

Poliomielitis: planificación de la transición

Informe del Director General

1. En mayo de 2017, la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la decisión WHA70(9), sobre Poliomiélitis: planificación de la transición, en la que se pedía al Director General, *inter alia*, que, para el final de 2017 elaborase un plan de acción estratégico para la transición, que se presentará a la consideración de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.^a reunión. La decisión pedía que se determinaran las capacidades y los activos, especialmente en los países, necesarios para mantener un mundo exento de poliomiélitis tras la erradicación, y sostener los progresos en otras áreas programáticas que podrían verse negativamente afectadas por la reducción de la infraestructura destinada a la erradicación de la poliomiélitis. También se pidió un presupuesto detallado de las capacidades y los activos, así como de la financiación que se podría necesitar para integrar algunos de los activos financiados con fondos para la lucha antipoliomielítica, en otras áreas programáticas.

2. El presente informe se deberá considerar como un documento en desarrollo, en el que se incluyen los componentes clave de un plan de acción estratégico que se ultimarán en la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud. El informe está armonizado con el proyecto de 13.^o programa general de trabajo 2019-2023 y procura responder parcialmente a las peticiones formuladas en la decisión WHA70(9). Además, ofrece información actualizada sobre los recursos humanos y la planificación presupuestaria relativa a la planificación de la transición tras la erradicación de la poliomiélitis. Los anexos proporcionan información detallada y enlaces web sobre procesos de ámbito nacional en curso que influyen en la transición.

TRANSICIÓN TRAS LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS: UNA NUEVA VISIÓN

3. La gestión de la planificación de la transición se basó inicialmente en la mitigación de los riesgos financieros, programáticos y relativos a la capacidad de los países y los recursos humanos, que afronta la Organización debido a la reducción y la finalización de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Este enfoque se centraba en la reducción del pasivo, pero la elaboración del 13.^o programa general de trabajo ofrece una oportunidad, y una nueva visión, para que las actividades de planificación de la transición respalden las tres prioridades estratégicas que pueden maximizar la contribución de la OMS al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

4. Para apoyar la primera prioridad estratégica, consistente en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, los recursos existentes en los países pueden ayudarlos a alcanzar el objetivo de no dejar a nadie atrás en áreas prioritarias tales como salud de la mujer, el niño y el adolescente; enfermedades transmisibles y actividades de inmunización; y, especialmente, a reducir las desigualdades en los países con infraestructura sanitaria relativamente deficiente. En muchos países en transición con respecto a la poliomielitis, el personal de lucha contra esa enfermedad ya está contribuyendo en otras áreas programáticas, entre ellas las de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y otras enfermedades transmisibles.

5. Para contribuir a la segunda prioridad estratégica, centrada en apoyar a los países en el fortalecimiento de los sistemas de salud y avanzar hacia el logro de la cobertura sanitaria universal, los recursos y funciones de la poliomielitis en los países serán cruciales para asegurar servicios de salud y medicamentos esenciales de alta calidad, en particular vacunas, especialmente en entornos frágiles.

6. Para apoyar la tercera prioridad estratégica de la OMS, consistente en salvaguardar al mundo de epidemias y otras emergencias sanitarias y velar por que las poblaciones afectadas por emergencias tengan acceso rápido a servicios de salud esenciales que pueden salvar vidas, en muchos países frágiles y afectados por conflictos serán esenciales las funciones básicas del programa de lucha contra la poliomielitis, incluidas las de coordinación, inmunización, vigilancia, servicios de laboratorio, respuesta y comunicación de riesgos. Las capacidades del programa de lucha contra la poliomielitis en los países también ayudarán a afianzar los progresos realizados por todos los países hacia el fortalecimiento de las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Los conocimientos y la experiencia de los funcionarios dedicados a la lucha contra la poliomielitis para hacer frente a problemas sanitarios relacionados con desplazamientos de poblaciones, incluidas las corrientes de refugiados, migrantes y desplazados internos, así como la vigilancia transfronteriza y las actividades de inmunización, también serán cruciales para alcanzar ese objetivo estratégico.

7. El proyecto de 13.º programa general de trabajo se basa en poner a los países en el centro de las actividades de la OMS. Por consiguiente, la ejecución con éxito del Programa General de Trabajo dependerá de la precisa adecuación de esfuerzos específicos para los contextos de diferentes países. Por lo tanto, se debería alentar la presencia de importantes recursos del ámbito de la poliomielitis en los países más vulnerables, frágiles y afectados por conflictos, con el fin de ayudar a la OMS a prestar apoyo operacional en esos Estados Miembros, con la plena asistencia de la comunidad internacional para el desarrollo. En el segundo nivel de países menos vulnerables en transición respecto de la poliomielitis, la OMS prestará asistencia técnica de alta calidad con el fin de asegurar que las capacidades de la esfera de la poliomielitis apoyen plenamente las prioridades de los países y, al mismo tiempo, satisfagan la necesidad de mantener la condición de exentos de poliomielitis tras la erradicación. En esos países habrá un proceso gradual de reducción de la financiación y la asistencia técnica, con firmes expectativas de que los gobiernos nacionales absorban a mediano plazo las capacidades y los costos de esos recursos cruciales, según se especifica en sus planes de transición. En el tercer nivel de países en transición respecto de la poliomielitis, los que cuentan con sistemas de salud mucho más firmes, suficiente personal capacitado y capacidades económicas más sólidas, la OMS se centrará en los servicios de asesoramiento estratégico, confiando en que esos gobiernos absorban y financien totalmente los recursos y capacidades concernientes a la poliomielitis necesarios para satisfacer sus prioridades sanitarias a corto plazo. La OMS prestará asistencia técnica con miras a fortalecer la movilización de financiación nacional y externa, prestar apoyo a los tres niveles de países en transición respecto de la poliomielitis y asegurar la sostenibilidad.

DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN ESTRATÉGICO SOBRE LA TRANSICIÓN RELACIONADA CON LA POLIOMIELITIS

8. Esta visión general de la transición relativa a la poliomielitis ayudará a despejar las preocupaciones de los Estados Miembros acerca de la necesidad de sostener los progresos realizados en otras áreas programáticas tales como la vigilancia de enfermedades; la inmunización y el fortalecimiento de los sistemas de salud; la alerta temprana y la respuesta a las emergencias y los brotes epidémicos, incluidos el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Asimismo, ayudará a mantener las funciones básicas relativas a la poliomielitis que serán necesarias para asegurar un mundo exento de poliomielitis tras la erradicación. Por último, posibilitará una planificación más coordinada de la financiación y presupuestación a largo plazo en el contexto de los presupuestos por programas para 2020-2021 y más allá.

9. Detalladas deliberaciones celebradas en la Secretaría, incluidas las oficinas regionales y en los países, permitieron identificar un conjunto inicial de prioridades programáticas y líneas de trabajo que se deben armonizar para la transición relativa a la poliomielitis. El plan de acción estratégico se centrará en la manera en que esas prioridades y líneas de trabajo se relacionan con la visión del proyecto de programa general de trabajo y la función de la OMS para subsanar las deficiencias. El presente informe procura describir los elementos clave del plan de acción estratégico, a fin de someterlo a la consideración de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, junto con un marco de aplicación y seguimiento.

ELEMENTOS DEL PLAN DE ACCIÓN ESTRATÉGICO

Planes nacionales para la transición relacionada con la poliomielitis, armonizados con la reducción de los recursos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis¹

10. Los recursos del programa de lucha contra la poliomielitis en los países abarcan «activos» y «funciones». Los activos incluyen todos los recursos humanos y la infraestructura física financiados y establecidos por el programa de lucha contra la poliomielitis en ese país, tanto en los ámbitos nacional como subnacional. Las funciones del programa de lucha contra la poliomielitis comprenden los sistemas, procesos y actividades cuyo funcionamiento depende de esos activos. La recopilación de información detallada sobre los activos y las funciones concernientes a la lucha contra la poliomielitis en los ámbitos nacional y subnacional ha sido una medida esencial en la planificación de la transición en los países. Los datos generados en ese proceso de identificación proporcionan puntos de referencia sobre la magnitud, la estructura, el lugar y las actividades del programa de lucha contra la poliomielitis en un país dado, junto con el costo estimado del mantenimiento de esos activos.

11. El proceso de identificación detallada demuestra que entre el 60% y el 90% del personal financiado en relación con la poliomielitis colabora en actividades generales de inmunización, prestación de servicios, vigilancia, gestión y operaciones. Las unidades de vigilancia son componentes esenciales de esos activos. Integradas por un funcionario médico de vigilancia, un asistente administrativo y un conductor, esas unidades realizan vigilancia activa basada en casos de parálisis flácida aguda y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (por ejemplo, sarampión, rubéola, encefalitis japonesa y tétanos neonatal). Estas unidades suelen ser el principal recurso de un país para responder a brotes importantes de enfermedades, desastres naturales y otras emergencias (por ejemplo, los brotes de cólera, paludismo y fiebre amarilla en Angola, y el terremoto en Nepal).

¹ Véase en el anexo 1 el resumen de la reducción de los montos presupuestarios correspondientes a los recursos de las oficinas de la OMS en los países no endémicos.

12. Aun cuando los recursos humanos son activos vitales financiados para luchar contra la poliomielitis sobre el terreno, la documentación ha revelado que la infraestructura física y los sistemas/procesos financiados para luchar contra la poliomielitis son igualmente importantes. En ausencia de infraestructura gubernamental apropiada (en particular, equipos de transporte y comunicaciones y suficiente capacidad de procesamiento de datos), las actividades de inmunización, vigilancia general de enfermedades y respuesta a los brotes en los países dependen en gran medida de activos físicos y equipos de la OMS financiados para luchar contra la poliomielitis. En muchos países (entre ellos Chad, Etiopía, República Democrática del Congo, y Sudán del Sur), solo se puede llegar a las zonas de difícil acceso gracias a la flota de vehículos todo terreno financiados por la OMS para luchar contra la poliomielitis. En algunos casos (por ejemplo, Chad y Etiopía), los locales de la OMS en el ámbito nacional o subnacional se financian total o parcialmente con recursos para luchar contra la poliomielitis. En el sitio web de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis está disponible un panorama general del proceso de identificación de activos detallado, realizado en 14 países prioritarios, con un desglose funcional y geográfico.¹

13. La mayor parte de los recursos proporcionados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se destinan al nivel de los países y permiten apoyar funciones que van más allá de la erradicación de la poliomielitis. La Iniciativa ha respaldado actividades de planificación de la transición relativa a la poliomielitis en 16 países prioritarios, que representan más del 90% de los activos financiados por la Iniciativa.² A fin de mitigar los efectos negativos de la prevista reducción de recursos para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se ha puesto en marcha un proceso orientado a desarrollar planes nacionales de transición en esos países,³ con el liderazgo de gobiernos nacionales y el apoyo de las oficinas regionales y en los países de la OMS y el UNICEF. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, por medio de su grupo de gestión de la transición, ha apoyado el proceso de planificación mediante directrices,⁴ asistencia técnica, comunicaciones y promoción, y ha realizado el seguimiento de los progresos a través de una serie de hitos.⁵

¹ Country transition planning (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/country-transition-planning/>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

² Siete países de la Región de África (Angola, Camerún, Chad, Etiopía, Nigeria, República Democrática del Congo y Sudán del Sur), cinco de la Región de Asia Sudoriental (Bangladesh, India, Indonesia, Myanmar y Nepal) y cuatro de la Región del Mediterráneo Oriental (Afganistán, Pakistán, Somalia y Sudán).

³ A escala mundial, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis hace un seguimiento de los progresos y presta apoyo solo a 16 países, en los que se concentra la mayor parte de sus recursos. Sin embargo, es importante señalar que las directrices publicadas por la Iniciativa en el contexto de la planificación para aprovechar el legado de la lucha contra la poliomielitis alientan a todos los países que reciben financiación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a que elaboren planes de transición. De hecho, la Oficina Regional para África ha priorizado, en sus iniciativas y estructuras regionales, a todos los países de la Región que reciben financiación para luchar contra la poliomielitis. Análogamente, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental está desarrollando un enfoque regional más holístico, dirigido también a otros países frágiles de la Región (entre ellos Iraq, República Árabe Siria y Yemen).

⁴ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, Polio legacy planning: guidelines for preparing a transition plan. Ginebra, 2015 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/TransitionGuidelinesForPolioLegacy.pdf>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

⁵ Hitos: 1) aumento de la sensibilización, 2) establecimiento de mecanismos de coordinación en los países, 3) identificación de activos, 4) determinación de las prioridades de los países, 5) establecimiento de una estrategia para adecuar los activos de la lucha contra la poliomielitis a las prioridades nacionales, 6) elaboración de un proyecto de plan de transición con presupuesto, y 7) finalización del plan de transición, incluidos los compromisos de financiación y un plan de ejecución.

14. Para diciembre de 2017, ocho países¹ tenían proyectos de planes de transición con cálculos de costos. La mayoría de esos planes eran anteproyectos con cálculos de costos preliminares. El plazo fijado, el final de 2017, para que los 14 países (excepto Afganistán y Pakistán, que comenzarán oficialmente la planificación cuando se haya interrumpido la transmisión de la poliomielitis) ultimen sus proyectos de planes con cálculos de costos, no se cumplirá.

15. Los países seguirán desarrollando esos planes en los seis meses siguientes, con amplias aportaciones de las partes interesadas. No obstante, los anteproyectos y el proceso de planificación ya ponen claramente de relieve los retos que plantea la incorporación de los activos y las funciones relacionados con la poliomielitis, en las estructuras sanitarias existentes en los países. Casi todos los proyectos de planes prevén una estrategia de creación de capacidad y financiación nacional a largo plazo en la que se prevé el suministro de fondos nacionales, pero a corto y mediano plazo (2-5 años), los planes dependen en gran medida de asistencia técnica y financiera externa.

16. Todos los países de la Región de Asia Sudoriental están realizando progresos y han desarrollado planes de transición en estrecha coordinación con sus gobiernos nacionales, siguiendo un enfoque adaptado a cada país. Los progresos han sido lentos en países muy frágiles (por ejemplo, Somalia), que afrontan múltiples problemas, en particular la limitada capacidad de planificación y absorción, la falta de opciones de financiación sostenibles, y las prioridades en pugna. Los proyectos de planes de otros países frágiles (tales como Chad, República Democrática del Congo y Sudán del Sur) revelan los riesgos relacionados con la aplicación y la sostenibilidad. En ausencia de un mayor sentido de pertenencia nacional y apoyo externo significativo, es muy probable que algunos de esos planes nacionales con cálculos de costos no lleguen a ejecutarse.

17. Habida cuenta de la inmediata falta de capacidad de los países para incorporar los activos y las funciones financiados para luchar contra la poliomielitis, los planes nacionales reflejan la expectativa de que la OMS mantenga su apoyo operacional en áreas clave, entre ellas las de inmunización, vigilancia integrada de enfermedades, prestación de servicios de atención primaria de salud y respuesta a emergencias. Se prevé que en los países frágiles ese apoyo será más amplio (incluidos elementos de fortalecimiento de los sistemas) y mucho más prolongado. En el anexo 2 se ofrecen detalles de los proyectos de planes nacionales, centrados específicamente en la manera de adecuar los activos dedicados a la poliomielitis, a las prioridades y opciones nacionales de financiación que se están examinando.

MANTENER UN MUNDO EXENTO DE POLIOMIELITIS TRAS LA ERRADICACIÓN

Proyecto de estrategia posterior a la certificación

18. Dado que el mundo avanza hacia la certificación de la erradicación del poliovirus salvaje, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha puesto en marcha un proceso orientado a definir las normas y orientaciones técnicas de las funciones básicas requeridas para mantener un mundo exento de poliomielitis. Esa orientación se puede encontrar en el proyecto de estrategia.²

19. La aplicación de la estrategia posterior a la certificación requerirá: *a)* planificación por parte de los ministerios de salud y finanzas, que deberán absorber los tres objetivos descritos más adelante (pá-

¹ Bangladesh, el Camerún, el Chad, la India, Indonesia, Myanmar, Nepal y la República Democrática del Congo.

² Polio post-certification strategy (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

rrafo 23) o seguir prestando su apoyo; *b*) planificación interna por parte de las organizaciones (actualmente asociadas de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, en particular la OMS y el UNICEF, y otras organizaciones que en la actualidad no participan en las actividades de erradicación de la poliomielitis) que respaldarán esas funciones y actividades; y *c*) planificación, por parte de nuevos asociados e iniciativas sanitarias, más allá de la alianza contra la poliomielitis, de la manera en que comenzarán a apoyar actividades en todo el mundo, tras la certificación.

20. El principal conjunto de criterios establecidos por la Comisión Mundial sobre la Certificación de la Erradicación como requisitos previos para la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis tienen la finalidad de demostrar la ausencia de poliovirus salvajes aislados de casos de parálisis flácida aguda (sospechosos de poliomielitis), personas sanas o muestras del medio ambiente, en todas las regiones de la OMS por un periodo de al menos tres años, con el nivel de vigilancia necesario para la certificación de alta calidad.¹ Además, se pondrá en marcha un proceso, en colaboración con la Comisión Mundial sobre la Certificación de la Erradicación y el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización, con miras a determinar los criterios y la metodología para validar la ausencia de poliovirus de origen vacunal tras la retirada mundial de la vacuna antipoliomielítica oral. Por consiguiente, algunas funciones y capacidades básicas relativas a la poliomielitis se deberán mantener a fin de completar el proceso de certificación de la erradicación de esa enfermedad, y asegurar que el mundo se mantenga exento de poliomielitis tras la certificación.

21. Especialmente en los países, se deberá mantener un conjunto de capacidades y activos que permitan sostener un mundo exento de poliomielitis (anexo 3). Si la transición no se planifica bien o no se ejecuta debidamente, los riesgos serán mayores en algunos de los países más pobres del mundo. La gestión de esos riesgos exigirá el liderazgo de las partes interesadas ajenas a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

22. Por consiguiente, la estrategia posterior a la certificación hace particular hincapié en la mitigación de riesgos, y las amenazas de reaparición del virus tras la certificación mundial se consideran en tres categorías: *a*) uso continuado de la vacuna antipoliomielítica oral; *b*) manipulación insegura de cualquier poliovirus; y *c*) transmisión no detectada. La estrategia describe de qué manera abordar, reducir, mitigar y, en la medida de lo posible, eliminar esos riesgos.

23. Con el fin de mitigar los riesgos presentes y futuros para el mantenimiento de un mundo exento de poliomielitis se han identificado los tres objetivos siguientes:

Objetivo 1. Confinamiento de poliovirus. La finalidad del primer objetivo consiste en lograr y mantener el confinamiento de poliovirus en laboratorios, fábricas de vacunas y otras instalaciones. Inicialmente se hará hincapié en la reducción del número de instalaciones que almacenen poliovirus y en la aplicación y el seguimiento de los requisitos de confinamiento, con las debidas salvaguardias.

Objetivo 2. Protección de las poblaciones. El segundo objetivo se orienta a proteger a las poblaciones, tanto en lo inmediato, contra la poliomielitis paralítica y el poliovirus de origen vacunal, mediante la preparación y coordinación de la retirada mundial de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, como, a largo plazo, contra cualquier reaparición de poliovirus, mediante el acceso a vacunas seguras y eficaces.

¹ Para la definición de erradicación como interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje, véase Smith, J., Leke, R., Adams, A., Tangermann, R. H. Certification of polio eradication: process and lessons learned. Bull World Health Organ. 2004;82:24-30 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/1/24-30.pdf>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

Objetivo 3. Detectar un evento relacionado con la poliomielitis y darle respuesta. El tercer objetivo se centra en la pronta detección de cualquier poliovirus en una persona o en el medio ambiente, mediante un sistema de vigilancia sensible, y en el mantenimiento de la capacidad y los recursos suficientes para confinar o responder eficazmente a un evento relacionado con la poliomielitis.

24. Según lo decidido por el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis en su reunión de octubre de 2017,¹ la alianza de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se centrará en definir las funciones técnicas necesarias tras la certificación, y movilizará financiación para las actividades que se realizarán hasta el cese de la utilización de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, previsto para un año después de la certificación.

25. Los recursos financieros requeridos para esas funciones cruciales relativas a la poliomielitis dependerán de la manera en que los futuros «encargados» determinen la organización y la gestión de los objetivos establecidos en la estrategia posterior a la certificación. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis facilitará estimaciones de costos para las actividades que se realicen desde la certificación hasta la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente. Además, se elaborará un modelo financiero separado, con estimaciones de costos de alto nivel a largo plazo para el periodo posterior a la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, para lo cual será preciso hacer conjeturas respecto de información adicional y decisiones clave que actualmente se desconocen.

26. El proyecto de estrategia posterior a la certificación propone que la aplicación de la estrategia y la materialización de la financiación prometida desde el abandono de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente y más allá, sea responsabilidad de los futuros encargados de las funciones establecidas en el presente documento. La transición o el traspaso de las funciones esenciales descritas en los tres objetivos de la estrategia posterior a la certificación, así como las actividades de gobernanza, gestión y elaboración de informes deben comenzar mucho antes de la disolución de la alianza.² Por consiguiente, es fundamental determinar quiénes son los responsables de estas funciones y actividades lo antes posible a fin de que se pueda realizar una evaluación de la capacidad, la competencia y el esfuerzo necesarios para que puedan llevarlas a cabo.

27. La propiedad y los recursos financieros de los gobiernos nacionales serán factores clave para alcanzar los tres objetivos de la estrategia posterior a la certificación y mantener un mundo exento de poliomielitis. En muchos países frágiles, la OMS desempeñará un papel crucial en la aplicación de la estrategia. En la OMS, entre las áreas programáticas que muy probablemente se harán cargo de esas funciones esenciales relativas a la poliomielitis se cuentan las de inmunización y emergencias sanitarias. Los modelos de actividades introducidos por esas dos áreas programáticas para fortalecer la capacidad de los países deberán tener plenamente en cuenta las consecuencias de la planificación de la transición relacionada con la poliomielitis, e incorporar la orientación proporcionada en la estrategia posterior a la certificación.

¹ Véanse las actas de la reunión del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis, 2 de octubre de 2017 (disponible en <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/pob-meeting-minutes-02102017.pdf>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

² Véanse las actas de la reunión del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis, 22 de abril de 2017 (disponibles en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/06/POB_Minutes_Mtg20170422.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

Fortalecimiento de la inmunización

28. El Plan de acción mundial sobre vacunas ha establecido metas ambiciosas dirigidas a mejorar el acceso a la inmunización y luchar contra enfermedades prevenibles mediante vacunación. A medida que se aproxima el plazo para cumplir la meta del Plan de acción 2020 se requieren esfuerzos acelerados que permitan mejorar el acceso a vacunas vitales. La capacidad de los asociados para el desarrollo será cada vez más crucial para apoyar esos esfuerzos.

29. Dado que nueve de los 16 países prioritarios para la transición en lo relativo a la poliomielitis son países africanos,¹ la reducción de recursos relativos a la poliomielitis plantea graves riesgos para los sistemas de inmunización de esos países y la capacidad de la OMS para apoyarlos.

30. Con miras a mitigar este riesgo, las oficinas regionales de la OMS para África y el Mediterráneo Oriental están elaborando un estudio de viabilidad destinado a movilizar el compromiso político y los recursos financieros necesarios para seguir apoyando a los 54 Estados Miembros del continente africano, a fin de que puedan alcanzar plenamente sus objetivos de inmunización. Este estudio de viabilidad se armonizará con la necesidad de transformar el ámbito y el calendario del apoyo que presta la Secretaría a los Estados Miembros, sobre la base de la madurez de los sistemas de salud y la visión del proyecto de 13.º programa general de trabajo, a fin de ayudarlos a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

31. El estudio de viabilidad propone que, con el fin de fortalecer el acceso a la inmunización, los países realicen progresos en lo relativo a seis componentes clave de los sistemas de inmunización: gestión y financiación de programas; prestación de servicios de inmunización e introducción de nuevas vacunas; vigilancia de enfermedades y gestión de brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación; gestión y análisis de datos; calidad, seguridad y reglamentación de las vacunas; y participación comunitaria.

32. Para los seis componentes clave se ha establecido una «planilla de madurez» de las actividades de inmunización de la OMS de cuatro niveles, con el fin de facilitar la identificación de las principales deficiencias y determinar el tipo de apoyo de la Secretaría que necesitarán los países de África para superar esas deficiencias. A fin de ayudar a los países de África a lograr el nivel deseado de madurez en los seis componentes clave de inmunización se han identificado siete funciones clave que permitirán prestar apoyo adecuado basado en el modelo de madurez del país.²

33. En los dos últimos decenios, la vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región de África ha recibido un firme apoyo financiero de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. El final de la Iniciativa plantea importantes riesgos para la red de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región de África, especialmente porque no se han identificado corrientes de financiación alternativas para apoyar las actividades de vigilancia. Dado que algunos países de la Región están dejando de recibir apoyo, tanto de la Alianza Gavi para las Vacunas

¹ Angola, el Camerún, el Chad, Etiopía, Nigeria, la República Democrática del Congo, Somalia, el Sudán y Sudán del Sur.

² Las siete funciones clave identificadas incluyen: 1) establecimiento de normas y pautas; 2) desarrollo de políticas y orientaciones basadas en pruebas científicas; 3) seguimiento y examen de la situación relativa a enfermedades prevenibles mediante vacunación, y evaluación de los progresos hacia el logro de las metas; 4) participación y promoción con gobiernos y asociados clave; 5) prestación de asistencia técnica y creación de capacidades; 6) suministro de material y equipo; y 7) ejecución de operaciones sobre el terreno. Este modelo operativo se centra en el apoyo normativo y técnico y en operaciones sobre el terreno realizadas por gobiernos o agentes no estatales.

como de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, o pronto no podrán acceder al apoyo de la Alianza Gavi para las Vacunas, la financiación se convierte en un problema aún mayor.

34. Por lo tanto, es imperativo desarrollar un modelo integral de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación, con estimación de costos, que señale la inversión necesaria para mantener un sistema de vigilancia sensible y eficaz y asegure una respuesta rápida a las amenazas para la salud pública nuevas y existentes planteadas por enfermedades prevenibles mediante vacunación en la era posterior a la erradicación de la poliomielitis.

35. En la Región de Asia Sudoriental, la colaboración con los gobiernos nacionales y los asociados para formular y armonizar las prioridades programáticas mediante los recursos destinados a la poliomielitis está dirigida a respaldar las actividades de inmunización relacionadas con la eliminación del sarampión y el control de la rubéola, y mejorar la cobertura de inmunización sistemática y la introducción de nuevas vacunas como prioridades clave.

Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante emergencias

36. En relación con el fortalecimiento de la capacidad nacional, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS determinó que, de los 16 países prioritarios para la planificación de la transición relacionada con la poliomielitis, seis eran de «prioridad 1», y cinco de «prioridad 2» (véase el anexo 6).

37. El modelo de actividades en los países propuesto por el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS se centrará en el análisis detallado, país por país, de la capacidad actualmente disponible en las oficinas de la OMS en los países, así como en el cálculo de la capacidad adicional necesaria para las funciones básicas de la OMS como organismo operacional en situaciones de emergencias. Además, se identificarán las capacidades actuales financiadas para luchar contra la poliomielitis en esos modelos de actividades en los países.

38. Algunos estudios sobre los países identificaron la necesidad de adecuar el modelo de actividades del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en los países, incluida la necesidad de seguir fortaleciendo las capacidades básicas de laboratorio, los sistemas de salud, la seguridad del personal y las capacidades en materia de seguridad, e incorporar puestos de coordinación sobre el terreno en lugares clave a nivel subnacional. Por otra parte, es preciso preservar las funciones concernientes al Programa Ampliado de Inmunización, vigilancia de enfermedades y apoyo operacional, que actualmente se mantienen en los programas de la OMS relativos a inmunización, vacunas y productos biológicos, y poliomielitis.

39. Esas capacidades permitirán la adaptación de la OMS a sus fines, particularmente en entornos frágiles. Tras la consolidación de las posiciones técnicas y operacionales en los países prioritarios, que incorporarán algunas de las funciones y capacidades relativas a la poliomielitis, será preciso elaborar un estudio de viabilidad con miras a asegurar la financiación constante.

40. Es necesario aprovechar activamente las oportunidades de sinergia entre la planificación de la transición relativa a la poliomielitis y los planes de creación de capacidad del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, mediante el desarrollo de un enfoque sistemático orientado a reasignar las capacidades y funciones del área de la poliomielitis a puestos básicos del Programa en los países prioritarios. La sostenibilidad a largo plazo de este modelo depende de nuevas contribuciones multianuales a las actividades de la OMS en situaciones de emergencia.

Otros elementos del plan de acción estratégico que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal

41. El proyecto de 13.º programa general de trabajo sitúa a los países como elemento central del proceso de programación de la OMS, abriendo con ello la interesante posibilidad de transferir capacidades y activos financiados con cargo a la lucha antipoliomielítica para respaldar las prioridades sanitarias de los países y ayudar a fortalecer sus sistemas de salud, con objeto de hacer realidad los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal, como se explica en el documento de proyecto de futuro de la alianza internacional UHC2030.¹ Con el plan de acción estratégico se explorarán vías para lograr una mayor eficiencia y sinergias entre el proceso de transición relativa a la poliomielitis y otras estrategias o procesos de cambio que están en curso y engloban al conjunto de la Organización, como se explica en las líneas que siguen.

Estrategias OMS de cooperación en los países

42. Las estrategias OMS de cooperación en cada país sirven para prestar apoyo a la política sanitaria del país en cuestión y a sus estrategias y planes en la materia.² Sientan las bases estratégicas para elaborar el plan de trabajo bienal del país y constituye el principal instrumento para armonizar el trabajo de cooperación de la OMS en el país con el de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas (a través del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo) y el de los asociados para el desarrollo. Los plazos son flexibles, lo cual permite adaptarse a los ciclos de planificación, presupuestación y asignación de recursos de los países (que suelen cubrir de cuatro a seis años).

43. Las estrategias de cooperación en los países proporcionan un marco de referencia desde el cual examinar sistemáticamente las prioridades sanitarias de los países y determinar aquellos ámbitos en que las capacidades y activos que hasta ahora se destinaban a la lucha contra la poliomielitis en los países prioritarios para la transición puedan ser redirigidos para secundar las antedichas prioridades y contribuir a los objetivos generales fijados en el proyecto de 13.º programa general de trabajo, sobre todo el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

44. En el anexo 4 se presentan las prioridades básicas que los 16 países prioritarios para la transición relativa a la poliomielitis han establecido en sus respectivas estrategias de cooperación como parte de su visión estratégica a medio plazo. Casi todas estas prioridades casan con las que figuran en los planes nacionales para la transición. La elaboración del presupuesto por programas 2018-2019 de la Organización se basó en esas prioridades señaladas en las estrategias de cooperación en los países, que pueden orientar el proceso de reasignar a otras áreas programáticas los recursos del programa de lucha antipoliomielítica.

¹ *Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2017 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_WEB2.pdf), consultado el 16 de diciembre de 2017.

² *Estrategia OMS de cooperación en los países. Guía de 2016*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253119/1/WHO-CCU-16.04-spa.pdf?ua=1>), consultado el 16 de diciembre de 2017.

Fortalecimiento de las capacidades básicas de los países para la plena aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

45. La aplicación en los países del Reglamento Sanitario Internacional (2005) es otro proceso fundamental que cabe alimentar con la transferencia de capacidades y activos de la lucha contra la poliomielitis para fortalecer los sistemas de salud nacionales.

46. Tras casi un decenio de aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y gracias a la experiencia adquirida en la gestión de emergencias de salud pública de importancia internacional, como la detección de la transmisión de poliovirus salvajes y de origen vacunal o el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental, se han aprendido muchas cosas. Algunas de estas enseñanzas pueden ser tenidas en cuenta integrando activos y funciones de la lucha antipoliomielítica en los sistemas de salud nacionales. En la recomendación 10.2 de su informe dirigido a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud,¹ el «Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado» daba claras indicaciones a los gobiernos de los países que están en fase de transición poliomielítica para que pudieran extraer pleno provecho de las capacidades y activos de que disponen para combatir la poliomielitis dedicándolos a respaldar la eficaz implantación de las capacidades básicas prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

47. En algunas de sus observaciones, el Comité de Examen también recalca la necesidad de una conexión más estrecha entre los servicios de laboratorio y los sistemas de vigilancia, a fin de conferir a la vigilancia un carácter más integrado. En este sentido puede resultar muy provechoso el uso de las capacidades de diagnóstico existentes en los laboratorios nacionales o de nivel intermedio y de las redes de vigilancia de dimensión subregional, nacional y comunitaria que se han costeadado con fondos de la lucha contra la poliomielitis. También es posible aprovechar activos y funciones de la lucha antipoliomielítica ligados a la gestión de datos, tanto en laboratorio como en actividades de vigilancia, para ayudar a los países a aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

48. El programa de lucha contra la poliomielitis ha acumulado una notable experiencia en labores de vigilancia comunitaria, sobre todo a escala local o de distrito, por lo que en futuras iniciativas de creación de capacidad en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional (2005) convendría aprovechar las enseñanzas extraídas de dicho programa o directamente hacer uso de las capacidades adquiridas con él para llegar y hacer participar a las comunidades en todos los niveles. Las necesidades en materia de capacidades básicas para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) deben ser integradas en los ciclos nacionales de planificación sanitaria y gubernamental, pasando para ello, por ejemplo, por la estrategia de cooperación en el país o el correspondiente plan nacional de transición relativa a la poliomielitis, de tal manera que las capacidades y activos de la lucha antipoliomielítica puedan ser útiles a los países para aplicar el Reglamento.

49. Hay 13 indicadores de capacidad básica que sirven para seguir de cerca la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).² La información sobre la situación de las capacidades básicas y las puntuaciones resultantes de las evaluaciones externas conjuntas de todos los países está a dispo-

¹ Véase el documento A69/21.

² Las 13 capacidades básicas son: legislación, coordinación, vigilancia, respuesta, preparación, comunicación de riesgos, recursos humanos, laboratorios, puntos de entrada, eventos zoonóticos, inocuidad de los alimentos, eventos químicos y emergencias radiológicas.

sición pública,¹ y en el anexo 5 se presentan estos datos en lo tocante a los países prioritarios para la transición relativa a la poliomielitis. Los valores promedio de los 13 indicadores de capacidad básica correspondientes a los 16 países en que se opera la transición relativa a la poliomielitis dejan clara la acuciante necesidad de reforzar las capacidades de esos países. El subconjunto de indicadores de capacidad básica que en principio guardan mayor relación con el periodo posterior a la certificación (coordinación, vigilancia, respuesta, preparación, comunicación de riesgos, recursos humanos y laboratorios) también pone de relieve la posibilidades que ofrece el uso de las capacidades existentes de lucha antipoliomielítica para subsanar ciertas fragilidades de los sistemas de salud de los países. En los informes resultantes de las evaluaciones externas conjuntas realizadas hasta la fecha se destaca la importantísima función de las infraestructuras y recursos de lucha contra la poliomielitis para las capacidades funcionales prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), extremo este que convendría resaltar claramente en los planes nacionales de emergencia elaborados tras las evaluaciones externas conjuntas.

Programa de transformación de la OMS: examen funcional de la capacidad de las oficinas de país en la Región de África

50. La Oficina Regional para África ha puesto en marcha un programa de transformación para el periodo 2015-2020.² Se trata, con este ambicioso plan, de renovar los procedimientos por los que la Secretaría de la OMS presta apoyo en la Región. Como parte de este proceso, lo que se espera de la OMS es que sea reactiva y cuente con los recursos adecuados para fortalecer los sistemas de salud, coordinar las labores de prevención y control de enfermedades y secundar un robusto programa de emergencias y seguridad sanitaria. Dentro de estas coordenadas, en 2017 se lleva adelante la segunda fase del examen funcional, centrada en las oficinas de la OMS en los países de la Región de África. La Oficina Regional ha finalizado el examen funcional en 13 países, entre los que figuran tres países prioritarios para la transición relativa a la poliomielitis (Etiopía, República Democrática del Congo y Sudán del Sur).

51. El examen funcional de las oficinas de país sirve para asegurar que la OMS cuente con personal y presupuesto suficientes para prestar apoyo al cumplimiento de las prioridades sanitarias del país anfitrión. Como parte del proceso de examen se evalúan por un lado las prioridades sanitarias del país, fijadas en la correspondiente estrategia de cooperación, y por el otro los planes de trabajo y presupuestos de la OMS, con el fin de lograr una correspondencia lo más estrecha posible entre la plantilla de la oficina y las prioridades del país.

¹ *International Health Regulations (2005) Monitoring Framework – country profiles* (<http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=1100>), consultada el 21 de diciembre de 2017.

² OMS. *The transformation agenda of the World Health Organization Secretariat in the African Region 2015-2020*. Brazzaville, Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/Transformation_agenda_english.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

52. Las oficinas en los países saben bien que el programa de lucha antipoliomielítica está reduciendo velamen, que su financiación se interrumpirá después de 2019 y que en última instancia está llamado a desaparecer. Pero también saben que hay un gran número de puestos financiados con cargo a este programa y de funciones relacionadas con él que pueden ser útiles para trabajar eficazmente en otras áreas programáticas y reforzar la capacidad de los países para hacer efectivo el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Entre tales puestos y funciones destacan los siguientes:

- técnicos de vigilancia, que también pueden trabajar para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y en actividades de inmunización sistemática y creación de capacidad a nivel local;
- administradores de datos, que pueden respaldar el trabajo sobre los sistemas nacionales de información sanitaria (como parte del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud);
- personal de logística y tecnología de la información, que puede secundar las actividades del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, en particular con el uso de estas tecnologías (sistema mundial de determinación de la posición) para la cartografía de casos en el curso de brotes;
- personal de apoyo a los programas (por ejemplo, conductores), que puede destinarse a actividades de vigilancia y de inmunización suplementaria y sistemática, entre otras;
- personal de gestión de programas o movilización de recursos, que puede respaldar las funciones generales de las oficinas, así como las iniciativas de los gobiernos para recaudar recursos a nivel interno.

53. Estos puestos dedicados ahora a la lucha antipoliomielítica y la necesidad de integrarlos en otras áreas programáticas serán tenidos en cuenta a la hora de determinar para cada país una estructura mínima de plantilla en función de su tamaño, así como el personal necesario para complementar esa estructura mínima dependiendo de las necesidades y de la prevalencia. Además, en la estructura de plantilla deseable para cada oficina de país de la OMS se preverá una parte de plantilla fija y otra variable, atendiendo a la vez a los requisitos mínimos y a las necesidades complementarias.

54. Con todo ello se trata de lograr que la capacidad operativa de la OMS sea acorde con la situación sanitaria del país anfitrión y sus necesidades y prioridades en la materia, lo cual exigirá cambios en la estructura de puestos, así como la creación de nuevos puestos y la supresión de otros.

55. Para asegurar que los países mantengan la condición de «libres de poliomielitis» y que las funciones básicas de la lucha antipoliomielítica pasen a integrarse en otras áreas programáticas secundadas por la OMS o en el sistema nacional de salud serán indispensables una estrecha coordinación con la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y un atento examen del proyecto de estrategia posterior a la certificación y de la plantilla que previsiblemente vaya a requerirse en cada país para aplicarla.

INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE RECURSOS HUMANOS Y PLANIFICACIÓN PRESUPUESTARIA

Recursos humanos

56. Los equipos de recursos humanos de la Sede y las oficinas regionales de la OMS trabajan en estrecha colaboración para gestionar activamente los puestos correspondientes al conjunto del programa y a todos los lugares de destino, teniendo en cuenta la mengua de los presupuestos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para el periodo 2017-2019. La Secretaría puede seguir de cerca la evolución del personal dedicado a la lucha contra la poliomielitis gracias a una base de datos específica sobre la cuestión, creada a tal efecto en 2017.

57. Se está privilegiando el objetivo de mantener el contingente de personal necesario para ayudar a los Estados Miembros a interrumpir con garantías la transmisión, responder a brotes y efectuar la vigilancia. En países donde la enfermedad no es endémica y países poco expuestos se están conservando aquellos puestos que aseguran una capacidad suficiente para la vigilancia continua, en particular en laboratorios, a la vez que gradualmente se van dejando de lado funciones menos esenciales. Todas las vacantes son objeto de análisis, tras lo cual se suprimen los puestos menos indispensables.

58. Como se observa en el cuadro siguiente, el número de puestos cubiertos ha decrecido ligeramente desde el informe de mayo de 2017 (de 1080 a 1037) y en un 7% desde 2016, a medida que se iba reduciendo el velamen del programa en países menos expuestos, donde la enfermedad no es endémica, y en la sede de la OMS. La mayoría de los cambios se dan a principios de año y de bienio. En el anexo 7 se presentan las cifras de puestos de funcionario de la OMS en las oficinas de país que van a sufragarse con cargo al programa de lucha contra la poliomielitis en 2017 y 2018.

Cuadro. Resumen de los puestos dedicados a la lucha antipoliomielítica por oficina principal (2016-2018)

Oficina principal	2016	Mayo de 2017	Enero de 2018	Evolución desde 2016
Sede	77	76	72	-6%
Oficina Regional para África	826	799	769	-7%
Oficina Regional para Asia Sudoriental	39	39	29	-26%
Oficina Regional para Europa	9	8	6	-33%
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	155	152	156	+1%
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	6	6	5	-17%
Total	1112	1080	1037	-7%

59. Se ha establecido en la OMS un fondo para imprevistos destinado a cubrir las obligaciones e indemnizaciones finales que se deriven del cese en el servicio de personal una vez haya quedado certificada la erradicación de la poliomielitis y se disuelva la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Se ha cifrado en US\$ 55 millones el costo de las obligaciones finales pagaderas, una vez cerrado el programa, a aquellos funcionarios que no encuentren acomodo en otro programa de la OMS. (El monto previsto de estas obligaciones será recalculado y comunicado a la 71.^a Asamblea

Mundial de la Salud en mayo de 2018). A finales de 2017 el fondo para indemnizaciones contará con una reserva de US\$ 50 millones. Por otra parte, y a fin de eliminar todo factor que pudiera disuadir a otros programas de contratar a miembros del personal procedente de la lucha antipoliomielítica, la Secretaría ha resuelto que, cuando estas personas sean contratadas en otras áreas programáticas de la OMS, el fondo de indemnización seguirá cubriendo las eventuales obligaciones finales a un nivel prorrateado entre el fondo de la poliomielitis y el nuevo programa, disposición esta que seguirá siendo aplicable hasta cinco años después de la fecha de traslado de la persona a su nuevo programa.

60. En 2017, la Oficina Regional para África suprimió 30 puestos de funcionario en oficinas de país (con exclusión de Nigeria y de los países expuestos aledaños al Lago Chad), lo que supone una reducción del 4%.¹ De cara a 2018, el número de puestos de funcionario en vías de supresión es de 36, una vez más con exclusión de Nigeria y de los países expuestos aledaños al Lago Chad. De ello se dará cuenta en informes ulteriores, cuando los puestos queden efectivamente vacantes una vez agotados permisos y derechos.

61. Conviene señalar que la Oficina Regional para África ha puesto en marcha programas para ayudar al personal afectado a prepararse para trabajar fuera del programa de lucha contra la poliomielitis y ha realizado talleres en los países que afrontan los recortes de puestos más importantes: Angola, Etiopía y la República Democrática del Congo.

62. La Oficina Regional para África también ha implantado un sistema para facilitar la captación de apoyo técnico prestado por personas que no tengan condición de funcionario. En octubre 2017, el número de personas que sin ser funcionarios prestaban servicios de apoyo técnico a la lucha antipoliomielítica era de: 459 personas en virtud de acuerdos de servicios especiales, 2265 en virtud de acuerdos para la ejecución de trabajos y tres consultores. El grueso de estas personas, entre ellas casi 2000 titulares de acuerdos para la ejecución de trabajos, trabaja en Nigeria. Estas cifras, que fluctúan en función de las campañas de lucha en curso, las prioridades de los países y las fechas de vencimiento de los contratos, se obtienen con periodicidad mensual. En informes ulteriores se ofrecerán cifras actualizadas e información sobre la evolución registrada al respecto.

63. En la Región del Mediterráneo Oriental, gracias a la intensa labor realizada para interrumpir la transmisión, se están manteniendo en gran medida los avances logrados (con dos países donde la enfermedad es endémica y un brote por poliovirus circulante de origen vacunal en la República Árabe Siria). La Oficina Regional ha creado un comité directivo regional para la transición relativa a la poliomielitis que tiene por cometido guiar la planificación de los recursos humanos y asegurar con ello que el programa de lucha antipoliomielítica no pierda personal de forma prematura y que la Organización pueda conservar a los más eficaces para cubrir las necesidades de otros programas. Además, han concluido sendos procesos de inventario de los recursos humanos en Somalia y el Sudán.

64. En la Región de Asia Sudoriental, la oficina de la OMS en la India lleva adelante un proceso de transición del programa de lucha contra la poliomielitis. El gobierno nacional y las administraciones estatales mantienen su empeño de incrementar gradualmente los recursos internos entre 2018 y 2021 para que el país permanezca libre de poliomielitis y a la vez siga avanzando en otras áreas programáticas. Como parte de este proceso de transición, en todo el país se están aprovechando los activos que hasta ahora se dedicaban a la lucha antipoliomielítica para apoyar otras varias actividades de salud pública. Velando por el pleno respeto de las prioridades marcadas, se sigue ahora un proceso por etapas para retirar la flota de vehículos y los servicios subcontratados de transporte adscritos hasta ahora al programa de lucha contra la poliomielitis.

¹ Al 21 de noviembre de 2017.

65. Ante la perspectiva de que en los próximos años vaya decreciendo gradualmente la «impronta» de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, el Departamento de Erradicación de la Poliomielitis de la OMS estudia el modo de transferir a otros programas complementarios de la OMS sus activos y funcionarios esenciales, costeados con el programa de lucha contra la poliomielitis, con el doble objetivo de mantener esas funciones básicas, y así librar al mundo de la enfermedad, y de fortalecer los sistemas de salud. Por ejemplo, mediante puestos financiados con cargo al programa de lucha contra la poliomielitis se vienen cumpliendo, además de tareas de erradicación e inmunización antipoliomielítica, otras funciones de suma importancia en países muy vulnerables, frágiles o en situación de conflicto, en los que se está reforzando la capacidad del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Es absolutamente indispensable que a lo largo de 2018 y 2019 esta labor vaya revistiendo un carácter cada vez más integrado, al servicio del proyecto común de «mantener el mundo a salvo» y «servir a los más vulnerables». A tal efecto, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y el programa de lucha contra la poliomielitis seleccionarán conjuntamente a funcionarios cualificados para destinarlos a puestos de nueva creación, acordes con los modelos de funcionamiento de cada país, en países muy vulnerables, frágiles o en situación de conflicto, con objeto de asegurar la planificación y ejecución conjuntas de operaciones de ámbito subnacional de vigilancia integrada de enfermedades, investigación de casos, inmunización de emergencia y prestación de servicios esenciales de salud a poblaciones vulnerables.

66. Para que los miembros del personal no pierdan motivación y no peligre la calidad de las actividades de vigilancia y de inmunización suplementaria y sistemática, la sede de la OMS trabaja con las oficinas regionales y los equipos de comunicación de las oficinas de país afectadas para garantizar que se transmitan mensajes claros a su personal, que lo mantengan informado de cuanto rodea el proceso de transición relativa a la poliomielitis. También está previsto armonizar estos mensajes con los del UNICEF en los tres niveles de la Organización.

67. Basándose en las previsiones sobre las capacidades nacionales necesarias para llevar adelante la estrategia posterior a la certificación y seleccionar instancia que puedan asumir las funciones esenciales de la lucha antipoliomielítica una vez disuelta la Iniciativa de Erradicación Mundial, el programa de lucha contra la poliomielitis trabajará con otras áreas programáticas, como la de inmunización o el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, para poner en común información pertinente sobre funcionarios cualificados, fondos disponibles a corto plazo (2017, 2018-2019), obligaciones finales y modalidades para transferir a esos funcionarios a otras áreas programáticas, ya sea con fórmulas de traslado lateral o brindándoles la oportunidad de competir por puestos vacantes en otras áreas. Esta estrecha colaboración entre la Sede y las oficinas regionales y de país de la OMS será fundamental para mantener al personal esencial y secundar muchos procesos de ámbito nacional destinados a acrecentar la asistencia técnica.

68. En la página web que se está creando sobre la transición relativa a la poliomielitis se publicará periódicamente información cualitativa y cuantitativa actualizada sobre los recursos humanos.

Planificación presupuestaria

69. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis es el programa operativo de mayor envergadura que se lleva adelante desde la OMS. Para el bienio 2018-2019, la erradicación de esta enfermedad representa alrededor de un 20% de los US\$ 4422 millones a que asciende el presupuesto total de la Organización. Teniendo en cuenta el gran tamaño del programa de lucha contra la poliomielitis, los cuantiosos fondos que destina a sufragar programas nacionales y el proceso en curso para reducirlo progresivamente hasta su «expiración» en 2020, es indispensable que las altas instancias directivas cuenten con información exacta, transparente y oportuna para orientar el programa en esta compleja coyuntura, asignar los recursos adecuados y dar cuenta de su aplicación. Además, el programa

debe hacer lo necesario para que la progresiva reducción de recursos no se traduzca en una pérdida de puestos que pueda repercutir negativamente en el eficaz cumplimiento de funciones esenciales de lucha antipoliomielítica.

70. Con el fin de abordar todas estas problemáticas, el programa de lucha contra la poliomielitis elaboró detalladas indicaciones para ayudar a 65 oficinas de país, amén de las seis oficinas regionales, a elaborar sus planes de trabajo para 2018-2019 de tal modo que estos propicien una labor eficaz de planificación, ejecución y seguimiento y se acompañen de los niveles de transparencia y rendición de cuentas que esperan tanto los donantes como los órganos deliberantes.

71. Los principales objetivos de los planes de trabajo contra la poliomielitis para 2018-2019 son:

- a)* prever con exactitud los costos y aprehender los gastos derivados de las actividades aprobadas de lucha contra la poliomielitis, los costos de recursos humanos, tanto en funcionarios como en no funcionarios, y los costos de las «operaciones sobre el terreno», en relación con la estructura del presupuesto de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, determinados con un nivel de detalle tal que facilite la rectoría de la Iniciativa;
- b)* facilitar las labores de seguimiento, presentación de informes y asignación de recursos a escala nacional, regional y mundial;
- c)* hacer lo necesario para que en los planes de trabajo consten con mayor claridad y exactitud las actividades de vigilancia de la poliomielitis y el personal dedicado a ellas;
- d)* aclarar la definición de «asistencia técnica» y distinguir esta de las «operaciones sobre el terreno»;
- e)* establecer y poner en práctica planes de trabajo operativos que revistan características homogéneas entre todas las oficinas, a fin de facilitar los procesos de seguimiento, información y evaluación de los programas a la escala de la Iniciativa en su conjunto;
- f)* tomar las decisiones de planificación y presupuesto que se requieran para poder instrumentar y proteger las actividades esenciales de lucha antipoliomielítica que deben seguir adelante durante todo el proceso de certificación.

72. Además de las orientaciones impartidas por el Departamento de Erradicación de la Poliomielitis, dentro de la red mundial de planificación hay una reflexión en curso sobre la conveniencia de elevar los topes presupuestarios de ciertas categorías del presupuesto para ayudar a acomodar mejor el proceso de transferencia de las capacidades de lucha contra la poliomielitis a otras áreas programáticas y categorías del presupuesto.

INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE LA LISTA PROPUESTA DE MEDIDAS DE LA SECRETARÍA (ENTRE EL 1 DE JUNIO Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017)¹

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

73. Al asumir el cargo, el Director General recibió un detallado informe del equipo que trabajaba sobre la transición relativa a la poliomielitis bajo la dirección del Director Ejecutivo de la Oficina del Director General, en el cual se destacaban los riesgos que conlleva el proceso de transición desde el punto de vista programático, financiero, de recursos humanos y por lo que respecta a las capacidades de los países y a los principales factores que pueden empañar la reputación de la Organización, y se indicaban los pasos subsiguientes requeridos por los Estados Miembros hasta la celebración de la reunión del Consejo Ejecutivo de enero de 2018. En el curso de ese encuentro el Director General estuvo de acuerdo en establecer un equipo dedicado específicamente a gestionar la planificación y realización de la transición.

74. Con posterioridad a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, la Oficina del Director General ha seguido supervisando la planificación del proceso de transición, y a tal efecto presidió en septiembre de 2017 una reunión del Comité Directivo Mundial de la OMS de Planificación de la Transición, con asistencia de todos los departamentos competentes de la sede de la OMS y las tres regiones afectadas (África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental), y presentó informes al Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión en sus reuniones de julio y octubre de 2017.

75. Con ocasión de la novena Reunión Mundial de Jefes de las Oficinas de País de la OMS, celebrada en Ginebra a finales de octubre 2017, se organizó a la hora del almuerzo un seminario sobre el proyecto de estrategia posterior a la certificación y las funciones y responsabilidades de la OMS para que el mundo siga libre de poliomielitis, en cuyo transcurso se habló también de las repercusiones que la transición podía tener en los países. Asistieron al encuentro los jefes de las oficinas de la OMS en los 16 países prioritarios, así como directivos de alto nivel de los departamentos relacionados con el tema (erradicación de la poliomielitis, inmunización y emergencias). El 12 de diciembre de 2017 se organizó una sesión informativa para dar cuenta a los Estados Miembros de las medidas instituidas desde la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, la elaboración del plan de acción estratégico y la forma de conciliar la transición relativa a la poliomielitis con las prioridades marcadas en el proyecto de 13.^o programa general de trabajo.

76. Los comités regionales de la OMS para África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental también debatieron sobre la transición relativa a la poliomielitis. En la 67.^a reunión del Comité Regional para África (Victoria Falls, Zimbabwe, 28 de agosto a 1 de septiembre de 2017), se instó a los Estados Miembros a que ultimaran sus planes para la transición. Además, la Directora Regional para África organizó una sesión informativa con los países prioritarios en la que se recalcó la importancia de la vigilancia en el contexto de la certificación de la erradicación. Con ocasión de la 64.^a reunión del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental (Islamabad, 9 a 12 de agosto de 2017), se organizó un encuentro paralelo sobre el proyecto de estrategia posterior a la certificación y la transición relativa a la poliomielitis presidido por el Director de Gestión del Programa de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental. En el mismo orden de cosas, durante la 70.^a reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental (Maldivas, 6 a 10 de septiembre de 2017) se habló igualmente de la transición, tema que, junto con el proyecto de estrategia posterior a la certificación, también se abordó en la 13.^a reunión

¹ Véase el anexo del documento de la Asamblea de la Salud A70/14 Add.1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_14Add1-sp.pdf), consultado el 16 de diciembre de 2017.

interpaíses de administradores nacionales del Programa Ampliado de Inmunización (Muscat, 10 a 13 de diciembre de 2017).

77. Está en vías de elaboración una página web dedicada específicamente a la planificación de la transición relativa a la poliomielitis, que estará encuadrada en el sitio web de la OMS y se alimentará con datos sobre el proceso de planificación de la transición en los 16 países prioritarios y otros datos y documentos relacionados con la cuestión. Esta página web será actualizada periódicamente.

78. En noviembre de 2017 se designó y estableció un equipo de la OMS encargado de la transición relativa a la poliomielitis para que, bajo la supervisión del Subdirector General de Iniciativas Especiales y con presencia de representantes de los programas pertinentes, trabaje en la finalización del plan de acción estratégico. Tras informar a los directores regionales para África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental de la reciente creación de este equipo en la Sede, se les ha pedido que nombren a un enlace regional para que permanezca en contacto con el equipo y se asegure de que los jefes de las oficinas de la OMS en los países reciban cumplida información sobre las medidas que deben adoptarse en cada país.

Coordinación de la planificación de los recursos humanos y la gestión del presupuesto

79. El grupo de trabajo sobre recursos humanos del Comité Directivo Mundial de la OMS de Planificación de la Transición ha empezado a efectuar un seguimiento sistemático de los planes regionales de recursos humanos, celebrando para ello teleconferencias bimensuales. Antes de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud se publicarán los informes trimestrales en la página del sitio web dedicada específicamente a la transición relativa a la poliomielitis.

80. Se han registrado ciertos avances en los planes de conservación, reciclaje y reconversión profesional del personal. En este sentido, la Oficina Regional para África actúa a escala regional en apoyo de los procesos de reconversión. El Departamento de Erradicación de la Poliomielitis y el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS han mantenido reuniones dedicadas a encontrar fórmulas para transferir personal de la lucha antipoliomielítica a las estructuras en los países del Programa de Emergencias Sanitarias, por ejemplo compartir con el Programa la base de datos de recursos humanos vinculados a la poliomielitis, comunicar activamente al personal dedicado a la poliomielitis los anuncios de vacantes del Programa o privilegiar su contratación para cubrir esas vacantes, o estudiar posibilidades para compartir costos y modificar las atribuciones definidas para los puestos en cuestión.

81. Los jefes de las oficinas de la OMS en los países se han hecho cargo de las comunicaciones con los miembros del personal y los interlocutores externos de cada país, pero será preciso elaborar un plan de comunicación institucional de la OMS acerca de la transición para garantizar la coherencia de los mensajes al respecto con la visión presentada en el proyecto de 13.^o programa general de trabajo.

82. Como parte de la planificación operativa para el bienio 2018-2019, en la red mundial de planificación se está debatiendo la revisión de los toques presupuestarios de otras áreas programáticas para que estas puedan absorber medios de acción destinados hasta ahora a la lucha antipoliomielítica. El Departamento de Erradicación de la Poliomielitis también ha facilitado a países y regiones una serie de útiles orientaciones para que formulen sus planes operativos y de recursos humanos para 2018-2019 de tal manera que funciones esenciales de la lucha antipoliomielítica, como la de vigilancia, queden protegidas ante la gradual reducción de los presupuestos de los países dedicados al tema y que otras actividades ajenas a la poliomielitis queden excluidas de la preparación del presupuesto al respecto.

83. También se ha empezado a deliberar sobre el modo de conseguir que en el proceso de planificación del presupuesto por programas para 2020-2021 se tengan en cuenta las necesidades ligadas a la transición y que en el proyecto de 13.º programa general de trabajo se incluya el cálculo de los recursos financieros que ello exige. Las necesidades para la transición se cubrirán como parte de los argumentos de inversión de la OMS de forma acorde con las prioridades marcadas en el proyecto de 13.º programa general de trabajo.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

84. Se invita al Consejo a que tome nota del informe y considere el siguiente proyecto de decisión:

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre la planificación de la transición relativa a la poliomielitis,¹ DECIDE:

- 1) reconocer la creación por el Director General de un equipo encargado de la planificación y gestión de la transición relativa a la poliomielitis, así como la elaboración de una visión y un marco estratégico de planificación de la transición;
- 2) tomar nota de que el presente informe da cumplimiento parcial a la petición formulada en la decisión WHA70(9) (2017) de la Asamblea de la Salud y pedir en consecuencia al Director General que presente a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud un detallado plan de acción estratégico sobre la transición relativa a la poliomielitis acorde con las prioridades y los enfoques estratégicos marcados en el proyecto de 13.º programa general de trabajo (2019-2023);
- 3) reconocer los progresos realizados en la elaboración de proyectos de planes nacionales de transición en los países prioritarios, reiterando que urge que los gobiernos de todos aquellos países que han puesto fin a la transmisión de poliovirus ultimen y aprueben su respectivo plan nacional;
- 4) acoger con satisfacción el proyecto de estrategia posterior a la certificación, instando a todos los Estados Miembros a que adopten medidas adecuadas para asegurarse de que sus planes para el sector de la salud a corto y largo plazo recojan la necesidad de mantener las funciones esenciales de lucha antipoliomielítica que sean necesarias para hacer realidad un mundo libre de poliomielitis;
- 5) pedir que periódicamente se comuniquen a todos los Estados Miembros los avances realizados en las labores de planificación de la transición relativa a la poliomielitis, y que a tal efecto se incluya regularmente información actualizada en la página web dedicada específicamente al tema y se organice una sesión informativa antes de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud;
- 6) pedir al Director General que se asegure de que la Secretaría, al planificar el presupuesto para el bienio 2020-2021, tenga en cuenta las necesidades de financiación ligadas al mantenimiento de las funciones esenciales de lucha antipoliomielítica, lo que incluye una eventual revisión de los techos presupuestarios con vistas a la integración de esas funciones esenciales en las áreas programáticas pertinentes;

¹ Documento EB142/11.

- 7) reconocer que el equipo encargado de la transición relativa a la poliomielitis necesitará recursos financieros adicionales para planificar, gestionar y aplicar eficazmente medidas de transición en los tres niveles de la Organización, y pedir en consecuencia al Director General que elabore un presupuesto e incluya esos costos en el plan de financiación del 13.º Programa General de Trabajo (2019-2023);

- 8) pedir al Director General que vele por que los temas de la planificación de la transición relativa a la poliomielitis y la poscertificación constituyan puntos permanentes del orden del día de todas las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS durante el periodo 2018-2020 y por que en el curso de esas reuniones la Secretaría presente detallados informes sobre los progresos realizados en relación con estas dos cuestiones técnicas.

ANEXO 1

**CIFRAS PRESUPUESTARIAS RESUMIDAS PARA LAS OFICINAS DE LA OMS
EN LOS PAÍSES NO ENDÉMICOS, EN RELACIÓN CON LA EXTINCIÓN
GRADUAL DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL
DE LA POLIOMIELITIS
(Miles de US\$)^a**

País	2016	2017	2018	2019
Angola	9968	7218	5626	4486
Bangladesh	2895	2038	1871	1739
Camerún	5085	3689	2430	2448
Chad	11 262	7071	5774	4965
Etiopía	31 858	19 341	4429	4482
India	23 060	19 555	17 749	16 303
Indonesia	17 534	907	890	881
Myanmar	1210	1007	962	930
Nepal	3504	3036	1129	1044
República Democrática del Congo	26 369	17 301	17 384	13 313
Somalia	15 580	10 040	7464	6546
Sudán	6441	6289	2380	2255
Sudán del Sur	11 687	5967	5368	2862

^a Las cifras presupuestarias para 2018-2019 están armonizadas con los recursos globales y pueden estar sujetas a cambios en función de las necesidades de los países endémicos.

ANEXO 2

RESUMEN DE LOS PLANES DE TRANSICIÓN DE LOS PAÍSES¹

País prioritario	Prioridades para la transición	Opciones de financiación consideradas
Bangladesh	Vigilar las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Prestar servicios de inmunización. Prestar servicios de salud materna e infantil.	Financiación externa hasta 2022 (de la Alianza Gavi para las Vacunas a través del apoyo al fortalecimiento del sistema de salud). Se prevé que el Gobierno asuma las funciones y la financiación en 2023 (fecha prevista de finalización del apoyo de la Alianza Gavi para las Vacunas).
Camerún	Mantener la condición de país libre de poliomielitis mediante el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización (especialmente en los distritos de alto riesgo y mediante el fortalecimiento de la atención sanitaria en la comunidad).	Estrategia detallada de financiación hasta 2021, con cálculos de costos; incluye las fuentes de financiación previstas (tanto nacionales como externas), que dependen en gran medida del apoyo de organismos asociados (OMS, UNICEF, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América).
Chad	Ampliar la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y de las enfermedades tropicales desatendidas, así como la inmunización.	Abarca el periodo 2017-2021 y depende exclusivamente del mantenimiento de la financiación y el apoyo técnico de organismos asociados (OMS, UNICEF); el Gobierno solo asumirá algunas funciones menores (como la microplanificación o la participación de la comunidad).
India	Vigilancia de las enfermedades transmisibles. Alcanzar el objetivo nacional de la plena inmunización (90%).	Abarca el periodo 2016-2026 (en dos fases), con una reducción gradual de las operaciones. Abandono completo y transferencia al Gobierno en 2026. El Gobierno incrementará su apoyo financiero del 10% al 50% en los próximos cinco años.
Indonesia	Conservar las funciones esenciales de la lucha contra la poliomielitis para mantener la condición de país libre de poliomielitis.	El programa ya ha efectuado la transición, y los activos y funciones ya están integrados en el Programa Ampliado de Inmunización y los programas de vigilancia del país. A través de la Secretaría de la OMS, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis está aportando una financiación limitada a la vigilancia, la capacitación y el apoyo de laboratorio. La situación de Indonesia se puede definir con exactitud como una planificación de la

¹ Esta información resumida se basa en los proyectos de planes de transición de los países, con cálculos de costos, que están siendo ultimados por los gobiernos en coordinación con las oficinas de la OMS y el UNICEF en los países, y con aportaciones de las partes interesadas. Para más detalles sobre los proyectos de planes y los progresos realizados en otros países puede consultarse el sitio web de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/country-transition-planning/>), consultado el 17 de diciembre de 2017.

País prioritario	Prioridades para la transición	Opciones de financiación consideradas
		«sostenibilidad», enfocada a la conservación de la funciones esenciales durante los próximos 5 a 10 años con el fin de mantener la condición de país libre de poliomielitis.
Myanmar	Ampliar la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y de las enfermedades tropicales desatendidas, así como la inmunización.	Abarca el periodo 2017-2021. Transferencia gradual de las funciones y la financiación, de modo que la OMS mantendrá durante algún tiempo el apoyo a las unidades funcionales y a las operaciones. Asunción plena por el Gobierno después de 2021. Se explora la opción de financiación externa con fondos de la Alianza Gavi para las Vacunas.
Nepal	Vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Prestación de servicios de inmunización. Salud materna e infantil (monitoreo de las muertes de menores de cinco años por diarrea y neumonía).	Abarca el periodo 2017-2021. El Gobierno asumirá gradualmente algunas funciones y la financiación de la red remodelada de lucha contra la poliomielitis. Pequeña financiación nacional catalítica (añadida como partida al presupuesto sanitario del país) que se incrementará gradualmente a lo largo del tiempo.
República Democrática del Congo	Inmunización y vigilancia.	Abarca el periodo que va hasta 2022, durante el cual los asociados en la ejecución financiarán y ejecutarán las actividades básicas. El plan incorpora una posible financiación nacional a plazo medio (incrementando el presupuesto sanitario para la inmunización).

ANEXO 3

**CAPACIDADES Y ACTIVOS NECESARIOS EN LOS PAÍSES PARA
MANTENER UN MUNDO EXENTO DE POLIOMIELITIS**

1. A continuación se presenta un análisis preliminar de las capacidades y activos necesarios en los países para mantener un mundo exento de poliomielitis tras la certificación, en relación con los tres objetivos fijados en la estrategia posterior a la certificación: confinamiento, protección de las poblaciones, y detección y respuesta.
2. La OMS tendrá un papel clave en el desempeño de esas funciones. El análisis proporciona una gama inicial de alto nivel de los costos estimados para esas funciones, extrapolados principalmente de los gastos reales, con el fin de establecer valores de referencia. Se están realizando proyecciones de costos a largo plazo más amplias, que estarán disponibles una vez finalizada la estrategia posterior a la certificación.

OBJETIVO 1: CONFINAMIENTO

3. Para la OMS, el confinamiento de poliovirus seguirá siendo una función básica y a largo plazo. Para mantener un mundo exento de poliomielitis es crucial asegurar que los poliovirus se confinen o se eliminen en laboratorios y fábricas de vacunas u otras instalaciones mediante *i*) validación del confinamiento de poliovirus de vacuna antipoliomielítica oral/Sabin tras el cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente y de la vacuna antipoliomielítica oral para responder ante brotes, y *ii*) seguimiento y apoyo respecto de la adhesión a largo plazo de instalaciones esenciales de confinamiento de poliovirus, con las salvaguardias apropiadas.
4. Los esfuerzos orientados a confinar el poliovirus salvaje de tipo 2/poliovirus de tipo 2 de origen vacunal circulantes y poliovirus de vacuna antipoliomielítica oral tipo 2/Sabin tipo 2 han avanzado significativamente desde la declaración de la erradicación del poliovirus salvaje de tipo 2, en septiembre de 2015, y la transición de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, realizada en mayo de 2016 de manera sincronizada en todo el mundo. Esos esfuerzos se rigen por el Plan de acción mundial de la OMS destinado a minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de un tipo específico de poliovirus salvaje y el cese secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral (GAPIII).¹ Ese Plan de acción mundial propone dos estrategias principales para el confinamiento eficaz:
 - a) reducir el número de instalaciones que almacenan o manipulan poliovirus; y
 - b) aplicar estrictas medidas de salvaguardia en las instalaciones de confinamiento que sigan manipulando poliovirus.

¹ OMS. Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de tipos específicos de poliovirus salvajes y el cese secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

5. Una vez erradicada totalmente la poliomielitis, solo deberían seguir manteniendo poliovirus¹ las instalaciones esenciales para poliovirus certificadas por sus respectivas autoridades nacionales para el confinamiento con arreglo a los requisitos del GAPIII y en consonancia con el Programa de Certificación del Confinamiento que se ejecuta en apoyo del Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus.²

Países con una instalación esencial para poliovirus

6. Las auditorías en el lugar son necesarias para evaluar de manera preliminar la aplicación adecuada del GAPIII en todas las instalaciones esenciales para poliovirus designadas.³ Las autoridades nacionales deberán planificar el seguimiento regular del confinamiento, a fin de asegurar que todas las instalaciones esenciales para poliovirus certificadas cumplan los requisitos, como parte de la continuidad del plan de mitigación de riesgos.

7. A tenor del GAPIII, en el caso de un fallo en el confinamiento, los países deberán ejecutar sus planes de contingencia ante una posible liberación de virus o exposición al virus, que deberían consignar las medidas y responsabilidades de la instalación, la institución, el Ministerio de Salud y otros organismos gubernamentales competentes. Los países que alberguen instalaciones esenciales de poliovirus deberán examinar y seguir minuciosamente las recomendaciones de la OMS relativas a inmunización contra la poliomielitis.⁴

Países que no albergan ninguna instalación esencial para poliovirus pero sí tienen una instalación no esencial para poliovirus

8. Los países que no albergan ninguna instalación esencial para poliovirus deberían asegurar que su condición de países exentos de poliomielitis no se ponga en riesgo por la repentina voluntad de una instalación de manipular poliovirus fuera del confinamiento, tras la certificación y el cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral.

9. Sin embargo, esos países deberían asegurar que conocen los requisitos de confinamiento y los planes de contingencia, en caso de fallos imprevistos, y que siguen las recomendaciones de la OMS relativas a la inmunización contra la poliomielitis.

¹ Al 31 de octubre de 2017, 174 Estados Miembros habían confirmado que no deseaban albergar una instalación esencial para poliovirus, y 12 Estados Miembros aún debían informar a ese respecto.

² OMS. Programa de Certificación del Confinamiento en apoyo del Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus (GAPIII-CCS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/CCS_19022017-SP.pdf), consultado el 21 de diciembre de 2017.

³ Al 31 de octubre de 2017, 27 Estados Miembros notificaron que deseaban mantener poliovirus de tipo 2 en 91 instalaciones esenciales para poliovirus designadas. Ese número podrá variar a lo largo del tiempo.

⁴ Para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Secretaría está fortaleciendo la capacidad técnica de las autoridades nacionales en lo relativo a confinamiento, mediante la capacitación de auditores del GAPIII y el Programa de Certificación del Confinamiento. Además, la Secretaría está desarrollando un protocolo de gestión de la salud pública para el caso de un fallo en el confinamiento de poliovirus, centrado inicialmente en el poliovirus de tipo 2.

Función propuesta para la OMS en la aplicación del objetivo 1

10. La OMS seguirá apoyando las funciones clave más allá de la certificación y del cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral, para lo cual:

- abogará por reducir el número de instalaciones esenciales para poliovirus a un mínimo absoluto (por ejemplo, 20) a fin de minimizar el riesgo global;
- prestará asistencia técnica a las autoridades nacionales en lo que respecta a confinamiento, y respaldará el mejoramiento de la capacidad de auditoría del GAPIII en los países;
- mantendrá la supervisión mundial e independiente del confinamiento;
- preservará el confinamiento como una función básica de la OMS;
- desarrollará o actualizará documentos de referencia sobre confinamiento, según proceda.

Costos estimados

11. Los cálculos de costos (cuadro 1) se estiman sobre la base de la información proporcionada por los organismos nacionales de reglamentación para las auditorías de buenas prácticas de fabricación *in situ*. No obstante, pronto estará disponible un análisis de costos de las instalaciones esenciales para poliovirus y las autoridades nacionales de confinamiento (realizado por el Programa de Tecnología Sanitaria Apropiable de la Fundación Bill y Melinda Gates).

Cuadro 1. Gama estimada de costos, duración necesaria de la financiación, y entidad de ejecución

Entidad	Función/asunto	Gama estimada de costos (por instalación esencial para poliovirus y por año)	Tiempo que se necesitará la función	Ejecutada por
Países con una instalación esencial para poliovirus	Auditoría <i>in situ</i> Evaluación sistemática y evaluación de la variación sin auditoría <i>in situ</i>	US\$ 20 000-40 000 US\$ 1000-2000	En curso, mientras existan las instalaciones esenciales para poliovirus	Estados Miembros
Países que no tienen instalaciones esenciales para poliovirus	Vigilancia de poliovirus como parte de la vigilancia nacional	Ningún costo adicional de confinamiento		

Costos de la Secretaría de la OMS

Actividad	Gama de costo anual estimada	Duración
Política de confinamiento, servicios de secretaría para el Grupo consultivo sobre confinamiento, la Comisión Mundial de Certificación y el Grupo de trabajo sobre confinamiento; revisión de documentos de referencia, capacitación y mantenimiento de un equipo de auditores internacionales, y asistencia técnica a los Estados Miembros que albergan instalaciones esenciales para poliovirus	US\$ 3-5 millones, incluidos personal y actividades, reducción de horas extraordinarias a medida que la mayoría de las instalaciones cumplan los requisitos	Mientras se utilicen poliovirus vivos

OBJETIVO 2: PROTECCIÓN DE LAS POBLACIONES

12. En última instancia, la eliminación total de la poliomielitis parálítica y el mantenimiento de la erradicación del poliovirus salvaje requieren el cese del uso de vacunas orales con poliovirus vivos en todo el mundo y la continuación de la inmunización con otras vacunas antipoliomielíticas seguras y eficaces. Ese doble esfuerzo (el retiro de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente y el uso generalizado de la vacuna antipoliomielítica inactivada en la inmunización sistemática dirigida a lograr el 90% de seroconversión para cada niño totalmente vacunado) mitigará los riesgos de poliomielitis parálítica de origen vacunal y por poliovirus vacunales de los tipos 1 o 3, al tiempo que protegerá contra la posible reintroducción de poliovirus salvaje.

Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente

13. Mientras que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis estableció en 2005 un marco general para la retirada final de la vacuna antipoliomielítica oral tras la certificación, las enseñanzas adquiridas en el paso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la bivalente proporcionan directrices suplementarias para el cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente. Sin embargo, la retirada de la vacuna bivalente tras la certificación mundial plantea un nuevo desafío: el cese total, no simplemente un cambio, del uso de vacunas antipoliomielíticas con virus vivos.

14. A fin de maximizar la inmunidad de la población ante los poliovirus de los tipos 1 y 3, la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente en los países se deberá programar lo antes posible tras la certificación mundial; lo ideal sería en un plazo máximo de 12 meses. En la actualidad, 144 países y seis territorios de todo el mundo están utilizando la vacuna antipoliomielítica oral y, en ese contexto, deberán participar en este cambio mundialmente sincronizado a menos que cambien a un programa de vacunación exclusiva con la vacuna antipoliomielítica inactivada antes del cese. Los países con bajas tasas de cobertura con la vacuna antipoliomielítica inactivada también podrían tener que planificar campañas de vacunación para reforzar los niveles de inmunidad antes de la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral.

15. La retirada de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 de manera sincronizada en todo el mundo puso de relieve la importancia de destinar tiempo y recursos suficientes para la preparación y la coordinación entre los asociados. La preparación mundial para esta actividad compleja desde el punto de vista operacional deberá comenzar con bastante antelación (18-24 meses) a la aplicación; los retrasos en la fijación de la fecha de cese del uso tendrán consecuencias financieras y pueden incrementar las probabilidades de riesgo para la reputación institucional.

Vacuna antipoliomielítica inactivada en la inmunización sistemática tras el cese

16. El Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización indicó que los países deberían tratar de alcanzar la inmunidad individual durable proporcionando al menos el 90% de seroconversión y elevados títulos de anticuerpos de los tres serotipos de poliovirus.

17. A tal fin, el Grupo de Expertos recomienda que los países que utilizan una vacuna antipoliomielítica inactivada aislada incluyan al menos dos dosis de esa vacuna en sus programas de inmunización sistemática; la primera a las 14 semanas, o después (o sea, con la segunda o tercera dosis de la difteria-pertussis-tétanos (DTP) o vacuna que contenga la DTP), y la segunda dosis a los cuatro meses, o más, de la primera dosis, administrada como dosis completa o dosis fraccionadas. Los países que no cuenten con instalaciones esenciales para poliovirus deberán mantener la vacuna antipoliomielítica inactivada en sus programas de inmunización sistemática al menos 10 años después de la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral, y los países que alberguen ese tipo de instalaciones deberán seguir utilizando la vacuna antipoliomielítica inactivada por más tiempo, según se describe en el GAPIII. El Grupo de Expertos aún no ha publicado orientación sobre la combinación de vacunas que incluye la vacuna antipoliomielítica inactivada.

18. En la era posterior a la certificación, el logro y el mantenimiento de una elevada cobertura de inmunización con la vacuna antipoliomielítica inactivada exigirán una amplia coordinación en los niveles global y nacional y, en última instancia, comunitario. La Alianza Gavi para las Vacunas y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis han puesto en marcha un proceso mundial llamado *The IPV Supply and Procurement Roadmap* (Hoja de ruta para el suministro y la adquisición de la vacuna antipoliomielítica inactivada), con el fin de analizar la dinámica de la oferta y la demanda de vacuna antipoliomielítica inactivada. La hoja de ruta tiene la finalidad de identificar medidas que puedan afectar positivamente el mercado de esa vacuna mediante el aumento de la oferta, el mejoramiento de la fijación de precios y el fomento de la disponibilidad de nuevas vacunas innovadoras. Esto contribuirá a orientar la planificación en lo concerniente a la vacuna antipoliomielítica inactivada para la era posterior a la certificación.

Función propuesta para la OMS en la aplicación del objetivo 2

19. Como en el caso de la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente, la Secretaría colaborará con los Estados Miembros y los asociados con miras a facilitar la ejecución. Esto incluye la estrecha coordinación con la División de Programas del UNICEF sobre el cese de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente y la División de Suministros del UNICEF; la Alianza Gavi para las Vacunas, el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS y fabricantes de la vacuna antipoliomielítica inactivada.

20. En la Secretaría de la OMS, el equipo del Programa Ampliado de Inmunización dirigirá esta labor, dado que esas actividades incluyen principalmente el programa de inmunización sistemática, y también dirigirá el paso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la bivalente; el equipo ya ha comenzado a planificar esas actividades.

21. Sin embargo, las campañas de vacunación previas al cese dependen de los conocimientos técnicos que posee el equipo del programa de lucha contra la poliomielitis, habida cuenta de su experiencia en la gestión y realización de actividades suplementarias de inmunización específicas para la poliomielitis, y por lo tanto están óptimamente coordinadas por ese equipo.

Costos estimados

Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral

22. Dadas las diferencias en lo que respecta a epidemiología, infraestructura y limitaciones operacionales entre los diversos países que están retirando la vacuna antipoliomielítica oral, los recursos necesarios diferirán en función de la geografía, la infraestructura existente, el riesgo de que haya poliovirus de origen vacunal circulante y la capacidad actual (véase el cuadro 2). Los Estados Miembros clasificados como países de bajos ingresos y países de ingresos bajos y medianos, así como los que están expuestos a mayores riesgos de brotes por poliovirus de origen vacunal podrán recibir apoyo para la realización de las actividades de retirada de la vacuna antipoliomielítica oral. Se prevé que todos los demás países de bajos ingresos y países de ingresos bajos y medianos, así como los países de ingresos medianos altos y países de altos ingresos que todavía utilizan la vacuna antipoliomielítica oral autofinanciarán esas actividades.

Cuadro 2. Número previsto de unidades que recibirán apoyo

Actividad	Costo/unidad	Número de países/instalaciones que se prevé apoyar	Notas
Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral – ejecución y seguimiento	Gama: US\$ 50-241 por instalación	85-27 000/instalaciones por países	El apoyo que se estima será necesario prestar a través de la OMS a los países de ingresos bajos y medianos que reúnan los requisitos será de US\$ 20-30 millones. Los costos del apoyo a la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral y el seguimiento conexo son costos no recurrentes. Los costos se aplican solo a países que aún utilizan la vacuna antipoliomielítica oral en sus programas nacionales.
Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral – validación independiente de la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral	Promedio: US\$ 350 000 por país	40-50 países	Estimación basada en la epidemiología actual, que podrá cambiar a lo largo del tiempo.
Campañas de vacunación previas al cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral	Gama: US\$ 250 000-290 000 por país	40-50 países	Estimación basada en la epidemiología actual, que podrá cambiar a lo largo del tiempo.

Vacunación con la vacuna antipoliomielítica inactivada

23. En consonancia con la orientación impartida actualmente por el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, la vacunación con la vacuna antipoliomielítica inactivada debería continuar al menos 10 años después del cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral, y más años aún en los países que albergan instalaciones esenciales para poliovirus, en particular laboratorios y fábricas de vacunas. Con excepción de los países que reúnen los requisitos para recibir apoyo por medio de la Alianza Gavi para las Vacunas, se espera que todos los Estados Miembros auto-financien los costos de la vacuna antipoliomielítica inactivada.

24. Las estimaciones de precios se basan en los precios actuales de las vacunas, y probablemente cambiarán a lo largo del tiempo. Las cifras anuales que figuran en el cuadro 3 son solo de carácter indicativo.

Cuadro 3. Costos estimados de la vacuna para administrar dos dosis de vacuna antipoliomielítica inactivada

Actividad	Categoría de país	Costo estimado de la vacuna por niño vacunado con dos dosis de la vacuna antipoliomielítica inactivada	Hipótesis	Notas
Vacunación con arreglo al programa posterior al cese del uso de la vacuna antipoliomielítica inactivada recomendado por el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización	Países de altos ingresos	US\$ 7,50-180	Estos países administrarán la vacuna antipoliomielítica inactivada solo en una dosis completa, y los tipos de presentaciones utilizados variarán de una vacuna separada a una combinación de vacunas.	En la actualidad, el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización recomienda administrar dos dosis parciales o una dosis completa. Los costos por niño vacunado se refieren solo a la administración de dos dosis. Si la vacuna antipoliomielítica inactivada se administra como parte de una combinación vacunal, generalmente se administran cuatro o más dosis.
	Países de ingresos medianos altos (que no reciban apoyo ni de la Alianza Gavi para las Vacunas ni de la OPS)	US\$ 5-85	La gama de costos para estos países se basa en el supuesto de que utilizarán diversas presentaciones de vacuna antipoliomielítica inactivada, desde la dosis completa de la vacuna separada, hasta una combinación vacunal, tanto con el componente de la vacuna antitosferinosa acelular (aP) como de célula completa (wP).	La gama es amplia debido a la variedad de presentaciones vacunales utilizadas. Los precios pueden variar debido a fluctuaciones de mercado durante el próximo decenio.

Actividad	Categoría de país	Costo estimado de la vacuna por niño vacunado con dos dosis de la vacuna antipoliomielítica inactivada	Hipótesis	Notas
	Países de ingresos bajos y medianos (que no reciban apoyo ni de la Alianza Gavi para las Vacunas ni de la OPS)	US\$ 2-50	La gama de costos para esos países se basa en el supuesto de que utilizarán diversas presentaciones de vacuna antipoliomielítica inactivada, desde dosis completa para vacuna separada, hasta vacunas combinadas, tanto con aP como con wP.	<p>Los costos estimados para las vacunas hexavalentes antitosferinosa con células enteras son preliminares, y la disponibilidad de suministros hasta 2021 aún no está confirmada.</p> <p>Se recomienda mantener la vacunación con la vacuna antipoliomielítica inactivada, al menos 10 años tras el cese de su uso, y prolongarla más aún en los países que producen vacunas antipoliomielíticas o realizan investigaciones con muestras de poliovirus.</p>
	Países que reciben apoyo de la Alianza Gavi para las Vacunas	US\$ 2-5	La gama de costos para estos países se basa en el supuesto de que utilizarán diversas presentaciones de vacuna antipoliomielítica inactivada, que incluyen dosis parciales y completas para la vacuna hexavalente separada, y con wP, si está disponible.	<p>Para este análisis preliminar hemos supuesto que los países optarán por la dosis completa, y no hemos tenido en cuenta la tasa nacional de pérdida ni los costos de suministros para vacunación.</p> <p>No se incluye ninguna campaña planeada de vacunación con la vacuna antipoliomielítica inactivada.</p>
	Países que realizan adquisiciones por medio del Fondo Rotatorio de la OPS	US\$ 5,80-27	La gama de costos para estos países se basa en el supuesto de que utilizarán diversas presentaciones de vacuna antipoliomielítica inactivada, desde dosis completa de vacuna antipoliomielítica inactivada por separado, hasta vacunas combinadas, tanto con wP como con aP.	

Costos de la Secretaría de la OMS

Actividad	Gama de costos estimada por año	Periodo	Notas
Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral	Gastos de personal: US\$ 1-2 millones Costo de las actividades: US\$ 1-4 millones	Año del cese y año precedente	No se incluyen los costos para otros asociados (entre ellos el UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)
Retirada de la vacuna antipoliomielítica oral: evaluación independiente	Gastos de personal: US\$ 2-7 millones Costos de las actividades: US\$ 5-11 millones	12 meses después del cese	
Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral: planificación/ejecución de actividades suplementarias de inmunización	Gastos de personal: US\$ 10-20 millones Costos de las actividades: US\$ 10-15 millones	12 meses antes del cese	
Previsión relativa a la vacuna antipoliomielítica inactivada	Gastos de personal: US\$ 50 000-100 000 Costo de las actividades: US\$ 20 000-85 000	Más de 10 años después del cese	
Política relativa a la vacuna antipoliomielítica inactivada	Gastos de personal: US\$ 20 000-350 000 Costo de las actividades: US\$ 50 000-250 000	Más de 10 años después del cese	Los costos incluyen la convocatoria de un grupo de trabajo del Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, si fuera preciso modificar/revisar la política. Si la modificación/revisión es de poca envergadura, la estimación es alta.

OBJETIVO 3: DETECCIÓN Y RESPUESTA

25. La vigilancia general de la parálisis flácida aguda y las rápidas campañas de vacunación de respuesta han sido estrategias básicas para la erradicación de la poliomielitis. En la era posterior a la certificación, la minimización de los riesgos de detección tardía o respuesta insuficiente dependerá de que exista capacidad adecuada, y de la adaptación a un nuevo mundo en el que la poliomielitis sea un agente patógeno erradicado.

26. Las actividades posteriores a la certificación se rigen por un principio subyacente según el cual el descubrimiento de cualquier poliovirus se debe notificar a la OMS con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005), y ello dará lugar a la declaración de una emergencia nacional con su correspondiente respuesta. En función del riesgo de propagación internacional, la detección podría constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional que requiriese una rápida respuesta coordinada globalmente. La observancia de este principio exige una vigilancia extrema, un nivel suficiente de preparación hacer frente a los brotes, y la capacidad de responder rápida y eficazmente.

Capacidad para detectar tempranamente cualquier poliovirus en una persona o en el medio ambiente

27. La estrategia posterior a la certificación identifica la transmisión no detectada como uno de los principales problemas que podrían poner en peligro un mundo exento de poliomielitis. La vigilancia de la poliomielitis en la era posterior a la certificación adoptará un enfoque basado prioritariamente en el riesgo, en cuyo contexto determinará la tolerancia al riesgo y elaborará medidas para su mitigación. La redefinida estrategia de vigilancia de la poliomielitis incluirá una combinación adecuada de vigilancia de la parálisis flácida aguda, vigilancia ambiental y vigilancia de enterovirus, así como actividades suplementarias para las poblaciones o zonas de difícil acceso.

28. El alcance, la intensidad y las estrategias previstas para la vigilancia dependerán de la evaluación del riesgo de reaparición de poliovirus en un país dado, y del tiempo transcurrido tras la certificación. Las medidas adoptadas para diferentes grupos de países se describen a continuación.

Países de alto riesgo

29. Mantener altos niveles de sensibilidad para detectar un poliovirus, principalmente mediante la vigilancia de la parálisis flácida aguda suplementada con la vigilancia ambiental, según proceda. En última instancia, integrar la vigilancia de la poliomielitis con la vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación o enfermedades transmisibles, pero mantener los conocimientos técnicos específicos de la poliomielitis a escala nacional, por lo menos cinco años después de la certificación, con capacidad para:

- identificar zonas o poblaciones subnacionales de alto riesgo;
- realizar vigilancia de la parálisis flácida aguda basada en casos, vigilancia basada en eventos, y tácticas de vigilancia especiales a fin de llegar a las poblaciones de alto riesgo;
- realizar análisis de datos específicos de la poliomielitis y gestión de la información procedente de la vigilancia de la parálisis flácida aguda, la vigilancia ambiental o la vigilancia basada en pruebas científicas, en particular el seguimiento de indicadores del desempeño;
- investigar las operaciones según sea necesario para desarrollar una vigilancia racionalizada;
- evaluar la importancia de casos compatibles de parálisis flácida aguda (por ejemplo, mediante comités de examen de expertos).

Países de riesgo medio

30. Integrar la vigilancia de la poliomielitis con la vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación o de enfermedades transmisibles, pero mantener los conocimientos técnicos específicos de la poliomielitis a escala nacional durante tres años tras la certificación, con capacidad para:

- aplicar la combinación apropiada de estrategias en función del tiempo transcurrido tras la certificación;
- analizar datos específicos de la poliomielitis procedentes de la vigilancia de la parálisis flácida aguda, la vigilancia ambiental o la vigilancia basada en pruebas científicas, en particular el seguimiento de los indicadores de desempeño;

31. Después del cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral, estos países también podrán depender del apoyo mundial o regional para investigar casos o eventos relativos a la parálisis flácida aguda.

Países de bajo riesgo

32. Integrar la vigilancia de la poliomielitis con la vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación o enfermedades transmisibles, con capacidad para:

- aplicar la combinación apropiada de estrategias en función del tiempo transcurrido desde la certificación;
- identificar posibles brotes de poliomielitis sobre la base de la vigilancia o los datos de vigilancia basados en pruebas científicas.

33. Estos países pueden depender del apoyo regional a las investigaciones de casos o eventos relacionados con la parálisis flácida aguda, en caso necesario.

Infraestructura de laboratorio y vigilancia y sistemas de información adecuados y técnicamente idóneos (incluida la capacidad humana)

34. Todos los laboratorios dedicados a la poliomielitis deberán mantener el seguimiento de las metodologías normalizadas validadas por la OMS, que se actualizarán continuamente para reflejar la cambiante epidemiología de la poliomielitis.

35. En consonancia con la expectativa plasmada en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), de que cada país tenga la capacidad básica para detectar cualquier posible emergencia de salud pública de importancia internacional, la responsabilidad principal por la vigilancia del poliovirus incumbe al nivel nacional. No obstante, en la era posterior a la certificación, la vigilancia necesaria más allá de la capacidad básica dependerá del riesgo de cada país. Los países necesitan que la infraestructura de vigilancia cumpla las normas previstas en lo relativo a la parálisis flácida aguda, según se describen en el proyecto de estrategia posterior a la certificación. También en este caso, la capacidad adicional de laboratorio dependerá del riesgo del país evaluado.

Países de alto riesgo

36. En función de la demanda prevista mantendrán por lo menos un laboratorio antipoliomielítico nacional acreditado, al menos con capacidad para el aislamiento y la diferenciación intratípica de virus, así como un sistema de referencia eficiente para la secuenciación.

Países de riesgo medio

37. Todos los países, en función de la demanda prevista, mantendrán por lo menos un laboratorio con capacidad para el aislamiento y la diferenciación intratípica de virus, o tendrán acceso a uno de esos laboratorios, junto con un sistema eficiente de referencia para la secuenciación, en caso necesario.

Países de bajo riesgo

38. Los países (especialmente los de poblaciones pequeñas) pueden depender de laboratorios de países vecinos para procesar muestras de deposiciones. Los países que cuentan con laboratorios mantendrán capacidades para el aislamiento y la diferenciación intratípica de virus y el diagnóstico.
39. Durante el periodo posterior a la certificación, todo sistema de información nacional deberá cumplir los requisitos concernientes a datos específicos sobre el riesgo del país.

Disposición para dar respuesta a un brote en caso de detección de poliovirus

40. A fin de responder rápida y eficazmente a los riesgos de salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005) los países deberán elaborar planes de preparación y fortalecer la capacidad para ejecutar operaciones de respuesta ante emergencias de salud pública, incluida la comunicación de riesgos.

Gobiernos nacionales

41. La principal responsabilidad por la preparación y respuesta incumbe a los países, que deberán desarrollar las capacidades mínimas recomendadas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Todos los países deberán tener equipos de respuesta rápida. La magnitud de esa capacidad y la manera en que se organizará dependerá de la situación particular de cada país. Las estrategias nacionales de respuesta a brotes seguirán las directrices mundiales y regionales.
42. Los países de alto riesgo deberán mantener capacidades específicas de lucha contra la poliomielitis en los equipos de respuesta rápida para responsabilidades críticas (tales como la planificación y la ejecución de una actividad suplementaria de inmunización) por lo menos 10 años después de la certificación.
43. Los países de riesgo medio deberán mantener una capacidad similar cinco años después de la certificación, y posteriormente contar con el respaldo de la capacidad mundial o regional para afrontar un aumento repentino de la demanda.
44. Los países de bajo riesgo utilizarán la capacidad mundial y/o regional para afrontar un aumento repentino de la demanda, si fuera necesario para apoyar la respuesta a un brote.

Apoyo mundial/regional

45. A fin de preservar la erradicación mundial será preciso mantener algunas capacidades específicas de la lucha antipoliomielítica a escala mundial, en el marco de los organismos de ejecución, por lo menos 10 años después de la certificación. Las capacidades regionales deberían reflejar el nivel mundial, con requisitos basados en las capacidades nacionales, especialmente para los países de alto riesgo. Las regiones asumen el liderazgo y las responsabilidades operacionales en lo concerniente a brotes fronterizos o internacionales. Se deberá confeccionar una lista mundial de expertos en salud pública especializados en poliomielitis, con el fin de apoyar a los países que carecen de conocimientos técnicos o capacidad para afrontar un gran aumento de la demanda.

Función propuesta para la OMS en la aplicación del objetivo 3

Vigilancia (incluida la capacidad de laboratorio)

46. La Secretaría deberá disponer de capacidad suficiente en los tres niveles de la Organización (mundial, regional y nacional), a fin de prestar apoyo a los Estados Miembros en la vigilancia de poliovirus.

47. En la Sede, esto probablemente requiera el mantenimiento de funcionarios con conocimientos técnicos específicos sobre poliomielitis, que podrán orientar la ejecución de actividades tales como el desarrollo de directrices, el seguimiento y la garantía de la calidad, la previsión de riesgos y la coordinación de la red de laboratorios.

48. En las oficinas regionales y las oficinas en los países esto tal vez requiera la existencia de sólidas redes de vigilancia, respaldadas por laboratorios de referencia (regionales o nacionales), así como la disponibilidad de funcionarios de la OMS con conocimientos técnicos sobre poliomielitis en apoyo de los países de alto riesgo, por lo menos un año después de la certificación, y por más tiempo a nivel regional.

Capacidad de respuesta ante brotes

49. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) obliga a la OMS a fortalecer la capacidad de los países y prestarles apoyo si los recursos locales son insuficientes.

50. La responsabilidad básica de la OMS consiste en aplicar el Marco de Respuesta a las Emergencias, que proporciona orientación general sobre la función de la Organización en todas las emergencias. Además, la Secretaría deberá mantener alguna capacidad funcional específica de la poliomielitis en los ámbitos mundial, regional y nacional, con el fin de apoyar a los Estados Miembros en:

- la identificación de riesgos de brotes futuros;
- el desarrollo de estrategias de respuesta y planes de preparación; y
- el mantenimiento, en los países y regiones de alto riesgo, de recursos humanos capacitados para aplicar esas estrategias y planes.

51. Probablemente, la sede de la OMS se encargará de la gestión de las reservas de vacuna antipoliomielítica oral monovalente que se utilizarán en caso de un brote de poliomielitis (incluido el desarrollo de directrices, el examen de los efectos y la coordinación operacional en curso). Esa labor se realizará en estrecha colaboración con la División de Suministros del UNICEF, que dirigirá la adquisición de vacunas.

Costos estimados

Respuesta ante brotes

52. En los cuadros 4 a 7 se indican los costos estimados de la respuesta ante brotes, la vigilancia, la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos y la Secretaría de la OMS.

Cuadro 4. Costos estimados de la respuesta ante brotes

Brote	Valor
Costo medio por brote	US\$ 16-42 millones ^a
Número estimado de brotes por año después de la certificación ^b	1-3

^a Los costos estimados se basan en los parámetros actuales de respuesta ante brotes, con una hipótesis inicial de al menos cinco actividades suplementarias de inmunización y una meta media de 2,5 millones de niños por cada ronda. Una vez ultimada la política y la orientación sobre gestión de brotes se deberán hacer los ajustes necesarios.

^b Estas son estimaciones de planificación iniciales que se deberán revisar periódicamente, dado que el riesgo dependerá de múltiples factores. El riesgo de que se produzca un brote por poliovirus de origen vacunal circulante inmediatamente después de la certificación es bajo, por cuanto seguirá utilizándose la vacuna antipoliomielítica oral bivalente un año después de la certificación. La probabilidad de brotes múltiples será mayor durante los primeros años tras el cese, y se espera que disminuya en los años subsiguientes.

Vigilancia**Cuadro 5. Gama media de costos de la OMS para la vigilancia de la poliomielitis (en millones de US\$)^a**

Región de la OMS	Año				
	2016	2017	2018	2019	2020
Países en los que la poliomielitis es endémica (África, Mediterráneo Oriental)	30-60	43-57	44-62	33-58	33-58
Países en los que la poliomielitis no es endémica (Las Américas, Europa, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental)	0,5-12	0,8-20	0,9-19	1-19	0,9-19

^a Incluye costos de vigilancia y funcionamiento, costos de laboratorio y asistencia técnica para la vigilancia, sobre la base de las necesidades de recursos financieros. La asistencia técnica para vigilancia es una extrapolación de las actuales denominaciones de puestos del personal. Las cifras correspondientes a 2016 son gastos reales según el informe de gastos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; las cifras de 2017 proceden del presupuesto aprobado por el Comité de Estrategia de la Iniciativa en junio de 2017. Las cifras para el periodo 2018-2020 son proyecciones basadas en la hipotética interrupción de la transmisión en 2018. Los gastos de la OMS en las regiones que han estado exentas de poliomielitis por mucho tiempo (Las Américas, Europa y el Pacífico Occidental) ofrecen una indicación de la manera en que se reducirá el apoyo de la OMS a la vigilancia a lo largo del tiempo, tras la certificación.

Gastos de laboratorio

Cuadro 6. Gastos anuales de la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos^a

Categoría	Gastos actualizados ^b (US\$ 2017)
Coordinación y prestación de servicios especializados (por ejemplo, garantía de la calidad, reactivos y servicios de referencia)	12 250 000
Vigilancia de la parálisis flácida aguda (recursos humanos, suministros, equipo, operaciones, capacitación y otros gastos)	16 330 000
Total de gastos anuales	28 580 000

^a La Red consta de 145 laboratorios establecidos en 92 países. Representa una asociación singular entre los gobiernos nacionales y algunos de los asociados que proporcionan asistencia técnica y financiera, y fue creada para apoyar un programa de salud pública de alta prioridad. Los gobiernos nacionales cubren aproximadamente la mitad de los gastos de funcionamiento de los laboratorios de referencia nacionales y los laboratorios nacionales, si bien la contribución relativa varía de un país a otro y entre las regiones de la OMS. Además, las contribuciones nacionales sufragan la mayor parte de los laboratorios mundiales especializados, pero las contribuciones externas cubren los costos de coordinación. Por lo tanto, la contribución general de los gobiernos nacionales a la Red podría alcanzar el 60%.

^b Los gastos estimados incluidos en el estudio adolecen de algunas limitaciones, y no se tienen en cuenta en los costos de vigilancia ambiental. El estudio se está actualizando, y los resultados estarán disponibles a principios de 2018. Las cifras representan los gastos ajustados según el cálculo de la inflación (US\$ 1 en 2002 equivale a US\$ 1,36 en 2017).

Cuadro 7. Gastos de la Secretaría de la OMS

Actividad	Gama estimada de gastos anuales ordinarios ^a	Duración	Notas
Vigilancia (incluida la gestión de laboratorios y datos)	US\$ 2 500 000	La actual capacidad de vigilancia se deberá mantener entre tres y cinco años tras la certificación	Las estimaciones no se tienen en cuenta al considerar la capacidad necesaria en las oficinas regionales para apoyar esas funciones.
Respuesta ante brotes, gestión de las reservas (junto con la División de Suministros del UNICEF)	US\$ 1 500 000	La capacidad de respuesta ante brotes se reducirá progresivamente, aunque se necesitará alguna capacidad durante un periodo de tres a cinco años tras la certificación.	

^a Los costos estimados se han extrapolado de los costos reales de apoyo de la Secretaría.

ANEXO 4

**ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN CON LOS PAÍSES – PRIORIDADES
SANITARIAS DE LOS PAÍSES EN TRANSICIÓN
CON RESPECTO A LA POLIOMIELITIS**

Región	País	Gasto público en salud, porcentaje del total	Fecha de la Estrategia de Cooperación con el país	Prioridades estratégicas
África	Angola	5,0	2014-2019	1. Reforzar el sistema de salud
				2. Mejorar la salud de la madre, el niño y el adolescente
				3. Controlar las enfermedades transmisibles, no transmisibles y tropicales desatendidas
				4. Preparación, vigilancia y respuesta ante brotes epidémicos y emergencias
	Camerún	8,5	2008-2013, ampliada a 2016	1. Objetivos de Desarrollo del Milenio y agenda para el desarrollo después de 2015
				2. Enfermedades no transmisibles y causas externas
				3. Preparación y emergencias, y respuesta a desastres
				4. Promoción de la salud
				5. Reforzar el sistema de salud
	Chad	3,3	2008-2013	1. Controlar las enfermedades transmisibles y tropicales desatendidas
				2. Enfermedades no transmisibles
				3. Promover la salud en el curso de la vida
				4. Reforzar el sistema de salud
				5. Preparación, vigilancia y respuesta
	Etiopía	15,8	2012-2015	1. Enfermedades transmisibles
				2. Enfermedades no transmisibles
3. Salud de la madre, el recién nacido y el niño, y salud sexual y reproductiva				
4. Mejorar el acceso a servicios de salud de calidad y equitativos				
5. Apoyar el desarrollo de sistemas resilientes para la gestión del riesgo en emergencias y crisis				
6. Reforzar alianzas para la movilización de recursos, la armonización y la coordinación en materia de salud y				

Región	País	Gasto público en salud, porcentaje del total	Fecha de la Estrategia de Cooperación con el país	Prioridades estratégicas
				desarrollo
África	Nigeria	8,2	2014-2019	1. Reforzar el sistema de salud basado en la atención primaria
				2. Promover la salud y ampliar intervenciones prioritarias en el curso de la vida
				3. Ampliar intervenciones prioritarias contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles rumbo a la cobertura sanitaria universal
				4. Ampliar la capacidad nacional de preparación y respuesta a las emergencias de salud pública, incluidas la erradicación de la poliomielitis y la gestión de crisis
				5. Promover la coordinación de alianzas y la movilización de recursos de acuerdo con las prioridades nacionales, regionales y mundiales
	República Democrática del Congo	12,9	2008-2015	1. Prestar apoyo institucional al Ministerio de Salud
				2. Prestar apoyo a la mujer, la salud del adolescente y la supervivencia infantil
				3. Apoyar la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
				4. Gestión de las consecuencias sanitarias de las emergencias y desastres
	Sudán del Sur	4,0	2014-2019	1. Salud de la madre, el recién nacido y el niño
				2. Reforzar la capacidad nacional de prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y tropicales desatendidas
				3. Reforzar la capacidad nacional y subnacional de reducción del riesgo de emergencias sanitarias, preparación, vigilancia, respuesta y recuperación
				4. Reforzar los sistemas de salud para responder a las necesidades sanitarias de la población de Sudán del Sur
				5. Prestar asistencia al Ministerio de Salud para abordar los determinantes medioambientales y sociales de la salud

Región	País	Gasto público en salud, porcentaje del total	Fecha de la Estrategia de Cooperación con el país	Prioridades estratégicas
Asia Sudoriental	Bangladesh	5,7	2014-2017	1. Enfermedades transmisibles
				2. Enfermedades no transmisibles
				3. Promover la salud en el curso de la vida
				4. Sistemas de salud
				5. Preparación para emergencias, vigilancia y respuesta
	India	4,5	2012-2017	1. Prestar apoyo a un reforzamiento del papel del Gobierno de la India en la salud mundial
				2. Promover el acceso y la utilización por la totalidad de la población de servicios de calidad asequibles, bien interconectados y sostenibles
				3. Ayudar a la India a hacer frente a su nueva realidad epidemiológica
				4. Aplicación efectiva y alianzas estratégicas
	Indonesia	5,3	2013-2017	1. Prestar apoyo técnico y de gestión para ayudar a mantener y reforzar programas clave para la prevención y control de enfermedades transmisibles
				2. Fomentar enfoques de salud pública de la prevención y control de enfermedades no transmisibles
				3. Fomentar políticas y fortalecer programas para mejorar la salud del niño y el adolescente y la salud reproductiva
				4. Prestar apoyo a los esfuerzos nacionales por fomentar políticas y reforzar los sistemas de salud para mejorar el acceso a servicios de salud de calidad en apoyo de la cobertura sanitaria universal
				5. Reforzar la preparación, la vigilancia y la respuesta eficaz ante brotes epidémicos y emergencias agudas de salud pública y la gestión eficaz de los desastres humanitarios

Región	País	Gasto público en salud, porcentaje del total	Fecha de la Estrategia de Cooperación con el país	Prioridades estratégicas
Asia Sudoriental	Myanmar	1,3	2013-2017	1. Reforzar el sistema de salud
				2. Potenciar la consecución de las metas relativas al control de las enfermedades transmisibles
				3. Controlar el crecimiento de la carga de enfermedades no transmisibles
				4. Promover la salud en el curso de la vida
				5. Reforzar la capacidad de gestión del riesgo de emergencias y los sistemas de vigilancia de diversas amenazas para la salud
	Nepal	11,8	2013-2017	1. Alcanzar las metas relativas al control de las enfermedades transmisibles
				2. Controlar y revertir el crecimiento de la carga de enfermedades no transmisibles
				3. Salud a lo largo del ciclo de la vida
				4. Reforzar el sistema de salud y revitalizar la atención primaria para lograr la cobertura sanitaria universal
				5. Reducir las consecuencias sanitarias de los desastres
Mediterráneo Oriental	Afganistán	12,0	2016-2017	1. Enfermedades transmisibles
				2. Enfermedades no transmisibles
				3. Promover la salud en el curso de la vida
				4. Sistemas de salud
				5. Emergencias sanitarias
	Pakistán	4,7	2011-2017	1. Desarrollar las políticas y el sistema de salud
				2. Control de enfermedades transmisibles
				3. Mejorar la salud de la mujer y el niño
				4. Enfermedades no transmisibles y salud mental
				5. Abordar los determinantes sociales de la salud
				6. Preparación y respuesta ante emergencias y gestión del riesgo de desastres
7. Alianzas, movilización de recursos y coordinación				

Región	País	Gasto público en salud, porcentaje del total	Fecha de la Estrategia de Cooperación con el país	Prioridades estratégicas
Mediterráneo Oriental	Somalia	No disponible	2017-2019	1. Enfermedades transmisibles
				2. Enfermedades no transmisibles
				3. Salud en el curso de la vida
				4. Sistemas de salud y servicios de salud centrados en las personas
	Sudán	11,7	2008-2013, ampliada a 2017	1. Reforzar el sistema de salud a todos los niveles
				2. Reducir la carga de enfermedades transmisibles
				3. Promoción de la salud en el curso de la vida
				4. Prestar apoyo al desarrollo y consolidación de la vigilancia de enfermedades y la preparación, en particular un sistema de alerta temprana y la respuesta a las emergencias y las necesidades humanitarias
				5. Reducir la carga de enfermedades transmisibles, trastornos de salud mental y modos de vida no saludables

ANEXO 5

A: VALOR MEDIO DE 13 INDICADORES DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS REQUERIDAS POR EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005) EN LOS PAÍSES EN TRANSICIÓN¹

En el cuadro siguiente se muestra la proporción media de 13 indicadores de las capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) que están disponibles en 16 países clave; los indicadores fueron proporcionados durante la evaluación más reciente de la aplicación del Reglamento. Las 13 capacidades incluidas en esta media son: legislación, coordinación, vigilancia, respuesta, preparación, comunicación de riesgos, recursos humanos, laboratorio, puntos de entrada, eventos zoonóticos, inocuidad de los alimentos, eventos químicos y emergencias por radiación. Las capacidades básicas se establecieron originalmente en el Reglamento con el objetivo de «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales».

Región	País	Valor medio de 13 indicadores de las capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
África	Angola	Informe más reciente, de 2014 (18%)
	Camerún	54%
	Chad	40%
	Etiopía	79%
	Nigeria	61%
	República Democrática del Congo	71%
	Sudán del Sur	Informe más reciente, de 2015 (50%)
Asia Sudoriental	Bangladesh	76%
	India	98%
	Indonesia	99%
	Myanmar	84%
	Nepal	72%
Mediterráneo Oriental	Afganistán	42%
	Pakistán	53%
	Somalia	Informe más reciente, de 2014 (6%)
	Sudán	Informe más reciente, de 2014 (71%)

¹ International Health Regulations (2005) Monitoring Framework - Country Profiles (<http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=1100>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

B: VALORES DE ALGUNOS INDICADORES DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS REQUERIDAS POR EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005) EN LOS PAÍSES EN TRANSICIÓN

En el cuadro siguiente se presentan los valores relativos a la aplicación de algunas de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) que son relevantes para la era posterior a la erradicación de la poliomielitis. Se presenta un valor porcentual para cada una de esas capacidades básicas, a saber: coordinación, vigilancia, respuesta, preparación, comunicación de riesgos, recursos humanos y laboratorio. Dichos porcentajes, basados en las respuestas a un cuestionario de autoevaluación enviado a los Estados Partes, se encuentran en el repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud.¹

Región	País	Porcentaje de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) que están disponibles						
		Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio
África	Angola	73% (2014)	25% (2014)	28% (2014)	0% (2014)	14% (2014)	20% (2014)	0% (2014)
	Camerún	40%	90%	63%	37%	86%	40%	76%
	Chad	47%	75%	59%	27%	57%	20%	48%
	Etiopía	83%	95%	100%	90%	100%	100%	100%
	Nigeria	67%	95%	40%	80%	71%	80%	82%
	República Democrática del Congo	57%	70%	65%	62%	100%	100%	86%
	Sudán del Sur	80% (2015)	75% (2015)	69% (2015)	90% (2015)	57% (2015)	100% (2015)	51% (2015)
Mediterráneo Oriental	Afganistán	30%	95%	88%	28%	57%	40%	76%
	Pakistán	100%	70%	44%	17%	29%	60%	58%
	Somalia	10% (2014)	65% (2014)	5% (2014)	16% (2013)	14% (2013)	N/A	29% (2013)
	Sudán	100% (2014)	80% (2014)	63% (2014)	81% (2014)	71% (2014)	80% (2014)	61% (2014)
Asia Sudoriental	Bangladesh	100%	100%	69%	70%	57%	100%	96%
	India	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%
	Indonesia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Myanmar	90%	100%	94%	90%	100%	100%	70%
	Nepal	100%	95%	94%	80%	86%	80%	100%

¹ International Health Regulations (2005) Monitoring Framework – Country profiles (<http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=1100>), consultado el 21 de diciembre de 2017.

ANEXO 6

**PAÍSES PRIORITARIOS CON RESPECTO A LA POLIOMIELITIS,
LA INMUNIZACIÓN Y LAS EMERGENCIAS SANITARIAS**

País	Poliomielitis¹	Inmunización	Emergencias sanitarias² (Nivel 1+2)
Afganistán	X	X	X
Angola	X		
Bangladesh	X		G3
Camerún	X		
Chad	X	X	X
Etiopía	X	X	X
Haití		X	
India	X	X	
Indonesia	X	X	
Iraq			
Kenya		X	
Libia			
Madagascar		X	G2
Malí			X
Mozambique		X	
Myanmar	X	X	X
Nepal	X		X
Níger		X	X
Nigeria	X	X	X
Pakistán	X	X	X
Papua Nueva Guinea		X	
República Árabe Siria			X
República Centroafricana		X	X
República Democrática del Congo	X	X	X
Somalia	X	X	X
Sudán	X		X

País	Poliomielitis ¹	Inmunización	Emergencias sanitarias ² (Nivel 1+2)
Sudán del Sur	X	X	X
Uganda		X	G2
Yemen		X	X

¹ Iraq, Libia, la República Árabe Siria y el Yemen también son países con prioridad regional con respecto a la transición en materia de poliomiélitis en la Región del Mediterráneo Oriental.

² G2/G3 – Países que no figuran en la actual «lista de prioridades» del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, pero que están haciendo frente a emergencias clasificadas.

ANEXO 7

NÚMERO DE MIEMBROS DEL PERSONAL EN OFICINAS EN LOS PAÍSES Y OTROS LUGARES DE DESTINO FINANCIADOS POR EL PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS (2018)

	País	Número de funcionarios en 2018
Países endémicos	Afganistán	35
	Nigeria	314
	Pakistán	54
Países no endémicos prioritarios	Angola	65
	Bangladesh	5
	Camerún	9
	Chad	32
	Etiopía	52
	India	15
	Indonesia	3
	Myanmar	3
	Nepal	1
	República Democrática del Congo	62
	Somalia	16
	Sudán	6
Sudán del Sur	15	
Sede de la OMS, oficinas regionales y oficinas en los países	Sede	72
	África (Oficina Regional y oficinas en los países)	204
	Asia Sudoriental (Oficina Regional y oficinas en los países)	2
	Europa (Oficina Regional y oficinas en los países)	6
	Mediterráneo Oriental (Oficina Regional y oficinas en los países)	61
	Pacífico Occidental (Oficina Regional y oficinas en los países)	5
Total		1037

= = =