Organización Mundial de la Salud

70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A70/14 Add.1**
Punto 12.3 del orden del día provisional **19 de mayo de 2017**

Poliomielitis: planificación de la transición

Informe de la Secretaría

INTRODUCCIÓN

1. En su 140.ª reunión, en enero de 2017, el Consejo Ejecutivo adoptó la decisión EB140(4) sobre la poliomielitis, en la que se pidió a la Directora General que, entre otras cosas, presentara a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud un informe en el que se esbocen los riesgos programáticos, financieros y relacionados con los recursos humanos que se derivan del cierre actual y la futura interrupción de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, así como una actualización de las medidas planificadas y adoptadas para mitigar tales riesgos, y garantizar a la vez que se mantienen las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis.

2. El presente documento se preparó en respuesta a la decisión EB140(4) y se basa en las aportaciones hechas por las oficinas de la OMS en los países, las oficinas regionales para África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, y los departamentos pertinentes de la Sede. Para recabar dichas aportaciones se utilizaron formularios uniformizados y entrevistas estructuradas, y posteriormente se elaboró un proyecto de informe que se presentó en una reunión de Estados Miembros celebrada el 28 de abril de 2017.

3. Con respecto a los riesgos relacionados con los recursos humanos y a las correspondientes medidas de mitigación, el presente informe se limita a presentar una breve sección resumida, dado que el tema ya se ha tratado en el anexo al documento A70/14. Ese anexo debería leerse junto con el presente informe para obtener una visión general de los riesgos programáticos, financieros y relacionados con los recursos humanos que plantea la transición a la era posterior a la erradicación de la poliomielitis y documentar el debate sobre el subpunto del orden del día relativo a la planificación de dicha transición, para el cual se preparó el presente informe.

4. La Secretaría considera que la reducción gradual del programa de lucha contra la poliomielitis es uno de los principales riesgos a los que tiene que hacer frente la Organización. El Grupo Mundial de Políticas de la OMS está plenamente comprometido con la solución de esta cuestión, y la planificación de la transición es tratada como un ejercicio institucional que abarca a toda la Organización. En relación con la decisión EB140(4), la Secretaría tiene el compromiso de informar a los Estados Miembros y hacerlos participar en el proceso, a fin de garantizar que las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis, sus activos, su experiencia y las importantes inversiones hechas por los donantes contribuyan a mantener un mundo libre de poliomielitis después de la certificación mundial de su erradicación y, siempre que sea posible, ayuden a alcanzar otros objetivos críticos para la salud pública mundial en los Estados Miembros afectados que han estado recibiendo apoyo a través de los esfuerzos encaminados a luchar contra la poliomielitis.

TRANSICIÓN A LA ERA POSTERIOR A LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS: RIESGOS Y OPORTUNIDADES PROGRAMÁTICOS

5. En las aportaciones recibidas de las oficinas regionales afectadas y los departamentos de la Sede y en los proyectos de planes nacionales de transición se han resaltado los riesgos y oportunidades programáticos clave que se describen a continuación. Este informe representa el primer intento de refundir en un único documento los aspectos relativos a los riesgos y oportunidades programáticos de la transición.

A. Repercusiones en la inmunización

Riesgos

6. En el anexo a la actualización de la Secretaría sobre los recursos humanos presentada al Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión[1] se mostraba que el 23% del personal de la OMS financiado con cargo a la poliomielitis participa en actividades de inmunización y vigilancia, el 19% contribuye a esferas técnicas más amplias dentro del Programa Ampliado de Inmunización, como el apoyo de laboratorio y la gestión de datos, y el 56% presta un apoyo operacional esencial para la ejecución de las actividades de vigilancia e inmunización a través de las oficinas de la OMS en los países. Como consecuencia de la disminución de los fondos destinados a la erradicación de la poliomielitis, las oficinas de la OMS a nivel regional y de país corren el riesgo de ver interrumpidas sus funciones básicas dentro del Programa Ampliado de Inmunización, especialmente las actividades de vigilancia de enfermedades.

7. Hay interrelaciones y sinergias claras entre el Programa Ampliado de Inmunización y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, a saber:

- Fortalecimiento de la inmunización sistemática (microplanificación, capacitación y movilización de la comunidad).
- Fortalecimiento de la vigilancia de enfermedades y la capacidad de laboratorio.
- Calidad, recopilación, análisis y gestión de los datos.
- Planificación y ejecución de actividades de inmunización complementarias (contra la poliomielitis y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación).
- Supervisión y monitoreo programáticos.

8. En el examen a mitad de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas, de 2016,[2] se recordó de manera elocuente que el logro de las aspiraciones mundiales como la eliminación del sarampión y la rubéola o el logro de una cobertura de inmunización equitativa sigue llevando retraso.

9. En el marco de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola se ha establecido una lista de 68 países a los que es preciso apoyar de forma prioritaria, entre los que figuran todos los países prioritarios para la transición relativa a la poliomielitis. De los 20,8 millones de lactantes que no recibieron inmunización contra el sarampión en 2015, más de la mitad (53%) vivían en seis de los países prioritarios para la transición relativa a la poliomielitis (Etiopía, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y Repúbli-

[1] Documento EB140/46, anexo.

[2] Véase el examen a mitad de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas, 2016. Disponible en http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_ES.pdf (consultado el 7 de mayo de 2017).

ca Democrática del Congo). Por tanto, el objetivo de eliminar el sarampión y la rubéola que figura en el Plan de acción mundial sobre vacunas es frágil y su logro podría verse dificultado enormemente por la retirada de la financiación para la poliomielitis.

10. Por otro lado, de los 19,4 millones de lactantes no inmunizados contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), casi el 60% reside en los 16 países prioritarios para la transición relativa a la poliomielitis. Esta situación persiste, pese a que los recursos para la poliomielitis han ayudado a estos países a localizar a las poblaciones desatendidas por los servicios de inmunización sistemática y a elaborar estrategias para ampliar la cobertura y reducir la inequidad. Para cumplir los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas de aquí a 2020, no solo se ha de preservar la integridad del Programa Ampliado de Inmunización, sino que este se ha de reforzar aún más y debe quedar protegido frente a los contratiempos que puede conllevar la transición referente a la poliomielitis.

11. La supresión y cierre paulatinos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis conllevan riesgos generalizados para la Región de África de la OMS, dado que aproximadamente el 90% del personal y la infraestructura de la OMS en dicha Región se financia con recursos de la Iniciativa. Es importante señalar que todos los funcionarios de la OMS financiados con cargo a la poliomielitis que desarrollan su labor a nivel de país ocupan el cargo de «responsable de inmunización»; trabajan en un amplio espectro de actividades relativas a enfermedades prevenibles mediante vacunación en el marco del Plan estratégico regional de inmunización 2014-2020,[1] aprobado por el Comité Regional de la OMS para África en 2014.[2] El Plan estratégico regional se sustenta en el Plan de acción mundial sobre vacunas y contiene ambiciosas metas respecto de la introducción y la cobertura a nivel regional de la vacuna antineumocócica conjugada, la vacuna contra rotavirus, y las vacunas contra el virus del papiloma humano, el sarampión y la rubéola, así como respecto de la eliminación del tétanos materno y neonatal, la fiebre amarilla y la meningitis. Estas metas se fijaron teniéndose en cuenta los niveles de dotación de personal en la Región de África en el periodo 2013-2014 y con el fin de que la OMS pudiera seguir prestando a los países la asistencia técnica necesaria para alcanzar esos objetivos.

12. Además de la supresión paulatina de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y los recursos asociados a ella, la Región de África también hace frente a la eliminación gradual en los próximos años del apoyo prestado por la Alianza Gavi para las Vacunas (la Gavi), a medida que los países avanzan en el proceso de transición económica y dejan de reunir los requisitos necesarios para solicitar apoyo de la Gavi. En la reunión de diciembre de 2016, el Grupo Regional de Asesoramiento Técnico sobre Inmunización recomendó al Director Regional para África que se realizara un análisis exhaustivo de los riesgos programáticos previstos que conllevaba la supresión gradual y cierre de la Iniciativa y la transición de la financiación desde la Gavi hacia los programas nacionales de inmunización y los sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades en la Región de África, y que se examinaran al mismo tiempo los requisitos que se tienen que establecer en el periodo posterior a la certificación de la erradicación de la poliomielitis. En dicho análisis se identificaron varias esferas clave en la Región de África que se verán afectadas por la supresión y el cierre de la Iniciativa, entre las que cabe destacar las siguientes:

- **Actividades de vigilancia de enfermedades** – Las 47 oficinas de país de la OMS en la Región de África reciben trimestralmente fondos en el marco de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para que los países puedan llevar a cabo actividades de vigilancia de la parálisis flácida aguda y, asimismo, de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación.

[1] Plan estratégico regional de inmunización 2014-2020 https://www.aho.afro.who.int/en/ahm/issue/19/reports/regional-strategic-plan-immunization-2014%E2%80%9.

[2] Véase la resolución AFR/RC64/R4.

Una vez suprimida la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, las actividades de vigilancia de enfermedades tal vez no se realicen de manera óptima, lo que podría conllevar retrasos en la detección y respuesta a enfermedades prioritarias y la posible reaparición de algunas enfermedades prioritarias.

- **Sistemas de información sobre inmunización** – El personal dedicado a la gestión de los datos de la OMS sobre inmunización en la Región de África se financia principalmente con recursos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Es necesario garantizar el mantenimiento de esta capacidad de gestión de datos para que las tendencias de las enfermedades se puedan monitorear regularmente, lo que permitirá detectar y responder a tiempo a los brotes de enfermedades.
- **Apoyo de laboratorio** – A medida que disminuyan los fondos para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, los laboratorios financiados con cargo a la poliomielitis requerirán recursos adicionales para seguir realizando sus actividades contra otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, adquirir reactivos, equipos y otros suministros, hacer cursos de formación continua y mantener su acreditación. Por ejemplo, en Nigeria corren peligro los dos laboratorios acreditados por la OMS y otros laboratorios estatales que reciben fondos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y que también contribuyen a la lucha contra el sarampión, la rubéola y la fiebre amarilla.

13. La eliminación del programa contra la poliomielitis conllevaría riesgos similares para la Región del Mediterráneo Oriental, donde el personal dedicado a la lucha contra la poliomielitis (en adelante, el «personal de la poliomielitis») invierte una parte considerable de su tiempo en apoyar otras actividades de inmunización infantil y actividades de vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, además de la parálisis flácida aguda. En países prioritarios para la transición como Somalia y Sudán, las medidas de erradicación de la poliomielitis están plenamente integradas en el Programa Ampliado de Inmunización o en otras iniciativas de inmunización infantil. Además, a efectos de la gestión de datos, la vigilancia, los órganos técnicos, las comunicaciones y el monitoreo y la supervisión, la vigilancia del sarampión y la rubéola se realiza de manera conjunta con la vigilancia de la parálisis flácida aguda. También están en peligro los lentos progresos realizados en un país frágil como Somalia, donde la cobertura de inmunización sistemática ha mejorado desde menos del 10% en 1980 a más del 44% en 2015.[1]

14. En la Región de Asia Sudoriental, la pérdida de las redes dedicadas a la poliomielitis pondría en peligro principalmente el logro del objetivo de eliminar el sarampión y de controlar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de Asia Sudoriental para 2020.[2] Este riesgo comporta el posible estancamiento o disminución de la cobertura de la primera y segunda dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola en el marco de la inmunización sistemática, una estrategia que es fundamental para la eliminación del sarampión y el control de la rubéola, así como posibles repercusiones negativas en la calidad de la vigilancia de estas dos enfermedades. Si no se encuentran urgentemente mecanismos alternativos de financiación y de mantenimiento de las funciones técnicas para sustituir los fondos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, será difícil ampliar la vigilancia de los casos de sarampión y rubéola confirmados en laboratorio para lograr la eliminación del sarampión y el control de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. El apoyo a la introducción de nuevas vacunas en la Región de Asia Sudoriental probablemente también correrá peligro si las redes para la poliomielitis dejan de

[1] WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system, 2016 global summary. Disponible en http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=SOM (consultado el 15 de mayo de 2017).

[2] Véase la resolución SEA/RC66/R5 (2013).

promover actividades como cursos de formación, evaluaciones posteriores a la introducción y la vigilancia de los eventos adversos tras la inmunización.

Oportunidades

15. Se puede brindar una nueva finalidad a la amplia infraestructura en los países y al personal técnico y operacional clave financiados con cargo a la poliomielitis con el fin de que contribuyan de manera esencial al logro de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas y las metas regionales de inmunización conexas.

16. **Lograr el acceso universal a la inmunización en el continente africano.** Las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental están articulando argumentos a favor de la inmunización en el continente africano, con el objetivo final de ayudar a los Estados Miembros de esas Regiones en el continente africano a reducir la carga de mortalidad y morbilidad entre mujeres y niños provocada por las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Lo que se persigue es garantizar recursos y el suficiente compromiso por parte de los líderes nacionales para que la OMS pueda cumplir plenamente las metas del Plan estratégico regional de inmunización 2014-2020 y los compromisos establecidos en la Declaración de Addis sobre Inmunización (2016).[1]

17. **Reforzar la inmunización en la Región de Asia Sudoriental.** En los últimos años, tras la certificación de la erradicación de la poliomielitis, los activos y la capacidad técnica relacionados con esta enfermedad se han utilizado extensamente para apoyar prioridades de inmunización más amplias, entre las cuales cabe señalar las siguientes: la vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (sarampión, rubéola, difteria, tos ferina, tétanos neonatal y síndrome de encefalitis aguda); la prestación de apoyo técnico específico a las actividades suplementarias de inmunización destinadas a eliminar el sarampión y controlar la rubéola; el fortalecimiento de los sistemas de inmunización sistemática; el apoyo técnico para la introducción de nuevas vacunas; y la investigación operacional y los ensayos clínicos. Este apoyo por parte de la infraestructura de la lucha antipoliomielítica ha sido reconocido por los gobiernos nacionales de la Región, los cuales piden seguir recibiendo este apoyo técnico para lograr mejoras más amplias en la salud pública y cumplir los objetivos regionales y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud.

18. **Alcanzar la meta de eliminar el sarampión y la rubéola.** La eliminación del sarampión y el control de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita son una prioridad para los Estados Miembros de las Regiones de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental. Las tres Regiones han adoptado los objetivos de eliminación del sarampión.

19. Tanto el programa de eliminación del sarampión y la rubéola como la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se sustentan en gran medida en una amplia red de vigilancia y laboratorios, un sistema de preparación y respuesta ante brotes, la realización periódica de actividades suplementarias de inmunización y una red activa de movilización comunitaria para recorrer la última parte de su trayecto. La creación de la Red mundial de laboratorios especializados en el sarampión y la rubéola se inspiró en el éxito de la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos, y entre ambas redes se siguen compartiendo considerables recursos en los ámbitos del personal, la gestión y los procesos para la realización de pruebas de laboratorio a efectos de la confirmación de casos.

[1] Véase http://immunizationinafrica2016.org/ministerial-declaration-english/ (consultado el 8 de mayo de 2017.

20. Asimismo, de los 146 laboratorios antipoliomielíticos, 122 (84%) están acreditados en la Red mundial de laboratorios especializados en el sarampión y la rubéola y corren el riesgo de ser desmantelados cuando disminuyan los recursos para la poliomielitis. Sobre la base de las necesidades de recursos financieros esbozadas por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis,[1] se calcula provisionalmente que costaría unos US$ 77 millones anuales reemplazar los recursos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis que actualmente se usan para fortalecer la vigilancia del sarampión y la rubéola a nivel de los países. Esto representa aproximadamente el 70% del costo mundial de la vigilancia del sarampión y la rubéola. Actualmente hay más de 2500 personas financiadas con cargo a la poliomielitis que se dedican a la vigilancia del sarampión y la rubéola.

B. Repercusiones en la seguridad sanitaria mundial: capacidad para detectar y responder a las enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas y otras emergencias

Riesgos

21. Habida cuenta de que en la Región de África se notifican cada año más de 100 eventos agudos de salud pública, es necesario garantizar una capacidad mínima de recursos humanos cualificados para detectar los eventos agudos de salud pública y organizar la respuesta que corresponda. De ese modo se podrá aliviar la carga de enfermedades epidemiógenas y lograr las capacidades básicas mínimas estipuladas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Sin ese apoyo sobre el terreno es probable que en la Región de África se produzcan retrasos en la detección de esas amenazas y la organización de respuestas eficaces.

22. En muchos brotes epidémicos que requieren grandes campañas de vacunación preventiva o reactiva, los conocimientos especializados del programa antipoliomielítico en la preparación de microplanes y la puesta en marcha de campañas de vacunación han sido muy valiosos. En Somalia, el equipo antipoliomielítico ha contribuido a la gestión de las actuales emergencias de sequía y cólera proporcionando apoyo a la planificación, ejecución y supervisión de las campañas de vacunación oral contra el cólera destinadas a la población de las zonas de alto riesgo, estimada en 500 000 personas. En el Sudán, en la supervisión de las grandes campañas dirigidas a decenas de millones de niños y adultos para vacunarlos contra la fiebre amarilla, la meningitis y el sarampión participó personal de la poliomielitis, que también intervino en las respuestas a los brotes de dengue y diarrea acuosa aguda.

23. Los importantes brotes urbanos de fiebre amarilla registrados en la República Democrática del Congo y Angola, recientemente controlados, ilustran también la función decisiva de la asistencia proporcionada por el programa de lucha contra la poliomielitis en la respuesta a las distintas enfermedades prevenibles mediante vacunación. La reducción de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis entrañará también grandes riesgos para la zona nororiental de Nigeria. Los equipos sanitarios móviles (apoyados por conducto de la Iniciativa) son el único recurso de inmunización y servicios de salud reproductiva, materna, del recién nacido, el niño y el adolescente que queda en determinadas zonas afectadas por el flagelo de la insurrección de Boko Haram y la consiguiente destrucción de los establecimientos de salud. El personal y la infraestructura de la poliomielitis han sido elementos esenciales en la contención del ebola in Nigeria.

[1] Organización Mundial de la Salud. Financial Resource Requirements 2013-2019. 2016. Disponible en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/10/FRR2013-2019_April2016_EN_A4.pdf (consultado el 8 de mayo de 2017).

24. En 2010, la Oficina Regional de la OMS para África revisó las directrices técnicas genéricas para el sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades,[1] que se habían elaborado en 2001 a raíz de la aparición o reaparición de varios patógenos infecciosos, las amenazas planteadas por las enfermedades no transmisibles, diversos eventos y afecciones, la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y el enfoque «Una Salud». La reducción del programa de lucha contra la poliomielitis afectará negativamente al reforzamiento de las directrices técnicas revisadas.

25. También se ha utilizado personal de salud y activo físico (como vehículos y equipo de la cadena de frío) financiados por el programa antipoliomielítico en el apoyo logístico necesario en actividades de supervisión y vigilancia de otras enfermedades transmisibles. Gracias a ese apoyo se pudieron controlar los recientes brotes de fiebre amarilla registrados en Angola, la República Democrática del Congo y Uganda y proporcionar asistencia a las actividades de inmunización durante los brotes estacionales de meningitis, así como a la preparación para la aplicación del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica.

Oportunidades

26. **Fortalecimiento del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.** La OMS responde en estos momentos a un número sin precedente de crisis, y numerosas oficinas en los países necesitan urgentemente aumentar su capacidad, particularmente las situadas donde se registran emergencias o cuyos entornos son frágiles.

27. Muchos países objeto del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en lo que se refiere al aumento de la capacitación son también países prioritarios para la transición. De los 16 países prioritarios para la planificación de la transición, el Programa clasifica a 6 de ellos en la «prioridad 1» para el aumento de la capacitación, y a otros 5 en la «prioridad 2». En algunos países, por ejemplo, Somalia, se ha creado el puesto de coordinador integrado de la poliomielitis y las emergencias, para apoyar de forma integrada la inmunización en la infancia y la respuesta a las emergencias. Las aptitudes y los sistemas que el personal de lucha contra la poliomielitis ha ido construyendo a lo largo de los años pueden ser directamente pertinentes no solo en lo que se refiere a los requisitos de capacidad del Programa sino también respecto del aumento de la resiliencia del sistema de salud en los países muy vulnerables. Dado que los requisitos de capacidad básica del Programa no exigen tanto personal como el que se emplea actualmente en la erradicación de la poliomielitis, ni las amplias redes subnacionales que utiliza en estos momentos la lucha contra la poliomielitis, será necesario recurrir a corrientes de financiación adicionales.

28. En las oficinas de la OMS en los países prioritarias, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS está examinando los requisitos en materia de capacidades básicas de los países para la preparación y respuesta ante emergencias, en función del contexto y las necesidades del país.

29. Durante los próximos seis a 12 meses, el Programa colaborará con los jefes de las oficinas de la OMS en los países para aplicar plenamente el modelo nacional de funcionamiento del Programa, en consonancia con el contexto del país, y para asegurarse de que la capacitación que presta se institucionaliza y se mantiene. Se estudiarán activamente las posibilidades de crear sinergias entre la planificación de la transición y los planes de capacitación del Programa. En la actualidad se dispone de una

[1] Organización Mundial de la Salud y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2010). Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region, Brazzaville, Republic of Congo and Atlanta, USA: 1-398; disponible en https://www.cdc.gov/globalhealth/dphswd/idsr/pdf/Technical%20Guidelines/IDSR%20Technical%20Guidelines%202nd%20Edition_2010_English.pdf (consultado el 9 de mayo de 2017).

cantidad limitada de fondos para las inversiones iniciales que precisa el Programa en 2017, pero la sostenibilidad a largo plazo de este modelo depende de las nuevas contribuciones plurianuales que se obtengan para las actividades de la OMS en materia de emergencias.

30. En los países prioritarios para la transición se dispone de apreciables conocimientos especializados y capacidad para respaldar las actividades de fortalecimiento de las capacidades básicas nacionales exigidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la elaboración de planes de acción nacionales. En el informe sobre la evaluación externa conjunta realizada en el Pakistán en 2016 se señala que la planificación sistemática tiene que determinar el modo de abordar la transición y la incorporación de los activos y las prácticas óptimas de la erradicación de la poliomielitis a lo largo del tiempo para dar respaldo a otras prioridades, en particular la inmunización y la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. En términos generales, el sistema de vigilancia y control de las enfermedades infecciosas debe evolucionar hacia un sistema horizontal, más genérico, capaz de detectar y dar respuesta a cualquier enfermedad.[1]

31. En muchos países prioritarios para la transición, especialmente los frágiles y que están en situación de conflicto, el personal y la infraestructura financiada por la poliomielitis ya han sido integrados en las operaciones de emergencia, y siguen siendo los que intervienen en primer lugar en caso de brote epidémico o desastre natural.

32. **Fortalecimiento del sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades.** Pese a los progresos realizados a lo largo de los años, en la mayoría de países el sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades no se ha puesto en práctica plenamente a escala de distrito y de comunidad. Entre las deficiencias críticas en la aplicación a nivel de distrito figuran la inadecuación de la capacidad para gestionar datos, la capacidad limitada de los comités distritales de gestión de las epidemias y de los equipos de respuesta rápida, y la falta de capacidades logísticas y de comunicación.

33. Las principales funciones básicas y de apoyo del sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades y de la vigilancia de la parálisis fláccida aguda poliomielítica son bastante similares y se aplican en todos los niveles del sistema de salud, desde el comunitario, distrital y periférico hasta el nivel nacional. La red de vigilancia de la parálisis fláccida aguda financiada por el programa de lucha contra la poliomielitis ofrece la posibilidad de mejorar el sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades de los modos siguientes: *i*) utilizando la capacidad de gestión de datos financiada por la poliomielitis; *ii*) creando una red de laboratorios nacionales de salud pública que apoye el envío seguro y puntual de las sustancias infecciosas; y *iii*) utilizando las operaciones sobre el terreno financiadas por la poliomielitis para investigar y responder a los brotes epidémicos importantes. La integración de la fuerza de trabajo financiada por la poliomielitis puede crear capacidad para aplicar el sistema integrado de vigilancia y respuesta a las enfermedades, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el enfoque «Una Salud».

[1] Joint External Evaluation of the IHR Core Capacities of the Islamic Republic of Pakistan: Mission Report, 27 April - 6 May, 2016). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en https://extranet.who.int/spp/sites/default/files/jeeta/WHO-WHE-CPI-2017.9-eng.pdf (consultado el 9 de mayo de 2017).

C. Repercusión en las enfermedades tropicales desatendidas y la suplementación nutricional

Riesgos

34. Se calcula que, a escala mundial, aproximadamente 1500 millones de personas están infectadas por helmintos transmitidos por el suelo.[1] Más de 270 millones de niños en edad preescolar y más de 600 millones de niños en edad escolar viven en zonas con gran transmisión de esos parásitos y necesitan tratamiento e intervenciones de prevención. El programa de la OMS de control de las enfermedades tropicales desatendidas tiene el propósito de proporcionar tratamiento vermífugo a 270 millones de niños en edad preescolar cada año. A menudo, los comprimidos vermífugos se administran conjuntamente con vitamina A durante las campañas de vacunación contra la poliomielitis, organizadas a modo de «Jornadas de Salud Infantil», que dependen de la financiación para la poliomielitis. A escala mundial, en 2015 se proporcionó tratamiento a más de 150 millones de preescolares mediante ese enfoque.

35. La Región de Asia Sudoriental de la OMS es la que registra el mayor número de niños infectados por helmintos transmitidos por el suelo, en su mayoría en la India, Indonesia y Bangladesh. La Región ha incluido entre los programas prioritarios al de eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas. La Región de África es la que registra el segundo mayor número de niños infectados; cerca de 300 millones de niños necesitan quimioterapia preventiva. Tres de los cuatro países de la Región de África con mayores necesidades (Nigeria, Etiopía, y la República Democrática del Congo) son países prioritarios para la transición.

36. En 2015, en los 16 países con medidas de transición, casi 55 millones de niños en edad preescolar recibieron tratamiento vermífugo en el contexto de las Jornadas de Salud Infantil. En la República Democrática del Congo, Pakistán y Myanmar, la cobertura con tratamiento vermífugo de los niños que lo necesitan ha sido superior al 90%; en Etiopía ha sido superior al 60%.

37. Sin embargo, la prevista reducción de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis repercutirá negativamente en el futuro en la cobertura de quimioterapia preventiva contra los helmintos transmitidos por el suelo. Dado el grado de integración existente entre los diversos programas de lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas, el proceso de desmantelamiento progresivo de las operaciones no se limitará a los programas relativos a las helmintiasis transmitidas por el suelo. Por ejemplo, antes de 2020 o poco después, los programas de eliminación o erradicación de la filariasis linfática, la oncocercosis y la poliomielitis probablemente hayan logrado sus metas de erradicación o eliminación, con lo que las grandes campañas que se llevan a cabo cada año y que facilitan parte de la infraestructura para proporcionar albendazol y mebendazol a los niños se suprimirán gradualmente.

38. También las campañas de vacunación en masa contra la poliomielitis y las jornadas de salud infantil respaldadas por el programa de lucha contra la poliomielitis ofrecen la ocasión de llevar a cabo actividades de vigilancia de la dracunculosis, y de ese modo dan apoyo a otro empeño de erradicación mundial. La búsqueda activa de casos, casa por casa, y la vigilancia de la dracunculosis que llevaron a cabo miles de vacunadores contra la poliomielitis en Nigeria contribuyó a certificar la

[1] Helmintiasis transmitidas por el suelo. Organización Mundial de la Salud, Hoja descriptiva n.º 366, actualizada en enero de 2017. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/es/ (consultada el 15 de mayo de 2017).

erradicación de la enfermedad del gusano de Guinea en el país.[1] Esas actividades de vigilancia se realizan en estos momentos en ocho países, seis de los cuales son países con medidas de transición (Angola, Chad, Etiopía, República Democrática del Congo, Sudán y Sudán del Sur).

39. Se calcula que 250 millones de niños en edad preescolar corren riesgo de sufrir carencia de vitamina A.[2] En las zonas con carencia de vitamina A, esta afecta a una proporción importante de las embarazadas. Además, se calcula que cada año entre 250 000 y 500 000 niños con carencia de vitamina A se vuelven ciegos, y que la mitad de ellos muere dentro de los 12 meses siguientes a la pérdida de la visión. Por consiguiente, los suplementos de vitamina A son vitales para la supervivencia de las madres y los niños, y la carencia puede aumentar a largo plazo la morbilidad y la mortalidad en la niñez.

Oportunidades

40. Diez de los 16 países con medidas de transición (Angola, Bangladesh, Camerún, Etiopía, India, Nepal, Nigeria, Somalia, Sudán y Sudán del Sur) han incluido las enfermedades tropicales desatendidas entre sus 5 máximas prioridades para las asignaciones presupuestarias a los países del presupuesto por programas 2018-2019.

41. Las campañas nacionales o subnacionales de vacunación en masa contra la poliomielitis respaldadas por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ofrecen una plataforma importante y costoeficaz de distribución de quimioterapia preventiva contra las enfermedades tropicales desatendidas. Cuando el costo del fármaco se sufraga mediante una donación, y si se utiliza la infraestructura de las jornadas de salud infantil apoyadas por el programa de lucha contra la poliomielitis, el tratamiento vermífugo de un niño cuesta menos de US$ 0,007.[3] El tratamiento vermífugo de un niño cuando se carece de esa infraestructura es unas 30 veces superior. Fue precisamente el costo insignificante del tratamiento vermífugo lo que convenció a varios países donde la poliomielitis era endémica a adoptar ese enfoque.

42. Es necesario llevar a cabo una evaluación minuciosa en los países donde se interrumpirá el apoyo financiero destinado a las Jornadas de Salud Infantil como consecuencia de la erradicación de la poliomielitis, y su repercusión en el mantenimiento de las actividades vermífugas actuales y la consecución de los objetivos fijados para 2020 para las enfermedades tropicales desatendidas.

43. Dado que se estiman en 1,5 millones las muertes de niños que se han prevenido mediante la administración sistemática de vitamina A coincidiendo con las actividades de inmunización contra la poliomielitis,[4] para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en la niñez será esencial llevar a cabo un análisis detallado similar de los riesgos conexos y la identificación de plataformas alternativas para administrar suplementos nutricionales de forma costoeficaz.

44. Como ocurre en la India, la amplia red de vigilancia de la poliomielitis puede utilizarse también para monitorear enfermedades tropicales desatendidas tales como la leishmaniasis visceral y la filariasis linfática. En el Nepal, la red de vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, financiada por la poliomielitis, se utiliza también para el seguimiento del síndrome de encefalitis aguda.

---

[1] Véase http://www.who.int/features/2014/nigeria-stops-guinea-worm/es/ (consultado el 10 de mayo de 2017).

[2] Véase http://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/ (consultado el 10 de mayo de 2017).

[3] Boselli G. Integration of deworming into an existing immunisation and vitamin A supplementation campaign is a highly cost-effective approach to maximise health benefits in Lao PDR (2011). Int Health 3; 240-245.

[4] Véase http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/, consultado el 10 de mayo de 2017.

D. Repercusiones en las intervenciones de salud maternoinfantil

Riesgos

45. El personal y los activos físicos financiados por el programa de lucha contra la poliomielitis han apoyado en muchos países intervenciones destinadas a la salud maternoinfantil.

46. El apoyo prestado por el personal, activos y recursos contra la poliomielitis para organizar las Jornadas de Salud Infantil en muchos países con infraestructuras de salud débiles, ha contribuido a reducir la mortalidad y morbilidad derivadas de enfermedades prevenibles mediante vacunación, enfermedades tropicales desatendidas, deficiencia de vitamina A y mala nutrición, así como a la compilación y análisis de datos. En muchos países, las oportunidades que ofrecen las Jornadas de Salud Infantil se utilizaron también para sensibilizar a la población sobre saneamiento e higiene, lactancia materna y registro de nacimientos. Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, durante una campaña nacional de inmunización contra la poliomielitis que tenía por objeto llegar a más de 16 millones de menores de cinco años, los 50 000 trabajadores sanitarios también suministraron comprimidos vermífugos y suplementos de vitamina A. Se realizaron asimismo registros de nacimientos a gran escala, centrados en 117 «zones de santé» o zonas de salud.[1] La retirada de la financiación para la poliomielitis afectará a los programas de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente en muchos países con medidas de transición y tendrá repercusiones en el logro de metas mundiales esenciales, en particular las de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)[2] y las metas de salud 3.1 y 3.2 conexas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades).[3]

Oportunidades

47. Como parte del proceso de planificación ascendente de la OMS para el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019, 15 de los 16 países prioritarios en la transición han mencionado la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente en sus cinco principales prioridades en la asignación presupuestaria.

48. **Monitoreo de la mortalidad materna e infantil para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.** En consonancia con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030),[4] y según se indica en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, las metas 3.1 y 3.2 son prioridades sanitarias máximas en todo el mundo.[5] Los exámenes y auditorías de mortalidad constituyen una estrategia fundamental para reducir las muertes prevenibles entre las madres y los recién nacidos. Además, ayudan a los gestores de los sistemas de salud a entender las causas de muerte, y los

[1] Véase http://polioeradication.org/news-post/a-common-package-for-childrens-health/ (consultado el 10 de mayo de 2017).

[2] http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/ (consultado el 10 de mayo de 2017).

[3] http://www.who.int/sdg/targets/en/. Versión española en http://www.un.org/sustainabledevelopment/es.

[4] http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf.

[5] Meta 3.1: De aquí a 2030, reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos; meta 3.2: De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos. Véase http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/MDGs-SDGs2015_chapter1.pdf (consultado el 10 de mayo de 2017).

factores coadyuvantes, para poder adoptar medidas correctivas que permitan mejorar la calidad de la atención.[1]

49. Una de las opciones que debería considerarse en los países con medidas de transición es estudiar si las funciones de la red actual de vigilancia de la poliomielitis y otras enfermedades, y la capacidad de sus sistemas de información de datos, podrían ampliarse para el monitoreo y el seguimiento de datos sobre mortalidad materna e infantil.

50. Incorporar los elementos fundamentales de la vigilancia y respuesta a las muertes maternas en redes más amplias de vigilancia ya establecidas puede ayudar a los países a compilar mejor información para la adopción de medidas al promover de forma sistemática la identificación y notificación oportuna de las muertes maternas, su examen, y la aplicación y monitoreo correspondiente de medidas para prevenir muertes similares en el futuro.

51. El Gobierno de Nepal está examinando una propuesta concreta: que la red de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación, financiada por el programa de lucha contra la poliomielitis, empiece a monitorear la mortalidad pediátrica (niños de 1 a 59 meses) debida a neumonía y diarrea, las dos principales causas de muerte de menores de cinco años en el país. El objetivo es compilar datos de salud pública que permitan adoptar medidas y contribuyan a mejorar el análisis de la mortalidad infantil en el país, y ayudar al Gobierno a tomar decisiones más fundamentadas sobre la ubicación de hospitales de derivación o de centros de atención primaria de salud, reducir las demoras en el tratamiento y, por tanto, reducir en el futuro las tasas de mortalidad infantil. Los debates iniciales con el Gobierno de Nepal sobre un plan de transición de varios años de duración han indicado que el Ministerio de Salud está dispuesto a colaborar con la OMS en la transición de la red de vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

52. **Servicio Mundial de Financiamiento en Apoyo de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños.** Los Estados Miembros podrían considerar la intervención del Servicio Mundial de Financiamiento en Apoyo de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños al elaborar sus planes nacionales de transición para ayudar a catalizar la financiación innovadora necesaria para contribuir a los esfuerzos por poner fin a las muertes prevenibles de madres, recién nacidos, niños y adolescentes y mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres, los adolescentes y los niños. Se estima que, en comparación con las tendencias actuales, la aceleración de las inversiones contribuiría a prevenir un total de 4 millones de muertes maternas, 107 millones de muertes infantiles y 21 millones de muertes prenatales entre 2015 y 2030 en 74 países con elevada carga de mortalidad.[2]

E. Repercusiones en los sistemas de salud

Riesgos

53. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha invertido intensamente en infraestructuras nacionales e internacionales para lograr su objetivo, a saber, la erradicación. Existen sinergias evidentes con la salud infantil y la inmunización sistemática y se ha argumentado que la transición podría ser enormemente beneficiosa para los sistemas de salud locales. Sin embargo, hasta la fe-

[1] Véase http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-deaths/es/ (consultado el 10 de mayo de 2017).

[2] Véase http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-financing-facility/en/ (consultado el 10 de mayo de 2017).

cha, este vínculo con el fortalecimiento de los sistemas de salud no se ha examinado a fondo y en la mayoría de los países los vínculos con los objetivos de los sistemas de salud se han limitado a actividades de salud infantil. Ahora bien, dada la escala de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, su capacidad para llegar a poblaciones remotas, rurales, nómadas y migratorias, y a comunidades insuficientemente atendidas, en particular poblaciones pobres marginadas y de zonas urbanas, junto con la solidez de su programa de compilación y análisis de datos, podría haber importantes beneficios para los países con medidas de transición que utilizan el enfoque de lucha contra la poliomielitis para fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud en sus intentos de lograr la cobertura sanitaria universal.

54. En mayo de 2016 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona,[1] que ofrece una visión sobre cómo reorientar los sistemas de salud de modo que proporcionen servicios a lo largo del proceso asistencial de una forma más integrada que promueva una mejor salud para poblaciones enteras, en lugar de buscar determinadas ventajas en enfermedades concretas. La integración de programas «verticales» como la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis es fundamental para lograr tal visión.

55. La reducción de la infraestructura de la poliomielitis también afectará al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, meta 3.8,[2] sobre el logro de la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales.

Oportunidades

56. En el examen de la futura transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis hay cuatro ámbitos principales que podrían ser positivos para el logro de la cobertura sanitaria universal.

57. **Fortalecimiento de los servicios de atención primaria para los sistemas de salud y la seguridad sanitaria.** El personal y activos financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis pueden influir enormemente en la mejora de la calidad y la accesibilidad de servicios de primera línea como parte de los esfuerzos nacionales por lograr la cobertura sanitaria universal. Al mismo tiempo, la perspectiva vertical de la Iniciativa hasta la fecha significa que su influencia en la atención primara ha sido muy periférica. En muchos países, los esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal se centrarán principalmente en la atención primaria. Enfoques como el utilizado en Nigeria para fortalecer las actividades contra la poliomielitis a través de centros de emergencia y campamentos de salud pueden tenerse en cuenta para fortalecer la preparación ante brotes epidémicos y para mejorar la calidad de la atención a través de una gestión de la atención primaria de salud más robusta en distritos prioritarios. En los principales distritos afectados por la poliomielitis virar la atención hacia el fortalecimiento de la infraestructura de atención primaria y la calidad de la prestación de los servicios básicos será una de las prioridades máximas para que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis tenga efectos inmediatos en el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países con medidas de transición.

58. **Mejora de los esfuerzos de colaboración comunitaria para fortalecer los servicios locales de salud.** La colaboración de las comunidades y las familias es el eje central de sistemas locales de salud sólidos y de un seguimiento robusto de las enfermedades de notificación obligatoria en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La envergadura del programa de la Iniciativa de Erra-

[1] Véase la resolución WHA69.24.

[2] Véase http://www.who.int/sdg/targets/en/, consultado el 10 de mayo de 2017.

dicación Mundial de la Poliomielitis y su sólido enfoque de promoción hace de la colaboración comunitaria una prioridad obvia al tener en cuenta los futuros beneficios de la transición para los esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Para que cristalice este beneficio potencial de los sistemas de salud se necesitará también una mayor colaboración de las estructuras locales de salud comunitaria y los sistemas tradicionales.

59. La labor de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en Etiopía, por ejemplo, pone de relieve las posibilidades de aprovechamiento del personal y los equipos de organizaciones no gubernamentales, con el apoyo de la financiación contra la poliomielitis, para fomentar los sistemas de atención primaria y preventiva de salud en zonas rurales y fronterizas remotas, en las que mayor riesgo existe de mala salud y brotes. Utilizar redes con contactos y credibilidad en las comunidades de difícil acceso a las que prestan servicio, impulsaría considerablemente los objetivos nacionales en pro de la cobertura sanitaria universal.

60. **Aprovechamiento de los sistemas de datos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para crear una cultura de información en los sistemas locales de salud.** Los sistemas de datos necesarios y elaborados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se encuentran entre los sistemas de vigilancia de salud pública más avanzados jamás creados. En casi todos los países con medidas de transición se han elaborado y puesto en marcha importantes activos y enfoques para la localización geográfica de casos y posibles casos, y la mayoría de esos sistemas funcionan en zonas remotas en las que con frecuencia los sistemas locales de información sanitaria no efectúan ningún seguimiento. Es más, la cultura del uso de datos en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y sus enfoques para la rápida retroacción de datos (esencial en el seguimiento de brotes o casos sospechosos) tendría aplicación inmediata en la mejora de la calidad de los servicios de salud y el desempeño del personal sanitario.

61. **Fortalecimiento de las cadenas de suministro y el acceso a medicamentos seguros.** Uno de los pilares de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha sido la gestión eficaz de las cadenas de suministro de la vacuna antipoliomielítica y el mantenimiento de la cadena de frío. En muchos países, la inversión en la gestión central del suministro y las cadenas de suministro de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha sido un factor determinante en las mejoras generales en el acceso a medicamentos seguros. Sin embargo, en la mayoría de los casos las notas de orientación, la formación y el apoyo se han concentrado exclusivamente en la gestión de la vacuna antipoliomielítica oral, las vacunas antisarampionosas y la vacuna antipoliomielítica inactivada. Con inversiones esenciales se logrará apoyar, entre otras cosas: el análisis y la mejora de las cadenas de suministro y la distribución; la mejora de las prácticas de administración de la vacuna en la primera línea; y la inversión en los cimientos necesarios en altas instancias, como el fortalecimiento de la reglamentación farmacéutica en el ámbito nacional.

RIESGOS RELACIONADOS CON LOS RECURSOS HUMANOS Y SU MITIGACIÓN

Actualización sobre los recursos humanos

62. En el anexo al informe de la Secretaría sobre la poliomielitis[1] se presenta una actualización sobre el personal a fecha de 20 de marzo de 2017, en la que se incluyen cifras revisadas sobre el personal sin condición de funcionario. En el documento se señala que en la actualidad hay 1080 puestos de funcionario cubiertos que son financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, lo

[1] Documento A70/14.

que representa una reducción del 3% en comparación con los datos presentados a los órganos deliberantes en enero de 2017.[1] La mayoría de los puestos cubiertos (74%) corresponden a la Región de África, seguida de la Región del Mediterráneo Oriental (14%), la Sede (7%) y la Región de Asia Sudoriental (4%). Más de la mitad (55%) de los miembros del personal de la OMS financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis trabajan en el apoyo a las operaciones, y el 29% en inmunización y vigilancia; el apoyo técnico ocupa al 13% del personal, y la coordinación de actividades al 3%.

63. El gasto real en salarios del personal de la poliomielitis fue de US$ 99,4 millones en 2016, cifra ligeramente superior a la estimación de US$ 97,3 millones que se presentó al Consejo Ejecutivo en enero de 2017.

64. Cuando la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis elabore la estrategia para el periodo posterior a la certificación de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis, una cuestión prioritaria será la articulación clara de la identificación de las «funciones esenciales de la lucha contra la poliomielitis» y la magnitud y distribución temporal de esas funciones para garantizar que las funciones en cuestión puedan quedar protegidas durante la reducción progresiva y el cierre final de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Habrá que formular alternativas en los tres niveles, en particular el de la financiación, para integrar algunas de esas funciones en otras áreas programáticas o incorporar algunas de ellas a las infraestructuras gubernamentales. La gestión de las reducciones del presupuesto y del personal para la poliomielitis, garantizándose al mismo tiempo la identificación y el mantenimiento del personal que ejecuta funciones esenciales, es un reto importante que hay abordar con urgencia.

65. Dado que la poliomielitis es una enfermedad destinada a ser erradicada, habrá que definir claramente las funciones, responsabilidades y limitaciones de áreas programáticas de la OMS requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005)[2] a fin de ayudar a gestionar los riesgos a largo plazo y las correspondientes respuestas de salud pública asociadas a eventos debidos a enfermedades notificables según el Reglamento. Esto incluiría el desarrollo de las capacidades básicas en materia de recursos humanos necesarias para la vigilancia y la respuesta futuras con miras a cumplir los requisitos del Reglamento.

Mitigación

66. El programa de lucha contra la poliomielitis sigue recurriendo cada vez más a personal con contratos que no confieren condición de funcionario, a fin de disponer de la máxima flexibilidad en la gestión de los recursos humanos y de reducir al mínimo nuevos pasivos. De 2013 a 2016, el costo en funcionarios disminuyó del 45% al 32% de los costos totales en personal, mientras que el costo en personal sin condición de funcionario aumentó a cerca del 70% de los costos totales en personal. Actualmente, los datos sobre los contratos sin condición de funcionario no se pueden extraer directamente del Sistema Mundial de Gestión. La Secretaría está buscando mejores formas de recopilar y analizar los datos relativos a los contratos que no confieren la condición de funcionario, que comprenden los acuerdos para la ejecución de trabajos, los acuerdos de servicios especiales y los acuerdos con contratistas locales, sean personas o agencias de colocación.

[1] Véase el documento EB140/46, anexo.

[2] Véase http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/ (consultado el 11 de mayo de 2017).

67. A continuación se indican algunas medidas adicionales y nuevas para supervisar atentamente y examinar las decisiones relativas al personal financiado por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis:

- creación de una base de datos específica sobre los recursos humanos para la poliomielitis;
- gestión proactiva de las vacantes, a fin de abolir los puestos innecesarios y limitar el aumento de la plantilla, manteniéndose al mismo tiempo al personal necesario para garantizar la interrupción de la transmisión y la respuesta a los brotes;
- mejora de la supervisión y el seguimiento de los contratos de personal sin la condición de funcionario, dada su importancia para la planificación de la transición;
- análisis de las competencias y reformulación de las descripciones de puestos para ayudar a los miembros del personal a transitar del programa de lucha contra la poliomielitis a otros puestos;
- introducción de un nuevo proceso de examen y aprobación por parte del Director del Departamento de Erradicación de la Poliomielitis de todos los nuevos puestos y contratos a largo plazo que se vayan a financiar con fondos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis;
- fortalecimiento del Grupo de trabajo sobre los recursos humanos para la transición mundial a la era posterior a la erradicación de la poliomielitis;
- elaboración de una estrategia uniforme de recursos humanos para gestionar la reducción del personal financiado con fondos de la poliomielitis de 2017 a 2019;
- elaboración y difusión en línea con carácter trimestral de un resumen gráfico de los recursos humanos para la transición.

RIESGOS FINANCIEROS Y SU MITIGACIÓN

68. En mayo de 2016, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis comunicó la disminución de los presupuestos para la poliomielitis en 2017-2019 a los 16 países en que está prevista la transición. Esto ha acelerado las medidas de planificación de la transición, ya que los países tendrán que adaptarse rápidamente a una financiación mucho más pequeña por parte de la Iniciativa. Por ejemplo, en Etiopía, el presupuesto para la poliomielitis disminuirá de US$ 39,8 millones en 2016 a US$ 4,6 millones en 2019, esto es, un 88,5% en tres años.

70. La retirada de los considerables fondos para la erradicación de la poliomielitis asignados al conjunto de la OMS, a las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental y a los 16 países prioritarios para la transición también repercutirá en las operaciones generales en los tres niveles de la Organización y en el nivel de apoyo que se podrá prestar a los Estados Miembros afectados.

71. Con respecto al bienio 2016-2017, el gasto de la OMS en labores de erradicación de la poliomielitis era al 31 de diciembre de 2016 el siguiente: a nivel mundial, US$ 587 millones, que representan el 27% del gasto total de la Organización en 2016; en la Región de África, US$ 297 millones, que representan el 44,2% del gasto total de la Región en 2016; en la Región del Mediterráneo Oriental, US$ 172 millones, que constituyen el 43,5% del gasto total de la Región en 2016; y en la Región de Asia Sudoriental, US$ 37 millones, que constituyen el 24% del gasto total de la Región en 2016.[1] Un análisis similar evi-

[1] Véase http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Flow (consultado el 11 de mayo de 2017).

dencia que el porcentaje de gasto en la poliomielitis en los 16 países prioritarios en 2016 varía de un mínimo del 10,4% en Myanmar a un máximo del 92,4% en el Pakistán.

72. Se llevará a cabo urgentemente un análisis detallado del gasto en las oficinas en los países para proceder a una reducción por partidas específicas en las diferentes categorías de gasto, y se elaborará un plan para retener o dispersar los activos fijos.

73. Habida cuenta de que el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 ya se ha elaborado sin que se hayan tenido plenamente en cuenta los riesgos asociados a la transición a la era posterior a la erradicación de la poliomielitis, las categorías del presupuesto por programas tendrán que adaptarse, en el marco del proceso de planificación operacional del presupuesto por programas, a la flexibilidad de que dispone el Director General para aumentar los márgenes presupuestarios con el fin de incluir los costos adicionales derivados de la integración de las funciones relacionadas con la poliomielitis. Por ejemplo, en lo que respecta al área programática 1.5 (enfermedades prevenibles mediante vacunación), se ha estimado que se precisará aumentar en un 15% el presupuesto por programas 2018-2019 para poder incrementar la vigilancia y la asistencia técnica, capacidades que podrán absorber algunas de las funciones actualmente financiadas con cargo a la poliomielitis, simplemente para mantener el *statu quo* en lo que respecta a los efectos programáticos. Se prevé que será necesario un incremento más sustancial para 2021 con el fin de cumplir los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas. Posiblemente la inclusión de algunos de los recursos financiados con cargo a la poliomielitis en el presupuesto por programas será un «juego de suma cero», y se tendrán que quitar márgenes presupuestarios a favor de otras áreas de trabajo.

74. Es evidente que, a corto plazo (entre 2018 y 2019), los efectos programáticos serán deficitarios si la financiación de la poliomielitis se retira demasiado rápido sin que se disponga de otros fondos. Se deberían explorar modalidades alternativas de financiación adicional mediante el diálogo con los asociados en materia de financiación externa con el fin de atajar los graves déficits a corto plazo, por ejemplo con ocasión del próximo diálogo sobre financiación. También se deberá estudiar el uso de recursos domésticos y mecanismos de financiación innovadores en el marco de una estrategia de financiación destinada a abordar los riesgos a que hacen frente otras áreas programáticas y los Estados Miembros como resultado de la disminución del presupuesto de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

75. Sin embargo, a la mayoría de los 16 países prioritarios para la transición les resultará difícil satisfacer sus necesidades financieras mediante recursos domésticos a corto plazo (3 a 5 años). En la gran mayoría de los casos se trata de países menos adelantados que dependen de la financiación externa para mantener sus funciones esenciales de lucha contra la poliomielitis y la infraestructura no esencial que puede sustentar otras prioridades sanitarias nacionales y mundiales.

76. También existe un riesgo en lo que respecta a la obtención de la financiación necesaria para mantener las funciones esenciales en materia de poliomielitis para el periodo posterior a la certificación de la erradicación de la enfermedad. Desde la perspectiva de la seguridad sanitaria mundial, estas funciones deberán mantenerse de manera permanente, por lo que cualquier solución financiera tendrá que ser sostenible e integrarse en la financiación del presupuesto básico. A principios de 2018 se deberá iniciar un proceso más sólido y coordinado para la elaboración del presupuesto por programas 2020-2021, en el que deberán tenerse en cuenta las necesidades relativas a la poliomielitis en la era posterior a la certificación.

77. Para hacer frente a los pasivos financieros asociados a la reducción de la plantilla financiada con cargo a la poliomielitis, en 2013 se creó un Fondo de indemnización para el personal dedicado a la lucha contra la poliomielitis, cuyo saldo actual es de US$ 40 millones. Se espera que a finales de 2019

el fondo disponga de los US$ 55 millones necesarios para hacer frente a los costos de separación del servicio previstos, sobre la base del escenario «más probable».[1] Los elementos principales de este escenario que contribuirán a reducir los pasivos financieros son los siguientes: 1) el supuesto de que el programa de lucha contra la poliomielitis se cerrará a fines de 2019 y de que los recursos se ajustarán a los requisitos en materia de recursos financieros de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para el periodo 2016-2019,[2] lo cual hace necesario que las oficinas regionales adapten su presupuesto para 2017 e incluyan reducciones presupuestarias en el proyecto de presupuesto por programas y los planes operacionales para 2018-2019; y 2) con respecto al personal con contratos continuos o de plazo fijo, la sincronización parcial de las fechas de finalización de los contratos con la fecha de conclusión del programa y la posibilidad de reasignar a algunos funcionarios internacionales de la categoría profesional a otras áreas.

78. Los cálculos de los pasivos financieros se validarán utilizando los nuevos costos medios de los puestos ajustados en función de la localización geográfica y de otros cambios, entre ellos el de la edad de separación obligatoria del servicio.

79. Para gestionar una reducción escalonada de los gastos en poliomielitis es necesaria una planificación muy pormenorizada, y ello depende de la recopilación de datos fiables y de la colaboración entre los tres niveles de la Organización. La red de Directores de Administración y Finanzas y los Jefes de las oficinas de la OMS en los países desempeñarán un papel fundamental en este proceso.

RIESGOS INSTITUCIONALES Y SU MITIGACIÓN

80. Además de los riesgos para los programas, los recursos humanos y las finanzas, una valoración de la situación reveló algunas interrelaciones complejas que justifican la adopción de una perspectiva institucional estratégica al abordar la cuestión. Ante todo, la transmisión se ha de examinar en el contexto de sus repercusiones más amplias sobre la capacidad de la Secretaría para prestar apoyo a los Estados Miembros, y sobre la visión de la OMS a mediano plazo. La lista de temas que se examinarán desde una perspectiva holística incluye los siguientes.

81. **Oficinas subnacionales.** Los esfuerzos destinados a erradicar la poliomielitis requieren considerables recursos financieros y capacidad técnica y operacional en el ámbito subnacional, para poder realizar actividades de inmunización de alta calidad a gran escala y coherentes que permitan llegar y vacunar a todos los niños, realizar una vigilancia activa y contribuir a detener la transmisión del poliovirus. Por ejemplo, los recursos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis contribuyeron al establecimiento de 18 equipos provinciales en Angola, 11 suboficinas en la República Democrática del Congo, 37 oficinas locales en Nigeria y 11 oficinas locales en Nepal, así como al despliegue de un gran número de funcionarios de distrito en Somalia. En Angola, por ejemplo, hay 56 funcionarios distribuidos en los 18 equipos provinciales, respaldados por una flota de 26 vehículos, espacio de oficinas y equipo informático y de comunicaciones. Esos equipos compensan la falta de personal capacitado en los sistemas de salud locales, y fueron esenciales para responder al reciente brote de fiebre amarilla en el país.

82. La fuerte presencia de personal e infraestructura de la poliomielitis financiados por la OMS en las provincias y los distritos, incluso en algunos países mediante el establecimiento de centros de ope-

[1] Véase el documento A70/14, anexo.

[2] Véase http://polioeradication.org/financing/financial-needs/financial-resource-requirements-frr/gpei-requirements-2016-2019/, consultado el 11 de mayo de 2017.

raciones de emergencia, ha supuesto enormes beneficios para muchos Estados Miembros que todavía no han desarrollado sistemas de salud sólidos en esos niveles. Esas oficinas en los distritos y las provincias, así como su capacidad técnica y operacional, en particular los sistemas de datos e información, han sido ampliamente utilizadas por los gobiernos nacionales y provinciales para ayudar a realizar otras campañas de inmunización y jornadas dedicadas a la salud infantil, así como para detectar enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas, por ejemplo, fiebre amarilla, enfermedad por el virus del Ebola, fiebre hemorrágica de Marburgo, meningitis y cólera, y darles respuesta. En los ámbitos subnacionales de muchos países en situación crítica, la capacidad financiada con recursos de la poliomielitis es la única disponible para responder a emergencias agudas de salud pública. La reducción de esa capacidad, que ya se ha iniciado en muchos países, hará muy vulnerables a los Estados Miembros y tendrá repercusiones en la seguridad sanitaria mundial.

83. **Presencia sobre el terreno y asistencia técnica.** En muchos Estados Miembros, el apoyo a las actividades e iniciativas de control de enfermedades prevenibles mediante vacunación depende en gran medida del personal y los activos financiados con recursos de la poliomielitis. La actual reducción de la infraestructura para luchar contra la poliomielitis, junto con la reducción planeada para el futuro, hará que la OMS pierda su presencia sobre el terreno, su función de coordinación y su liderazgo técnico en algunos de los países más necesitados. La pérdida de esos recursos también repercutirá negativamente en actividades cruciales de creación de capacidad, asistencia técnica y seguimiento, necesarias para fortalecer los sistemas de inmunización en los ámbitos nacional y subnacional, así como en iniciativas de participación comunitaria.

84. La reducción de los recursos de la poliomielitis también menoscabará la ejecución óptima de las actividades de vigilancia de enfermedades y, consiguientemente, provocará lagunas en el conocimiento de situaciones epidemiológicas en muchos países. En algunos países, el funcionamiento del único sistema de vigilancia de enfermedades existente depende considerablemente del personal y los recursos de la poliomielitis. Por ejemplo, en Nepal, la única red de vigilancia activa en todo el país, la red de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante inmunización de la OMS, financiada en gran medida con recursos de la poliomielitis, cuenta con 61 funcionarios distribuidos entre el nivel central y 11 oficinas de distrito, que prestan asistencia a los 75 distritos del país. Semanalmente, esta red vigila activamente los lugares prioritarios y recibe informes de 800 lugares de vigilancia y 1100 informadores, sobre diversas enfermedades prevenibles mediante vacunación.

85. Con respecto a los 16 países prioritarios en transición, se prevé que la pérdida de capacidad técnica, de gestión y administrativa financiada con recursos de la poliomielitis repercutirá significativamente en la capacidad de las oficinas de la OMS en esos países para responder a las peticiones urgentes de asistencia crítica que pudieran formular los Estados Miembros. En muchas emergencias de salud pública y desastres naturales que afectan a distritos y regiones carentes de equipos específicamente dedicados a la gestión de riesgos de emergencias, las oficinas en los países han podido movilizar rápidamente a los equipos técnicos de la poliomielitis y sus activos físicos en apoyo del Gobierno. Además, en distritos cuya capacidad local es insuficiente, los equipos de la poliomielitis han prestado un importante apoyo en las áreas de administración, coordinación, recopilación y análisis de datos y comunicación.

86. Los recursos de la poliomielitis también han contribuido significativamente a la capacidad de la OMS para mantener su presencia y servir en comunidades de zonas inestables, muy inseguras o en situación de conflicto activo. Dado que el personal financiado para luchar contra la poliomielitis es el más numeroso en la mayoría de los países prioritarios en transición, los fondos del programa contra la poliomielitis sufragan una gran parte de los costos para asegurar que el personal, los bienes y los activos de las oficinas de la OMS en los países, tanto a escala nacional como subnacional, cumplan las normas mínimas de seguridad operacional de las Naciones Unidas y contribuyan así a gestionar y mitigar los riesgos de seguridad. Algunas de las medidas de seguridad respaldadas con fondos del pro-

grama de lucha contra la poliomielitis se orientan específicamente a proteger los espacios de oficinas, los equipos específicos de todos los vehículos de la OMS, la adquisición de vehículos blindados, la adquisición de equipo de telecomunicaciones, teléfonos satelitales y radios de emergencia, la adquisición de equipo de protección personal, la contratación de personal de seguridad adicional, y a velar por que el personal que trabaja en zonas de alto riesgo reciba la capacitación de las Naciones Unidas relativa a enfoques seguros y fiables sobre el terreno. Asimismo, todas esas medidas de mitigación contribuyen a la ejecución con éxito de todos los demás programas de la OMS en esas zonas de alto riesgo, en particular la respuesta a emergencias, y ayudan a llevar a cabo iniciativas sanitarias nacionales en zonas de alto riesgo e inseguras.

87. **Apoyo a las prioridades nacionales.** Muchos Estados Miembros dependen de personal e infraestructura financiados con recursos de la poliomielitis para apoyar otras prioridades nacionales, regionales o mundiales urgentes, entre ellas los objetivos de eliminación del sarampión y la rubéola y los del Plan de acción mundial sobre vacunas. La misma infraestructura financiada para luchar contra la poliomielitis se utiliza para ayudar a planificar, aplicar y vigilar la adecuada introducción de nuevas vacunas. Por ejemplo, el Gobierno de la India observó que era necesario apoyarse en el Proyecto Nacional de Vigilancia de la Poliomielitis para asumir la responsabilidad principal por la vigilancia de la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, al menos por los próximos tres a cinco años, habida cuenta de las lagunas actuales en el Programa Integrado de Vigilancia de Enfermedades. Además, debido al gran número de nuevas vacunas que se introducirán rápidamente en los próximos dos o tres años en la India, el Proyecto Nacional de Vigilancia de la Poliomielitis deberá prestar asistencia técnica constante y apoyo de vigilancia reforzada con miras a proteger esta importante inversión en la salud pública. Por otra parte, tras la planeada reducción de recursos de la poliomielitis, el desempeño de las redes de laboratorios especializados en enfermedades prevenibles mediante vacunación y los sistemas de gestión de datos conexos también perderán su nivel óptimo. Todas estas consecuencias negativas impedirán que se detecten, investiguen y afronten oportunamente los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación, con la consiguientemente pérdida de vidas.

88. **Sistemas de prestación de servicios.** La vasta infraestructura técnica y operacional, en particular los sistemas de logística y de cadena de frío también han servido como plataforma para la realización de otras intervenciones sanitarias. En muchos países, la combinación de múltiples intervenciones durante las campañas anuales o semestrales de inmunización masiva contra la poliomielitis contribuyó a reducir el costo de las intervenciones sanitarias adicionales en entornos de escasos recursos, y aprovechó los conocimientos especializados en materia de planificación, coordinación y seguimiento, del personal de la OMS financiado para luchar contra la poliomielitis. Esas intervenciones adicionales incluyeron la distribución periódica de comprimidos vermífugos a niños en edad preescolar, la administración de suplementos de vitamina A, la vacunación contra el sarampión y contra el tétanos materno y neonatal, la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas para el control del paludismo, la administración de sales de rehidratación oral y la distribución de galletas con alto contenido proteico.

89. Además, los campamentos sanitarios organizados por el personal de la poliomielitis para llegar y vacunar a las poblaciones aisladas también han prestado servicios básicos de atención primaria y de referencia a los servicios de atención primaria de salud más próximos. Por otra parte, esos campamentos ayudaron a derivar a niños afectados por la poliomielitis para que recibieran prótesis y servicios de rehabilitación o cirugía correctiva. Las campañas de vacunación domiciliaria también se utilizaron como plataformas para la vigilancia de enfermedades tropicales desatendidas específicas, entre ellas la enfermedad del gusano de Guinea, o enfermedades transmisibles, y para distribuir entre los padres material informativo sobre servicios de agua, saneamiento e higiene, inmunización sistemática, parto en hospitales y registro de recién nacidos. En muchos casos, las actividades de vacunación contra la po-

liomielitis en poblaciones nómadas aisladas se integraron en las campañas de vacunación de ganado o camellos.

90. **Complejidad de las alianzas y los procesos.** La OMS ha acogido un gran número de alianzas pequeñas y medianas. En los últimos cinco a ocho años, muchas de esas alianzas se han disuelto o se han establecido independientemente fuera de la OMS. En muchos sentidos, la alianza contra la poliomielitis es poco común entre las alianzas acogidas, habida cuenta de su longevidad, su composición y sus operaciones. Dado que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis lleva casi 30 años de existencia, la planificación de la transición se ha convertido en una empresa extremadamente compleja que, si se gestionara inapropiadamente podría suponer un riesgo para la reputación de la OMS.

91. La planificación de la transición conlleva varios procesos paralelos, de los cuales algunos escapan al control directo de la OMS: es preciso coordinar un gran número de agentes, partes interesadas y áreas programáticas; gestionar diversos riesgos (en las áreas de recursos humanos, finanzas, programas técnicos y reputación; elaborar planes y soluciones de transición individuales para cada uno de los 16 países prioritarios; y concebir y establecer una estructura coherente de gobernanza y supervisión.

92. A escala nacional, en los 16 países prioritarios en transición (Afganistán, Angola, Bangladesh, Camerún, Chad, Etiopía, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Somalia, Sudan y Sudán del Sur) se están realizando esfuerzos importantes para asegurar la implicación gubernamental en el proceso nacional de transición, el inventario sistemático de todos los activos relacionados con la poliomielitis, la identificación de prioridades de salud pública esenciales que podrían aprovechar la infraestructura existente para la poliomielitis, la participación de partes interesadas, el desarrollo de un plan nacional de transición presupuestado, y la elaboración de una estrategia de financiación para ejecutar el plan de transición. Los tres niveles institucionales de la OMS y los asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis han participado ampliamente en este proceso.

93. El proceso de transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se gestiona por conducto del grupo de gestión de la transición y sus tres corrientes de trabajo separadas. Además, a través de sus grupos de gestión específicos, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis formuló orientaciones para la transición en los países; calculó la reducción presupuestaria para el ejercicio 2017-2019 y comunicó esas cifras a los países en transición; ayudó a establecer una junta independiente para el seguimiento de la planificación de la transición en los países; puso en marcha el desarrollo de una estrategia posterior a la certificación para el periodo 2021-2030; y respaldó el compromiso de las partes interesadas en muchos foros, en particular el Global Polio Partners Group.

94. Entre los asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, la OMS es la organización que asume los mayores riesgos de la transición, a saber, los relacionados con la reducción de los recursos humanos, la financiación y las repercusiones sobre otras áreas programáticas y los Estados Miembros. Para que los procesos de la transición iniciados en la OMS sean fructíferos es preciso que estén bien coordinados y armonizados con la estructura y los plazos de los procesos en curso. Entre los procesos en cuestión se incluyen los iniciados por conducto de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; las actividades de planificación de la transición específicas para cada uno de los 16 países prioritarios; los diálogos sobre la transición con gobiernos donantes y sus organismos de ayuda; la participación de agentes no estatales, instituciones académicas y centros de investigación; y la colaboración con organizaciones pertinentes tales como la Alianza Gavi.

95. **Estrategia de transición de la OMS.** Evidentemente, los riesgos derivados de la reducción de la infraestructura de la poliomielitis se pueden convertir en problemas graves si dicha reducción no se planifica y ejecuta apropiadamente. En la OMS se reconoce la existencia de esos riesgos, y todos los

altos ejecutivos y sus redes participarán activamente en la labor destinada a gestionarlos como prioridad institucional.

96. Las actividades de planificación de la transición se están desarrollando en los tres niveles de la OMS. Se ha establecido un comité directivo mundial para la transición en el que participan las oficinas regionales para África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, junto con los pertinentes departamentos de la sede; se estableció un grupo de trabajo sobre recursos humanos, encargado de gestionar y orientar el proceso de planificación de los recursos humanos en todos los niveles y reducir los pasivos por separación de servicios; y se estableció también un equipo pequeño, en la Oficina de la Directora General, con el mandato de coordinar la respuesta a la decisión EB140(4).

97. En el nivel regional se establecieron comités de transición bajo el liderazgo de los Directores de Gestión del Programa y se nombraron los correspondientes directores y centros regionales de enlace para la transición. Además, en las próximas reuniones de los comités regionales se abordarán cuestiones relativas a la transición en las tres regiones afectadas. En el nivel nacional, los jefes de las oficinas de la OMS en los países están profundamente comprometidos con el desarrollo del Plan Nacional de Transición, en estrecha colaboración con los gobiernos y las partes interesadas en cada país.

98. A lo largo de este proceso se mantendrá informados a los Estados Miembros por diversos canales, en particular mediante reuniones de información y el establecimiento de un sitio web dedicado a la «planificación de la transición». En ese sitio web se publicarán y actualizarán periódicamente los inventarios detallados de los activos de la poliomielitis en los países, los proyectos de planes nacionales, un tablero de mandos para planificar la transición en cada país, así como datos y procesos sobre recursos humanos. Además, se proporcionarán actualizaciones de las comunicaciones oficiales, tanto a los asociados internos y externos como a las partes interesadas.

99. En el periodo transcurrido desde que el Consejo Ejecutivo celebró su 140.ª reunión se han realizado numerosas actividades, y esos empeños se mantendrán. El anexo que figura más adelante ofrece una lista tentativa de medidas planeadas para el periodo junio-diciembre de 2017. Esa lista se confeccionó sobre la base de un calendario que permitiera elaborar un plan de acción y opciones generales de transición estratégicas para la OMS, y presentarlos a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en enero de 2018.

100. A raíz de las deliberaciones mantenidas sobre este tema en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, y a la luz de las recomendaciones formuladas, la Secretaría centrará sus próximos esfuerzos en la recopilación de todas las aportaciones, y ofrecerá una amplia sesión de información al Director General electo.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

101. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe.

ANEXO

LISTA PROPUESTA DE MEDIDAS PARA LA SECRETARÍA ENTRE EL 1 DE JUNIO Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017

Supervisión activa de alto nivel en los tres niveles de la Organización

- Sesión informativa pormenorizada sobre la transición al Director General electo inmediatamente después de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, a fin de poner de relieve los riesgos institucionales que conlleva la transición, así como la necesidad de comunicación periódica con las partes interesadas externas.

- Supervisión constante por parte de la Oficina de la Directora General de la planificación de la transición en toda la Organización y la gestión de riesgos.

- Reunión en Ginebra de los 16 Representantes de la OMS interesados, y de personal regional y de la Sede con objeto de examinar los progresos de los planes de transición en los países, junto con una sesión informativa a las misiones, en el tercer o cuarto trimestre de 2017.

- Examen de la transición durante las reuniones de 2017 de los Comités Regionales en las regiones de África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental.

- Elaboración de una página web en el sitio web de la OMS dedicada a la planificación de la transición en la que se recojan datos pormenorizados sobre lo siguiente: el proceso de transición y riesgos que conlleva; el proceso de planificación de la transición en el ámbito de país; asimismo, en la página web se podrá consultar y se actualizará periódicamente el proceso de transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

- Apoyo activo a un equipo designado en el seno de la Oficina de la Directora General encargado de la elaboración del plan de acción estratégico y las opciones conexas – a más tardar a finales de 2017.

Planificación coordinada de los recursos humanos y gestión del presupuesto

- Se elaborarán y compartirán en la página web de la planificación de la transición cuadros de planificación trimestral sobre los recursos humanos para la transición y la transición en el ámbito nacional.

- Se elaborarán, compartirán y coordinarán entre la Sede y las tres regiones interesadas planes de recursos humanos para la fidelización, reciclaje y reconversión profesional del personal.

- Se elaborarán y compartirán planes y productos de comunicación, para destinatarios tanto internos como externos.

- En las áreas programáticas se examinará el uso de la planificación operacional para el presupuesto por programas 2018-2019 a fin de revisar las necesidades presupuestarias y elaborar estrategias de financiación para sufragar los aumentos en el presupuesto.

- Se han iniciado debates en el conjunto de la Organización para poder planificar anticipadamente la elaboración del presupuesto por programas 2020-2021, y que las necesidades de la transición se tengan en cuenta.

Elaboración de un plan de acción estratégico y opciones conexas – antes de finales de 2017

- Compilar detalles más precisos sobre un conjunto por orden de prioridad de los «riesgos programáticos» que tendrían las mayores repercusiones en la salud pública; coordinarse con todos los departamentos y áreas programáticas pertinentes.

- Determinar las deficiencias críticas que provocaría el descenso en los presupuestos de lucha contra la poliomielitis y, a la larga, el cierre de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, y dar prioridad a las deficiencias que necesitan subsanarse con urgencia.

- Elaborar un calendario y opciones específicas para solucionar las deficiencias — en los que se preste atención a los ámbitos de recursos humanos, financiación, coordinación y política.

- Elaborar un marco de aplicación y monitoreo del que pueda hacerse un seguimiento.

= = =