forma permanente toda la transmisión de poliovirus en los países endémicos

El poliovirus tiene tres serotipos distintos. Los serotipos 2 y 3 fueron

certificados como erradicados en 2015 y 2019 respectivamente. Solo queda el poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1), confinado en un único bloque epidemiológico formado por Afganistán y Pakistán. Aunque los casos están cerca de mínimos históricos, los dos países se enfrentan a obstáculos muy distintos:¹⁰

- **Pakistán:** tiene dificultades con la calidad de las campañas, la reticencia vacunal y el acceso. En 2025 notificó 31 casos confirmados de WPV1 y 661 muestras positivas, repartidos por la mitad de sus distritos.
- **Afganistán:** las restricciones operativas suponen una amenaza estructural. Las autoridades prohibieron la vacunación casa por casa a finales de 2024, lo que obliga a rondas en puestos fijos que no llegan a los niños más pequeños, y vetaron a las trabajadoras sanitarias mujeres en regiones clave. En 2025 se notificaron 21 casos confirmados de WPV1 y 94 muestras positivas, aunque el menor número de muestras en Afganistán también podría reflejar brechas en la vigilancia más que una transmisión interrumpida.^{11,12,13}

Objetivo Dos: Detener la transmisión de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) y prevenir brotes en países no endémicos

Paradójicamente, un serotipo erradicado en su forma salvaje hace más

6 Global Polio Eradication Initiative. Historical contributions. Geneva: GPEI. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/donors-financing/historical-contributions/>

7 Africa Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication. Certifying the interruption of wild poliovirus transmission in the WHO African region on the turbulent journey to a polio-free world. *Lancet Glob Health*. 2020;8(10):e1345-e1351. doi:10.1016/S2214-109X(20)30382-X

8 Global Polio Eradication Initiative. Polio Eradication Strategy 2022-2026: delivering on a promise. Geneva: GPEI; 2022. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Polio-Eradication-Strategy-2022-2026-Delivering-on-a-Promise.pdf>

9 Global Polio Eradication Initiative. GPEI Action Plan 2026. Geneva: GPEI; October 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2025/10/GPEI-Action-Plan-2026.pdf>

10 Global Polio Eradication Initiative. Polio this week: country updates as of 29 July 2026. Geneva: GPEI. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/about-polio/polio-this-week/>

11 World Health Organization. Statement of the forty-fourth meeting of the Polio IHR Emergency Committee. Geneva: WHO; 4 March 2026. Accessed August 2026. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-03-2026-statement-of-the-forty-fourth-meeting-of-the-polio-ih-er-emergency-committee>

12 Shetty D, Anderson S. Polio eradication imperiled by \$2.3 billion funding gap. *Health Policy Watch*. Geneva; 24 May 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://healthpolicy-watch.news/polio-eradication-imperiled-by-2-3-billion-funding-gap/>

13 Global Polio Eradication Initiative. From Kabul to Kandahar: inside Afghanistan's first polio campaigns of 2025. Geneva: GPEI; 12 June 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/news/from-kabul-to-kandahar-inside-afghanistans-first-polio-campaigns-of-2025/>

de una década es hoy la causa principal de casos paralíticos en el mundo. En 2025, 228 de los 246 casos notificados de poliovirus circulante derivado de la vacuna fueron de tipo 2. Esto ocurre cuando el virus vivo atenuado que se usa en las vacunas orales persiste en comunidades poco inmunizadas y acaba mutando hasta recuperar su

neurovirulencia. La estrategia de la GPEI se compromete a poner fin a la transmisión derivada de la vacuna en 2028.¹⁴ Pero ese plazo se fijó en una estrategia adoptada antes de que el presupuesto de 2026 se recortara un 30%. Si sigue siendo realista es tanto una pregunta sobre financiación como sobre vacunación.

2. El dilema de las vacunas: OPV, IPV y el cambio de 2016

“155 países ejecutaron un cambio sincronizado de dos semanas en abril de 2016, sustituyendo la OPV trivalente por una formulación bivalente que cubre solo los tipos 1 y 3.”

Hay dos vacunas aprobadas contra la polio, y las diferencias técnicas entre ellas determinan la estrategia de erradicación mundial. La **vacuna oral (OPV)**, por sus siglas en inglés) utiliza un virus vivo atenuado que se replica en el tracto gastrointestinal y genera inmunidad mucosa local. Un niño vacunado con OPV deja de excretar el virus, con lo que se rompe la cadena de transmisión. La **vacuna inactivada (IPV)**, por sus siglas en inglés), en cambio, confiere una fuerte inmunidad sistémica que previene la parálisis, pero induce una inmunidad mucosa mínima: una persona vacunada con IPV todavía puede portar el virus y transmitirlo. Mientras que las regiones de renta alta dependen exclusivamente de la IPV, en los contextos endémicos la erradicación solo es alcanzable con OPV.^{14,15}

Ahora bien, el carácter vivo y atenuado de la OPV introduce un riesgo epidemiológico importante. En casos raros provoca **poliomiелitis paralítica asociada a la vacuna (VAPP)**, por sus siglas en inglés) en quien la recibe, con una incidencia aproximada de 4,7 casos por millón de nacimientos.

Más grave aún: en comunidades poco inmunizadas, la cepa vacunal atenuada puede circular de forma continua durante meses o años, acumulando mutaciones puntuales hasta recuperar la neurovirulencia y la capacidad de transmitirse. Los **poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV)** que resultan de ello no provienen de defectos de fabricación, sino de una cobertura de vacunación insuficiente. Dicho de otro modo: la única vacuna capaz de detener la transmisión del virus es también la única capaz de sembrar un brote nuevo, lo que convierte la retirada final de la OPV en la fase más delicada de la erradicación.¹⁶

Para resolver ese riesgo tras la erradicación del poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2), 155 países ejecutaron un **cambio sincronizado de dos semanas** en abril de 2016, sustituyendo la OPV trivalente por una formulación bivalente que cubre solo los tipos 1 y 3. Se esperaba que el cVDPV2 residual se extinguiera en seis meses, pero una grave escasez mundial de suministro de IPV entre

¹⁴ Hird TR, Grassly NC. Systematic review of mucosal immunity induced by oral and inactivated poliovirus vaccines against virus shedding following oral poliovirus challenge. PLoS Pathog. 2012;8(4):e1002599. doi:10.1371/journal.ppat.1002599

¹⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the risk to public health of multiple detections of poliovirus in wastewater in the EU/EEA. Rapid risk assessment. Stockholm: ECDC; 30 January 2025. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/multiple-detections-poliovirus-wastewater-eueea>

¹⁶ Platt LR, Estivariz CF, Sutter RW. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis: a review of the epidemiology and estimation of the global burden. J Infect Dis. 2014;210(Suppl 1):S380-S389. doi:10.1093/infdis/jiu184

2016 y 2019 dejó a cohortes enteras de niños de distritos de alto riesgo completamente desprotegidas frente al tipo 2. Las campañas posteriores de respuesta a brotes, que usaban OPV monovalente de tipo 2, sembraron con frecuencia nuevos linajes de cVDPV2 allí donde la cobertura de campaña era insuficiente.¹⁷

Para romper ese ciclo se desplegó en 2021 la **nueva vacuna oral contra el poliovirus de tipo 2 (nOPV2)**, una cepa modificada genéticamente para ser estable frente a la reversión

neurovirulenta, que la OMS precalificó en diciembre de 2023. Aunque los modelos indican que la nOPV2 produce alrededor de un 75% menos de brotes de poliovirus derivados de la vacuna que su predecesora, sigue siendo vulnerable a una cobertura de campaña baja. Los datos de los brotes confirman que las mejoras tecnológicas en el diseño de las vacunas no pueden compensar del todo los recortes de la inversión en campañas de inmunización y en vigilancia ambiental.^{18,19, 20}

TABLA 1.
Vacunas contra el poliovirus en uso actualmente.

	Inactivada (IPV)	Oral (OPV Sabin)	Oral nueva (nOPV2)
Estado del patógeno	Virus inactivado	Vivo atenuado	Vivo atenuado, modificado genéticamente
Inmunidad principal	Sistémica (IgG): previene la parálisis	Mucosa (IgA): inmunidad intestinal	Mucosa (IgA): inmunidad intestinal
Efecto sobre la transmisión	Bajo: quien la recibe puede seguir portando y excretando el virus	Alto: intercepta y corta la propagación comunitaria	Alto: intercepta y corta la propagación comunitaria
Riesgo de VAPP (individual)	Sin riesgo	Bajo: 4,7 por millón de nacimientos	Muy bajo
Riesgo de cVDPV (poblacional)	Sin riesgo	Moderado: puede revertir a la neurovirulencia en zonas de baja cobertura	Bajo: riesgo de reversión un 75% menor que la OPV Sabin

Fuente: ISGlobal, a partir de las referencias 14 a 20.

17 Ramirez Gonzalez A, Farrell M, Menning L, Garon J, Everts H, Hampton LM, et al. Implementing the synchronized global switch from trivalent to bivalent oral polio vaccines: lessons learned from the global perspective. J Infect Dis. 2017;216(Suppl 1):S183-S192. doi:10.1093/infdis/jiw626

18 Global Polio Eradication Initiative. GPEI press release on nOPV2 prequalification. Geneva: GPEI; December 2023. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/news/gpei-press-release-on-nopv2-prequalification/>

19 Namageyo-Funa A, Greene SA, Henderson E, Traoré MA, Shaukat S, Bigouette JP, et al. Update on vaccine-derived poliovirus outbreaks — worldwide, January 2023–June 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73(41):909-916. doi:10.15585/mmwr.mm7341a1

20 Peak CM, Lyons H, Voorman A, Gray EJ, Cooper LV, Blake IM, Hawes KM, Bandyopadhyay AS. Monitoring the risk of type-2 circulating vaccine-derived poliovirus emergence during roll-out of type-2 novel oral polio vaccine. Vaccines (Basel). 2024;12(12):1308. doi:10.3390/vaccines12121308. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-393X/12/12/1308>

3. El fruto de una inversión sostenida: la India y África

“La India declaró su último caso de poliovirus salvaje el 13 de enero de 2011, y la región Asia sudoriental de la OMS fue certificada libre de polio en 2014. Ese hito demostró que la erradicación era alcanzable incluso con una densidad de población extrema y un saneamiento deficiente, y desplazó la restricción principal de la viabilidad técnica a la continuidad de la financiación de los donantes.”

Durante mucho tiempo se consideró a la India el escenario donde la erradicación mundial de la polio iba a fracasar. En 2009 el país **concentraba la mitad de los casos mundiales** (741 repartidos por nueve estados), muy concentrados en Uttar Pradesh y Bihar. Esos estados del norte combinaban una **alta densidad de población, migración laboral estacional y malas condiciones de saneamiento** con una **cobertura de inmunización rutinaria excepcionalmente baja**: un 53% en Bihar y un 40% en Uttar Pradesh, frente a una media nacional del 66%.²¹ A esas vulnerabilidades estructurales se sumaba **un rechazo profundamente arraigado a la vacuna**. En zonas desatendidas del oeste de Uttar Pradesh, la idea falsa de que las campañas repetidas eran operaciones encubiertas de esterilización provocó un rechazo generalizado en las comunidades.²²

Para superar esa barrera, el Gobierno indio y sus socios internacionales desplazaron el foco de la pura mecánica de administración hacia un **trabajo liderado por las propias comunidades**. Las Jornadas Nacionales de Inmunización llegaron a alcanzar los 172 millones de menores de cinco años por campaña, con una plantilla de 2,3 millones de vacunadores, además de rondas subnacionales dirigidas.²¹ Mientras que la vacuna oral en sí representaba una fracción del presupuesto (en torno a 0,10-0,15 dólares por dosis), **la logística de**

administración —transporte en cadena de frío, infraestructura de laboratorio, vigilancia y personal— absorbía la inmensa mayoría de los recursos. El avance decisivo llegó a través de la **Red de Movilización Social (SMNet**, por sus siglas en inglés), creada por UNICEF, el Proyecto Nacional de Vigilancia de la Polio, Rotary International y organizaciones de la sociedad civil. La SMNet reclutó y formó a miles de mujeres de los barrios de mayor riesgo para hacer visitas domiciliarias, hacer seguimiento del estado de inmunización y trabajar junto a líderes religiosos locales. Aunque exigía muchos recursos, la red elevó las tasas de cobertura en comunidades de renta baja antes reticentes por encima de la media de sus distritos.^{22,23}

La **India** declaró su último caso de poliovirus salvaje el 13 de enero de 2011, y la región de Asia Sudoriental de la OMS fue certificada libre de polio en 2014. Ese hito demostró que la erradicación era alcanzable incluso con una densidad de población extrema y un saneamiento deficiente, y desplazó la restricción principal de la viabilidad técnica a la **continuidad de la financiación de los donantes**.²⁴

En **África**, los esfuerzos continentales iniciados en 1996 con la campaña “Saquemos la polio de África” se toparon con dos grandes problemas, ambos originados en el norte de Nigeria. En 2003, los boicots a la

²¹ Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward poliomyelitis eradication — India, January 2009–October 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010;59(48):1581-1585.

²² Coates EA, Waisbord S, Awale J, Solomon R, Dey R. Successful polio eradication in Uttar Pradesh, India: the pivotal contribution of the Social Mobilization Network, an NGO/UNICEF collaboration. Glob Health Sci Pract. 2013;1(1):68-83. doi:10.9745/GHSP-D-12-00018

²³ UNICEF Supply Division. Oral polio vaccine (OPV) price data. Copenhagen: UNICEF; updated 5 December 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://www.unicef.org/supply/documents/oral-polio-vaccine-opv-price-data>

²⁴ World Health Organization Regional Office for South-East Asia. WHO South-East Asia Region certified polio-free. New Delhi: WHO SEARO; 27 March 2014. Accessed August 2026. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/27-03-2014-who-south-east-asia-region-certified-polio-free>

inmunización desencadenados por la desconfianza hacia las autoridades federales y por la desinformación en los estados del norte paralizaron la vacunación durante un año, lo que alimentó un rebrote del virus y reinfectó a países de África Occidental y Central que ya estaban libres de polio. Más tarde, en 2016, tras un periodo de circulación no detectada en zonas del estado de Borno afectadas por el conflicto, aparecieron cuatro casos salvajes un año después de que Nigeria hubiera salido de la lista de países endémicos. La insurgencia armada había dejado amplias zonas inaccesibles para el personal sanitario, inutilizando la vigilancia.²⁵

La respuesta exigió un giro operativo en varios países. Los ministros de Sanidad de la cuenca del lago Chad declararon una emergencia subregional y desplegaron a más de 190.000 trabajadores sanitarios para inmunizar a 116 millones de niños en 13 países en una sola semana. Integrando el rastreo por GPS vía satélite, la vigilancia por SMS y actividades de extensión negociadas con los actores de seguridad, el número de niños no alcanzados en Borno cayó un 89% entre 2016 y 2020. El 25 de agosto de 2020, la Región de África de la OMS fue certificada oficialmente libre de poliovirus salvaje.⁷

4. Dónde está Europa ahora

“Desde 2022, la vigilancia en Europa Occidental ha pasado del seguimiento clínico al seguimiento ambiental. Entre febrero y julio de 2022, los análisis de aguas residuales de Londres detectaron poliovirus de tipo 2 en alrededor del 20% de las muestras, y un 17% cumplía los criterios de cepa derivada de la vacunas.”

La relación histórica de Europa con la polio revela un patrón que se repite: un virus importado que se encuentra con bolsas localizadas de población no inmunizada. Lo que ha cambiado con el tiempo no es cómo se propaga el virus, sino la rapidez con que los sistemas sanitarios detectan su presencia. Durante tres décadas, la detección solo se producía después de que apareciera la parálisis. Un brote de poliovirus salvaje de tipo 3 (WPV3) en los Países Bajos en 1992-93 causó 71 casos (59 paralíticos, dos de ellos mortales) concentrados casi por completo en una comunidad religiosa que rechazaba la vacunación. El análisis genético vinculó la cepa (con un

96,7% de similitud) a un virus aislado ese mismo año en la India. De forma parecida, en 2010 Tayikistán registró 463 casos confirmados por laboratorio importados desde la India, que después se propagaron a Rusia, Turkmenistán y Kazajistán.^{26,27,28}

Ucrania ilustra cómo los fallos administrativos y sociales generan vulnerabilidad estructural dentro de Europa. En 2015, la cobertura de tres dosis se había desplomado hasta el 15%, dejando a entre 1,5 y 1,8 millones de niños susceptibles. Ese descenso tuvo dos causas principales. En 2008, un adolescente murió poco después de recibir una vacuna contra el sarampión y la rubéola durante

²⁵ Jegede AS. What led to the Nigerian boycott of the polio vaccination campaign? PLoS Med. 2007;4(3):e73. doi:10.1371/journal.pmed.0040073

²⁶ Oostvogel PM, van Wijngaarden JK, van der Avoort HG, Mulders MN, Conyn-van Spaendonck MA, Rümke HC, van Steenis G, van Loon AM. Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated community in the Netherlands, 1992-93. Lancet. 1994;344(8923):665-670. doi:10.1016/S0140-6736(94)92091-5

²⁷ Yakovenko ML, Gmyl AP, Ivanova OE, Eremeeva TP, Ivanov AP, Prostova MA, Baykova OY, Isaeva OV, Lipskaya GY, Shakaryan AK, Kew OM, Deshpande JM, Agol VI. The 2010 outbreak of poliomyelitis in Tajikistan: epidemiology and lessons learnt. Euro Surveill. 2014;19(7):20706. doi:10.2807/1560-7917.ES2014.19.7.20706

²⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Outbreaks following wild poliovirus importations — Europe, Africa, and Asia, January 2009–September 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010;59(43):1393-1399.

una campaña masiva. Aunque la OMS y las autoridades de salud pública establecieron que la muerte no guardaba relación con la vacuna, la cobertura sensacionalista de los medios desató un pánico generalizado. A ello se sumó que, entre 2012 y 2014, unas normas legislativas restrictivas y unos procesos de compra pública ineficientes hicieron que los pedidos estatales rutinarios de vacunas se retrasaran o quedaran sin cubrir. El resultado fue que, en agosto de 2015, dos niños de Zakarpatia sufrieron polio paralítica causada por un poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 1 (cVDPV1).²⁹ Saltaron las alarmas y la cobertura se recuperó después, pero en 2021 apareció otro caso de cVDPV1 en Rivne junto con 19 infecciones asintomáticas. La campaña de recuperación lanzada el 1 de febrero de 2022 quedó interrumpida a las pocas semanas por la invasión rusa. La cobertura volvió a caer hasta el 72% aquel año, antes de que las campañas financiadas con ayuda internacional la devolvieran al 89% en 2025.³⁰

Desde 2022, la vigilancia en Europa Occidental ha pasado del seguimiento clínico al **seguimiento ambiental**. Entre febrero y julio de 2022, los análisis de aguas residuales de Londres detectaron poliovirus de tipo 2 en alrededor del 20% de las muestras, y un 17% cumplía los criterios de cepa derivada de la vacuna. La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido la declaró como incidente nacional y ofreció una dosis adicional de vacuna

inactivada a todos los niños de Londres de entre uno y nueve años. No se produjo ningún caso clínico.³¹ Dos episodios posteriores muestran el valor —y los límites— de este sistema de alerta ambiental:

- El brote multipaís de cVDPV2 de 2024: el linaje NIE-ZAS-1, que surgió en Nigeria en 2020 y se propagó por 15 países africanos, se detectó en las aguas residuales de Barcelona en septiembre de 2024. En tres meses aparecieron cepas emparentadas en Polonia, Alemania, el Reino Unido y Finlandia, con un total de 34 detecciones en 16 ciudades. Los aislados europeos se diferenciaban de sus parientes conocidos en 13 nucleótidos, lo que indica **casi un año de circulación mundial no detectada** y cambios genéticos compatibles con una capacidad recuperada de causar parálisis.³²
- El 6 de octubre de 2025, una muestra de aguas residuales de Hamburgo dio positivo en poliovirus salvaje de tipo 1 (**WPV1**) coincidente con un grupo de casos que circulaba en Kandahar (Afganistán). Fue la primera detección de poliovirus salvaje en aguas residuales alemanas desde que empezó el seguimiento ambiental, en un país cuyo último caso salvaje autóctono se produjo en 1990.^{33, 34}

Ninguno de los dos episodios derivó en casos clínicos. La protección en la región descansa en una cobertura

²⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: outbreak of circulating vaccine-derived poliovirus type 1 (cVDPV1) in Ukraine. Stockholm: ECDC; 2 September 2015.

³⁰ Global Polio Eradication Initiative. Circulating vaccine-derived poliovirus in Ukraine. Geneva: GPEI; 2021. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/news/circulating-vaccine-derived-poliovirus-in-ukraine/>

³¹ Klapa D, Wilton T, Zealand A, Bujaki E, Saxentoff E, Troman C, et al. Sustained detection of type 2 poliovirus in London sewage between February and July, 2022, by enhanced environmental surveillance. *Lancet*. 2022;400(10362):1531-1538. doi:10.1016/S0140-6736(22)01804-9

³² Huseynov S, Saxentoff E, Diedrich S, Martin J, Wiczorek M, Cabrero M, Blomqvist S, Jorba J, Hagan J. Notes from the Field: detection of vaccine-derived poliovirus type 2 in wastewater — five European countries, September–December 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2025;74(7):122-124. doi:10.15585/mmwr.mm7407a4

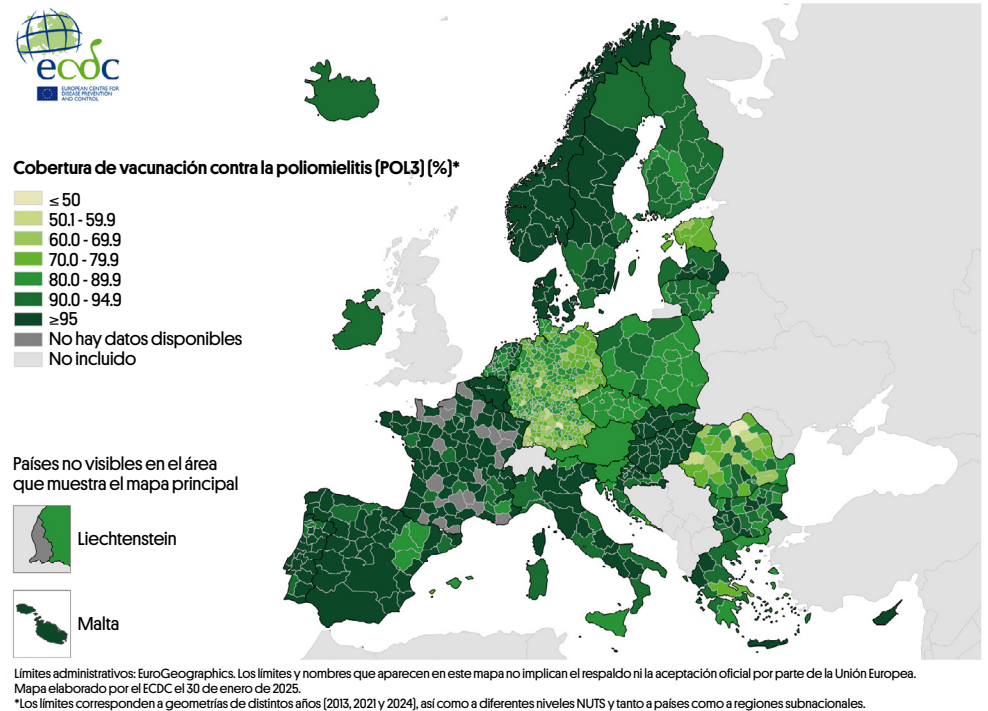
³³ Böttcher S, Kreibich J, Wilton T, Saliba V, Blomqvist S, Al-Hello H, et al. Detection of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) in wastewater samples: a wake-up call, Finland, Germany, Poland, Spain, the United Kingdom, 2024. *Euro Surveill*. 2025;30(3):2500037. doi:10.2807/1560-7917.ES.2025.30.3.2500037

³⁴ Robert Koch Institute. Wild poliovirus type 1 detected in wastewater sample in Hamburg. *Epid Bull*. 2025;46:10-12. doi:10.25646/13559. Available from: <https://www.rki.de/EN/Topics/Infectious-diseases/Diseases/Polio/wpv1-in-wastewater.html>

media de tres dosis del 94% en la UE/EEE. Una cobertura alta con vacuna inactivada (IPV) protege a la población frente a la parálisis; pero como la IPV no induce inmunidad mucosa intestinal, **no puede impedir que el virus circule en silencio** entre personas vacunadas y llegue a las bolsas no inmunizadas. Además, las cifras agregadas de cobertura ocultan riesgos

regionales: las tasas nacionales van del 78% en Rumanía al 99% en los países de cobertura más alta, mientras que algunas regiones alemanas declaran coberturas por debajo del 60%. Pese a estos riesgos, 11 de los 29 Estados miembros de la UE/EEE no mantienen ninguna vigilancia ambiental del poliovirus, lo que deja puntos ciegos importantes en todo el continente.¹⁵

FIGURA 1.
Cobertura con tres dosis de vacuna con componente antipoliomielítico a nivel subnacional, UE/EEE, 2023; Francia, 2022. Reproducido del ECDC.¹⁵



Fuente: Datos enviados a la OMS a través del eJRF y/o al ECDC.

5. La financiación de la lucha contra la polio, y qué hay en juego

“La retirada de la financiación estatal tradicional ha creado un déficit sin precedentes en la seguridad sanitaria mundial.”

La erradicación de la polio se financia a través de dos arquitecturas financieras distintas e interdependientes.

La **Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI)** —implementada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y Gavi— financia la infraestructura no rutinaria: campañas masivas, respuesta a brotes, personal de vigilancia y redes de laboratorio, con contribuciones voluntarias de donantes públicos y privados. En paralelo, **Gavi**, la Alianza para la Vacunación, agrupa fondos de donantes para apoyar los calendarios nacionales de inmunización rutinaria y presiona los precios a la baja agregando la demanda, financiando la administración de la IPV dentro de los sistemas sanitarios ordinarios. Gavi no financia la vacuna oral que se usa en las campañas: esa la compra UNICEF con cargo a la dotación de la GPEI, pagada por los mismos donantes. Tras un mandato de su consejo en 2013, todos los países apoyados por Gavi introdujeron una primera dosis de IPV antes de 2019 para ayudar a cerrar la brecha de inmunidad que abrió el cambio de vacuna oral de 2016. Pero la debilidad de los sistemas sanitarios ordinarios dejó puntos ciegos graves. A escala mundial, la finalización completa del calendario de IPV se sitúa en el 74% (60% en África), y el 54% de los niños sin ninguna dosis vive en zonas frágiles o afectadas por conflictos.

Como la asignación de Gavi para polio se integra en las necesidades globales de recursos de la GPEI junto a las dotaciones de la OMS y UNICEF, las dos patas compiten por fondos dentro

de un fondo menguante de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).^{6,10,23}

La retirada de la financiación estatal tradicional ha creado un déficit sin precedentes en la seguridad sanitaria mundial. Entre 1988 y 2024, la financiación pública de la GPEI se ha sostenido sobre cuatro grandes donantes estatales: Estados Unidos (en torno al 22,6% de la financiación histórica), el Reino Unido (8,5%), Alemania (3,6%) y Canadá (3,5%). La contracción simultánea de los presupuestos de ayuda en las principales capitales donantes ha desmontado ese cimiento.

Estados Unidos puso fin a sus ayudas bilaterales directas en 2025, retirando 133 millones de dólares anuales a la GPEI, 100 millones a las operaciones de polio de la OMS y una subvención de distribución de 131 millones a UNICEF, además de retirar personal técnico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y de USAID. Al mismo tiempo, el **Reino Unido** ha ido reduciendo su dotación de AOD y anunció en marzo de 2026 que pondría fin por completo a su asignación a la GPEI, junto con sus contribuciones al Fondo para Pandemias. **Alemania** ha ejecutado recortes igualmente amplios a través de su Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ), rebajando su contribución anual a la GPEI de 43 a 27 millones de dólares, dentro de una reducción más amplia de su presupuesto de salud global a lo largo de 2025 y 2026. Dado que la financiación pública de la GPEI se ha movido entre 206 y 402

millones de dólares en la última década, estos recortes tan severos amenazan con dismantelar el principal motor operativo de la erradicación.^{35,36,37,38}

Este repliegue conjunto deja a **Canadá** como el mayor donante estatal que mantiene compromisos plurianuales activos para el núcleo del programa, pese a representar solo el 5,5% de las contribuciones históricas. La GPEI atribuye este déficit sistémico a un hundimiento más amplio de la ayuda bilateral al desarrollo, en línea con las proyecciones de la OCDE que sitúan la ayuda sanitaria mundial en mínimos de veinte años.

Esta retirada de financiación deja al descubierto una profunda **paradoja política para Europa**: los recortes de la ayuda alemana y británica entraron en vigor justo a la vez que se detectaba poliovirus circulante derivado de la vacuna en las depuradoras de Londres en 2022 y poliovirus salvaje de tipo 1 en las aguas residuales de Hamburgo en octubre de 2025. Las capitales europeas han tratado la erradicación mundial de la polio como un acto de ayuda exterior discrecional y no como una pieza básica de su propia seguridad sanitaria. Al recortar la vigilancia ambiental y el apoyo a las campañas en las regiones endémicas y de tránsito, los Estados europeos aumentan la probabilidad de que se produzcan importaciones no vigiladas del virus hacia sus propias bolsas urbanas poco vacunadas.³⁶

Para ajustarse a estos déficits, la GPEI se vio obligada a recortar su plan operativo de 2026 en un 30% (314 millones de dólares), reduciendo su presupuesto anual a 786 millones frente a los 1.100 millones que se consideraban necesarios. Y lo decisivo

es que los recortes golpearon con más fuerza a los mecanismos centrales de seguimiento: la vigilancia ambiental en países no endémicos se recortó un 34%, la respuesta a brotes un 26% y las operaciones en los países endémicos, Afganistán y Pakistán, un 18%. Este repliegue ilustra las tres vulnerabilidades estructurales que están minando ahora la estrategia de erradicación.^{9,12,39}

Primera: el programa sufre **recortes presupuestarios severos** que merman directamente su capacidad sobre el terreno, justo en el momento en que las importaciones del virus amenazan a las zonas no endémicas.

Segunda: la base de financiación se ha **concentrado** peligrosamente **en la filantropía privada**. A medida que los donantes estatales tradicionales recortan sus asignaciones, actores como la Fundación Gates y Rotary International han pasado a cubrir el hueco y aportan la gran mayoría de los compromisos recientes. Un mandato de salud global de 38 años depende hoy de forma desproporcionada de un puñado de entidades no estatales cuyos compromisos no conllevan obligaciones legales ni rendición de cuentas electoral.¹¹

Tercera: la **estrategia carece de previsibilidad financiera a largo plazo**. Al depender por completo de contribuciones voluntarias y no obligatorias, la planificación de las campañas y las redes de vigilancia tienen que adaptarse a unas dotaciones de recursos que fluctúan de un año a otro, en lugar de a necesidades epidemiológicas sostenidas, lo que hace que la planificación plurianual de la erradicación sea intrínsecamente frágil.

35 Fletcher ER. USAID and CDC halt of support to global polio eradication threatens worldwide campaign. Health Policy Watch. Geneva; 7 February 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://healthpolicy-watch.news/usa-id-and-cdc-halt-of-support-to-global-polio-eradication-efforts-threatens-worldwide-campaign/>

36 Global Polio Eradication Initiative. Governance. Geneva: GPEI. Accessed August 2026. Available from: <https://polioeradication.org/who-we-are/governance/>

37 Foreign, Commonwealth & Development Office. Official Development Assistance (ODA) programme allocations 2026/27 – 2028/29: Written statement – HCWS1425. UK Parliament: Written questions, answers and statements. 2026 Mar 19. Available from: <https://questions-statements.parliament.uk/written-statements/detail/2026-03-19/hcws1425>

38 Winny A. UK cuts imperil polio eradication. Global Health NOW. 2026 Apr 27. Available from: <https://globalhealthnow.org/2026-04/uk-cuts-imperil-polio-eradication>

39 Thompson KM, Kalkowska DA. An updated economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. Risk Anal. 2021;41(2):393-406. doi:10.1111/risa.13665

6. Conclusiones

“La seguridad sanitaria europea actual depende directamente de esas operaciones de seguimiento y contención en el exterior. El análisis de aguas residuales, la secuenciación genómica de las cepas del virus y las campañas de inmunización dirigidas en las zonas endémicas funcionan como un sistema integrado. Aunque algunas de ellas se catalogan sobre todo como ayuda exterior al desarrollo, estos mecanismos operan como el filtro principal frente a la reintroducción del virus en las poblaciones europeas.”

El retorno de lo invertido en polio se aprecia en los episodios silenciosos de vigilancia de los últimos años. Cuando una cepa derivada de la vacuna emergió en el norte de Nigeria —un riesgo conocido del uso de la vacuna oral—, circuló sin detectarse durante casi un año. Al llegar a cinco países europeos en tres meses, no produjo ningún caso clínico. La alta inmunidad de la población en la UE/EEE impidió la enfermedad clínica, mientras que las redes de laboratorio ya establecidas rastrearon el origen y la ruta de transmisión. En octubre de 2025, un poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1) procedente de Afganistán se detectó de forma parecida en las aguas residuales de Hamburgo, también sin incidencia clínica. Estos resultados representan el funcionamiento normal de una infraestructura sanitaria preventiva: absorber importaciones potenciales sin transmisión secundaria ni carga clínica.

Esta dinámica genera un **problema persistente de valoración para las cuentas públicas**. El gasto en erradicación de enfermedades compra la prevención de brotes futuros, un beneficio que no genera resultados visibles dentro del país ni deja una huella contable tangible. Las evaluaciones económicas estiman el beneficio neto incremental de la GPEI en 28.000 millones de dólares (de 2019), revisado a la baja desde estimaciones anteriores de 40.000 a 50.000 millones por la ampliación de los plazos y el mayor coste de la vacuna inactivada. Como esos beneficios consisten en casos evitados

en otras jurisdicciones, siguen siendo **políticamente vulnerables** en los ajustes presupuestarios internos.³⁹

El resultado es que la vigilancia ambiental en países no endémicos sufrió una reducción del 34% en el presupuesto de la GPEI para 2026, el recorte proporcional más profundo de todas las áreas operativas. Ocurrió además en paralelo a recortes más amplios en salud global, incluida la reposición de fondos de Gavi de 2025, que cerró en 9.000 millones de dólares frente a un objetivo de 11.900 millones. En conjunto, estos recortes afectan a la capacidad de ver un problema y a la capacidad de prevenirlo, en el mismo año. Desde 1988, la cooperación internacional y el gasto asociado han reducido la incidencia del poliovirus en más de un 99%, han erradicado dos de los tres serotipos salvajes y han evitado la parálisis a unos 20 millones de personas. Pero la inmunidad de la población y las redes de vigilancia exigen un mantenimiento continuo. Los modelos de la OMS indican que un colapso de los esfuerzos de erradicación podría llevar a un restablecimiento de la transmisión endémica y provocar hasta 200.000 casos anuales en una década. En términos financieros, los Estados donantes se enfrentan a una disyuntiva: completar la erradicación, o financiar una respuesta a brotes perpetua y de coste variable.^{40,41}

La India demostró que la transmisión comunitaria se puede cortar, a través de su Red de Movilización Social. **Ese mismo trabajo de proximidad hace falta ahora** en Afganistán, Pakistán y

⁴⁰ Gavi, the Vaccine Alliance. World leaders recommit to immunisation amid global funding shortfall. Geneva: Gavi; 25 June 2025. Accessed August 2026. Available from: <https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-recommit-immunisation-amid-global-funding-shortfall>

⁴¹ World Health Organization. Poliomyelitis. Health topics. Geneva: WHO. Accessed September 2026. Available from: https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_3

las zonas de brote persistente de África, pero los presupuestos que lo sostienen se han reducido.²² A diferencia de las vacunas y la cadena de frío, el trabajo comunitario no deja ningún activo detrás, y por eso suele ser lo primero que se recorta.

La seguridad sanitaria europea actual depende directamente de esas operaciones de seguimiento y contención en el exterior. El análisis

de aguas residuales, la secuenciación genómica de las cepas del virus y las campañas de inmunización dirigidas en las zonas endémicas funcionan como un sistema integrado. Aunque algunas de ellas se catalogan sobre todo como ayuda exterior al desarrollo, estos mecanismos operan como el filtro principal frente a la reintroducción del virus en las poblaciones europeas.

Cómo citar este documento:

García-Vaz C., Olmo Suárez-Llanos C. y Diago-Navarro E. **La erradicación de la polio: qué hace falta y por qué importa la ayuda al desarrollo**. Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Serie: Preparación y Respuesta. Julio 2026.

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Una iniciativa de:

 **Fundación "la Caixa"**

 **Clínic
Barcelona**

 **UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

 **Generalitat
de Catalunya**

 **GOBIERNO
DE ESPAÑA**

 **Hospital del Mar
Barcelona**

 **upf. Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona**

Barcelona 

 **EXCELENCIA
SEVERO
OCHOA**

 **CERCA**
Centres de Recerca
de Catalunya

 **hr**
HR EXCELLENCE IN RESEARCH