

Poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. Se han realizado notables progresos desde que, en 1988, la Asamblea de la Salud hiciera un llamamiento a la erradicación de la poliomielitis en el mundo.¹ En ese momento, la poliomielitis era endémica en más de 125 países de todo el mundo y, cada año, más de 350 000 niños sufrían una parálisis irreversible causada por poliovirus. Hoy en día, el nivel de transmisión de poliovirus salvajes es el más bajo jamás registrado, y solamente en áreas de tres países (Pakistán, Afganistán y Nigeria, en orden de carga de enfermedad) hay transmisión endémica. A fecha de 28 de septiembre, se habían notificado 26 casos de poliomielitis en el mundo. Actualmente solo se sigue detectando un serotipo salvaje (el poliovirus de tipo 1), puesto que 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 parálisis por poliomielitis causada por poliovirus salvajes de tipo 3. Se ha conseguido que 16 millones de personas que hubieran sufrido parálisis hoy puedan caminar con normalidad. Gracias a la administración sistemática de vitamina A durante las campañas de inmunización contra la poliomielitis se ha evitado que fallecieran alrededor de 1,5 millones de niños. La salud pública mundial está a punto de conseguir un éxito histórico.

2. Estos avances han sido posibles gracias a la red mundial de apoyo y compromiso de los interesados, principalmente de 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, unos fondos con los que también se podrán salvar vidas gracias a otras intervenciones.

3. En cambio, si no se logra este objetivo, los riesgos y las consecuencias serán significativos: la poliomielitis, una enfermedad que puede 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 no son consistentes, como demuestra el hecho de que, en agosto de 2016, se confirmaron tres nuevos casos de parálisis causada 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 el continente africano 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 los fondos necesarios para aplicar el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018.

¹ Resolución WHA41.28: Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000 (<http://www.who.int/ihr/polioresolution4128en.pdf>, consultado el 13 de octubre de 2016).

4. Sigue en vigor la declaración realizada en 2014 de la propagación internacional de poliovirus salvajes como emergencia de salud pública de importancia internacional, así como las recomendaciones temporales formuladas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Todos los países en los que hay circulación de poliovirus, ya 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 cualesquiera de los dos tipos de virus han declarado su propagación como emergencia nacional de salud pública.

5. 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 coordinada a escala mundial. Este fue el primer paso de la retirada escalonada de las vacunas antipoliomielíticas orales, que culminará con la supresión del uso de todas estas vacunas una vez que se haya certificado la erradicación de todos los tipos de poliovirus salvajes en todo el mundo. 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 albergan poliovirus de tipo 2 (salvajes, de origen vacunal o de la cepa Sabin), destruir los materiales innecesarios y confinar apropiadamente los materiales que se necesiten en instalaciones esenciales para poliovirus.

6. En 2016 se continúa agilizando la planificación de la transición (véanse los párrafos 19 a 22) a fin de garantizar que las funciones y los activos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se aprovechan en campañas más amplias de salud pública incluso después de la erradicación efectiva de la enfermedad.

7. Los asociados en esta Iniciativa siguen colaborando estrechamente con todos los Estados Miembros y con el conjunto más amplio de organismos internacionales de desarrollo para conseguir rápidamente los US\$ 1500 millones adicionales¹ necesarios para librar al mundo de la poliomielitis de forma definitiva.

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS SALVAJES

8. A fecha de 28 de septiembre de 2016 se habían notificado en el mundo 26 casos de parálisis causada por poliovirus salvajes (esta cifra refleja solamente los casos de parálisis iniciadas en el mismo año); en el mismo periodo de 2015 se habían registrado 74 casos. Todos estos casos se notificaron en el Pakistán, el Afganistán y Nigeria, y fueron causados por poliovirus salvajes de tipo 1. Hasta esa misma fecha se habían notificado tres casos de poliomielitis causada por poliovirus circulantes de tipo 1 de origen vacunal (todos ellos en enero de 2016, en la República Democrática Popular Lao), frente a los 32 casos causados por ese virus que notificaron siete países en 2015. En el transcurso de 2016 se han detectado dos casos de infección por poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal, detectados en el estado nigeriano de Borno (véase el párrafo 13).

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

9. Se continúa tratando al Afganistán y el Pakistán como un único bloque epidemiológico. A fecha de 28 de septiembre de 2016 se habían notificado en el Pakistán 14 casos de parálisis por poliomielitis, mientras que en 2015 se registraron en total 54 casos (32 de ellos en el mismo periodo). En el Afganistán se notificaron nueve casos hasta esa fecha de septiembre, frente a 20 casos en total en 2015

¹ Puede consultarse la información más reciente relativa a los fondos y los presupuestos en <http://polioeradication.org/financing/> (consultado el 13 de octubre de 2016).

(12 de ellos en el mismo periodo). Tanto el Afganistán como el Pakistán han progresado notablemente en los últimos seis meses y los grupos de asesoramiento técnico, tras analizar los datos epidemiológicos más recientes a mediados 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. Todavía hay dos reservorios de poliovirus salvajes: los corredores de Nangarjar-Jáiber-Peshawar y de Quetta-Gran Kandajar, que conectan ambos países. Es en estas áreas donde se centra actualmente la atención para mejorar el número y la calidad de las actividades.

10. En el Pakistán continúa descendiendo el número de casos de poliomielitis notificados. 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 aseguran un control casi instantáneo de las actividades y de 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 sigue mejorando el acceso a zonas antes inaccesibles. Los índices de cobertura de la vacunación son elevados en el corredor Peshawar-Jáiber y en el bloque de Quetta, pero esta cobertura es incompleta en Karachi en el norte de la provincia de Sindh, donde se ha comprobado que continúa habiendo transmisión.

11. En el Afganistán, la erradicación de la poliomielitis es la máxima prioridad en materia de salud pública. En 2015 y 2016, el Gobierno intensificó sus esfuerzos para lograr cuanto antes esta erradicación en todo el territorio a pesar de las múltiples complicaciones encontradas, entre ellas 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. Durante la estación de baja transmisión se han adoptado varias medidas para agilizar los progresos que permitan detener esta transmisión. Se establecieron centros de operaciones de emergencia 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 áreas geográficas delimitadas de las regiones oriental y meridional del país. Hasta la fecha, durante 2016 se han notificado nueve casos localizados solamente en cinco distritos; además, cabe señalar que cuatro de ellos se registraron en el distrito de Sheegal de la provincia de Kunar, una pequeña área geográfica donde, desde 2012, no se ha podido acceder para realizar campañas de vacunación.

12. En el caso de Nigeria, donde no se habían notificado casos desde julio de 2014, en agosto de 2016 se confirmaron tres nuevos casos debidos a poliovirus salvajes de tipo 1 en dos distritos de estado de Borno. Las pruebas de secuenciación genética de los virus aislados indican que están más estrechamente relacionados con una cepa de poliovirus salvaje de tipo 1 que no se había detectado en el estado de Borno en 2011. A causa de la imposibilidad de acceder a muchas áreas y de llevar a cabo actividades de vacunación y vigilancia de calidad suficiente en sectores vitales de Borno, es probable que esta cepa haya circulado desde entonces sin ser detectada. El Gobierno de Nigeria puso en marcha de inmediato una respuesta enérgica a este brote, siguiendo los protocolos internacionales pertinentes, que comprendió una amplia campaña suplementaria de inmunización en cinco tandas en la que se administraron vacunas antipoliomielíticas orales bivalentes a intervalos breves. Asimismo, se prevé realizar actividades adicionales en las que se administrará una vacuna con dosis parciales de poliovirus inactivados. El Gobierno declaró el brote como emergencia nacional de salud pública y, al mismo

tiempo, se están aplicando medidas adicionales para mejorar la capacidad de detección de los sistemas subnacionales de vigilancia. Estas medidas se inscriben en una respuesta regional más amplia al brote coordinada con los países vecinos, más concretamente en la subregión del lago Chad, que abarca también la región septentrional del Camerún, partes de la República Centroafricana, el Chad y la región meridional de 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 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 en todas las áreas. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha examinado y modificado los planes suplementarios 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 mantengan un alto nivel de inmunidad en su población.

Poliovirus circulantes de origen vacunal

13. A finales de 2015 y principios de 2016, los Estados Miembros afectados por brotes de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 intensificaron sus respuestas para interrumpir la circulación de estos virus antes de la sustitución sincronizada en todo el mundo de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente, que se ha llevado a cabo a principios de 2016 (véase el párrafo 5). En 2016 no se notificó ningún caso de poliomielitis causada por poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2. Solo en un país, la República Democrática Popular Lao, se ha registrado un brote de infección por poliovirus circulantes de origen vacunal (de tipo 1), si bien los últimos casos notificados en este país datan del 11 de enero de 2016. Sin embargo, la calidad de la vigilancia subnacional sigue adoleciendo de algunas deficiencias en áreas esenciales donde anteriormente se confirmó la circulación de poliovirus de origen vacunal, entre ellas partes del territorio de Guinea. En el estado nigeriano de Borno se detectaron poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 en dos ocasiones: 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 individuos infectados por poliovirus salvajes de tipo 1 (véase el párrafo 12), en el transcurso de la intensificación de las actividades de vigilancia en ese estado. Las pruebas de secuenciación genética de ambos virus de origen vacunal indican que han estado circulando en ese área por lo menos durante cuatro años; la detección más reciente de estos virus se había producido en la región septentrional de Nigeria en noviembre de 2014. Debido a que no ha sido posible acceder a muchas áreas ni llevar a cabo actividades de vacunación y vigilancia de calidad suficiente en sectores vitales de Borno, es probable que estas cepas hayan circulado sin ser detectadas entre la población de esas áreas inaccesibles. Una de las actividades de los planes de respuesta plurinacionales, que se continúan aplicando, es la mejora de la calidad de la vigilancia a nivel subnacional en la región del Chad que abarca el lago Chad, un área que se considera esencial. 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 con poliovirus de tipo 2 conservadas en la reserva mundial, para su uso en la respuesta.

14. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis está llevando a cabo una vigilancia activa para detectar la presencia de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal procedentes de cualquier fuente. Se prevé que se continúen detectando estas cepas durante 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 a los que se haya administrado esta vacuna continuarán excretando virus de esas cepas que estaban incluidos en ella. Ante cualquier detección de poliovirus de tipo 2 procedente de cualquier fuente se pone en marcha inmediatamente un nuevo sistema de gestión de incidentes a nivel mundial, regional y nacional 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, lo cual incluye acceder a la reserva mundial de vacunas orales monovalentes con poliovirus de tipo 2. En el marco de las actividades de respuesta desarrolladas en el Camerún (región del lago Chad), el Chad, Níger, Nigeria y el Pakistán se distribuyeron vacunas de esa clase que se conservaban en la reserva mundial. En la India, tras la detección de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, se llevó a cabo una campaña en que se administraron vacunas que contenían dosis parciales de poliovirus inactivados. De acuerdo con los datos más recientes, la vacuna oral monovalente con poliovirus de tipo 2 es más eficaz de lo que se suponía hasta ahora. Estos datos se presentarán en la próxima reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización, que se celebró en Ginebra del 18 al 20 de octubre de 2016, a fin de proponer que se revisen los protocolos de respuesta mundial a los brotes para que contemplen la reducción del número de tandas en las campañas suplementarias de inmunización.¹

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

15. En 2016 siguieron registrándose episodios de propagación internacional de poliovirus; esta propagación se produjo en ambos sentidos de la frontera común entre el Afganistán y el Pakistán. Para reducir al mínimo el riesgo y las consecuencias de que se produzcan nuevas propagaciones internacionales de poliovirus son necesarias las siguientes medidas: 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 la respuesta ante brotes, a fin de facilitar una respuesta rápida a los nuevos casos. Durante la teleconferencia celebrada el 11 de agosto de 2016 por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para examinar la propagación internacional de poliovirus se recomendó ampliar por tres meses las recomendaciones temporales.²

RETIRADA ESCALONADA DE LAS VACUNAS ANTIPOLIOMIELÍTICAS ORALES

16. La sustitución finalizada con éxito de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la vacuna bivalente (véase el párrafo 5) 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 excepto uno habían presentado informes en que verificaban, por separado, la retirada completa en el país de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente de los centros de prestación de servicios, así como su reemplazo por la vacuna bivalente. Este logro demuestra el nivel extraordinario de compromiso, mando y participación activa 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 tales riesgos. Se trata, además, de una estrategia esencial del Plan para poner fin a la poliomieltis, que respalda el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización y por la Asamblea de la Salud.

¹ El informe de la reunión estará disponible en el sitio web de la OMS, en <http://www.who.int/immunization/policy/sage/en/>.

² Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ih-ermergency/en/> (consultado el 13 de octubre de 2016).

17. Para preparar el paso a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, todos los países se comprometieron a introducir al menos una dosis de la vacuna con poliovirus inactivados en sus programas de inmunización sistemática. El grado de compromiso para alcanzar ese objetivo ha sido excepcional. En su reunión celebrada del 12 al 14 de abril de 2016, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización informó de que se había reducido el suministro de vacunas con poliovirus inactivados a causa de las dificultades técnicas encontradas por los fabricantes para aumentar la producción y señaló también que, probablemente, el suministro continuaría siendo inestable durante 2017.¹ El suministro de esta vacuna sigue siendo una prioridad para las áreas donde el riesgo de circulación de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal es más elevado, para los países donde se mantiene la transmisión endémica de poliovirus salvajes y para abastecer las existencias mundiales necesarias para hacer frente a posibles brotes. Se están realizando esfuerzos denodados para conseguir que el resto de países donde el riesgo es bajo reciban vacunas con poliovirus inactivados antes de finales de 2017. La Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomieltitis está estudiando con las oficinas regionales de la OMS y los Estados Miembros si es viable implantar estrategias de ahorro de dosis, como la administración intradérmica de dosis parciales de la vacuna con poliovirus inactivados. Varios Estados Miembros, en particular la India y Sri Lanka, están empezando a adoptar 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.

CONTENCIÓN

18. En 2016 se continuó avanzando en la contención de los poliovirus de tipo 2, de conformidad con el 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 poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de vacunas antipoliomielíticas orales (PAM III).² A fecha de 6 de octubre de 2016, 176 países y territorios habían comunicado que no tenían poliovirus de tipo 2, ni salvajes ni de origen vacunal; 18, que sí los tenían, y 11 que estaban completando sus informes. Hasta el momento, 20 países han señalado 55 instalaciones esenciales para poliovirus 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 con los requisitos de contención 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 en que la probabilidad de contaminación por poliovirus de la cepa Sabin 2 o de cepas similares es alta, moderada o baja. En esas orientaciones se recomienda destruir estos virus o manejarlos con seguridad y sin riesgos. Para ayudar a aplicar la Fase II, la Secretaría ha llamado a aumentar la concienciación sobre la contención y ha reforzado la capacidad de los países impartiendo al personal de las autoridades nacionales encargadas de la contención y de las instalaciones esenciales para poliovirus una formación sobre la aplicación del plan de acción mundial y sobre la certificación. Con la publicación en el marco del PAM III del Programa de Certificación de la Contención,³ cuyo objetivo es ayudar a las autoridades nacionales encargadas de la contención a certificar que las instalaciones cumplen los requisitos de contención descritos en ese Plan, en consulta con la Comisión Mundial de Certificación, se impartirá formación a los auditores encargados de verificar que tales instalaciones

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización, abril de 2016. Conclusiones y recomendaciones. *Weekly epidemiological record*, 2016, 21:266-284 (<http://www.who.int/wer/2016/wer9121.pdf?ua=1>) (consultado el 13 de octubre de 2016).

² Documento WHO/POLIO/15.05 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/GAPIII_2014.pdf) (consultado el 13 de octubre de 2016).

³ El Programa de Certificación de la Contención del PAM III anula y reemplaza el anexo 4 del Plan.

cumplen los requisitos. Se prevé que, gracias a esta ayuda, los Estados Miembros pertinentes completen rápidamente la Fase I del Plan de Acción Mundial y procedan a aplicar la Fase II, en la cual las instalaciones a las que se haya designado participarán oficialmente en el proceso de certificación.

PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN (LEGADO)

19. En 2016 se ha intensificado la planificación de la transición relacionada con la poliomielitis (denominada anteriormente «planificación del legado»). La planificación de la transición tiene tres objetivos: en primer lugar, garantizar que las funciones esenciales para que no se produzcan nuevos casos de poliomielitis en el mundo se incorporan a los programas nacionales permanentes de salud pública; en segundo lugar, asegurarse de que las enseñanzas extraídas de las actividades de erradicación de la enfermedad se aprovechan en otras iniciativas sanitarias y, por último, siempre que sea posible y adecuado, planificar la transferencia de capacidades, activos y procesos en apoyo de otras prioridades sanitarias. Además, se pretende reducir al mínimo los riesgos y sacar el máximo partido de las oportunidades que surjan a raíz de la erradicación de la poliomielitis.

20. 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 cada país debe dirigir de acuerdo con sus planes y prioridades en materia de salud. La OMS y los demás asociados en la Iniciativa están proporcionando asistencia técnica a los Estados Miembros en este proceso. Los 16 países que cuentan con la mayor infraestructura financiada con fondos destinados a la lucha antipoliomielítica están elaborando sus planes de transición. A causa de la detección en Nigeria de poliovirus salvajes de tipo 1, es posible que la planificación de la transición avance a un ritmo más lento 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.

21. La OMS y los demás asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis han puesto en marcha conjuntamente un proceso para elaborar planes de transición específicos de cada organismo para los activos financiados con fondos destinados a la lucha antipoliomielítica en el ámbito mundial y regional. En 2016 se ha establecido también un nuevo Comité 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. Como se señaló en la Asamblea de la Salud en 2014,² la OMS debe hacerse cargo de importantes costos de indemnización por las rescisiones de contratos debidas a la finalización del programa, ya que numerosos contratos tanto de funcionarios como de personal sin condición de funcionario se financian con fondos destinados a la lucha antipoliomielítica, sobre todo en la Región de África. En 2016 se ha reducido considerablemente el número de contratos de plazo fijo con respecto a 2013, un recorte que, junto con la planificación por adelantado, dotará a la Secretaría de mayor flexibilidad para reducir los costos de indemnización por cese del servicio al finalizar el programa.³

¹ Documento WHO/POLIO/2016.03, http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/FRR2013-2019_April2016_EN_A4.pdf (consultado el 13 de octubre de 2016).

² Véanse los documentos A67/47 y WHA67/2014/REC/3, actas resumidas de la Comisión B, segunda sesión, sección 4.

³ Para más detalles, consúltese el anexo al documento A67/47, Recursos humanos: informe anual (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_47-sp.pdf, consultado el 13 de octubre de 2016).

22. La Secretaría está redactando un documento de posición para toda la Organización en que explicará cómo se propone gestionar los riesgos y las oportunidades para la propia Secretaría asociados con la erradicación de la poliomielitis, así como el apoyo que prestará a los Estados Miembros. Las principales cuestiones de que tratará el documento son: la gestión de los riesgos para los programas y las oficinas en los países que actualmente dependen en gran medida de los activos y la infraestructura relacionados con la poliomielitis, la necesidad de que se mantengan las funciones esenciales de la lucha antipoliomielítica, y la gestión de la transición del personal financiado con fondos para la poliomielitis con su tratamiento correspondiente.

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

23. Gracias al generoso y persistente apoyo del conjunto internacional de partes interesadas en el desarrollo, entre ellos Estados Miembros, organismos multilaterales, bancos de desarrollo, fundaciones y la Asociación Rotaria Internacional, se financió todo el presupuesto para las actividades previstas para 2016. Los fondos disponibles en los países se utilizaron para luchar contra el brote registrado en Nigeria y, además, se hizo otro llamamiento¹ para financiar la respuesta al brote en la subregión del lago Chad. Se están realizando esfuerzos para movilizar los US\$ 1500 millones adicionales² que se necesitan para aplicar plenamente el Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y garantizar así que el mundo estará libre de la enfermedad de forma definitiva de aquí a 2019. Además de los significativos efectos positivos que aportará esta erradicación en el plano humanitario, este Plan reportará 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), unos fondos que se podrán utilizar para atender otras necesidades acuciantes en materia de desarrollo y de 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 supuesto de inversión³ para la erradicación de la poliomielitis en que se resume claramente la justificación económica y humanitaria del mantenimiento de la inversión en la Iniciativa.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

24. Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a instar a los Estados Miembros a que velen por la plena aplicación de la resolución WHA68.3 (2015).

= = =

¹ Disponible en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/20160906_AppealNigeria.pdf (consultado el 13 de octubre de 2016).

² Para consultar la información más reciente sobre presupuesto y financiación, sírvase consultar en <http://polioeradication.org/financing/> (consultado el 13 de octubre de 2016).

³ El supuesto de financiación está disponible en www.polioeradication.org/ResourceLibrary.aspx (consultado el 13 de octubre de 2016), si bien se está revisando el texto para tener en cuenta las respuestas a los brotes registrados en Nigeria y en la subregión del lago Chad.