
NOTA TÉCNICA

PROGRAMA HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE FIEBRE AFTOSA - PHEFA MÁS ALLÁ DEL 2020

**Documento de Trabajo presentado para la 46° Reunión Ordinaria de la Comisión Sudamericana
para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA)**

Cartagena - Colombia | 3 de mayo 2019

INTRODUCCIÓN

En la antesala del año 2020 y cuando el fin del Plan de Acción 2011-2020 del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) se aproxima, es pertinente hacer una pausa para examinar el grado de avance alcanzado, los trabajos pendientes y los desafíos que se vislumbran en el horizonte, poniendo la mirada más allá del 2020.

En la reunión COSALFA 42, los países miembros constataron que el Plan de Acción 2011-2020 había avanzado más allá de lo inicialmente esperado, lo que se verificaba por una ausencia de nuevas notificaciones de la enfermedad en la mayor parte de América de Sur y un sostenido avance en el proceso de reconocimiento de estatus sanitario oficial por parte de OIE en los países sin reconocimiento. Consecuentemente, fue decidido que se preparara una Guía de trabajo para la última etapa del PHEFA, que orientara a los países libres con vacunación para una transición hacia el estatus de libre sin vacunación.

Como pruebas tangibles del avance en la trayectoria marcada por el PHEFA, hasta 2018 encontramos el reconocimiento de libre con o sin vacunación por parte de la OIE de todo el territorio de los países de la Región con excepción de Colombia, el cual, se encuentra coyunturalmente suspendido y Venezuela. Este último permanece sin estatus y mostrando notables debilidades en su capacidad de implementar el programa de control de fiebre aftosa en estos momentos.

La reaparición de focos en el territorio colombiano libre de fiebre aftosa y limítrofe con Venezuela, durante los años 2017 y 2018, señala la persistencia del riesgo en el norte de la subregión andina y ha abierto la pregunta sobre sus efectos para el resto de la región.

Por otro lado, llama la atención que, la América de Sur es la región del mundo que concentra los países y zonas libres con vacunación reconocidos por OIE, con la excepción de zonas en Kazajstán Taiwán y Turquía, y mantiene una vacunación sistemática y regular, de manera indefinida, sobre la misma especie animal que ha sido el reservorio de la infección.

Este documento, junto con poner al día la situación de riesgo regional, aborda sus probables efectos los que son decisivos en la definición de las estrategias sanitarias a ser adoptadas para enfrentar los desafíos pendientes, mantener los logros alcanzados y completar el proceso de erradicación de la fiebre aftosa sin vacunación en el Continente Americano.

PROGRESOS DE LA LUCHA CONTRA LA FIEBRE AFTOSA DURANTE EL PLAN DE ACCIÓN 2011-2020

El plan de Acción 2011-2020 del PHEFA se inició cuando la región presentaba un importante progreso en el proceso de erradicación, particularmente en la subregión del Cono Sur, mientras que, la subregión Andina evidenciaba un rezago, donde persistía una continua ocurrencia de focos de fiebre aftosa en algunos países de la subregión. No obstante, el progreso alcanzado, también se constataba la aparición esporádica de brotes de fiebre aftosa en zonas libres con vacunación, que afectaron a países del Cono Sur y que causaban una suspensión sucesiva de su estatus sanitario, abriendo dudas respecto a la real situación epidemiológica de la región y la credibilidad de las autoridades involucradas. Si bien, inicialmente, se postuló que la persistencia de la enfermedad se localizaba en las zonas fronterizas de los países, se constató posteriormente que, en éstas, era donde se presentaba la forma clínica, pero que era consecuencia de la persistencia de nichos endémicos de infección localizados dentro de del país. Importantes modificaciones fueron realizadas en los esquemas de vacunación para eliminar la transmisión de infección y desde enero 2012, la subregión del Cono Sur no ha presentado nuevos casos de fiebre aftosa y ha conservado, sin alteraciones, su estatus de libre con o sin vacunación.

Por otra parte, la subregión Andina, avanzó sostenidamente en el proceso de erradicación, alcanzando el reconocimiento de su estatus de libre de fiebre aftosa, con o sin vacunación, con excepción del territorio de Venezuela. Desgraciadamente, en el año 2017, Colombia notificó la aparición de un foco de fiebre aftosa en un departamento fronterizo con Venezuela. La reaparición de la enfermedad en Colombia causó la suspensión de su estatus y actualmente, el país está abocado a la recuperación de su estatus oficial con una estrategia sanitaria dirigida a mitigar los riesgos transfronterizos que representa la vecindad con un país aún infectado.

En la subregión Amazónica por su parte, Surinam fue reconocido como libre de fiebre aftosa sin vacunación como también el territorio amazónico del Brasil, alcanzó el estatus de libre con vacunación, el año 2018.

La aparición de focos en el norte de la región Andina no puede ser considerado un hecho epidemiológico inesperado o singular, debido a que, desde el año 2004, se ha registrado el aislamiento esporádico de un genotipo del virus de fiebre aftosa tipo O, el cual ha sido aislado en focos ocurridos en varios estados de Venezuela y en departamentos de Colombia, con distintas consecuencias para esos países debido a su diferente estatus sanitario. Estudios filogenéticos realizados con las cepas virales de virus O, han determinado que el genotipo aislado en el norte de la región andina pertenece al linaje 6, lo que da cuenta de la circulación en esos territorios de un genotipo específico del virus aftosa asociado a los sistemas de explotación bovina predominantes en las zonas afectadas y que representa un riesgo de transmisión transfronterizo.

En cada subregión de América del Sur, se ha verificado la circulación de determinados linajes de virus de fiebre aftosa en las poblaciones bovinas, sin evidencias históricas de su presencia en otras subregiones del Subcontinente. Así, la evidencia aportada por los estudios filogenéticos realizados sobre las cepas virales endémicas de la región apoya el abordaje subregional promovido por los planes de acción del PHEFA y ha dado sustento a las estrategias sanitarias de nivel subregional, que han permitido un avance sostenido en la erradicación de la fiebre aftosa, considerando el alto grado de independencia epidemiológica entre ellas.

No puede dejar de ser mencionado también que, en el año 2016, la región realizó una evaluación de riesgo sobre la persistencia del virus C, y concluyó que se había acumulado evidencia suficiente para demostrar que la infección por el virus de fiebre aftosa tipo C se habría extinguido en los territorios históricamente afectados. Consecuentemente, los países miembros de la COSALFA aprobaron la eliminación del virus tipo C de las vacunas en uso en cuatro países de la región, decisión que también estaba alineada con una recomendación en el mismo sentido realizada por la Asamblea de la OIE, en el mismo año. Hasta hora, esta recomendación ha sido acogida por Bolivia, Brasil y Paraguay, excepto la república de Argentina.

RIESGO GLOBAL DE FIEBRE AFTOSA

Para establecer estrategias sanitarias para enfrentar la fiebre aftosa, mirando más allá del 2020, no solo se debe evaluar los riesgos de aparición de brotes causados por aquellas cepas virales que han sido endémicas en América del Sur, sino que también, tener en perspectiva, los riesgos por las cepas actuantes en otras regiones del mundo.

A partir del esfuerzo global para el control de la fiebre aftosa emprendido el año 2012 por la OIE y la FAO, se reconoce al PHEFA como la estrategia regional para las Américas, lo que es avalado por el importante avance alcanzado en los últimos 30 años y reconoce también que, los padrones de ocurrencia de fiebre aftosa a nivel global, no son aleatorios, sino que se presentan de forma agrupada en topotipos virales que contienen los serotipos que circulan de forma continua, y que están asociados a los sistemas ganaderos predominantes y el tipo de comercio establecido. Este enfoque permite agrupar los países y regiones del mundo en conglomerados epidemiológicos de acuerdo a los topotipos, dentro de cada serotipo actuante.

De este modo, se reconocen siete pooles de virus de fiebre aftosa actuantes en el mundo, localizados en regiones del Sudeste Asiático, Asia Central, Sur de Asia, Medio Oriente y África¹. En este contexto, el pool 7, corresponde a aquellos topotipos del virus O y A, que han sido endémicos en las Américas. Este enfoque permite definir estrategias sanitarias para enfrentar la fiebre aftosa con una perspectiva regionalizada y con vacunas que deben ser desarrolladas específicamente para los topotipos actuantes.

Una evaluación de riesgos de introducción de virus de fiebre aftosa a los países libres de fiebre aftosa en las Américas entonces, debe considerar, junto con los parámetros informantes contemporáneos, que el riesgo de introducción del genotipo de virus O actuante en el norte de la región andina, involucra a un genotipo específico que ha tenido una distribución geográfica limitada a estados de Venezuela y departamentos fronterizos de Colombia, asociado a los sistemas productivos bovinos predominantes en esas zonas, sin que haya sido aislado fuera de estos territorios.

Por su parte, una evaluación de riesgo de la introducción de virus de fiebre aftosa en las Américas procedentes de los pooles 1 al 6, actuantes en el resto del mundo, debe tener en cuenta la evidencia histórica de que, nunca se ha registrado una introducción por estos virus en las Américas, probablemente asociado a la lejanía geográfica, la vocación exportadora de productos pecuarios de la región y a las tempranas medidas de prevención que los programas de control de fiebre aftosa de la región adoptaron para mitigarlos, los que han sido reforzados, una vez que los países alcanzaron el estatus de libre.

Por lo anterior, puede ser postulado que, una evaluación cualitativa de los riesgos de introducción de virus de fiebre aftosa para los países libres de la región (con excepción de Colombia) estimaría que, la probabilidad de introducción de virus de la fiebre aftosa (linaje 6 de virus O y virus extracontinentales de los pooles 1 a 6) como muy baja, pero que no puede ser descartada.

¹ Para mayor información al respecto, se sugiere revisar la presentación de la Dra. Edvigés Pituco: Situación Actual de la Fiebre Aftosa en el Mundo entregada en la Sesión III del Seminario Pre-COSALFA. Colombia, 2019. [<http://www.panaftosa.org/cosalfa46/>]

EL COSTO ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE FIEBRE AFTOSA EN LOS PAÍSES LIBRES CON VACUNACIÓN DE AMÉRICA DEL SUR

La fiebre aftosa en un país tiene costos directos e indirectos. Los costos directos corresponden al perjuicio causado por la infección debido al nivel de morbilidad y mortalidad que alcanza en los brotes de la enfermedad. Los costos indirectos, por su parte, corresponden a los derivados de las medidas sanitarias que son aplicadas para el control de la enfermedad y para la vigilancia y prevención y, dado que la enfermedad afecta a animales de producción, también comprenden aquellos derivados por las restricciones que son impuestas al comercio de productos pecuarios desde zonas libres con vacunación, las que reducen las ganancias y el valor de los productos pecuarios.

Una vez que se ha alcanzado el estado de ausencia de focos de fiebre aftosa en un territorio, las pérdidas directas desaparecen y el costo de la enfermedad queda circunscrito a los costos indirectos, es decir, el costo derivado de las medidas sanitarias para su control (i.e. vacunación) vigilancia, prevención y aquellos asociados a las restricciones al comercio.

Los países libres con vacunación, con la excepción de Colombia y Venezuela, gastan anualmente (cifras del año 2017²) el total de \$ 1.067.231,35 mil millones de dólares, de los cuales U\$ 644.957,04 millones son financiados por el sector público y U\$ 422.274,31 millones por el sector privado. De estos costos, del orden de U\$ 281.056.00 millones corresponden a valor de la vacuna y a los contratos de los vacunadores. Estos costos no consideran los asociados al rodeo y manejo de animales para la vacunación, ni las pérdidas por el deterioro de productos por lesiones causadas por inyecciones repetidas. Además, esta suma, no incluye el impacto causado por las restricciones al comercio de productos pecuarios que los mercados internacionales imponen a los países que vacunan, ni las medidas sanitarias adicionales que son requeridas a aquellos productos que se comercializan. Por lo tanto, los costos indirectos son aún más elevados a los informados por los países. Desde el año 2012, los países libres del Cono Sur no han presentado nuevos focos, por lo que hoy, los costos de la fiebre aftosa son en su totalidad, costos indirectos.

VACUNAR O NO VACUNAR. ¿ES ESE EL DILEMA DE AMÉRICA DEL SUR?

La manutención indefinida de programas de vacunación sistemática implementados como estrategias de control no está justificada técnicamente, una vez que se constata la eliminación de la transmisión con una certeza aceptable. Es más, si el argumento para su mantenimiento es la prevención de una posible introducción del virus, esta estrategia se debe implementar tras un análisis de riesgo que indique la necesidad de realizar vacunaciones sistemáticas como medida de mitigación y que a su vez oriente sobre las cepas frente a las que se debe vacunar. Así, el escenario actual, de una vacunación mantenida en la mayor parte de los territorios de la región como estrategia de prevención, es cuanto menos inapropiada, porque las vacunas son serotipo-específicas y no protegen contra los demás topotipos virales circulantes en el mundo. La manutención de estos programas de vacunación impone, además, como se ha discutido previamente en este documento, un costo adicional a los ganaderos, acompañado de restricciones comerciales que reducen la competitividad de los productos pecuarios y compromete la rentabilidad de los negocios ganaderos.

De ahí que, la autoridad sanitaria, transcurrido un largo período de ausencia de nuevos casos clínicos y respaldado por las evidencias de ausencia de transmisión, verificadas por las acciones acumuladas de la vigilancia (pasiva y activa) así como las altas coberturas de vacunación y de inmunidad, deba cambiar la estrategia de lucha contra la

² Centro Panamericano de Fiebre Aftosa OPS/OMS (2018): Informe de Situación de los Programas de Erradicación de la Fiebre Aftosa en Sudamérica y Panamá, año 2017. 239 páginas. Rio de Janeiro. Brasil.

fiebre aftosa, de una basada en una vacunación sistemática por una basada en la prevención en las fronteras, detección oportuna y respuesta temprana.

No puede ser soslayado que, actualmente las políticas de prevención que han adoptado los países libres de fiebre aftosa con o sin vacunación, todas caracterizadas por un nivel adecuado de protección alto (posibles de ser verificadas en las evaluaciones PVS realizadas por la OIE), no permiten las importaciones legales de animales y productos pecuarios, sin un análisis de riesgo previo.

Una de las rutas de entrada para la introducción de virus de fiebre aftosa más probable, la constituye el ingreso de productos contaminados en el equipaje acompañado de pasajeros internacionales o en encomiendas postales internacionales. Si dichos productos contaminados logran eludir los controles de frontera, virus de la fiebre aftosa, en una dosis infectante suficiente, podría alcanzar a cerdos que hayan sido alimentados con restos de estos productos contaminados. Luego, una eventual incursión de fiebre aftosa tendría como foco primario una piara de cerdos, desde la cual, la infección podría propagarse a otros cerdos u otras especies susceptibles ocasionando diversos brotes de la enfermedad. Resulta evidente entonces que, la vacunación sistemática de bovinos no constituye una medida de prevención efectiva ni oportuna para evitar un foco de fiebre aftosa en un país libre.

De modo que, plantear que el dilema de los países, hoy libres de fiebre aftosa con vacunación de América del Sur, es “vacunar o no vacunar” es conceptualmente equivocado, porque las vacunas en uso en la región no producen una protección universal contra todos los serotipos virales de fiebre aftosa circulantes en el mundo, ni evitaría la aparición de un brote de la enfermedad. En este sentido, lo pertinente es constituir un banco de antígenos y vacunas de nivel regional, como la propuesta del BANVACO que, con base a un análisis de riesgo, conserve stocks de antígenos o vacunas en cantidad suficiente, para ser usadas frente a eventuales emergencias sanitarias por fiebre aftosa.

Las regiones de América del Norte y Central, que son libres de fiebre aftosa sin vacunación, aplican políticas preventivas con un nivel de protección similar al observado en los países libres de Sudamérica y son una evidencia clara de su eficacia para impedir incursiones virales desde otras regiones afectadas del mundo.

LOS DESAFÍOS PARA EL PHEFA - MÁS ALLÁ DEL 2020

La situación epidemiológica actual que presenta la región se compara muy favorablemente con la descrita al inicio del plan de acción 2011-2020. Un importante aprendizaje se ha realizado en el período, lo que ha permitido tomar decisiones mejor informadas y con mayor confianza en la situación epidemiológica alcanzada.

El reconocimiento internacional otorgado por la OIE de un país o zona libre de fiebre aftosa significa necesariamente que, la enfermedad fue erradicada en aquel territorio y que existe un servicio veterinario oficial que ejecuta satisfactoriamente las acciones de prevención y de vigilancia, conforme está previsto en el Código Sanitario Internacional, independiente de que esté utilizando vacunas o no. No se sustenta la vacunación contra la fiebre aftosa indefinidamente en un país o zona libre, a menos que no exista convicción sobre el trabajo ejecutado o se enfrente un riesgo externo justificable.

Los desafíos para el PHEFA, más allá del 2020, se dan en los siguientes aspectos:

1. Recuperación y preservación del estatus oficial de Colombia, basado en el fortalecimiento del sistema de prevención, inmunización y zonificación estratégica.
2. Abordaje de la situación de riesgo transfronterizo que afecta el norte de la región andina, en el cual, el programa de control de Venezuela, que, en algún momento de la década contó con la validación temporal por OIE, pueda ser restablecido para que ese país avance sostenidamente hacia la erradicación. El proceso de erradicación en Venezuela no presenta una complejidad técnica mayor, que aquella que enfrentaron otros países en la región en el pasado. Sin embargo, requiere de una decisión política del más alto nivel, consistente y clara, una rigurosidad técnica en su ejecución, el apoyo de los ganaderos y la disponibilidad de recursos que le den sostenibilidad en el tiempo para alcanzar su propósito. Un proyecto que convoque la colaboración y solidaridad internacional podría ser una iniciativa que facilite el reimpulso del esfuerzo final de erradicación en ese país.
3. El sólido avance observado en las subregiones Cono Sur y Amazónica, y la información proporcionada por las acciones de vigilancia, debería permitir, con una certeza suficiente, que una decisión hacia una transición hacia el estatus de libre sin vacunación pueda ser adoptada. La suspensión de la vacunación será la mejor prueba de la eliminación de la infección en la población y no será necesario recurrir a los costosos estudios serológicos para demostrar tal condición. La transición hacia un nuevo estatus impone desafíos a la prevención, la vigilancia y al sistema de respuesta frente a eventuales incursiones de fiebre aftosa. Sin embargo, los países ya han realizado y adoptado importantes decisiones e implementado acciones en esta dirección.
4. La preparación para emergencias y los planes de contingencia es un área que debe ser reforzada, con una mejor integración del sistema de respuesta a emergencias en sanidad animal a la institucionalidad para emergencias existente en los países, con programas de trabajo para tiempos de paz, alineamiento de los planes de contingencia a las recomendaciones del Código OIE y planes formales y progresivos de preparación del personal técnico para enfrentar emergencias.
5. La adhesión a un Banco de Antígenos y de vacunas – BANVACO es una decisión ineludible en esta perspectiva, para disponer de la herramienta de una vacunación de emergencia frente a una potencial incursión viral, de modo de disponer del mayor arco de estrategias sanitarias para enfrentar contingencias por fiebre aftosa.

3 de mayo de 2019.