



**Organización
Mundial de la Salud**

**CONSEJO EJECUTIVO
142.^a reunión
Punto 3.3 del orden del día provisional**

**EB142/8
12 de enero de 2018**

Preparación y respuesta en materia de salud pública

Informe del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

El Director General tiene el honor de trasladar al Consejo Ejecutivo, en su 142.^a reunión, el informe presentado por la Presidenta del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión (véase el anexo).

ANEXO

**INFORME DEL COMITÉ INDEPENDIENTE DE ASESORAMIENTO
Y SUPERVISIÓN PARA EL PROGRAMA DE EMERGENCIAS
SANITARIAS DE LA OMS****I. ANTECEDENTES**

1. En cumplimiento de la decisión WHA69(9) (2016),¹ la OMS estableció el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (en adelante «el Comité») para que orientara la creación del nuevo Programa, siguiera de cerca el trabajo de la OMS en brotes y emergencias y asumiera las labores de supervisión al respecto.² El Programa de Emergencias Sanitarias quedó oficialmente instituido el 1 de julio de 2016.³ Desde entonces el Comité viene siguiendo su marcha gracias a la información actualizada que periódicamente facilita la Secretaría en las reuniones dedicadas a informar sobre eventos concretos o por otros cauces, a los encuentros de deliberación que mantiene, ya sean presenciales o por teleconferencia, a las visitas que efectúa sobre el terreno y a las entrevistas que realiza en paralelo a las reuniones de los órganos deliberantes.

2. En enero de 2017 se presentó al Consejo Ejecutivo, en su 140.^a reunión, el primer informe del Comité,⁴ en el que este daba cuenta de las actividades que había llevado a cabo entre mayo y diciembre de 2016, entre ellas una visita sobre el terreno a Colombia (para examinar la respuesta de la OMS al brote de enfermedad por el virus de Zika) y un estudio basado en fuentes documentales de la respuesta de la OMS al brote de fiebre amarilla en Angola y la República Democrática del Congo. En aquel primer informe se llegaba a la conclusión de que la reforma de la labor de la OMS en brotes y emergencias, pese a su complejidad, iba por buen camino, pero que aún tardaría varios años en estar plenamente aplicada. El Comité, tras advertir de que todo déficit de financiación obstaculizaría la ejecución del Programa de Emergencias Sanitarias, alentaba a los Estados Miembros a seguir apoyándolo tanto política como económicamente.

3. El segundo informe, presentado a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2017,⁵ giraba principalmente en torno a la funcionalidad del Programa en el conjunto de la Organización y a los obstáculos que restaban eficacia a sus operaciones. Las conclusiones reposaban en las visitas sobre el terreno efectuadas por un lado a Nigeria⁶ para observar la respuesta de la OMS a la crisis que afectaba el noreste del país y por el otro al Iraq⁷ para examinar la labor de la Organización ante la emergencia

¹ Véase el documento WHA69/2016/REC/1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

² Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/es/), consultado el 21 de diciembre de 2017.

³ WHO in emergencies (<http://www.who.int/emergencies/en/>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

⁴ Documento EB140/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_8-sp.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

⁵ Documento A70/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_8-sp.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

⁶ Nigeria mission report, 28 February – 6 March 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/nigeria-mission-report.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

⁷ Iraq mission report, 22-24 March 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/iraq-mission-agenda.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

humanitaria en ese país. El Comité, tras reconocer los esfuerzos realizados por la OMS para aplicar el Programa en los tres niveles de la Organización, señalaba tanto los progresos logrados como los factores que aún entorpecían las operaciones de emergencia en los países. En este sentido, observaba que en toda la Organización subsistían barreras «culturales» e importantes cortapisas administrativas que seguían lastrando las reformas y mermando su eficacia.

4. Entre mayo y diciembre de 2017 el Comité celebró dos teleconferencias y dos reuniones presenciales y efectuó visitas a Malí¹ y el Pakistán.² Además, se dedicó a valorar hasta qué punto el Programa había modificado el desempeño de la OMS sobre el terreno y las medidas de reforma habían incidido en la eficacia de la respuesta. En el presente documento, tercer informe que el Comité dirige a los órganos deliberantes, se resumen las observaciones relativas a los primeros 18 meses de funcionamiento del Programa. En la sección II se describe la marcha general del Programa y en la sección III se señalan los principales aspectos que a juicio del Comité dificultan sensiblemente una eficaz labor de la OMS ante brotes y emergencias.

II. MARCHA DEL PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA OMS

5. Como expuso la entonces Directora General en su informe dirigido a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre la reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias,³ para seguir de cerca la ejecución del Programa de Emergencias Sanitarias el Comité ha seleccionado ocho grandes ámbitos temáticos como prisma desde el cual evaluar su marcha: estructura, recursos humanos, gestión de incidentes, evaluación de riesgos, finanzas, procedimientos de trabajo, asociaciones y Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI). Partiendo de ahí, el Comité ha elaborado un marco de seguimiento⁴ en el que basa su evaluación y cuyos parámetros cotejará con la evolución de los indicadores establecidos en el marco de resultados del Programa de Emergencias Sanitarias que fue presentado a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud.⁵

6. Entre julio de 2016, cuando el Programa de Emergencias Sanitarias echó a andar oficialmente, y diciembre de 2017, el Comité ha observado importantes progresos en su ejecución, especialmente en los ámbitos de estructura, gestión de incidentes, evaluación de riesgos, asociaciones y RSI. El desempeño de la OMS ante brotes y emergencias ha mejorado considerablemente en muchos países, y esta es una valoración positiva del Comité que los asociados que trabajan sobre el terreno han corroborado con ocasión de las visitas y entrevistas efectuadas en el Iraq, Malí y el Pakistán. Bajo el mandato del nuevo Director General, que asumió el cargo el 1 de julio de 2017, el Comité ha observado nuevos avances para posicionar al Programa como una de las prioridades institucionales. El Comité celebra, en este sentido, que el Director General haya señalado las emergencias sanitarias como una de las cinco prioridades básicas de la Organización.

¹ Mali mission report, 10-13 October 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/IOAC-Mali-Mission-report.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

² Pakistan mission report, 6-8 September 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/pakistan-mission-report-ioac-visit-6-8september2017.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

³ Documento A69/30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

⁴ IOAC monitoring framework for WHE (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/ioac-monitoring-framework.pdf?ua=1), consultado el 26 de diciembre de 2017.

⁵ Véase el documento A70/7, sección E, «Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS» (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-sp.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

7. El Comité aplaude la recién instaurada sesión informativa diaria, en la que el Director General recibe cumplida cuenta de los brotes y emergencias presentes en cualquier lugar del globo, así como los varios instrumentos de presentación de informes internos que se han implantado para secundar a los altos cargos de la OMS en la adopción de decisiones y las operaciones coordinadas de respuesta. El Comité acogió con especial agrado el nuevo «cuadro sinóptico de emergencias», que puede ayudar a los gestores a decidir basándose en información y datos contrastados. En él se reúnen y presentan de manera esquemática y fácil de aprehender datos de muy diversa índole (epidemiología, recursos humanos, operaciones de despliegue, planes de respuesta, labores de seguimiento, funciones y responsabilidades y aspectos financieros) obtenidos de distintas fuentes por medio de herramientas internas ya existentes, como el Sistema de Gestión de Eventos¹ y las bases de datos del vSHOC.² El Comité alienta al Programa de Emergencias Sanitarias a que ponga estos cuadros sinópticos a disposición de los donantes y el gran público.

8. El Comité celebra la aplicación de la segunda edición del Marco de Respuesta a las Emergencias para evaluaciones de riesgos y análisis de situaciones, la clasificación de eventos y emergencias de salud pública de la OMS, el sistema de gestión de incidentes y el procedimiento de respuesta en casos de emergencia. Al 13 de diciembre de 2017, el Programa de Emergencias Sanitarias se ocupaba de nueve emergencias de grado 3,³ 13 de grado 2 y 19 de grado 1.⁴ Especiales elogios ha merecido la respuesta de la OMS a la peste en Madagascar por parte del gobierno de este país y los asociados presentes sobre el terreno.

9. Se ha observado una sensible mejora en cuanto a la rapidez de las labores de verificación, evaluación del riesgo y comunicación de eventos. El Comité constató que entre abril y septiembre de 2017 se estudiaron 852 señales, de las que solo unas pocas (43) se tradujeron en un procedimiento oficial de evaluación rápida del riesgo. De los 199 eventos introducidos en el Sistema de Gestión de Eventos entre abril y septiembre de 2017, solo 73 (37%) acabaron dando lugar a un informe de notificación de brote epidémico, y otros pocos a información pública difundida por otros cauces como el boletín semanal sobre brotes y emergencias que se publica en la Región de África.

10. El Comité felicita a la OMS por su permanente labor para adaptar el sistema de gestión de incidentes al mudable contexto de las distintas crisis y a la cultura de la Organización. Conforme al proceso previsto en el Marco de Respuesta a las Emergencias, la OMS activó el sistema de gestión de incidentes en el caso de todas las emergencias de grado 3 para cumplir en ellas sus funciones básicas e incrementó su apoyo operativo y técnico para responder con más prontitud a las necesidades sanitarias de las poblaciones afectadas y a los riesgos que amenazaban su salud. El Comité observa que hay 69 funcionarios adscritos al Programa de Emergencias Sanitarias, procedentes de todos los ámbitos de la Organización, que directores de la Sede y directores regionales de emergencias han considerado aptos para cumplir la función de «gestor de incidentes», aunque todavía hacen falta algunos más que posean las competencias necesarias para gestionar un incidente en su lugar de destino.

¹ El Sistema de Gestión de Eventos es una base de datos dedicada a la gestión de brotes.

² El centro estratégico virtual de operaciones sanitarias (vSHOC, por sus siglas en inglés) es una base de datos de información operativa que se utiliza para prestar apoyo a las actividades del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

³ Cuatro de las nueve emergencias de grado 3 son también emergencias de nivel 3 según la clasificación del Comité Permanente entre Organismos del sistema de las Naciones Unidas (las de Iraq, República Árabe Siria, República Democrática del Congo y Yemen).

⁴ Téngase en cuenta que la OMS ha instituido un sistema de clasificación de emergencias prolongadas y que por ende todas las cifras incluyen las emergencias tanto agudas como prolongadas. Por ejemplo: de las nueve emergencias de grado 3, tres corresponden a un grado 3 prolongado.

11. La OMS también va dejando cada vez más patente que en caso de emergencia puede ser un colaborador fiable y capaz para gobiernos, entidades del sistema de las Naciones Unidas, miembros de los grupos de acción sanitaria, organizaciones no gubernamentales (ONG) y donantes. Las oficinas de la OMS en los países vienen aprovechando cada vez mejor las posibilidades que ofrecen estrechas relaciones de colaboración y coordinación operativa con gobiernos, entidades del sistema de las Naciones Unidas y muy diversos asociados nacionales e internacionales encargados de la ejecución de actividades. Durante las visitas sobre el terreno efectuadas en el Iraq, Malí, Nigeria y el Pakistán, por ejemplo, el Comité recibió comentarios positivos sobre la colaboración de la OMS con sus interlocutores y principales asociados y el apoyo técnico y operativo que prestó. El Comité observa que estos avances son fruto del esfuerzo conjunto de los representantes de la OMS, los gestores de incidentes y los coordinadores de los grupos de acción sanitaria.

12. El Comité reconoce que el Programa de Emergencias Sanitarias ha progresado mucho hacia el objetivo de que la OMS esté cada vez mejor preparada para asumir una función protagonista en la respuesta a brotes epidémicos desde el Comité Permanente entre Organismos.¹ El Comité toma nota asimismo de la intensificación de las actividades de las redes de alianzas, en particular la iniciativa de equipos médicos de emergencia [*Emergency Medical Teams Initiative*], la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)² y la red de centros de operaciones en emergencias de salud pública [*Public Health Emergency Operations Centre Network*].

13. El Comité celebra los progresos realizados por el Programa de Emergencias Sanitarias para establecer alianzas novedosas, concretados por ejemplo en la implantación de un nuevo mecanismo humanitario de suministro de vacunas que, con participación del UNICEF, Médicins Sans Frontières y Save the Children, tiene por objetivo facilitar a las poblaciones afectadas por emergencias humanitarias el acceso a remesas de vacuna antineumocócica conjugada. Desde mayo de 2017 este mecanismo ha sido activado siete veces y ha permitido hacer llegar la vacuna a unos 360 000 niños del Líbano, Níger, Nigeria, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur.

14. El Comité observa con satisfacción los continuos avances en la evaluación de la capacidad de los países en relación con el RSI y su supervisión y planificación. En noviembre de 2017, 61 países habían llevado a cabo una evaluación externa conjunta independiente (JEE)³ y 24 tenían previsto hacerlo en un plazo de pocos meses. Durante las visitas del Comité a Malí y el Pakistán, los gobiernos de estos dos países y otros asociados alabaron el apoyo técnico y la coordinación de la OMS en la materia. Hay en total 12 países que ya tienen ultimado un plan de acción nacional de seguridad sanitaria, y otros 11 países lo están elaborando. Con todo, subsisten importantes interrogantes sobre el modo en que estos planes de acción nacionales ayudarán a fortalecer los sistemas de salud y la manera en que van a ser financiados.

15. Las conclusiones extraídas de las visitas a Malí y el Pakistán confirmaron que la firme adhesión de los países, el trabajo transversal de los gobiernos y la participación de múltiples sectores son factores clave para el éxito de las evaluaciones externas conjuntas y los planes de acción nacionales. Según pudo constatar el Comité, todas las autoridades nacionales coinciden en que el amplio e integrador

¹ Comité Permanente entre Organismos (<https://interagencystandingcommittee.org/>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

² Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) (http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/es/), consultado el 20 de abril de 2017.

³ Joint External Evaluation (JEE) mission reports (<http://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports/en/>), consultado el 27 de diciembre de 2017.

proceso consultivo que se puso en marcha, con participación de interlocutores ajenos al sector de la salud, resultó provechoso para la elaboración de los planes de acción nacionales. La misión enviada al Pakistán puso de manifiesto que en el proceso de evaluación externa conjunta y de elaboración del plan de acción nacional la OMS y el gobierno del país no solo supieron adoptar un verdadero enfoque multisectorial, presidido por los planteamientos de «Una salud», sino que además dieron cabida a otros sectores y se procuraron el apoyo de asociados como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. El Comité recalca que el proceso de realizar evaluaciones externas conjuntas y elaborar planes de acción nacionales debe ser visto como una oportunidad de fortalecer los sistemas de salud.

16. El Comité reconoce los esfuerzos que se están haciendo para mejorar los indicadores de las evaluaciones externas conjuntas,¹ a fin de evitar redundancias, e incluir aspectos ligados a la participación comunitaria y herramientas de cálculo de los costos para ayudar a los países a formular sus planes de acción nacionales. El Comité confía en que el Programa de Emergencias Sanitarias siga perfeccionando estas herramientas a medida que se adquiera experiencia con su utilización.

17. En el curso de sus misiones en Malí y Nigeria el Comité observó señales que indican recientes progresos en materia de rendición de cuentas por el expediente de aclarar responsabilidades, ajustar los niveles de atribuciones y racionalizar los procedimientos de trabajo. En fechas recientes la Directora Regional para África ha publicado procedimientos revisados de trabajo y de delegación de atribuciones. Para poner en práctica la nueva política será preciso instaurar un estrecho seguimiento e impartir periódicamente formación al personal en los tres niveles de la Organización. En julio de 2017 la Oficina Regional para África celebró una primera sesión de formación para todos los representantes de la OMS de la Región. El Comité tiene la intención de observar los efectos de estos cambios en el curso de futuras misiones.

18. El Comité toma nota de que el déficit de financiación del presupuesto básico del Programa de Emergencias Sanitarias se ha reducido, pasando de un 41% a un 23% en los últimos seis meses. Para el bienio 2016-2017 el Programa recibió un 77% del total de US\$ 485 millones a que asciende su presupuesto básico. Los llamamientos destinados a obtener fondos para responder a brotes y crisis se saldaron con la recepción de US\$ 780 millones de los US\$ 1100 millones en que se cifraba el objetivo. De esta mejora se deduce que entre el gran público y los donantes reina una mayor confianza en la capacidad del Programa para cumplir sus mandatos, cosa que el Comité acoge con satisfacción, aunque sigue preocupado por la sostenibilidad de la financiación.

III. PROBLEMAS: ÁMBITOS A LOS QUE HAY QUE PRESTAR ATENCIÓN

19. Sin obviar los sustanciales avances conseguidos, por los que la OMS y el Programa de Emergencias Sanitarias merecen reconocimiento, subsisten una serie de importantes problemas que es preciso abordar para que el Programa esté en condiciones de cumplir sus ambiciosas metas y responder a lo que se espera de él.

Intercambio de información y comunicaciones internas

20. El Comité reconoce que el Programa de Emergencias Sanitarias está estructurado de forma coherente en los tres niveles de la Organización, según lo previsto en su plan de aplicación

¹ Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf), consultado el 22 de diciembre de 2017.

(documento A69/30), pero observa que aún hoy sigue habiendo muchos funcionarios que no conocen en detalle el Programa y los cambios que entraña dentro de la Organización, impresión que corroboraron las últimas misiones del Comité en Malí y el Pakistán. Al principio de la reforma, el escaso intercambio de información había generado ansiedad en el funcionariado. En el curso de sus visitas sobre el terreno el Comité advirtió que gobiernos y organismos colaboradores, pese a saber que las funciones de la OMS en situaciones de emergencia habían cobrado mayor calado y amplitud, carecían de información sobre el Programa de Emergencias Sanitarias. **El Comité recomienda a la OMS que redoble esfuerzos para instaurar una comunicación transparente y proactiva en el conjunto de la Organización, dirigida a un público tanto interno como externo, especialmente en relación con la visión estratégica, estructura, función y productos entregables del Programa de Emergencias Sanitarias.**

Procedimientos de trabajo

21. El Comité sigue preocupado por la inadecuación de los procedimientos de trabajo de la OMS para secundar la respuesta a situaciones de emergencia. Por tal motivo recomendaba en su segundo informe que se estableciera un grupo de trabajo de duración limitada encargado de estudiar la racionalización de los sistemas administrativos y operacionales en la respuesta a emergencias. El Comité acoge con satisfacción la labor realizada a raíz de su recomendación. El grupo de trabajo establecido en la OMS, que contaba con importantes directivos tanto del Programa de Emergencias Sanitarias como ajenos a él, puso el acento en una serie de problemas básicos que coinciden con las observaciones del Comité y recomendó la introducción de cambios en los procedimientos de trabajo.

22. Con todo, en el curso de las visitas sobre el terreno que el Comité llevó a cabo en el Iraq, Malí, Nigeria y el Pakistán se le confirmó que los sistemas y procedimientos de la OMS están demorando las operaciones de respuesta a emergencias, problema este que requiere soluciones institucionales. Los aspectos que a juicio del Comité revisten especial importancia y exigen cambios institucionales de la OMS son: retrasos en los procesos de contratación; adquisición de productos médicos; nivel de las atribuciones financieras delegadas en las oficinas de país o los gestores de incidentes; contratación de asociados ejecutantes; y despliegue de consultores en los países. En todas sus visitas sobre el terreno el Comité constató que tales demoras generan frustración en funcionarios de la OMS, gobiernos, donantes y colaboradores de los grupos de acción sanitaria.

23. Desde que se puso en marcha el Programa de Emergencias Sanitarias, y específicamente desde la creación del grupo de trabajo de la OMS, se ha realizado un enorme esfuerzo y se han formulado y publicado numerosos procedimientos operativos normalizados para situaciones de emergencia, en particular en torno a los aspectos siguientes: activación automática de los procedimientos operativos normalizados para situaciones de emergencia tras la decisión de clasificar un evento; publicación de las líneas de delegación de atribuciones paralelamente a la activación de esos procedimientos operativos normalizados; elevación hasta los US\$ 200 000 del tope de aprobación de fondos que tienen asignado los gestores de incidentes o representantes de la OMS para cualquier tipo de transacción, exceptuando los artículos de catálogo (para los que el límite es de US\$ 500 000); y revisión del modelo de informe de adjudicación para simplificar el procedimiento de adquisición. En muchos casos, sin embargo, el personal destinado en los países desconoce los nuevos procedimientos operativos normalizados o es reticente a aplicarlos por temor a que surjan problemas de autorización o auditoría.

24. El Comité observa además que falta información y no hay un nivel suficiente de rendición de cuentas para aplicar en los países los procedimientos para situaciones de emergencia. Incluso en las más recientes visitas sobre el terreno, las entrevistas realizadas con personal destinado en los países pusieron de manifiesto que el hecho de enviar una sección actualizada del Manual Electrónico de la OMS no sirve de gran cosa, pues los funcionarios no tienen tiempo de leerlo o no entienden los procedimientos revisados. Por otro lado, los gestores que deben dar su autorización no suelen conocer los

nuevos procedimientos operativos normalizados o están poco dispuestos a renunciar a su potestad aprobatoria.

25. **El Comité recomienda que se aplique un conjunto de nuevas medidas encaminadas a reforzar los procedimientos operativos normalizados y a familiarizar al personal con ellos**, por ejemplo: formación periódica del personal operativo y administrativo; comunicación específica, con instrucciones claras sobre lo que hay que hacer; y reuniones informativas sobre los procedimientos operativos normalizados para situaciones de emergencia en beneficio de todo el personal relacionado con la respuesta a emergencias clasificadas. En última instancia, sin embargo, la eficaz aplicación de los procedimientos operativos normalizados exigirá un importante cambio de mentalidad y profundas transformaciones de la rendición de cuentas en el conjunto de la Organización.

Delegación de atribuciones

26. El Comité advierte de que el actual sistema de delegación de atribuciones financieras en los gestores, por su falta de homogeneidad entre las regiones, merma la capacidad de la OMS de operar como un todo en situaciones de emergencia. **El Comité recomienda que se armonicen y normalicen la delegación de atribuciones y la potestad aprobatoria en el sistema de planificación de recursos que rige para toda la OMS, que es el Sistema Mundial de Gestión (GSM). Como parte de este proceso convendría armonizar el número de niveles de aprobación, la delegación de atribuciones financieras y el tipo de potestad aprobatoria por nivel.** Tal armonización facilitará sobremanera la aplicación práctica de los procedimientos operativos normalizados para situaciones de emergencia.

27. Tampoco hay homogeneidad entre las regiones por lo que respecta a la función que cumplen las oficinas de país en la movilización de recursos y a la potestad financiera de los representantes de la OMS para aceptar fondos. El Comité fue informado de que no siempre se alienta a los representantes de la OMS a que recauden fondos para los programas y de que a veces incluso se les disuade de hacerlo. Esto resulta problemático porque muchos donantes, a la hora de decidir sobre la eventual financiación de operaciones de respuesta a emergencias, se plantean la cuestión país por país. **El Comité recomienda a la OMS que refuerce su capacidad de movilización de recursos en los países y alienta a los representantes de la OMS a que colaboren eficazmente con los representantes de los donantes en cada país encargados de gestionar la financiación de programas a escala nacional. También convendría armonizar entre las regiones las atribuciones de los representantes de la OMS para recaudar fondos y gestionar las ayudas, acompañando el proceso de sesiones informativas y de formación. El Comité recalca que convendría instaurar incentivos para que los representantes de la OMS recauden fondos a nivel de las oficinas de país, prestándoles apoyo y capacitándolos para que sepan tratar con los donantes.**

Planificación, contratación y gestión de los recursos humanos

28. En octubre de 2017, la previsión de puestos adscritos al Programa de Emergencias Sanitarias era de un total de 1580, de los que estaban cubiertos 751. Aunque en cada uno de los niveles de la Organización se ha cubierto un número comparable de puestos, ello se ha traducido en un porcentaje de puestos cubiertos mucho más elevado en la Sede que en las oficinas regionales y las oficinas de país, dado que las necesidades de personal son mayores fuera de la Sede. El Comité reitera que una distribución equilibrada es aquella que se traduce en un 50% de los recursos humanos en las oficinas de país, un 25% repartido entre las seis oficinas regionales y un 25% en la Sede.

29. Desde que en julio de 2016 el Programa de Emergencias Sanitarias comenzó su andadura, el número de puestos de categoría profesional del Programa cubiertos con contratos de larga duración se ha incrementado en un 74% a escala regional (de 78 a 136 puestos), en un 37% a escala nacional (de 77 a 107 puestos) y en un 4% en la Sede (de 119 a 124 puestos). Lo que no ha cambiado sensiblemente, en cambio, es la proporción global de puestos cubiertos en cada nivel: un 37% en las oficinas de país, un 45% en las oficinas regionales y un 71% en la Sede en octubre de 2017. Los principales factores limitantes del crecimiento de la plantilla básica han sido la falta de financiación para nuevas contrataciones o la incertidumbre reinante al respecto, la ausencia o escasez de candidatos adecuados y los retrasos en el proceso de contratación. El Comité, si bien reconoce que se está trabajando para agilizar los procesos de contratación y movilizar recursos con los que cubrir nuevos puestos, observa que al Programa le cuesta atraer y contratar a buenos candidatos y obtener los fondos necesarios.

30. Se han instaurado procedimientos operativos normalizados para una contratación agilizada. Sin embargo, aún lleva demasiado tiempo encontrar candidatos adecuados y el Programa sigue teniendo problemas para responder a las demandas de contratación y despliegue rápidos dentro de los límites marcados por la política y los procedimientos de recursos humanos de la OMS. **Por ello el Comité alienta a la OMS a que estudie modalidades contractuales flexibles para desplegar con rapidez a personas dotadas del perfil adecuado y la necesaria experiencia en gestión de emergencias. El Comité recomienda que el Departamento de Recursos Humanos y el Programa de Emergencias Sanitarias trabajen conjuntamente para adaptar a las situaciones de emergencia las disposiciones que rigen en materia de contratos y listas de personal. Para aplicar los procedimientos es esencial dotarse del nivel apropiado de capacidad en materia de recursos humanos.**

31. El Comité está efectivamente preocupado por el insuficiente apoyo profesional en materia de recursos humanos que se dispensa en la Organización a los procesos de captación y gestión de talentos. En el curso de sus visitas al Iraq, Malí, Nigeria y el Pakistán, el Comité observó que los representantes de la OMS o los gestores de incidentes están abrumados por la carga de trabajo que suponen los procesos de selección, de los que deberían ocuparse especialistas en recursos humanos. El personal del Programa de Emergencias Sanitarias, además de asumir las actividades de respuesta a emergencias y de gestión cotidiana de las crisis, se ve apremiado a elaborar descripciones de puesto, pasar revista a cientos de candidaturas, examinar numerosos *curriculum vitae*, preseleccionar candidatos y preparar preguntas para pruebas y entrevistas, todo lo cual puede hacerse de distintas formas. **Para reducir el peso de esta problemática el Programa de Emergencias Sanitarias debería contar con una dotación suficiente de personal dedicado específicamente a las cuestiones de recursos humanos. El Comité aconseja a la OMS que examine la capacidad de planificación, contratación y gestión de los recursos humanos que existe actualmente y proponga líneas de mejora a nivel institucional para el Programa de Emergencias Sanitarias.**

32. A tenor de informes anteriores y de la experiencia de otras organizaciones, **el Comité entiende que sería posible dar todos los pasos del proceso de contratación antes de haber recibido la financiación.** No obstante, la mayoría de las oficinas son reticentes a crear puestos sin tener garantizados los fondos, **por lo que habría que estudiar mecanismos que redujeran el riesgo financiero e incentivar la aplicación de los nuevos procedimientos operativos normalizados.**

33. El Comité ha sabido que, aunque en 2017 se instauró el modelo de funcionamiento por países, la planificación de los recursos humanos del Programa de Emergencias Sanitarias para 2018-2019 todavía no está ultimada. Las conclusiones extraídas de las visitas sobre el terreno a Malí y el Pakistán parecen indicar que los puestos básicos propuestos por las oficinas regionales y la Sede para cumplir las principales funciones del Programa no cuadran necesariamente con las prioridades y necesidades de los países, y que se requieren ajustes a nivel local para responder a las necesidades específicas de

cada país. **El Comité recalca que los representantes de la OMS deben participar en la adopción de decisiones sobre la dotación de plantilla necesaria para atender las prioridades de cada país.**

34. El Comité insiste en que se requieren inversiones más cuantiosas en perfeccionamiento y aprendizaje del personal, así como medidas de recompensa a los funcionarios más eficaces, que incluyan incentivos para retener a los más dotados, incentivos para que el personal acepte trabajar en la respuesta a emergencias y un mejor sistema de movilidad en toda la Organización. Se alienta a la OMS a que aborde los temas de contratación, movilidad y desempeño de los recursos humanos desde planteamientos que admitan cierto nivel de riesgo. En este sentido, **el Comité aconseja a la OMS que lleve a cabo un estudio de comparación con otros organismos homólogos de las Naciones Unidas que trabajen en situaciones de emergencia y tengan instituidos sistemas eficaces de captación y gestión de talentos.**

35. Se ha avanzado en el nombramiento y la distribución de los coordinadores de los grupos de acción sanitaria: en noviembre de 2017, 16 de los 23 grupos de acción sanitaria en los países (un 69%) contaban con un coordinador dedicado específicamente a cada grupo. No obstante, de lo observado en las visitas sobre el terreno a Malí y el Pakistán se deduce que la OMS debe mejorar la gestión de los coordinadores de los grupos de acción sanitaria como activos mundiales. El procedimiento que se sigue actualmente para contratar a candidatos que presenten una combinación de competencias acorde con las necesidades específicas de un país, marcar pautas para su despliegue y capacitarlos no es adecuado. El Comité recalca también que la gestión de la información es un elemento esencial de la coordinación de los grupos de acción sanitaria y que la OMS cumple una función de suma importancia para proporcionar información y datos de referencia, por ejemplo sobre la ubicación geográfica, el estado de funcionamiento y las necesidades de los centros de salud.

36. Habida cuenta de que en enero de 2019 se aplicará al conjunto de la Organización la política de movilidad geográfica de la OMS,¹ el Comité estima necesario aplicarla también al Programa de Emergencias Sanitarias. Sin embargo, conviene prestar una atención muy especial a la contratación y el apoyo del personal dedicado a labores de emergencia en aquellos lugares de destino donde reinen condiciones de extrema dificultad, como puedan ser el Iraq, el norte de Nigeria o la República Árabe Siria. Hay que instaurar incentivos que susciten en el personal el deseo de ocupar este tipo de puestos, por ejemplo ascensos garantizados. Para respaldar a aquellos que ya trabajan en condiciones de extrema dificultad hay que tener en cuenta los derechos de descanso y recuperación necesarios para evitar que quienes soportan tan extraordinaria presión laboral acaben hundiéndose psicológicamente. **El Comité insta a la OMS a que coteje su sistema de incentivos para los recursos humanos y de descanso y recuperación en contextos de emergencia con los que aplican entidades homólogas, como organismos de las Naciones Unidas u organizaciones en pro del desarrollo, teniendo en cuenta la cuestión de la proporcionalidad en la intensidad del trabajo.**

Alianzas

37. La OMS toma parte activa en la iniciativa DARES (*Deliver Accelerated Results Effectively and Sustainably*: obtención de resultados rápidos de forma eficaz y sostenible),² empresa en la que colabora con el Banco Mundial, el UNICEF y el PMA para respaldar de modo más integrador, amplio, previ-

¹ WHO geographical mobility policy (<http://www.who.int/employment/WHO-mobility-policy.pdf>), consultado el 22 de diciembre de 2017.

² DARES (Deliver Accelerated Results Effectively and Sustainably) (<http://www.who.int/emergencies/partners/dares-operational-framework-nov17.pdf?ua=1>), consultado el 4 de enero de 2018.

sible y duradero la recuperación de los sistemas de salud en países frágiles, afectados por un conflicto o vulnerables. Esta audaz y ambiciosa iniciativa constituye un ejemplo de alianza innovadora en la que participa la OMS. Con todo, los volúmenes de fondos que entran en juego y los niveles de riesgo operativo y fiduciario en contextos como el del Yemen no dejarán de plantear problemas de supervisión de mucho mayor calado que los que suele manejar la OMS. **El Comité alienta vivamente a la OMS a que, a la vez que sigue adelante con esta importante iniciativa, instituya los mecanismos complementarios de gestión del riesgo y de supervisión que se requieran para asegurar la rendición de cuentas.**

Finanzas

38. A la vez que agradece el incremento del apoyo financiero de Estados Miembros y donantes, el Comité ha observado que una importante proporción de los fondos aportados al Programa de Emergencias Sanitarias van asignados a un fin específico y se han recaudado, a título de contribución puntual, en la segunda mitad del bienio. La previsibilidad y flexibilidad de las futuras aportaciones financieras al Programa revisten suma importancia para que se puedan llevar adelante las actividades de fortalecimiento de la capacidad de los países previstas en los planes estratégicos y ejecutar con rapidez todas las intervenciones necesarias de respuesta a emergencias y brotes agudos. **El Comité alienta a los donantes a que, por medio de alianzas plurianuales, aporten fondos no asignados (o asignados con condiciones muy laxas) a un fin específico con objeto de dotar al Programa de mayor resiliencia y de colocarlo a la altura de sus objetivos.**

39. El Comité, tras examinar el borrador de un documento en el que se presentaba un argumentario en favor de las inversiones en el Programa de Emergencias Sanitarias, llegó a la conclusión de que se precisaban mejoras. Dado que actualmente la Secretaría de la OMS trabaja en un argumentario de inversión de ámbito institucional, **el Comité aconseja al Programa de Emergencias Sanitarias que contribuya al documento unificado presentando un cálculo específico de los beneficios de invertir en el Programa. El Comité recomienda a la OMS que ponga en conocimiento de los Estados Miembros un borrador del documento de argumentos institucionales de inversión para asegurarse de que el documento final resulte convincente a la hora de presentar a los gobiernos, en especial los ministerios de economía, así como a otros donantes, argumentos económicamente sólidos.**

40. El Comité reconoce que, desde su creación en 2015, el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias (en adelante, «el Fondo») ha cumplido una función decisiva en la pronta respuesta de la OMS a 44 emergencias, con desembolsos por un total de US\$ 34,5 millones. En agosto de 2017, el objetivo de desembolso en un plazo máximo de 24 horas se había cumplido en un 83% de las peticiones de menos de US\$ 500 000. Pese a las evidentes bondades del Fondo, no se ha alcanzado la meta de capitalización total de US\$ 100 millones, con un déficit de financiación que se sitúa en US\$ 55,5 millones.

41. A raíz de la recomendación formulada en el segundo informe del Comité,¹ la Secretaría presentó al Comité una estrategia de reposición del Fondo en la que se contemplaban seis opciones, a saber: obtener apoyo de un conjunto específico de donantes, invocando para ello el argumentario de inversión y el buen funcionamiento actual del Fondo; celebrar un acto anual de promesas de contribuciones al Fondo; estudiar la vinculación de la capitalización del Fondo con las aportaciones efectivas al mecanismo de financiación para emergencias pandémicas del Banco Mundial; establecer dentro del Fondo un mecanismo de retirada de recursos para eventos agudos de salud pública que financien los do-

¹ Véase el documento A70/8, párrafo 30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_8-sp.pdf), consultado el 22 de diciembre de 2017.

nantes en pro de la seguridad sanitaria mundial; activar a los grandes asociados que forman el grupo de Amigos del Programa de Emergencias Sanitarias, que fueron de los primeros en respaldar el Programa, para que hagan campaña por la financiación del Fondo empleando su influencia política y predicando con el ejemplo; y por último, a medida que las oficinas de país vayan adquiriendo mayor capacidad de movilización de fondos, aplicar el modelo original, que prevé que las oficinas de país beneficiarias devuelvan al Fondo los recursos recibidos. El Comité alienta a la OMS a que dé a conocer logros ejemplares obtenidos gracias al Fondo y presente el informe financiero específico del Fondo con objeto de inspirar confianza a los donantes. El Comité acoge con agrado la noticia de que está en curso la contratación de personal para cubrir puestos dedicados a la movilización de recursos en los países más necesitados. **El Comité reitera su recomendación de que los representantes de la OMS intensifiquen su colaboración con los representantes de los donantes en cada país.**

Adquisición de bienes y servicios

42. El Comité observó con preocupación que la OMS no dispone de un sistema de gestión mundial de la cadena de suministro plenamente integrado y que no existen ni una rendición de cuentas global ni un sistema armonizado entre las regiones en la materia. Se trata de una problemática mencionada en todas las visitas que el Comité ha efectuado sobre el terreno. Actualmente no hay un mecanismo mundial plenamente integrado para saber cuáles son y en qué almacén se encuentran las existencias disponibles en uno u otro país, situación que conduce a un uso ineficiente de medicamentos, dispositivos médicos y botiquines de emergencia y entorpece el buen funcionamiento del Programa de Emergencias Sanitarias. Urge que la OMS se ocupe de este problema. Las adquisiciones constituyen un ámbito de trabajo lastrado por un grave déficit de recursos, por lo que **el Comité recomienda que la OMS contemple una de estas dos posibilidades:**

- **subcontratar este cometido a otro proveedor del sistema de las Naciones Unidas, como la División de Suministros del UNICEF, de forma que el Programa de Emergencias Sanitarias pueda adquirir, gestionar y entregar eficazmente sus existencias para situaciones de emergencia;**
- **elaborar argumentos de inversión para toda la Organización con objeto de establecer una división central de gestión de la cadena de suministros dotada de claros objetivos y mecanismos de rendición de cuentas en el conjunto de la Organización a partir de la cual, si fuera necesario, el Programa de Emergencias Sanitarias pudiera dotarse de capacidad adicional para situaciones de emergencia.**

43. Las oficinas de la OMS en los países han referido sistemáticamente que las exigencias de diligencia debida establecidas en el Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA) son engorrosas y a menudo redundantes, hasta el punto de constituir una rémora para el trabajo de la OMS en contextos de emergencia. Cada vez que se entregan nuevos fondos a un asociado a nivel nacional, por ejemplo, la OMS debe repetir el proceso de diligencia debida, aun cuando esa entidad haya sido previamente aprobada a escala nacional o mundial o ya se beneficie de una subvención de la OMS. **El Comité recomienda a la OMS que las medidas de emergencia atinentes al FENSA se apliquen a escala regional, lo que supondría la elaboración de un registro de riesgos de agentes no estatales y una lista de agentes no estatales que ya hayan sido objeto del proceso de diligencia debida. De este modo, la renovación de acuerdos ya existentes podría quedar dispensada de un nuevo proceso de diligencia debida. En el contexto de las situaciones de emergencia, las oficinas de país deberían estar autorizadas a ofrecer a las ONG ejecutantes una asociación más duradera con antelación al proceso de diligencia debida, introduciendo una cláusula que previera la anulación del contrato si el proceso de aprobación no llegara a buen puerto.**

Seguridad

44. **El Comité recomienda a la OMS que invierta más recursos y se dote de mayor capacidad en relación con la seguridad sobre el terreno y otras medidas de protección del personal.** Muchos y graves riesgos amenazan la seguridad de las personas que trabajan en situaciones de emergencia. En sus visitas sobre el terreno, el Comité pudo constatar directamente que el nivel de apoyo a la seguridad es insuficiente, teniendo en cuenta el número de funcionarios de la OMS, la distribución de sus oficinas y suboficinas y la fuerte demanda que traen consigo las misiones y despliegues sobre el terreno, que discurren en condiciones de trabajo peligrosas y estresantes. Los problemas de inseguridad también tienen que ver con la existencia de actividades delictivas y ataques dirigidos contra el personal y los centros de salud. **Se recomienda a la OMS que, con toda urgencia, se dote de una estrategia de seguridad coherente e invierta en el tema en consecuencia. El Comité reitera que ello reviste una importancia crucial, habida cuenta de la responsabilidad que incumbe a la OMS por el creciente número de funcionarios y asociados que despliega sobre el terreno.**

OBSERVACIONES FINALES

45. La OMS ha puesto en marcha con éxito su Programa de Emergencias Sanitarias y está estableciendo, con apoyo de sus asociados, una sólida función de coordinación y dirección sanitarias. Los importantes progresos registrados en la respuesta de la OMS a situaciones de emergencia han sido aplaudidos sobre el terreno por gobiernos, otras entidades del sistema de las Naciones Unidas, ONG y donantes. Sin embargo, los sistemas administrativos, mecanismos de gestión de recursos humanos y procedimientos de trabajo de la OMS impiden aprovechar plenamente el potencial del Programa de Emergencias Sanitarias para realizar una labor de calidad excelente. El Programa no es un ente aislado, y no puede rendir frutos sin contar con un entramado administrativo y con procedimientos operativos normalizados que funcionen correctamente en el conjunto de la Organización. En lugar de efectuar una reforma fragmentaria o de instaurar un sistema paralelo para el Programa de Emergencias Sanitarias, la OMS debe llevar adelante una transformación organizativa armonizada. El Comité ve con optimismo la posibilidad de que la OMS, impulsada por metas audaces y por la determinación de su cúpula directiva, logre hacer realidad esta transformación.

**Precious Matsoso (Presidenta), Walid Ammar, Geeta Rao Gupta, Felicity Harvey,
Jeremy Konyndyk, Hiroki Nakatani, Elhadj As Sy**

= = =