

Poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. En su 140.^a reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.¹ El texto ha sido actualizado y revisado teniendo en cuenta las deliberaciones del Consejo; además, ahora contiene una versión actualizada del informe sobre los recursos humanos de la OMS financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis que figuraba en el anexo al documento EB140/46, del cual también tomó nota el Consejo. El Consejo adoptó la decisión EB140(4) sobre la poliomiélitis, en la que se pidió a la Directora General que presentara «a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud un informe en el que se esbochen 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 Poliomiélitis, 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 poliomiélitis...». El informe solicitado figura en el documento A70/14 Add.1.

2. Se han realizado notables progresos desde que, en 1988, la Asamblea de la Salud hiciera un llamamiento a la erradicación de la poliomiélitis en el mundo.² En ese momento, la poliomiélitis era endémica en más de 125 países y, cada año, más de 350 000 niños sufrían parálisis irreversible causada por poliovirus. Hoy en día, el nivel de transmisión de poliovirus salvajes es el más bajo jamás registrado, y solamente en zonas de tres países (Pakistán, Afganistán y Nigeria, en orden de carga de enfermedad) hay transmisión endémica. En 2016 se notificaron 37 casos de poliomiélitis en el mundo. En 2017³ se ha notificado un caso, por lo que la certificación mundial está prevista para 2020 (en vez de 2019). Actualmente solo se sigue detectando un serotipo salvaje (el poliovirus de tipo 1); en 2015 se declaró oficialmente erradicado el poliovirus de tipo 2 y, desde noviembre de 2012, no se ha detectado en el mundo ningún caso de poliomiélitis paralítica por poliovirus salvajes de tipo 3. Se ha conseguido que 16 millones de personas que hubieran sufrido parálisis puedan hoy caminar con normalidad. Gracias a la administración sistemática de vitamina A durante las campañas de inmunización contra la poliomiélitis se ha evitado que fallecieran alrededor de 1,5 millones de niños. La salud pública mundial está a punto de conseguir un éxito histórico.

¹ Véase el documento EB140/13 y el acta resumida de la 140.^a reunión del Consejo Ejecutivo, décima sesión, sección 1 (documento EB140/201/REC/2) (disponible únicamente en inglés).

² Resolución WHA41.28: Erradicación mundial de la poliomiélitis para el año 2000 (<http://www.who.int/ihr/polioresolution4128en.pdf>, consultado el 13 de octubre de 2016).

³ Todos los datos presentados son a fecha de 8 de febrero de 2017.

3. Estos avances han sido posibles gracias a la red mundial de apoyo y al compromiso de los interesados, principalmente los Estados Miembros. Cada año, más de 20 millones de voluntarios administran vacunas antipoliomielíticas y otros medicamentos que salvan vidas a más de 400 millones de niños en todo el mundo. Hasta la fecha, los esfuerzos mundiales dirigidos a erradicar la enfermedad han permitido ahorrar más de US\$ 27 000 millones, y la erradicación mundial de los poliovirus comportará un ahorro adicional de US\$ 20 000 a US\$ 25 000 millones, fondos con los que también se podrán salvar vidas gracias a otras intervenciones.

4. En cambio, si no se logra este objetivo, los riesgos y las consecuencias serán significativos: la poliomielitis, una enfermedad con tendencia a causar epidemias, se propagará más allá de sus límites actuales y en un plazo de 10 años volverán a registrarse anualmente más de 200 000 nuevos casos en todo el mundo. Además, los progresos logrados son frágiles, como demuestra el hecho de que en agosto de 2016 se confirmaran cuatro nuevos casos de poliomielitis paralítica por poliovirus salvajes de tipo 1 en el estado nigeriano de Borno, situado en el noreste del país. Fueron los primeros casos notificados en Nigeria y en la Región de África desde julio de 2014. Estos riesgos ponen de manifiesto la necesidad urgente de liberar al mundo de la poliomielitis de forma rápida y sostenible, de conformidad con la resolución WHA68.3 (2015), en la que la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a destinar urgentemente los recursos financieros necesarios para aplicar de forma plena y continua el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Para contribuir a orientar y supervisar de forma más eficaz los progresos hacia la interrupción de la transmisión de poliovirus, se están ajustando las competencias de la Junta de Seguimiento Independiente para que se centre aún más firmemente en la consecución de este objetivo crucial del Plan estratégico.

5. Siguen en vigor la declaración, realizada en 2014, de la propagación internacional de poliovirus salvajes como emergencia de salud pública de importancia internacional, y las recomendaciones temporales formuladas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Todos los países en los que hay circulación de poliovirus, sean salvajes o de origen vacunal, continúan aplicando planes nacionales de urgencia para luchar contra la poliomielitis. Del mismo modo, todos los países en los que hay circulación de virus salvajes o de origen vacunal han declarado su propagación como emergencia nacional de salud pública.

6. Entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016, los 155 países y territorios que todavía estaban administrando la vacuna antipoliomielítica oral trivalente la sustituyeron por la vacuna bivalente, en una operación sincronizada a escala mundial. Este fue el primer paso de la retirada escalonada de las vacunas antipoliomielíticas orales, que culminará con el cese del uso de todas estas vacunas una vez que se haya certificado la erradicación mundial de todos los tipos de poliovirus salvajes. Desde la declaración de erradicación del poliovirus salvaje de tipo 2 en septiembre de 2015, los Estados Miembros están ultimando sus esfuerzos por identificar las instalaciones que tienen poliovirus de tipo 2 (salvajes, de origen vacunal o de la cepa Sabin), destruir los materiales innecesarios y confinar apropiadamente en instalaciones esenciales para poliovirus los materiales que se necesiten.

7. En 2016 se sigue agilizando la planificación de la transición (véanse los párrafos 20 a 25) a fin de garantizar el avance de la planificación eficaz de los recursos humanos en todos los niveles de la Secretaría, con miras a reducir el personal financiado con fondos destinados a la lucha contra la poliomielitis y los correspondientes pasivos financieros; conocer las consecuencias que para otras áreas programáticas de la OMS y las oficinas de la Organización en los países tendrá la pérdida de personal e infraestructuras financiados con fondos destinados a la lucha contra la poliomielitis, y contribuir a identificar las oportunidades para incorporar o integrar las funciones relacionadas con la poliomielitis en otras áreas programáticas o en los sistemas nacionales de salud, siempre que ello resulte viable.

8. Los asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis siguen colaborando estrechamente con todos los Estados Miembros y con el conjunto más amplio de organismos internacionales de desarrollo para conseguir rápidamente los US\$ 1300 millones adicionales¹ necesarios para librar al mundo de la poliomielitis de forma definitiva.

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS

9. En 2016 se notificaron en el mundo 37 casos de poliomielitis paralítica por poliovirus salvajes, en comparación con los 74 notificados en 2015. Todos estos casos se notificaron en el Pakistán, el Afganistán y Nigeria, y fueron causados por poliovirus salvajes de tipo 1. También en 2016, se notificaron tres casos debidos a poliovirus circulantes de tipo 1 de origen vacunal en la República Democrática Popular Lao, frente a los 32 casos por poliovirus circulantes de origen vacunal que notificaron siete países en 2015. En los estados nigerianos de Borno y Sokoto se detectaron dos casos separados de infección por poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal (véase el párrafo 14).

Países donde sigue habiendo transmisión endémica de poliovirus salvajes: Pakistán, Afganistán y Nigeria

10. El Afganistán y el Pakistán se siguen tratando como un único bloque epidemiológico. En 2016 se notificaron en el Pakistán 20 casos de poliomielitis paralítica, mientras que en 2015 se registraron 54. En el Afganistán se notificaron 13 casos, frente a 20 en 2015. En 2017 Afganistán notificó un caso. Los dos países han progresado notablemente en los últimos 9 meses y los grupos de asesoramiento técnico, tras analizar los datos epidemiológicos más recientes de 2016, tras la estación de baja transmisión de poliovirus, concluyeron que era posible interrumpir en poco tiempo la transmisión de poliovirus salvajes en ambos países. No obstante, para alcanzar este objetivo es necesario llegar a todos los niños no vacunados, subsanar las deficiencias crónicas en la aplicación de las estrategias de respuesta y vacunar a los niños que viven en zonas infectadas a las que ha sido difícil acceder por causa de la inseguridad. Los reservorios de transmisión de poliovirus salvajes que quedan son tres corredores que conectan los dos países: Afganistán oriental/Jáiber-Peshawar, Gran Kandahar/Hilmand-Quetta y Paktika/Patkya/Khost-Jáiber Pakhtunkhwa/Zonas Tribales bajo Administración Federal. Los programas de los dos países están colaborando para centrarse en la mejora de las operaciones programáticas (actividades suplementarias de inmunización y vigilancia) en estos corredores. La coordinación programática ha mejorado de forma significativa en 2016 en los ámbitos nacional y provincial/regional, así como en los distritos fronterizos de los tres corredores comunes de transmisión.

11. El número de casos de poliomielitis notificados en el Pakistán sigue disminuyendo. En el año 2016 se registró el menor número de casos de poliomielitis en la historia del país, pero la vigilancia ambiental sigue detectando poliovirus en una amplia zona geográfica, lo cual indica una transmisión continua. Dos de los tres reservorios principales de poliovirus (Karachi y Peshawar) han hecho progresos alentadores en 2016. Especialmente notable resulta el hecho de que en Karachi no se hayan notificado casos de poliomielitis durante cerca de un año, y solo tres muestras ambientales hayan sido positivas desde marzo de 2016. La situación en el reservorio del bloque de Quetta es preocupante, pues ha habido transmisión local continua de poliovirus salvajes, y además han aparecido poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal desde junio de 2016. Asimismo, hay un brote de poliomielitis en Sindh interior, donde se han notificado cuatro casos en el segundo semestre de 2016. El despacho del Primer Ministro supervisa directamente un plan de emergencia nacional contra la enfermedad. Los centros de operaciones de emergencia de ámbito federal y provincial/regional aseguran un control casi

¹ Puede consultarse la información más reciente relativa a los fondos y los presupuestos en <http://polioeradication.org/financing/> (consultado el 6 de marzo de 2017).

instantáneo de las actividades y la aplicación de medidas correctivas, y mejoran la rendición de cuentas y el sentimiento de implicación en todos los niveles. Una cuestión todavía más importante es que el plan nacional se centra en localizar a los niños que han quedado permanentemente excluidos de las actividades, en determinar las razones de esa exclusión y en aplicar planteamientos adaptados a las distintas zonas para corregir esos problemas. Como resultado de ello, se están aplicando estrategias innovadoras en las comunidades y se están corrigiendo cada vez más las deficiencias operativas del programa, a la vez que se está mejorando continuamente el acceso a zonas antes inaccesibles. Los índices de cobertura vacunal están aumentando en el corredor Peshawar-Jáiber y en Karachi. Se están realizando esfuerzos concertados por mejorar las operaciones programáticas y reforzar los mecanismos de supervisión y monitoreo en el bloque de Quetta y Sindh interior. El Pakistán está en condiciones de conseguir erradicar la poliomielitis, gracias al compromiso de todas las partes políticas a todos los niveles. La continuidad del liderazgo y de las operaciones a lo largo del próximo periodo electoral será crucial para el éxito.

12. En el Afganistán, la erradicación de la poliomielitis tiene máxima prioridad en la agenda sanitaria del Gobierno. En 2015 y 2016, el Gobierno intensificó sus esfuerzos para lograr cuanto antes la erradicación en todo el territorio, a pesar de los múltiples obstáculos encontrados, entre ellos la escalada de conflictos e inseguridad en muchas partes del país. El plan nacional de emergencia continúa orientando las actividades de erradicación de la enfermedad. Los centros de operaciones de emergencia están funcionando a nivel nacional y regional con objeto de intensificar, orientar y coordinar los esfuerzos de todos los asociados por aplicar este plan nacional bajo un mismo marco. Ya no hay poliomielitis en la mayor parte del territorio del Afganistán, pero continúan circulando poliovirus salvajes en zonas geográficas delimitadas de las regiones oriental y meridional del país. En 2016 se notificaron 13 casos en tan solo cuatro distritos. Hay dos zonas geográficas de especial importancia (el distrito de Bermel en la provincia de Paktika y el distrito de Sheegal en la provincia de Kunar), en las que en 2016 se notificaron 11 de los 13 casos de poliomielitis.

13. En Nigeria, donde no se notificaban casos desde julio de 2014, se confirmaron cuatro nuevos casos de poliomielitis por poliovirus salvajes de tipo 1 en el estado de Borno en julio y agosto de 2016. La secuenciación genética de los virus aislados indica que están estrechamente relacionados con una cepa de poliovirus salvaje de tipo 1 que no se detectaba en el estado de Borno desde 2011. A causa de la imposibilidad de acceder y llevar a cabo actividades de vacunación y vigilancia de gran calidad en muchas zonas de ese estado, es probable que esta cepa haya circulado desde entonces en esta población inaccesible sin ser detectada. El Gobierno de Nigeria puso en marcha de inmediato, y siguiendo los protocolos internacionales revisados, una respuesta enérgica a este brote, que comprendió cinco rondas de actividades suplementarias de inmunización a gran escala para administrar dosis adicionales de vacuna antipoliomielítica oral bivalente a intervalos breves. El Gobierno declaró el brote como emergencia nacional de salud pública y, al mismo tiempo, se están aplicando otras medidas para mejorar la sensibilidad de la vigilancia a nivel subnacional. Estas medidas se inscriben en una respuesta regional más amplia al brote, coordinada con los países vecinos, en particular en la subregión del lago Chad, que abarca el norte del Camerún, partes de la República Centroafricana, el Chad y el sur del Níger. En la 66.^a reunión del Comité Regional para África, celebrada en Addis Abeba del 19 al 23 de agosto de 2016, los ministros de salud declararon el brote de poliomielitis como emergencia de salud pública regional para los países de la subregión del lago Chad. La detección de estos casos pone en evidencia el riesgo que conlleva la transmisión no detectada de baja intensidad y la necesidad urgente de reforzar la vigilancia a nivel subnacional. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha examinado y revisado los planes relativos a las actividades suplementarias de inmunización, a fin de que el suministro de vacunas antipoliomielíticas orales bivalentes sea suficiente para hacer frente a este brote, así como para velar por que otros países donde el riesgo es elevado sean capaces de mantener un alto nivel de inmunidad en su población.

Poliovirus circulantes de origen vacunal

14. A finales de 2015 y principios de 2016, los Estados Miembros afectados por brotes de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal intensificaron sus respuestas para interrumpir la circulación de estos virus antes de la sustitución mundial sincronizada de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente, que se ha llevado a cabo a principios de 2016 (véase el párrafo 6). En 2016 se notificó un caso de poliomiélitis por poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal en el estado nigeriano de Sokoto. En el estado de Borno se confirmó otro poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2 distinto que se aisló en una muestra ambiental recogida en marzo de 2016 y en muestras de heces recogidas en agosto del mismo año de un contacto sano de uno de los casos de poliomiélitis por poliovirus salvajes de tipo 1 (véase el párrafo 13), en el transcurso de la intensificación de las actividades de vigilancia en ese estado. La secuenciación genética de esta cepa indica que ha estado circulando en la zona por lo menos durante cuatro años y que se había detectado por última vez en el norte de Nigeria en noviembre de 2014. Como no ha sido posible acceder a muchas zonas ni llevar a cabo actividades de vacunación y vigilancia de gran calidad en zonas vitales del estado de Borno, es probable que la cepa haya circulado sin ser detectada entre la población de esas áreas inaccesibles. En la subregión del lago Chad se siguen aplicando planes de respuesta plurinacionales y prestando especial atención a la mejora de la calidad de la vigilancia a nivel subnacional. El Gobierno de Nigeria puso en marcha de inmediato una respuesta completa, de conformidad con los nuevos protocolos establecidos para la detección de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal en el periodo posterior a la sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente. A petición de este Gobierno, la Directora General autorizó la distribución de vacunas orales monovalentes de tipo 2 conservadas en la reserva mundial. La República Democrática Popular Lao se vio afectada por un brote de poliovirus circulantes de tipo 1 de origen vacunal, pero desde el 11 de enero de 2016 no se han vuelto a notificar casos en el país. No obstante, en varios países persisten las deficiencias en la calidad de la vigilancia subnacional en zonas clave donde antes se ha confirmado la circulación de poliovirus de origen vacunal, en particular en algunas zonas de Guinea.

15. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis está monitoreando activamente la presencia de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal procedentes de cualquier fuente, cuya detección es previsible en los primeros 6 a 12 meses posteriores a la sustitución de vacuna oral trivalente por la vacuna bivalente puesto que, durante un periodo limitado, los niños que hayan recibido la vacuna trivalente continuarán excretando virus de la cepa de tipo 2. Toda detección de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal procedentes de cualquier fuente pone en marcha inmediatamente, a nivel mundial, regional y nacional, un sistema de gestión de incidentes recién establecido, con objeto de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de los riesgos asociados con la cepa aislada y, si se considera apropiado y necesario, activar la respuesta al brote y, en su caso, acceder a la reserva mundial de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2. En las actividades de respuesta llevadas a cabo en la subregión del lago Chad (Camerún, Chad, Níger, Nigeria y República Centroafricana), así como en Mozambique y el Pakistán se utilizaron vacunas de esa clase que se conservaban en la reserva mundial. En la India y el Pakistán se administraron fracciones de la dosis habitual de vacuna con poliovirus inactivados para responder a la detección de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal en muestras ambientales. Nuevos datos indican que la vacuna oral monovalente de tipo 2 es más eficaz de lo que se creía. Estos nuevos datos, examinados en reuniones recientes del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización (Ginebra, 18 a 20 de octubre de 2016¹ y 9 a 10 de febrero de 2017²), formarán la base de la revisión de los proto-

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, octubre de 2016. Conclusiones y recomendaciones. *Weekly epidemiological record*, 2 de diciembre de 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251810/1/WER9148.pdf?ua=1> (consultado el 7 de marzo de 2017).

² El informe de la reunión estará disponible en el sitio web de la OMS, en <http://www.who.int/immunization/policy/sage/en/>.

colos de respuesta mundial a los brotes, que necesitarán menos rondas de actividades suplementarias de inmunización.

Emergencia de salud pública de importancia internacional: reducción del riesgo de propagación internacional de poliovirus

16. En 2016 siguieron registrándose episodios de propagación internacional de poliovirus; hubo circulación de poliovirus a través de la frontera entre el Afganistán y el Pakistán. Para reducir al mínimo el riesgo y las consecuencias de nuevas propagaciones internacionales de poliovirus es necesario aplicar plenamente las estrategias de erradicación en las zonas infectadas restantes; aplicar íntegramente las recomendaciones temporales formuladas por la Directora General con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005), y reforzar la vigilancia y los planes de preparación de todos los Estados Miembros para responder a los brotes, a fin de facilitar una respuesta rápida a los nuevos casos de detección de poliovirus. Durante la teleconferencia celebrada el 7 de febrero de 2017 para examinar la propagación internacional de poliovirus, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) recomendó prorrogar otros tres meses las recomendaciones temporales.

RETIRADA ESCALONADA DE LAS VACUNAS ANTIPOLIOMIELÍTICAS ORALES

17. La sustitución exitosa de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente (véase el párrafo 6) representó un hito: nunca antes se había realizado una retirada de tal magnitud de una vacuna, acompañada de la introducción de otra vacuna. A finales de septiembre de 2016, todos los Estados Miembros habían confirmado que el cambio se había completado. Este logro es un homenaje al extraordinario compromiso y liderazgo de todos los Estados Miembros. La suspensión del uso de la vacuna antipoliomielítica oral es necesaria para evitar los riesgos a largo plazo que conllevan los poliovirus de origen vacunal asociados con su administración, por muy infrecuentes que sean. Se trata, además, de una estrategia esencial del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final, que han respaldado el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización y la Asamblea de la Salud.

18. Para preparar el paso a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, todos los países se comprometieron a introducir en sus programas de inmunización sistemática al menos una dosis de la vacuna con poliovirus inactivados. El grado de compromiso para alcanzar ese objetivo ha sido excepcional. En su reunión de octubre de 2016, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización señaló que el suministro de vacunas con poliovirus inactivados se había reducido a causa de las dificultades técnicas encontradas por los fabricantes para aumentar la producción y que es previsible que dicho suministro siga siendo inestable hasta 2018.¹ El suministro disponible de esta vacuna se está asignando de forma prioritaria a la inmunización sistemática en zonas con mayor riesgo de circulación de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal (países de los niveles 1 y 2). Se están realizando esfuerzos denodados para conseguir que el resto de países donde el riesgo es bajo reciban vacunas con poliovirus inactivados en 2018. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis está estudiando con los Estados Miembros y las oficinas regionales de la OMS si es viable implantar estrategias de ahorro de dosis, como la administración intradérmica de dosis parciales de la vacuna con poliovirus inactivados. El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización también ha recomendado firmemente que los países se empiecen a preparar para administrar dos dosis parciales de vacuna

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, octubre de 2016. Conclusiones y recomendaciones. *Weekly epidemiological record*, 2 de diciembre de 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251810/1/WER9148.pdf?ua=1> (consultado el 7 de marzo de 2017).

con poliovirus inactivados por vía intradérmica, en vez de una sola dosis intramuscular completa, recomendación en la que también ha hecho hincapié su Grupo de Trabajo sobre la Poliomieltis en su reciente reunión (Ginebra, 9 y 10 de febrero de 2017). Algunos Estados Miembros, en particular Bangladesh, la India y Sri Lanka, ya han adoptado pautas de administración de dosis parciales en sus programas de inmunización a fin de disponer de cantidades suficientes de vacunas con poliovirus inactivados para garantizar la continuidad de la vacunación de todos los recién nacidos.

CONFINAMIENTO

19. En 2016 se continuó avanzando en el confinamiento de los poliovirus de tipo 2, tras la publicación del plan de acción mundial de la OMS para reducir al mínimo el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de tipos específicos de poliovirus salvajes y el cese progresivo del uso de vacunas antipoliomielíticas orales (PAM III).¹ A fecha de 17 de enero de 2017, 175 países y territorios habían comunicado que no tenían poliovirus de tipo 2, ni salvajes ni de origen vacunal; 18, que sí los tenían, y 12 que estaban completando sus informes. Hasta el momento, 30 países han señalado 75 instalaciones esenciales que deben conservar poliovirus de tipo 2, pero algunos de ellos no han designado todavía la autoridad nacional encargada de certificar que estas instalaciones cumplen los requisitos de confinamiento descritos en el PAM III. Con el fin de ayudar a los Estados Miembros en sus esfuerzos por completar la Fase I del PAM III, la Secretaría está elaborando orientaciones para facilitar que las instalaciones identifiquen las muestras que probablemente contengan poliovirus de tipo 2; en dichas orientaciones se recomienda destruir estos virus o manipularlos en condiciones de seguridad y sin riesgos. Para ayudar a aplicar la Fase II, la Secretaría ha aumentado la concienciación sobre el confinamiento y ha reforzado la capacidad de los países impartiendo al personal de las autoridades nacionales encargadas del confinamiento y de las instalaciones esenciales para poliovirus una formación sobre la aplicación del PAM III y la certificación. En apoyo del Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus, la Organización ha publicado el Programa de Certificación del Confinamiento,² cuyo objetivo es ayudar a las autoridades nacionales encargadas del confinamiento a certificar que las instalaciones cumplen los requisitos descritos en el PAM III, en consulta con la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis. Además, se está impartiendo formación a los auditores encargados de verificar que tales instalaciones cumplen los requisitos. Se prevé que, gracias a esta ayuda, los Estados Miembros pertinentes completen la Fase I del PAM III y avancen en la Fase II, haciendo que las instalaciones implicadas participen oficialmente en el proceso de certificación.

PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN

20. En 2016 y 2017 se ha intensificado la planificación de la transición relacionada con la poliomieltis (denominada anteriormente «planificación del legado»). La planificación de la transición en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis tiene tres objetivos: 1) garantizar que las funciones esenciales para mantener al mundo libre de poliomieltis tras la erradicación se incorporen a los programas nacionales permanentes de salud pública; 2) asegurarse de que las enseñanzas extraídas de las actividades de erradicación de la enfermedad se asimilen y se compartan con otras iniciativas sanitarias y con todos los Estados Miembros, y 3) siempre que sea posible y procedente, planificar la

¹ Documento WHO/POLIO/15.05 http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/GAPIII_2014.pdf (consultado el 7 de marzo de 2017).

² El Programa de certificación del confinamiento destinado a prestar apoyo al Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus (GAPIII-CCS) disponible en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/02/CCS_2016EN.pdf (consultado el 8 de marzo de 2017) reemplaza la verificación por la OMS que certificaba que las instalaciones esenciales para poliovirus cumplían el GAPIII (anexo 4).

transferencia de capacidades, activos y procesos en apoyo de otras prioridades sanitarias. Además de los tres objetivos específicos del programa, se están realizando esfuerzos en toda la Organización para evaluar los riesgos financieros, programáticos, de recursos humanos y de capacidad de los países que conllevan la disminución de la financiación para la lucha contra la poliomielitis y el cierre final de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis que supondrá la erradicación de la enfermedad.

21. En abril de 2016, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis publicó presupuestos detallados para el periodo 2016-2019¹ en los que se mostraron los descensos del gasto para 2017 en cada país, región y actividad. Estos presupuestos representaron un impulso a los procesos nacionales de planificación de la transición, que debe dirigir cada país de acuerdo con sus planes y prioridades en materia de salud. Dichos presupuestos también ayudan a impulsar la planificación de los recursos humanos y la reducción del personal, con la consiguiente reducción de los pasivos que supondrán para la Organización los ceses en el servicio. Como señaló la Asamblea de la Salud en 2014,² la OMS es responsable de costos de indemnización importantes por la rescisión de contratos a consecuencia del cierre del programa, debido al gran número de contratos, tanto de funcionarios como de personal que no tiene condición de funcionario, que son financiados con fondos destinados específicamente a la lucha contra la poliomielitis, particularmente en la Región de África. En el anexo al presente documento se presentan los resultados de un estudio independiente realizado en septiembre de 2016 e información actualizada obtenida con posterioridad.

22. La OMS y otros asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis están proporcionando asistencia técnica a los Estados Miembros para que planifiquen la transición. Los 16 países que cuentan con la mayor infraestructura financiada con fondos destinados a la lucha contra la poliomielitis están elaborando sus planes de transición. A causa de la detección en Nigeria de poliovirus salvajes de tipo 1, la planificación de la transición ha avanzado a un ritmo más lento en ese país y en los demás países de la subregión del lago Chad; no obstante, este impulso no se debe interrumpir y la planificación debe continuar en el resto de países, en estrecha colaboración con otras partes interesadas pertinentes, entre ellas los donantes.

23. La OMS y otros asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis han puesto en marcha un proceso para elaborar planes de transición específicos de cada organismo. En 2016 se estableció en la sede de la OMS el Comité Directivo Mundial de Planificación de la Transición, en el que están representadas las regiones y los departamentos de la Secretaría pertinentes. Asimismo, se ha establecido a nivel de toda la organización un Grupo de trabajo sobre los recursos humanos para la transición mundial, encargado de identificar y gestionar los riesgos en materia de recursos humanos y los correspondientes pasivos (véase el anexo); se encargó un estudio independiente, realizado en septiembre de 2016, para evaluar las capacidades nacionales y los riesgos programáticos para la OMS y formular las recomendaciones pertinentes para que sean examinadas por el Grupo Mundial de Políticas de la Secretaría y los órganos deliberantes de la OMS. De conformidad con la decisión EB140 (4) (2016) del Consejo Ejecutivo, la Secretaría está preparando un informe sobre la planificación de la transición para su presentación a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud. A finales de abril de 2017 se celebrará una reunión de Estados Miembros para examinar el primer borrador de ese informe.

¹ Documento WHO/POLIO/2016.03 disponible en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/10/FRR2013-2019_April2016_EN_A4.pdf (consultado el 8 de marzo de 2017).

² Véanse el documentos A67/47 y el acta resumida de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, Comisión B, segunda sesión, sección 4 (documento WHA67/2014/REC/3) (disponible únicamente en inglés).

24. En 2016 se estableció una Junta Independiente de Seguimiento de la Transición cuyas funciones son la vigilancia y la orientación independientes de los aspectos tanto nacionales como mundiales de la planificación de la transición, así como la presentación de informes sobre la participación y los progresos alcanzados.

25. Como parte de las medidas de planificación de la transición a nivel nacional, regional y mundial, la Secretaría también está colaborando con sus asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para elaborar una estrategia de poscertificación que definirá y establecerá los costos de las funciones esenciales necesarias tras la certificación para mantener al mundo libre de poliomielitis. La elaboración de esta estrategia pasará por amplias consultas con todos los Estados Miembros y deliberaciones de los comités regionales previas a su finalización antes de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2018.

FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

26. Gracias al generoso y persistente apoyo de la comunidad internacional para el desarrollo, entre ellos Estados Miembros (en particular los países en los que la poliomielitis es endémica), organizaciones multilaterales y bilaterales, bancos de desarrollo, fundaciones y la Asociación Rotaria Internacional, se financió todo el presupuesto para las actividades previstas para 2016. Se están realizando esfuerzos para movilizar, para mediados de 2017, los US\$ 1300 millones adicionales¹ que se necesitan para financiar plenamente la ejecución del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final, y garantizar así que el mundo estará libre de la enfermedad de forma definitiva y que se procederá a la certificación mundial en 2020. Además de los significativos beneficios humanitarios que aportará la erradicación de la poliomielitis, también se obtendrán sustanciosos beneficios económicos. Si liberamos al mundo de la poliomielitis ahorraremos más de US\$ 50 000 millones (de los cuales ya se han ahorrado US\$ 27 000 millones), fondos que se podrán utilizar para atender otras necesidades acuciantes en materia de desarrollo y salud pública. A fin de lograr el objetivo de erradicar para siempre la enfermedad es fundamental movilizar rápidamente los fondos adicionales necesarios. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis publicó un argumentario en favor de la inversión² en la erradicación de la poliomielitis en el que se resume claramente la justificación económica y humanitaria del mantenimiento de la inversión en la Iniciativa.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

27. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe, incluida la información presentada en el anexo, y a que inste a los Estados Miembros a que velen por la plena aplicación de la resolución WHA68.3 (2015).

¹ La información más reciente sobre presupuesto y financiación está disponible en <http://polioeradication.org/financing/> (consultado el 7 de marzo de 2017).

² Disponible en <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/InvestmentCase.pdf> (consultado el 10 de abril de 2017).

ANEXO

RECURSOS HUMANOS DE LA OMS FINANCIADOS POR LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS: ACTUALIZACIÓN

1. En el presente documento se ofrece una actualización sobre los recursos humanos financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis,¹ tal como solicitó el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo.² El informe, del que tomó nota³ el Consejo en enero de 2017, tras su examen, también ha sido revisado teniendo en cuenta las observaciones hechas durante las deliberaciones del Consejo.
2. En respuesta al sexto informe anual del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión,⁴ en septiembre de 2016 se llevó a cabo un estudio independiente con la finalidad de proporcionar específicamente: una visión general actualizada de los recursos humanos de la OMS financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; una previsión actualizada de los pasivos financieros en distintos escenarios, y recomendaciones sobre las prioridades para reducir los pasivos y mejorar la planificación de los recursos humanos asignados a la lucha contra esta enfermedad.
3. En los párrafos siguientes se exponen las novedades más recientes relativas a la planificación de la transición para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, así como datos actualizados obtenidos con posterioridad a los del estudio independiente de septiembre de 2016.

PROGRESOS REALIZADOS EN LA GESTIÓN DE LA TRANSICIÓN

4. Se han tomado varias medidas y puesto en práctica iniciativas con el doble objetivo de dar forma al plan de transición a la era posterior a la erradicación de la poliomielitis y limitar la magnitud de los posibles pasivos resultantes de las separaciones del servicio del personal.
 - 1) La OMS ha establecido a escala de toda la Organización un Comité directivo de la planificación de la transición a la era posterior a la erradicación de la poliomielitis para garantizar que todos los niveles de la Secretaría tengan un conocimiento común de los importantes riesgos programáticos, organizativos y financieros que supone la reducción de los presupuestos y, finalmente, el cierre de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; para determinar los factores atenuantes, y para considerar la conveniencia de integrar en otros programas (por ejemplo, vigilancia, respuesta a los brotes, inmunización y sistemas de salud) las funciones esenciales y los recursos utilizados en la labor de erradicación de la enfermedad. En las regiones de África, Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental se han establecido comités similares para que elaboren planes de transición específicos para sus regiones y países.

¹ Documento EB140/46, anexo.

² Véase el documento EB140/5.

³ Véase el acta resumida de la 140.^a reunión del Consejo Ejecutivo, décima sesión, sección 1 (disponible únicamente en inglés).

⁴ Véase el documento EBPBAC24/2 http://apps.who.int/gb/pbac/pdf_files/pbac24/PBAC24_2-en.pdf (consultado el 8 de marzo de 2017).

- 2) Se ha creado un grupo de trabajo especial sobre recursos humanos que rinde cuentas ante el Comité directivo y se encargará de planificar y gestionar de forma proactiva los recursos humanos, con o sin condición de funcionario, del programa de erradicación, a fin de reducir la exposición a las indemnizaciones, así como de favorecer, en la medida de lo posible, su reasignación a otras áreas programáticas sin poner en peligro la consecución de la erradicación en los plazos establecidos.
- 3) El grupo de trabajo especial sobre recursos humanos ha creado una base de datos específica y actualizada continuamente sobre los recursos humanos dedicados a la poliomielitis. Dicha base de datos permite efectuar un seguimiento constante, producir cada mes un resumen gráfico para que sea examinado por los directores de los departamentos de Erradicación de la Poliomielitis y de Recursos Humanos, y seguir las próximas finalizaciones de contrato y jubilaciones, los nuevos puestos y los abolidos, y los costos de personal. La base de datos es la fuente de la información sobre los recursos humanos que se presenta en este informe y que ha sido conciliada con las cifras de estudios independientes presentados con anterioridad.
- 4) Los objetivos de reducción de presupuestos para 2016-2019 se han hecho llegar a todas las oficinas regionales y estas han empezado a planificar sus reducciones de personal.
- 5) La Oficina Regional para África ha contratado a un funcionario dedicado exclusivamente a la planificación de la transición, y ha implicado en el proceso a los jefes de todas las oficinas de la OMS en los países. Los planes para reducir en más de 100 miembros del personal la plantilla de las oficinas en los países (con la excepción de Nigeria y de los países en riesgo de la subregión del lago Chad) ya están en marcha en 2017, y en 2018 y 2019 se harán nuevas reducciones. Algunas de las reducciones quedan reflejadas en el presente informe, mientras que otras, todavía en curso, aparecerán en informes futuros, una vez que queden registradas por el Sistema Mundial de Gestión. La Oficina Regional para África está poniendo en marcha programas para ayudar al personal afectado a prepararse para trabajar fuera del programa de lucha contra la poliomielitis. Así, en Angola, Etiopía y la República Democrática del Congo se han llevado a cabo talleres sobre las entrevistas basadas en las competencias, la redacción de currículos y otras actividades de desarrollo profesional.
- 6) En la Región de Asia Sudoriental, la oficina de la OMS en la India ha iniciado el proceso de desmantelamiento gradual del programa de lucha contra la poliomielitis. En el contexto de esta transición, el gobierno federal y los gobiernos de los estados asumirán para 2020 hasta un 50% del costo del programa y de su infraestructura, incluido el personal. Además, se venderán o retirarán de la circulación todos los vehículos de la flota del programa de lucha contra la poliomielitis en la India y se subcontratará el servicio. En consecuencia, para finales de 2017 no se renovararán cerca de 300 acuerdos de servicios especiales con conductores.
- 7) La Directora General estableció en 2013 un fondo para ayudar a cubrir los costos de indemnización relacionados con el cierre del programa de lucha contra la poliomielitis. A finales de 2016, el fondo tenía un saldo de US\$ 20 millones, procedentes principalmente de fondos no gastados en tasas por puestos ocupados. Asimismo, la Directora General ha autorizado la asignación a dicho fondo de otros US\$ 20 millones identificados a principios de 2017 y procedentes de inversiones excepcionales e ingresos de divisas realizados en 2016. Así pues, la financiación total disponible para estos costos de indemnización se eleva en la actualidad a US\$ 40 millones. Se espera que a finales de 2019 este fondo para indemnizaciones disponga de los US\$ 55 millones necesarios para hacer frente a los costos por separación del servicio resultantes del fin del programa de lucha contra la poliomielitis. El estado del fondo para indemnizaciones es presentado cada año en los estados financieros comprobados de la OMS (nota 6.2.b del informe finan-

ciero de la OMS para 2016), y la actualización más reciente se presentará a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud.

8) Se está prestando apoyo técnico a los 16 países prioritarios que absorben más del 90% de los activos financiados por la Iniciativa para que elaboren planes nacionales de transición. Los progresos realizados en la elaboración y aplicación de los planes de transición están siendo seguidos por la Secretaría, tanto desde la Sede como a nivel regional.

9) Los Estados Miembros tendrán acceso continuo a los datos del programa de lucha contra la poliomielitis a través de un sitio específico que se está creando en el portal web de la OMS.

INVENTARIO DE LOS RECURSOS HUMANOS FINANCIADOS CON FONDOS DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

5. Basándose en los datos que se obtuvieron del Sistema Mundial de Gestión en el marco del estudio independiente y que se presentaron al Consejo Ejecutivo en enero de 2017,¹ la Secretaría ha creado una base de datos de recursos humanos que será la fuente utilizada en el seguimiento en curso y en la presentación de informes a los órganos deliberantes, y que servirá también para fundamentar la reducción sistemática del personal y la minimización de los pasivos para la Organización a medida que se vaya extinguiendo el programa OMS de lucha contra la poliomielitis.

Composición global del personal de la OMS financiado por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (a fecha de 20 de marzo de 2017)

6. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis financia 1346 puestos en la OMS, de los cuales 1080 están cubiertos en la actualidad.²

7. La mayoría (74%) de los puestos cubiertos corresponden a la Región de África, seguida de la Región del Mediterráneo Oriental (14%), la Sede (7%) y la Región de Asia Sudoriental (4%) (apéndice 1).

8. Más de la mitad de los miembros del personal de la OMS financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (55%) 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% (apéndice 2).

9. Los contratos del personal con condición de funcionario son temporales (22%) o a largo plazo (78%), y estos últimos se dividen a su vez en contratos continuos o de plazo fijo. Los mayores pasivos corresponden a los miembros del personal titulares de nombramientos continuos (56% del total de los miembros del personal).

10. El reparto del personal varía según la región y la oficina. La Región del Mediterráneo Oriental tiene más personal temporal que las demás, mientras que la Región de África tiene más personal con contratos a largo plazo (apéndice 3).

¹ Véase el documento 140/46, anexo.

² Fuente de todos los datos sobre el personal: base de datos del Sistema Mundial de Gestión, a 20 de marzo de 2017.

11. El costo del personal que trabaja en la lucha contra la poliomielitis fue de US\$ 99,4 millones a finales de 2016, cifra acorde con la prevista en agosto de 2016. Esta cifra excluye los costos del personal que carece de la condición de funcionario, que figuran en el Sistema Mundial de Gestión en las categorías de operaciones o actividades.

12. Gran parte del personal que trabaja en la erradicación de la poliomielitis, sobre todo en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, tiene contratos sin condición de funcionario:

- en la Región del Mediterráneo Oriental, en marzo de 2017, había 2606 contratos que no confieren la condición de funcionario, en comparación con 152 puestos de funcionario cubiertos; en esa cifra se incluyen más de 1500 titulares de acuerdos para la ejecución de trabajos en Afganistán y Pakistán, y 701 contratados a través de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos en Iraq, Pakistán y Somalia;
- en la Región de África se identificaron 2752 contratos que no confieren la condición de funcionario (a fecha de agosto de 2016), entre ellos 551 con acuerdos de servicios especiales, en comparación con 799 puestos de funcionario cubiertos en marzo de 2017;
- en la Región de Asia Sudoriental hay 1103 contratados sin condición de funcionario al abrigo de acuerdos de servicios especiales, un 90% de los cuales trabajan en la India.

13. 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, la razón entre el costo en funcionarios y en personal sin condición de funcionario disminuyó del 45% al 32%, y la proporción de estos últimos ha aumentado a cerca del 70% de los costos totales en personal.

14. Los datos sobre los contratos sin condición de funcionario son proporcionados por los coordinadores de los equipos de recursos humanos de las oficinas regionales y se compilan de forma manual, puesto que 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.

15. Sin embargo, el presente análisis se ha centrado en el personal titular de contratos que confieren la condición de funcionario, pues son el principal determinante de los pasivos y de la planificación de los recursos humanos.

Evolución de la dotación de personal financiado por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis

16. Como se comunicó al Consejo Ejecutivo en enero de 2017, el número de funcionarios de la OMS financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis había aumentado en un 10% (98 puestos) entre 2013 y 2016. Este aumento fue necesario para: reforzar la capacidad de las oficinas de la OMS en los países en los que la poliomielitis es endémica (Pakistán, Afganistán y Nigeria); responder a los brotes de poliomielitis en varios países de Oriente Medio en 2014, y en Nigeria en 2016; establecer en Ammán un centro regional para emergencias sanitarias y erradicación de la poliomielitis; planificar y llevar a cabo la retirada mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral; reforzar los sistemas de inmunización y la vigilancia en los países con alto riesgo, y elaborar directrices sobre el confinamiento de los poliovirus (en los laboratorios, por ejemplo) tras la interrupción de la transmisión.

17. Sin embargo, desde principios de 2017, cuando comenzó el dismantelamiento progresivo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en los países no endémicos, el número global de miembros del personal financiados por la Iniciativa ha disminuido en un 3%. La Sede y tres regiones tienen ahora menos puestos cubiertos que en agosto de 2016 y en la Región de África la reducción ha sido de 27 puestos (apéndice 4).

Dependencia de los fondos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para dotación de personal en las regiones y los países

18. El grado de dependencia de los fondos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para dotación de personal varía en función de la región: la Región de África tiene el mayor porcentaje de personal financiado por esta vía (31%) con respecto al total de su personal, seguida de la Región del Mediterráneo Oriental (16%) y la de Asia Sudoriental (7%).

19. Los países que más dependen de la financiación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis son Angola, el Chad, Nigeria y la República Democrática del Congo, con más del 50% del personal financiado por esta vía. En el Pakistán el porcentaje es del 48%. Además, hay países sin poliomielitis durante más de 10 años en los que la Iniciativa todavía financia entre el 20% y el 50% de los puestos; esos países tendrán que reducir rápidamente su dependencia de esta fuente de financiación en los próximos uno a tres años, de acuerdo con las reducciones previstas de la financiación para la lucha contra la poliomielitis.

20. La Secretaría está trabajando en todos sus niveles para superar los retos estratégicos que supone la disminución de la dotación de personal que se producirá en paralelo a la reducción de los presupuestos de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis en 2017-2019.

PASIVOS FINANCIEROS ASOCIADOS A LOS MIEMBROS DEL PERSONAL DE LA OMS FINANCIADOS CON FONDOS DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

21. Los análisis de las indemnizaciones por cese en el servicio se basan en los escenarios probables considerados en el estudio independiente presentado por vez primera a los órganos deliberantes de la OMS en 2013, y actualizado en el informe presentado al Consejo Ejecutivo en enero de 2017.

Previsión de costos máximos de indemnización

22. Basándose en el escenario más desfavorable, se estimaron en US\$ 109 millones los costos máximos de indemnización tras la finalización del programa en 2019 que suponían los puestos de funcionarios cubiertos a fecha de agosto de 2016. A pesar del aumento del número de funcionarios, esta estimación no representa un cambio significativo respecto a la de 2013 (US\$ 105 millones), a causa principalmente de:

- la mayor flexibilidad de los contratos, que, en el escenario más desfavorable, reduce en US\$ 4 millones los posibles pasivos con respecto a un escenario en el que se hubiera mantenido la misma proporción de contratos temporales que en 2013;
- el fortalecimiento del dólar estadounidense frente a las monedas locales; con un tipo de cambio constante, el montante de las indemnizaciones en el escenario más desfavorable sería US\$ 9 millones más elevado;

- una previsión más detallada de las indemnizaciones que permite adoptar medidas mitigadoras razonables y reducir progresivamente los recursos en el periodo 2017-2019 (información que no estaba disponible en 2013); según la nueva previsión, se deberán pagar indemnizaciones por un total de US\$ 55 millones en el transcurso de tres años.

23. Los elementos principales de este escenario son: 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 2016-2019,¹ 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) 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 con contratos de larga duración.

24. Estos escenarios y las indemnizaciones previstas, que figuran en el apéndice 5, se actualizarán en los informes periódicos sobre la poliomielitis que se presenten a los órganos deliberantes. Por el momento, el único cambio con respecto al informe presentado al Consejo Ejecutivo en enero de 2017 (documento EB140/46, anexo) es el relativo a la cantidad apartada para indemnizaciones por cese en el servicio, que ha pasado de US\$ 20 millones a US\$ 40 millones.

PRIORIDADES DE LA OMS PARA REDUCIR LOS PASIVOS Y MEJORAR LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS RELACIONADOS CON LA POLIOMIELITIS

25. Basándose en las demandas de los Estados Miembros y en la labor que está llevando a cabo el Comité directivo de la planificación de la transición, se han identificado las siguientes medidas que requieren una aplicación urgente y un seguimiento continuo.

Gestión de los recursos humanos

26. Nuevas medidas 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 lucha contra la poliomielitis (véase el párrafo 4);
- gestión proactiva de las vacantes, a fin de abolir los puestos innecesarios y limitar nuevos aumentos en la plantilla, al mismo tiempo que se mantiene al personal necesario para garantizar la interrupción de la transmisión y la respuesta a los brotes;
- búsqueda de medios para mejorar la supervisión y el seguimiento de los contratos de personal sin condición de funcionario, habida cuenta de su importancia para la planificación de la transición; actualmente, los datos relativos al personal que no goza de la condición de funcionario dependen de su recopilación manual a través de los sistemas de adquisiciones de los países y las regiones;

¹ Véase <http://polioeradication.org/financing/financial-needs/financial-resource-requirements-frr/gpei-requirements-2016-2019/> (consultado el 8 de marzo de 2017).

- la conexión con la red de áreas programáticas de la Secretaría para detectar las funciones esenciales financiadas con fondos dedicados a la lucha contra la poliomielitis que podrían integrarse en otros programas, y para estudiar y maximizar las posibilidades de reasignación interna de los funcionarios internacionales de la categoría profesional afectados por 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 (en el que periódicamente se presentará información actualizada al grupo de trabajo especial sobre recursos humanos) 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.

Gestión de los presupuestos

27. El Departamento de Erradicación de la Poliomielitis en la Sede, en estrecha colaboración con las oficinas regionales y con el Departamento de Planificación, Coordinación de Recursos y Monitoreo del Desempeño, ha garantizado que la reducción de los objetivos presupuestarios para la lucha contra la poliomielitis para 2017-2019 quede reflejada en los proyectos de presupuesto por programas que presenten las regiones y la Sede para el ejercicio 2018-2019.

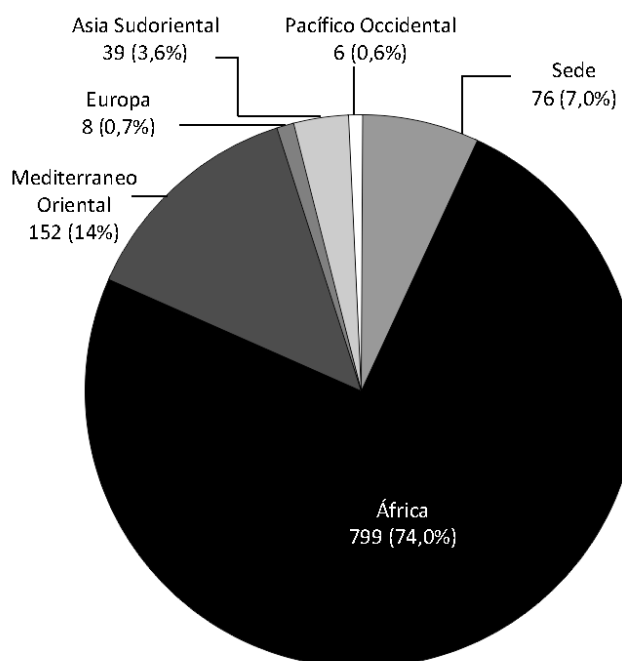
28. Habida cuenta de que muchas oficinas en los países y otros programas de salud dependen en gran medida del personal financiado por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y de sus recursos, el Comité directivo de la planificación de la transición está colaborando estrechamente con los programas técnicos de la Sede, las regiones y los países para determinar los riesgos programáticos derivados de la pérdida de los miembros del personal financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

Presentación de informes

29. La Secretaría seguirá presentando informes semestrales a los Estados Miembros y, según sean solicitados, informes sobre los progresos realizados en la limitación de los pasivos de la Organización y en el proceso de transición de los miembros del personal a otros puestos a medida que se acerca la certificación de la erradicación en los próximos años.

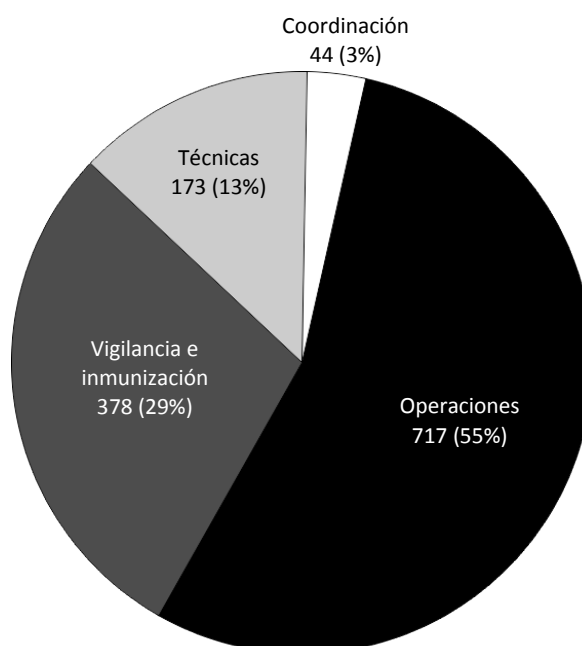
Apéndice 1

Distribución del personal por regiones



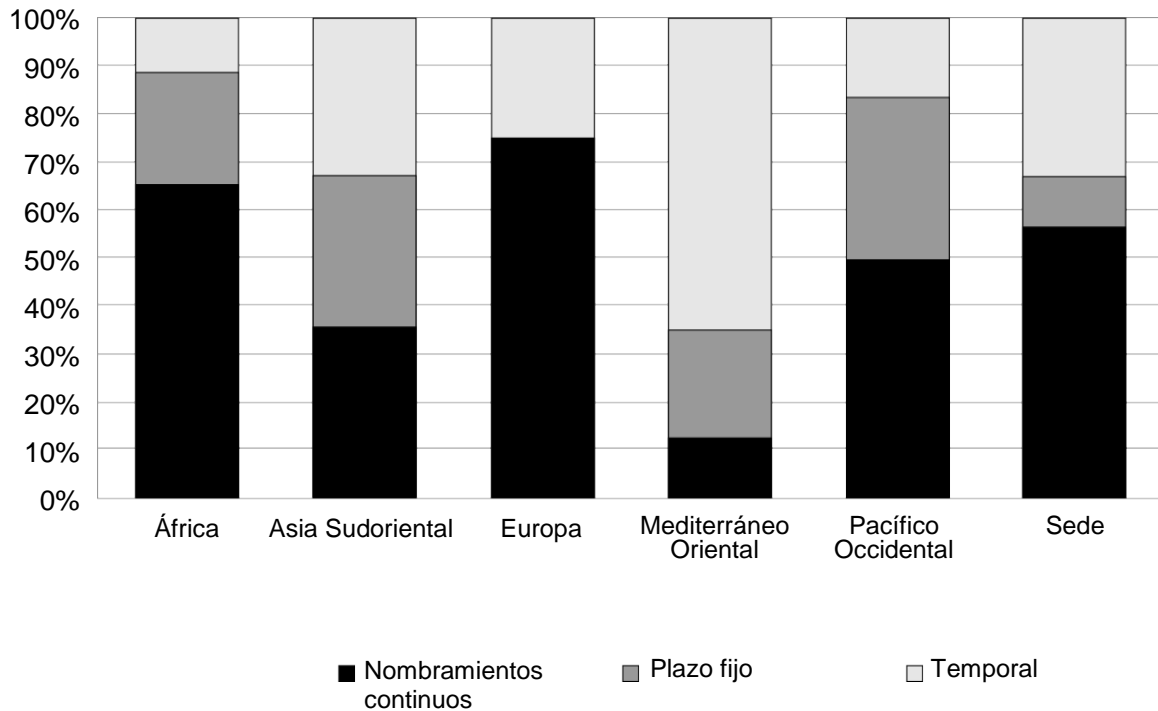
Apéndice 2

Distribución del personal por funciones



Apéndice 3

Contrato del personal por regiones (a escala del 100%)



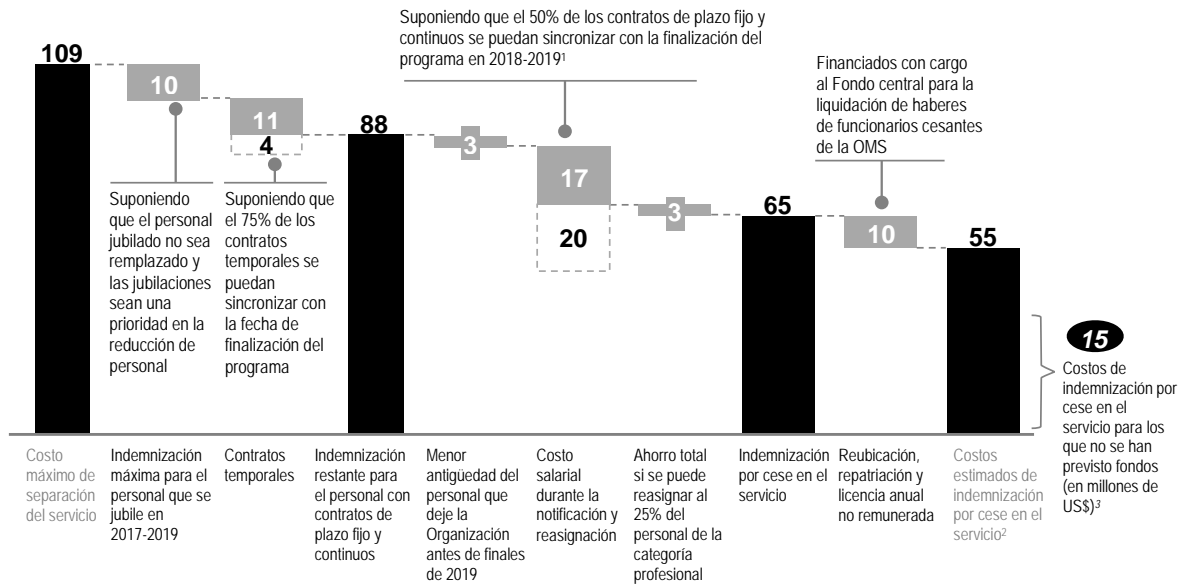
Apéndice 4

Plantilla por oficina y región

Oficina/Región	Plantilla			
	2013	2016	Marzo de 2017	2016-2017 Aumento/disminución
África	837	826	799	-3%
Asia Sudoriental	41	39	39	
Europa	12	9	8	-11%
Mediterráneo Oriental	76	155	152	-2%
Pacífico Occidental	3	6	6	
Sede	50	77	76	-1%
Total	1019	1112	1080	-3%

Apéndice 5

Escenarios máximo y «planificado» de las estimaciones de la exposición a las indemnizaciones: evolución de la estimación máxima de las indemnizaciones por cese en el servicio a un escenario de planificación proactiva y reducciones progresivas (estimación de 2016 respecto de los costos de separación del servicio para finales de 2019, en millones de US\$)



¹ Sin supuesto de sincronización en 2017.

² De los cuales, US\$ 6 millones en 2017, US\$ 7 millones en 2018 y US\$ 42 millones en 2019. Según las reglas actuales de recursos humanos; si se aplaza la ampliación de la edad de jubilación a 65 años, los costos de indemnización aumentarían en US\$ 3 - US\$ 4 millones.

³ Ya se han apartado US\$ 40 millones para indemnizaciones por cese en el servicio.

= = =