

# HEALTH DIPLOMACY MONITOR

vol 1: issue 5  
January 2011

## Health Diplomacy Monitor

The Health Diplomacy Monitor aims to report and inform readers about key international negotiations currently underway which have a significant impact on global health. The objective is to “level the playing field” by increasing transparency and making information about the issues and proposals being discussed more readily available.

PUBLISHED BY THE  
CENTRE FOR TRADE  
POLICY & LAW

### Editor

CHANTAL BLOUIN

chantal\_blouin@carleton.ca

1125 Colonel By Drive  
Carleton University  
Ottawa, Canada K1S 5B6  
t: +1-613-520-6696  
f: +1-613-520-3981

www.ctpl.ca  
www.ghd-net.org

@GHD\_net

Global Health Diplomacy Network

## En esta edición...

LOS DONANTES SE COMPROMETEN A RECUPERAR EL NIVEL DE FINANCIAMIENTO	2
EL DERECHO AL AGUA Y AL SANEAMIENTO: DOS NUEVAS RESOLUCIONES DE LA ONU	4
PONIENDO EL DERECHO AL AGUA POTABLE EN PRÁCTICA: EL PROTOCOLO PAN –EUROPEO SOBRE AGUA Y SALUD	7
SALUD EN LA REUNIÓN DEL G20: UN PEQUEÑO PERO SIGNIFICATIVO PASO EN SEÚL	10
NUEVO ESPACIO GLOBAL PARA UNA COBERTURA UNIVERSAL Y CON MIRAS A PROVEER EVIDENCIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y CONVERTIRLOS EN UNA POLÍTICA PÚBLICA	12
LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO: NUEVAS REGULACIONES EN CUANTO A LOS SABORES DE LOS TABACOS	16
ASEAN Y LA COOPERACIÓN REGIONAL SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	18
REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTOR DE LA OPS: CONTROL DEL TABACO, REGULACIONES INTERNACIONALES EN SALUD (RIS), VACUNAS, MALNUTRICIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS	20

## UNA PALABRA DE LA EDITORA

El presente ejemplar del Health Diplomacy Monitor resalta de nuevo la diversidad global y regional por medio de un foro donde la diplomacia en salud ocupa su lugar, incluyendo esta discusión en donde la salud no es un mandato primario o donde no ha sido suficientemente discutida en el pasado. Con la cobertura de estos aspectos, buscamos subrayar que las acciones colectivas en un nivel global que tienen un impacto en la salud, pueden tomar múltiples formas y usar múltiples instrumentos. Nuestro “radar” de la diplomacia en salud tiene que rastrear un amplio territorio a fin de proveer un cuadro preciso de este paisaje.

Dos artículos revisan los recientes esfuerzos para usar el marco de los derechos humanos para mejorar la salud global mediante el mejoramiento del acceso al agua potable y

la sanidad ambiental. Mark Percy presenta el contenido y el contexto de dos nuevas resoluciones de las N.U. sobre el derecho al agua y al alcantarillado sanitario que fueron adoptadas en la Asamblea General y en el Consejo de Derechos Humanos. El reto ahora, si es del caso, materializar estas decisiones en medidas y hechos concretos. Lucilla Spini y Francesca Bernardini se enfocan en ubicar el derecho al agua potable en la práctica, lo cual está tomando lugar en la Comisión de la ONU para temas económicos en Europa, utilizando el Protocolo de Agua y Salud adoptado en 2005.

Jenilee Guebert y Robin Lennox examinan los resultados de la reciente Cumbre de los Líderes de los 20 (G20) que se realizó en Corea. Aunque la Salud no fue explícitamente destacada en su agenda, se

tocó tangencialmente porque el énfasis era en la parte económica. Los líderes de estos 20 países hablaron y discutieron sobre aspectos relacionados con la salud, como seguridad alimentaria y los ODM. Su Declaración final se refiere a ENT como un asunto clave que debe ser encarado. Continuaremos monitoreando el G8 y el G20 y su acercamiento a los retos de salud global en los próximos años. Otro artículo de Adam- Karamdt-Scott revisa los recientes trabajos de ASEAN en materia de salud, enfocándose en las reuniones recientes para la cooperación regional en productos farmacéuticos. La cooperación en este asunto se ha venido dando desde 1979, pero desde que ocurrió la epidemia del SARS en el 2003, los temas de salud han recibido mucha mayor atención de esta organización.

Otras contribuciones en este ejemplar se enfocan en recientes desarrollos que han tomado lugar en los últimos foros de salud y en mecanismos como el Fondo Global y el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Bente Molenaar informa que los donantes se comprometieron con 11.69 billones de USD para el Fondo Global y poder combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria para el período de 2011-2013. Ella resalta que esto representa el más alto nivel de financiamiento en la historia del Fondo Global, con un incremento de 20% en referencia con el previo reaprovisionamiento aprobado en la reunión de Berlín en 2007. Igualmente reporta Bente sobre la última reunión de las partes del CMCT donde los miembros del Convenio estuvieron de acuerdo en regular el tema de los sabores en los cigarrillos (con mentol, azúcar o canela, por ejemplo). Rene Loweson escribe acerca del avance en las discusiones globales alrededor de de la cobertura universal de la salud, enfocándose en el Primer Simposio Global sobre Investigación en Sistemas de Salud. Este simposio se centró en tratar de cerrar la brecha existente en el conocimiento, mientras que un sustancial cuerpo de investigación biomédica ha reportado sobre la medicina

basada en la evidencia y la atención de los pacientes, lo mismo no es igual para decisiones sobre cómo financiar, organizar o manejar sistemas de salud, a pesar del impacto de una población tan amplia. Finalmente, AshlerLev Santos nos resume algunos de los resultados de la reunión del Consejo Director de la OPS.

El equipo Editorial le da la bienvenida a sus comentarios y sugerencias sobre el actual y los futuros boletines del Monitor en Diplomacia de la Salud.

- Chantal Blouin

## LOS DONANTES SE COMPROMETEN A RECUPERAR EL NIVEL DE FINANCIAMIENTO PARA EL FONDO GLOBAL



Photo: The Global Fund

**Bente Molenaar**

[bentemolenaar@yahoo.co.uk](mailto:bentemolenaar@yahoo.co.uk)

Investigadora asociada, Centro para Política Comercial y Leyes

### TRASFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

El Fondo Global contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (FG) es una alianza global pública/privada que desde su creación en 2002 se ha convertido en la mayor fuente de recursos para programas que combaten el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Financiar el FG es una tarea Impacto de la Salud Global.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

VIH/SIDA, tuberculosis y malaria se han convertido en significativos obstáculos para alcanzar los ODM. En 2008, se estimó que hubo 243 millones de casos de malaria que causaron 863.000 muertes, sobre todo de niños menores de 5 años de edad (1). De manera similar, la tuberculosis

Published by the Centre for Trade Policy and Law  
1125 Colonel By Drive | Ottawa, Ontario | K1S 5B6 | [www.ctpl.ca](http://www.ctpl.ca)  
t: 613-520-6696 | f: 613-520-3981  
[www.ghd-net.org](http://www.ghd-net.org)

#### CONTRIBUTORS

Francesca Bernardini Bente Molenaar  
Jenilee Guebert Mark Pearcey  
Adam Kamradt-Scott Asherlev Santos  
Robin Lennox Lucilla Spini  
Rene Loewenson

#### EDITOR

Chantal Blouin

#### TRANSLATION

Fedrico Paredes

#### MANAGING EDITOR

Monique Moreau

#### EDITORIAL ASSISTANT AND LAYOUT EDITOR

Julian Barbieri

The Health Diplomacy Monitor is published under a [Creative Commons Licence](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ISSN 1923-5631

continúa produciendo muertes. De acuerdo con estimaciones de la OMS, 9.4 millones de personas fueron infectadas por la tuberculosis en 2008 lo cual causó 1.8 millones de muertes (2). El VIH/SIDA ha matado más de 25 millones de seres en todo el mundo. Las estadísticas muestran que 2.7 millones de personas contrajeron el VIH en 2008. Desde el 2002, el FG ha invertido US\$19.3 billones, lo cual le ha dado contenido económico a más de 572 programas en 144 países (3).

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El cuerpo director de FG consiste en 20 miembros con voto, que representan al sector de los donantes y a los países receptores de estos fondos, así como a representantes de organizaciones no gubernamentales, el sector privado (incluyendo a fundaciones y a hombres de empresa), y a las comunidades afectadas. Un buen número de organizaciones socias están representadas en este cuerpo director también, como miembros sin voto. Las decisiones clave son discutidas y aprobadas (o no) en reuniones que se realizan dos veces por año.

#### COMPROMISOS PARA EL FONDO GLOBAL PARA EL PERÍODO DE 2011 A 2013

Los donantes fueron a Nueva York del 4 al 5 de octubre de 2010 para atender la tercera ronda de negociaciones de financiamiento del FG. Estos donantes comprometieron US\$11.69 billones para continuar el trabajo durante los años 2011 a 2013. Las contribuciones representaron el más alto nivel de financiamiento de la historia del FG con un incremento del 20% en relación con la previa reunión sostenida para este efecto en Berlín en 2007 (4). En una conferencia de prensa, Richard Manning, el sub coordinador de la reunión de reaprovisionamiento, enfatizó en las buenas noticias, haciendo notar que, a pesar de la crisis económica mundial, muchos de los donantes han persistido en continuar este financiamiento para el Fondo Global. Por ejemplo, EUA incrementó su cuota en un 38% (5). Un miembro del consejo director comentó que el FG tiene más financiamiento ahora, que nunca, pero no obstante habrá que buscar nuevas e innovadoras formas de financiamiento para el futuro.

#### ESTRECHEZ ECONÓMICA O DÉFICIT

En los meses de preparación para realizar la reunión de Nueva York, Michel Katzatchkine, Director Ejecutivo del FG, se mantuvo muy activo haciendo cabildeo entre los donantes con miras a elevar significativamente el nivel del contenido económico de este Fondo. Los US\$11.7 billones comprometidos no fueron honrados aún con el bajo monto definido por el FG en tres escenarios diferentes. De acuerdo con estos tres escenarios de financiamiento, en

una proyección modesta US\$13 billones asegurarán el continuo apoyo para la implementación del programa y en el mejor de los casos US\$20 billones ayudarán a alcanzar los ODM relacionados con el sector Salud (6).

En un boletín de prensa del 5 de octubre, el señor Katzatchkine señaló: “Tenemos que reconocer que este monto no es suficiente para alcanzar la demanda esperada. Nos llevará a decisiones difíciles en los próximos tres años que podría frenar o reducir los esfuerzos para atacar estas tres enfermedades” Durante la conferencia de prensa que se hizo de seguido a la conferencia de compromisos, el Director Ejecutivo aclaró que aunque los compromisos no se revelan tal como fueron concebidos en los escenarios originales, no habrá retrocesos en estas decisiones. Hizo notar que los compromisos hechos le darán continuidad a los acuerdos y proyectos definidos para la Fase II. Agregó que su “esfuerzo de avanzar, se demoraría si se le compara con lo que habíamos venido haciendo y que nos habían encaminado a alcanzar los ODM”. El bajo nivel de financiamiento podría afectar el número de rondas de financiamiento en los próximos años.

Ha habido sugerencias de que la salud materno- infantil debe de estar explícitamente incluida en los mandatos de este Fondo. En la conferencia de prensa del 5 de octubre, Michel Katzatchkine desechó esta opción diciendo que “no habrá posibilidad de hacer más con otro aspecto de salud sin un aumento de recursos.”

#### PRÓXIMOS PASOS

La próxima reunión del FG se realizará en Bulgaria del 13 al 15 de diciembre. No hay duda de que ésta servirá como marco de reflexión sobre cómo avanzar en este proceso, sobre todo en el aspecto del financiamiento para el período 2011- 2013. Serán incluidos importantes temas en la agenda que obviamente recibirán una adecuada priorización. Este criterio de priorización es especialmente crítico en un contexto de fondos insuficientes para avanzar con el trabajo. Otros aspectos de la agenda de la reunión incluyen la consideración de opciones para realzar la contribución del Fondo Global a la salud materno- infantil y a la revisión de la guía y requerimientos para los Mecanismos de Coordinación de País (MCP).

#### REFERENCIAS

- [1] World Health Organization. (2010). [Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals: Report by the Secretariat](#). World Health Organization (updated April 1)
- [2] World Health Organization. (2010). [Tuberculosis control: Progress and long-term planning, prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively multidrug-resistant tuberculosis](#). Report by the Secretariat, World Health Organization [updated April 1]

[3] The Global Fund. [Homepage on Internet](#).

[4] The Global Fund. (2010, October 5). [Third Voluntary Replenishment \(2011-2013\), Pledging Conference, Chair's summary](#). New York: The Global Fund.

[5] The United Nations webcast. (2010, October 5). [Press Conference: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria](#).

[6] Molenaar, Bente. (2010). "The Global Fund and the MDGs: Moving towards a global fund for health?" *The Health Diplomacy Monitor*, 1(3).

## EL DERECHO AL AGUA Y AL SANEAMIENTO: DOS NUEVAS RESOLUCIONES DE LA ONU



Photo: Rights to Water and Sanitation

**Mark Pearcey**

[mark\\_pearcey@carleton.ca](mailto:mark_pearcey@carleton.ca)

Investigador asociado, Centro para Política Comercial y Leyes

### TRASFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

En 2000, la comunidad internacional se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dentro de ellos, el Objetivo 7 establece que debe darse una reducción de la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y el saneamiento básico (1). Los recientes esfuerzos diplomáticos se han encaminado a manejar este problema mediante la definición de una base legal de manera que se haga accesible el suministro de agua potable y saneamiento básico para las personas. Dentro del sistema de NNUU esto ha permitido la inclusión de la resolución "El derecho del ser humano al agua y al saneamiento (A/RES/64/292) por la Asamblea General el 28 de julio de 2010, (2) y referencias a la Resolución de Derechos Humanos sobre el acceso al agua potable y el saneamiento (A/HRC/15/L.14) por parte del Consejo de Derechos Humanos el 30 de septiembre de 2010 (3). Poniendo de relieve este derecho humano, esta resolución busca promover "acercamientos nacionales e internacionales para promover la contabilidad y la transparencia y proveer mecanismos para progresivamente liberar el acceso de las personas al agua y el saneamiento". (4)

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

De acuerdo con recientes estimaciones "1.7 billones de personas han obtenido acceso al consumo de agua potable desde 1990. No obstante, 884 millones de seres

en todo el mundo no tienen todavía acceso al agua potable y 6.2 billones de personas carecen de los servicios básicos de saneamiento como inodoros o letrinas" (5). Ciertamente, datos recientes indican que cerca del 80% de las experiencias mundiales de las personas es de carecer estos servicios básicos y es un serio riesgo a su salud. (6) En las décadas venideras, esta situación pareciera que se agravará debido al cambio climático, la contaminación de los acuíferos y el continuo y rápido crecimiento de la población (7). Por ejemplo, entre 2008 y 2015, se estima que el número de personas con dificultad a este acceso al agua potable y el saneamiento, subirá de 2.6 billones a 2.7 billones – una diferencia de 100 millones de personas (5).

Esta situación es más aguda en el África Sub-Sahariana y en el Sudeste de Asia: en estas regiones se estima que el 69% y el 64% de la población, respectivamente carece de un acceso al saneamiento básico (5). Este acceso limitado o nulo al agua potable y al saneamiento afecta tanto en el aspecto social como económico. De acuerdo con una estimación, en "áreas pobremente servidas con agua y saneamiento, la mortalidad infantil es multiplicada por 10 o 20 comparada con áreas que cuentan con el adecuado suministro de estos servicios" (8). Mientras tanto, en el 2003 se estimó que "la pérdida económica total en África debida a este escaso servicio (era) de US\$28.4 billones por año o alrededor del 5% del PIB" (9).

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El cuerpo director de FG consiste en 20 miembros con voto, que representan al sector de los donantes y a los países receptores de estos fondos, así como a representantes de organizaciones no gubernamentales, el sector privado (incluyendo a fundaciones y a hombres de empresa), y a las comunidades afectadas. Un buen número de organizaciones socias están representadas en este cuerpo director también, como miembros sin voto. Las decisiones clave son discutidas y aprobadas (o no) en reuniones que se realizan dos veces por año.

#### INTRODUCCIÓN

En julio de 2010, la Asamblea General de la ONU, dio un paso importante al reconocer el derecho al agua potable y el saneamiento básico, al aprobar la propuesta de Bolivia de tener un "Derecho humano al agua y al saneamiento". A través de esta propuesta, la Asamblea reconoce "el derecho al acceso al agua segura y limpia y el saneamiento como un derecho humano fundamental y esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos" (2). Sin embargo, las críticas se enfocaron en que la base legal para este reconocimiento no está adecuadamente establecida por esta resolución.

En septiembre, el Consejo de Derechos Humanos adoptó la resolución Derechos humanos y acceso al agua potable y el saneamiento, propuesto por España y Alemania. Por medio de esta resolución el Consejo afirma que “el derecho humano al agua potable y al saneamiento deriva del derecho a un estándar de vida adecuado y que está inextricablemente relacionado con el derecho de tener el más alto nivel de salud mental y física, así como el derecho a la vida y la dignidad humana” (3). Por medio del establecimiento de este derecho, la resolución esboza el derecho como algo con total sustento legal y reafirma que los estados tienen una responsabilidad primaria para su realización (3). En efecto, Catarina de Albuquerque, experta independiente de la ONU sobre el derecho al agua y al saneamiento, explica que esto establece que el “derecho al agua y al saneamiento es un derecho humano, igual que los otros derechos humanos, el cual implica que es justificable y de aplicación obligatoria” (10).

## POSICIONES

Al Bolivia introducir la propuesta- borrador “El derecho humano al agua y el saneamiento” ante la Asamblea, en julio de 2010, hizo notar que este derecho no ha sido totalmente reconocido a pesar de haber tantas referencias a él en diversos textos y tratados (p.ej. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, así como la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer) (11). De hecho, el Comentario General N°15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales confirmó el derecho al acceso al agua como un derecho existente en los tratados legales internacionales, que sugieren que puede ser interpretado dentro de los artículos 11 y 12 de la Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; específicamente el derecho a un adecuado estándar de vida y al derecho a la salud, respectivamente. (12)

A pesar de haber aprobado esta resolución con 122 votos a favor y 0 en contra, 41 estados decidieron abstenerse en este voto de la Asamblea. Dentro de los que se abstuvieron se encuentran Estados Unidos y Canadá, quienes expresaron sus preocupaciones sustantivas y procedimentales sobre el contenido del texto. En un nivel sustantivo, EUA cuestionó la base legal de este derecho, indicando que no hay tal “derecho al agua y al saneamiento” en un sentido legal internacional. (11) Haciéndose eco de este planteamiento, Canadá detalló deficiencias de procedimiento a la hora de redactar el borrador, reclamando que la resolución de la Asamblea afectó en cierta medida el trabajo del Consejo y limitó de esta forma, la oportunidad de tener un consenso

internacional al respecto. De manera específica, Canadá señaló que la resolución previno la consideración completa del Informe Anual Albuquerque remitido al Consejo de Derechos Humanos (11); el experto de NNUU sobre agua y saneamiento está instruido por el Consejo de Derechos Humanos según la Resolución 7/22 a remitir al Consejo un informe anual de estos asuntos de derechos humanos relacionados con el acceso al agua potable y al saneamiento. (13)

*Para Canadá, El trabajo de un experto independiente se esperaba que sirviera como base para que los estados-miembro consideraran, debatieran y delinearán la base, el radio de acción y el contenido de cualquier aspecto referido al agua y al saneamiento. Es prematuro reconocer este derecho sin permitirle a los estados-miembro el beneficio de la libre discusión, basado en los logros del experto independiente, sus procesos nacionales internos y el acuerdo de los estados (11).*

En la construcción de un momento vital de la Asamblea, el Consejo aprobó el derecho humano al acceso al agua potable y el saneamiento, por consenso, en septiembre. La razón para hacerlo por consenso dentro del Consejo fue largamente asentada por el papel de resolución en el establecimiento de una fundación legal para este derecho. Con una abstención previa a votar sobre el texto de la Asamblea, Estados Unidos estuvo orgulloso de anexarse al consenso votando a favor de la resolución del Consejo. En su explicación de voto, EUA estuvo de acuerdo con la asesoría del Consejo de que el derecho al agua potable y al saneamiento se deriva de los derechos explicitados en el Convenio sobre Derechos económicos, sociales y culturales. (14) En este sentido, pidió, más adelante que los signatarios del Convenio deberían tomar serios pasos para alcanzar plenamente su realización (14).

Aunque no se hizo un llamado para votar de forma consensuada por la resolución del Consejo, el Reino Unido (UK) escogió separarse del consenso. Su representante, Peter Gooderham indicó que mientras UK apoyaba la posición de un derecho al agua potable era derivada del derecho a un adecuado estándar de vida, no existían bases legales para identificar el saneamiento como un derecho humano. (15) Específicamente, considerando que no hay acuerdo internacional para definir el término “sanea miento” o “sanidad ambiental”, la resolución del Consejo es riesgosamente ambigua, tanto en términos de cuánto puede un individuo reclamarle al Estado, como cuánto puede el Estado satisfacer a su población (15). La posición de UK fue posteriormente criticada de manera frontal por la sociedad civil, la cual fue calurosamente recibida y aplaudida por parte de la mayoría de los asistentes a esta Asamblea General. Daniela Morley, Secretaria Ejecutiva de la Red Acción por el Agua Potable, sugirió que la posición de UK tenía

inconsistencias al señalar el punto de que este país había reafirmado su compromiso con el ODM N°7 en la reunión de Alto Nivel de las NNUU en la Cumbre sobre los ODM a principios de septiembre 2010. (16). De manera similar, Amnistía Internacional criticó también al Reino Unido por su postura, solicitándole que rectificara su posición al respecto, tan pronto como le fuera posible. (17)

## PRÓXIMOS PASOS

Avanzando en este proceso, el primer asunto a confrontar por parte de la comunidad internacional será trasladar el derecho al agua potable y saneamiento en una concreta realidad. Dentro de las propuestas sugeridas a la resolución del Consejo, se consideran las siguientes: 1- Herramientas y mecanismos de desarrollo para alcanzar este derecho al agua y el saneamiento, 2- aseguramiento de completa transparencia en la implementación del proceso de suministro seguro de agua potable y provisión de saneamiento básico, 3- enfoque en los grupos marginados, 4- integración de las evaluaciones de impacto con los derechos humanos, 5- Adopción e implementación efectiva de marcos regulatorios y 6- colocación en su justa posición, de los mecanismos de contabilidad para tramitar las violaciones a los derechos humanos (3).

*P.D/ El experto independiente de la ONU sobre agua y saneamiento también presenta un informe anual a la Asamblea General, como un mandato de la Resolución 12/8 del Consejo de Derechos Humanos.*

## REFERENCIAS

- [1] \_\_\_\_\_. 2010. [Millennium Development Goals: MDG 7](#). United Nations.
- [2] General Assembly. 2010. [The human right to water and sanitation \(A/RES/64/292\)](#). United Nations (28 July).
- [3] Human Rights Council. 2010. [Human rights and access to safe drinking water and sanitation \(A/HRC/15/L.14\)](#). United Nations (30 September).
- [4] WaterAid, et al. 2010. [Why recognizing water and sanitation as human rights is important](#). The Right to Water and Sanitation: Information portal on the human rights to water and sanitation.
- [5] UN Department of Public Information. 2010. [FACT SHEET: Goal 7: Ensure Environmental Sustainability](#). United Nations (September)
- [6] Gilbert, Natasha. 2010. [Balancing water supply and wildlife](#). Nature News (29 September).
- [7] Black, Richard. 2010. [Water map shows billions at risk of 'water insecurity'](#). BBC (29 September).
- [8] WaterAid, et al. 2010. [Essential Statistics](#). The Right to Water and Sanitation: Information portal on the human rights to water and sanitation.
- [9] UNESCO. 2009. [World Water Report 3](#). United Nations (16 March).

- [10] Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010. [UN united to make the right to water and sanitation legally binding](#). United Nations (1 October).
- [11] General Assembly. 2010. [108th Plenary Meeting: Agenda Item 48 \(A/64/PV.108\)](#). United Nations (28 July).
- [12] Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2003. [Substantive Issue Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 15\(2002\): the right to water \(arts. 11 and 12 on the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights\)](#). Committee on Economic, Social and Cultural Rights (20 January).
- [13] UN Independent Expert on the right to water and sanitation. 2010. [Human Rights Obligations Related to Non-State Service Provision in Water and Sanitation](#). Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (29 June).
- [14] Cassayre, Mark J. 2010. [Archived Video: United States Explanation of Vote on A/HRC/15/L.14](#). UN Human Rights Council (30 September).
- [15] Gooderham Peter. 2010. [Archived Video: United Kingdom Explanation of Vote on A/HRC/15/L.14](#). UN Human Rights Council (30 September).
- [16] Morley, Danielle. 2010. [UN passes historic resolution making water and sanitation a legal human right](#). Freshwater Action Network (30 September).
- [17] \_\_\_\_\_. 2010. [United Nations: Historic re-affirmation that rights to water and sanitation are legally binding](#). Amnesty International (4 October).

# PONIENDO EL DERECHO AL AGUA POTABLE EN PRÁCTICA: EL PROTOCOLO PAN – EUROPEO SOBRE AGUA Y SALUD



Photo: UNICEF Dushanbe and Waterwiki.net

**Lucilla Spini**

spinil@inweh.unu.edu

Oficial de proyecto, Cambio Global Ambiental y Salud Humana

Universidad de las Naciones Unidas- Instituto del Agua, el Ambiente y la Salud

**Francesca Bernardini**

francesca.bernardini@unece.org

Co- Secretaria, Protocolo sobre Agua y Salud, Oficial de Asuntos Ambientales, Comisión Europea de asuntos Económicos de la ONU.

## TRASFONDO

### EN ESTE EJEMPLAR

El protocolo sobre Agua y Salud de la Convención sobre la Protección y Uso de los cursos de agua transfronterizos y Lagos Internacionales de UNECE 1992, conocido como “la Convención del Agua” adoptado por la Tercera Conferencia Ministerial Europea sobre Ambiente y Salud (Londres, UK 16 al 18 de junio de 1999) es el primer acuerdo legal que liga el manejo sostenible de recursos hídricos y la reducción de enfermedades transmitidas por el agua. Tal como lo señala el artículo 22, el Protocolo está abierto al acceso de los Estados – miembro de la Comisión Económica Europea (UNECE) así como por los Estados- miembro del Comité Regional Europeo de la OMS. De esta forma 24 países dentro de la región paneuropea –una región que va desde América del Norte hasta Asia Central- han ratificado este Protocolo.

Uno de los principales objetivos del Protocolo es asegurar el acceso a agua segura y adecuado saneamiento básico para todos, permitiendo de esta forma trasladar el derecho humano al agua y el saneamiento en algo práctico. Del 23 al 25 de noviembre de 2010, la Segunda Sesión de las Partes tuvo lugar en Bucarest, Rumanía y se enfocó en los requerimientos de informes y en cómo ayudar a las naciones- parte en alcanzar los objetivos, establecimiento de vigilancia y sistemas de alerta temprana, así como planes de respuesta.

### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

El acceso al agua potable y el saneamiento es sustancialmente bajo en la región europea del este sobre todo en las zonas rurales. Europa del Este, el Cáucaso y Asia Central es la única región en el mundo que no muestra progresos en alcanzar los ODM referidos al acceso al agua y al saneamiento; muchos países están estancados si no retrocediendo con obvias consecuencias

sobre la higiene y las enfermedades relacionadas con el agua. (2) La falta de sanidad, el inadecuado tratamiento del agua, la insegura disposición de sustancias químicas, el sobre uso de fertilizantes y agroquímicos en general y el manejo no sostenible del agua ha provocado tremendos retos para la salud, aumentado además por los nuevos temas emergentes como el cambio climático. De acuerdo con la OMS, más de 13.000 niños debajo de la edad de los 14 años, mueren cada año por causa de la diarrea provocada por la insalubridad del agua, sobre todo en Europa del Este y Asia Central.

## EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

En 1999, los ministros y representantes de los Estados Europeos miembros de las OMS, reconocieron “el continuo retraso en el acceso confiable al agua segura y al saneamiento por muchas comunidades” de la región, adoptando el Protocolo sobre Agua y Salud, con ocasión de la realización de la Tercera Conferencia Ministerial sobre Ambiente y Salud en Londres, UK. El Protocolo, dentro del marco del proceso europeo de la OMS, entró en vigencia en 2005 y a la fecha 24 partes se han involucrado en la región paneuropea.

Los objetivos del Protocolo abarcan la protección de la salud humana por medio del mejoramiento del manejo del agua, la prevención, el control y la reducción de las enfermedades de transmisión hídrica, así como la protección de los ecosistemas. Opera por medio de dos elementos básicos, uno que se refiere al abordaje de los objetivos nacionales para el manejo del ciclo del agua, y el otro la puesta en marcha de un sistema de alerta y respuesta temprana a las enfermedades diseminadas por el agua. Algo único en el marco de los acuerdos multilaterales, el Protocolo es ejecutado de manera conjunta por la oficina del OMS para Europa (EURO) y por la Comisión de las Naciones Unidas para asuntos Económicos (UNECE), que facilitan y coordinan la implementación de actividades.

## INTRODUCCIÓN

La Primera Sesión de la Reunión de las Partes (MOP) para el Protocolo se realizó en Ginebra, CH del 17 al 19 de enero de 2007 (1). Esta fue la oportunidad de definir el funcionamiento y arquitectura del Protocolo, incluyendo los términos de referencia para los cuerpos cubiertos por el Protocolo: el Comité de Rendimiento, el Grupo de Trabajo sobre Indicadores e Informes, el Grupo de Trabajo sobre Vigilancia y el Grupo de Trabajo sobre Eventos Climáticos Extremos.

Co coordinado por Noruega y Rumanía, la Segunda Sesión que tomó parte en Bucarest, congregó a 33 países, varias organizaciones de la ONU (p.ej. UNESCO, NNUU-

HABITAT y UNU-INWEH) entes intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales. Este artículo resume los productos- clave de la reunión.

## NUEVAS PARTES CONTRATANTES

En la reunión, varios países anunciaron que ellos habían iniciado un proceso de ratificación y acceso al Protocolo. Algunos estaban bastante avanzados, como el de Bosnia y Herzegovina que completó el procedimiento nacional. Armenia, Kirguistán, Serbia, Eslovenia, Suecia y la antigua República Yugoslava de Macedonia anunciaron que estaban pensando en formar parte de este Protocolo hacia el final de 2011. De esta forma se extiende la cobertura geográfica del Protocolo al Este y el Sur, lo cual es crucial, considerando sobre todo que es acá en donde las necesidades son mayores.

## PRIMER EJERCICIO DEL INFORME

La reunión de las partes (MOP) revisó el primer ejercicio piloto bajo el Protocolo e hizo notar su complacencia de que los informes nacionales hayan sido remitidos por más de tres cuartos de los miembros del Protocolo, así como por tres Estados que no forman parte del Protocolo. Se recibió una variada gama de reportes, como fue subrayado en el Informe Regional sobre el estado de la implementación del Protocolo, preparado por el Secretariado Conjunto, el cual resume la información de 23 informes nacionales. Entretanto se detectaron diferencias entre los reportes, dependiendo de los avances de cada país en alcanzar los objetivos planteados y se suministró información insuficiente en cuanto a temas emergentes como el del cambio climático. Más aún, se encontraron diferencias entre los reportes que fueron elaborados consultando a varios ministros y aquellos que no lo hicieron así. Tomando en cuenta estas características, la MOP adoptó las directrices y el formulario para los informes resumidos, de acuerdo con el artículo 7.

## GUÍA, DIRECTRICES Y HERRAMIENTAS

Varios productos nuevos, herramientas y publicaciones desarrollados bajo este Protocolo se presentaron y adoptaron para proveer una guía sobre diferentes tópicos relacionados con áreas relativas al agua y sobre el avance en la implementación del Protocolo.

**“Guías sobre los objetivos, la evaluación de progreso y el proceso de reportar” (3)** fueron desarrolladas por el Grupo de Trabajo sobre Indicadores y Reportes, bajo la coordinación del Gobierno de Suiza, para alcanzar los objetivos señalados por las partes respecto de alcanzar estos objetivos y la revisión y evaluación del progreso de la evaluación, de acuerdo con las provisiones de los artículos 6 y 7. Como las partes son requeridas para alcanzar un conjunto de metas medibles que cubran el tema completo del agua (p.ej. calidad de agua para beber,

agua para uso en el baño y para lavado), las fechas fijadas para lograr estos objetivos y los informes de progreso para alcanzar estos objetivos, el documento se convierte en una herramienta –clave para el avance e implementación de este Protocolo. Este documento provee un marco lógico así como recomendaciones estratégicas y prácticas y además señala buenas prácticas y experiencias del Protocolo de las Partes.

**La “Guía política sobre Vigilancia de las enfermedades relacionadas con el agua” (4) y “Guía técnica para el logro, implementación y vigilancia de los sistemas de evaluación de las enfermedades relacionadas con el agua” (5)** fue desarrollada por medio del Grupo de Trabajo sobre Vigilancia, bajo la coordinación del Gobierno de Italia. Estos documentos ciertamente son para ayudar a los países en el establecimiento de sistemas de vigilancia y alerta temprana, así como de contingencia y de un plan de respuesta emergente de acuerdo con el artículo 8 del Protocolo.

**La “Guía sobre Suministro de agua y Saneamiento en eventos de clima extremo”[6]** fue desarrollada por el Grupo de Trabajo bajo el liderazgo del Gobierno de Italia, con el apoyo del Gobierno de los Países Bajos. La Guía pretende ayudar a los decisores políticos y a los profesionales que manejan el tema de los servicios de suministro y saneamiento en hacer que estos servicios, adaptables a los cambios del entorno, sobre todo de los aspectos climatológicos y a los eventos de carácter extremo, como podrían ser las inundaciones.

**La publicación “Suministros de agua en pequeña escala en la región Pan Europea: Trasfondo, retos y Mejoramiento”** fue desarrollada bajo el liderazgo del Gobierno de Alemania y pretende ser una ayuda útil para los decisores políticos en lograr alcanzar los retos específicos que representan los sistemas de suministro de agua en pequeña escala y de saneamiento y constituyen la espina dorsal de las áreas rurales de la región Pan Europea.

## AYUDA TÉCNICA E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Bajo el ámbito del Protocolo, las Partes requieren ayudarse mutuamente para implementarlo de la mejor forma. En su primera reunión, la MOP estableció un Mecanismo Ad Hoc para la Facilitación del Proyecto, dirigido por Noruega. La idea es propiciar una mejor coordinación para lograr ayuda internacional y de esta forma aumentar la capacidad receptora de los países de la Europa del Este, el Cáucaso, Asia Central y el Sudeste europeo, de los fondos que sean asignados a éstos para la implementación del Protocolo. En la segunda MOP, las Partes han reconocido el potencial que tiene el mecanismo para promover la acción en el terreno y estimular de esa forma la relación de mutuo entendimiento entre los países donantes y los receptores. En Ucrania, en la República Moldava, el mecanismo ha apoyado financieramente proyectos que les permite a ambas naciones establecer un conjunto de objetivos y fechas de cumplimiento, en concordancia con los artículos 6 y 7 del Protocolo. El proyecto, en la República Moldava en la definición de objetivos y fechas para alcanzarlos, incluyendo el

proceso de las reuniones de expertos nacionales y de consultas más amplias con la sociedad civil, culminó con la aprobación de una Lista de Objetivos Nacionales y fechas de cumplimiento, provenientes de una orden emitida por ambos Ministros de Ambiente y de Salud. El creciente aumento de solicitudes adicionales para recibir ayuda mostró la necesidad de continuar desarrollando esta iniciativa.

#### PARTICIPACIÓN PÚBLICA

El Protocolo invita a una participación pública y a un involucramiento en alcanzar un derecho básico fundamental en cuanto al agua potable y el saneamiento. Tal como fue señalado con énfasis en el Taller sobre Información y Participación Pública en Agua y temas relacionados con la Salud (Bucarest, del 15 al 16 de junio de 2010), bajo el liderazgo del Gobierno de Rumanía y de la organización Mujeres en Europa por un Futuro Común (WECF, por su sigla en inglés), el involucramiento del público en la implementación del Protocolo, es de crucial importancia. La nota remitida por la WECF, sobre acceso a la información y participación pública en el ámbito del Protocolo (ECE/MP.WH/2010/4-EUDHP/1003944/4.2/1/10), en cooperación del Ministro de Ambiente y Bosques de Rumanía, resaltó las provisiones importantes bajo el Protocolo, así como ejemplos de buenas prácticas, incluyendo el Atlas del Agua y la Salud (Centro de Colaboración la OMS para la Promoción de la Salud y la Administración del Agua y Comunicación del Riesgo), los Centros Aarhus e iniciativas de ONG's. Sin embargo, también se notó que la participación del público aún se mantiene como un reto común. Para superar esta dificultad, las Partes asintieron y concordaron una cooperación innovadora con la Convención al Acceso de Información, Participación Pública en Decisión Política y Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales de UNECE -conocida como Convención Aarhus-, la cual direccionará también el desarrollo de directrices y manuales para el involucramiento del público en cuanto a consultas y procesos de toma de decisiones bajo este Protocolo.

#### LO QUE RESTA ADELANTE

La Tercera Sesión de MOP sobre este Protocolo será auspiciada por el Gobierno de Noruega en 2013. En el Período Intermedio, el Grupo de Trabajo sobre Agua y Salud monitoreará el progreso en la implementación del Protocolo así como su Programa de Trabajo. Se visualiza la realización de talleres temáticos y actividades de construcción de capacidad, para el próximo trienio.

#### REFERENCIAS

- [1] United Nations Economic Commission for Europe (23-25 November 2010). [Protocol on Water and Health](#). Bucharest, Romania
- [2] World Health Organization and UNICEF (2010) [Progress on sanitation and drinking-water 2010 Update](#). WHO, Geneva
- [3] United Nations Economic Commission for Europe and World Health Organizations for Europe (October 2010). [Guidelines on the setting of targets, evaluation of progress and reporting](#). United Nations, Geneva
- [4] Economic Commission for Europe and World Health Organization(14 September 2010). [Policy Guidance on Water-Related Disease Surveillance](#)(ECE/MP.WH/2010/L.2 EUDHP1003944/4.2/1/4). Bucharest
- [5] Economic Commission for Europe and World Health Organization (14 October 2010) [Technical Guidance for Setting Up, Implementing and Assessing Surveillance Systems of Water-Related Disease](#). (ECE/MP.WH/5-EUDHP1003944/4.2/2/1)
- [6] Economic Commission for Europe and World Health Organization Europe (June 2009).[Guidance on Water Supply and Sanitation in Extreme Weather Events](#). Copenhagen
- [7] Rickert, Bettina and Schmoll, Oliver; WHO and UNEP(2010). [Small scale water supplied in the pan-European Region: background – Challenges- Improvement](#). Geneva

## SALUD EN LA REUNIÓN DEL G20: UN PEQUEÑO PERO SIGNIFICATIVO PASO EN SEÚL



Photo: The Korea Herald

**Jenilee Gubert**

[jenilee.guebert@utoronto.ca](mailto:jenilee.guebert@utoronto.ca)

**Robin Lennox**

[robin.lennox@utoronto.ca](mailto:robin.lennox@utoronto.ca)

**Programa de Diplomacia en Salud Global & Grupo de Investigación del G20. Escuela Munk de Asuntos Externos**

### TRASFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

El Grupo de los Veinte (G20) se encontró para su quinta cumbre del 11 al 12 de noviembre de 2010 en Seúl, Corea. De manera similar a previas reuniones de este Grupo, la idea primaria de los líderes del G20 era discutir asuntos financieros y económicos. No obstante que el tema salud no fue discutido directamente, fue referido en sus conclusiones finales y los documentos de esta reunión así lo atestiguan. Lo más notable fue que las enfermedades no transmisibles y la importancia de las situaciones de salud fueron resaltadas tanto en el Consenso Desarrollado de Seúl como en el Plan de Acción Multianual para un Crecimiento Conjunto. Los asuntos relacionados con el desarrollo constituyeron un fundamental aspecto de discusión que culminó con la Declaración “Consenso Desarrollado de Seúl para un Crecimiento Conjunto”. Otros temas relacionados con la salud, incluyendo el cambio climático, la reducción de la pobreza y la seguridad alimentaria se discutieron ampliamente.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Han sido muchos los que han propugnado por que los líderes del G20 asuman un papel más relevante en el abordaje de los temas de salud global, desde que iniciaron sus reuniones en el mes de noviembre de 2008. Miembros como Indonesia han impulsado para que el Grupo en sí, tome este asunto entre sus puntos de discusión. En la Cumbre de Seúl, aunque muy limitada, la referencia del G20 a la salud –directa e indirectamente-, fue mayor que las hechas en reuniones previas. Parece que la tendencia es que el tema salud vaya cobrando más importancia en la agenda del G20; si esto fuera así, se prevé que el G20 tendrá un mayor impacto en la salud global.

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El G20 es un conglomerado de líderes del más alto nivel, donde los más significativos países se comprometen a direccionar asuntos globales de una manera coordinada.

Los miembros del G20 han tenido como invitados en sus reuniones a ministros de finanzas y gobernadores de bancos centrales desde 1999. Es un grupo flexible, informal, donde sus miembros pueden tratar cualquier asunto, alterar su agenda si fuera necesario e invitar a otros países y organizaciones multilaterales si así lo dispusieran.

#### LA CUMBRE DE SEÚL

Del 11 al 12 de noviembre de 2010, el G20 se reunió en su quinta cumbre, en la capital de Corea: Seúl. En línea con su filosofía primaria de ser un foro económico de muy alto nivel, el G20 manejó una agenda enfocada primordialmente en asuntos financieros y económicos. Al finalizar la reunión, los líderes oficializaron dos documentos relacionados con la salud global: Consenso Desarrollado de Seúl para un Crecimiento Conjunto y el Plan Multianual de Desarrollo (1). Con la inclusión del desarrollo como tema central de la agenda, la coordinación por parte de Corea quiso asegurar que los beneficios del desarrollo sean compartidos con todos los países, incluyendo los Países de Desarrollo Bajo (PDB) que no estuvieron representados en la G20 (2). Mientras que la salud no fue un tema relevante en la agenda, las enfermedades no transmisibles y muchos otros temas relacionados con la salud, incluyendo el cambio climático, la reducción de la pobreza y la seguridad alimentaria se discutieron ampliamente.

El tópico de la salud fue igualmente llevado a la discusión de manera informal por algunos otros miembros del G20, resaltando las tremendas implicaciones de la salud en sus planes de desarrollo. Durante una conferencia de prensa previa a la Reunión a la Cumbre, el Presidente de Corea Lee Myung-bak habló sobre la necesidad de compartir la tecnología y las buenas prácticas con los países en desarrollo a fin de mejorar su progreso en asuntos como la productividad agrícola y salud (3). Indonesia también insistió en el tema de las enfermedades no transmisibles para que fueran mencionadas en el Plan Multianual de Acción.

#### EL G20 Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

En su Plan de Acción Multianual, el G20 discutió la necesidad crítica de seguir desarrollando el capital humano en los países en desarrollo, particularmente en los de más bajos recursos. Para hacer eso, el Plan de Acción enfatizó en la necesidad de “identificar los ligámenes entre educación, problemas de salud, vacíos de género y el desarrollo de las destrezas de largo plazo. En referencia a los problemas de salud, el impacto de las ENT fue específicamente mencionado (4). Esta fue la primera mención o referencia que se hizo a las ENT

fue específicamente mencionado (4). Esta fue la primera mención o referencia que se hizo a las ENT que se ha hecho en todas las cumbres del G8 o el G20 y sus declaraciones. Las ENT como diabetes, cáncer, cardiopatías, afecciones cardiopulmonares y obesidad, son aspectos sumamente críticos. Las cardiopatías por ejemplo se convierten en la principal causa de muerte en el mundo, matando a un promedio de 17 millones de personas por año (5). En relación con el desarrollo económico, las ENT son una barrera para el desarrollo y la productividad (4).

cardiopatías, afecciones cardiopulmonares y obesidad, son aspectos sumamente críticos. Las cardiopatías por ejemplo se convierten en la principal causa de muerte en el mundo, matando a un promedio de 17 millones de personas por año (5). En relación con el desarrollo económico, las ENT son una barrera para el desarrollo y la productividad (4).

Esta conexión entre salud - crecimiento económico y desarrollo está tomando más fuerza cada vez. Un reporte reciente hecho por analistas de la OCDE enfatizó en el papel vital que juega el prevenir las enfermedades crónicas y tratar oportunamente a los enfermos de estas afecciones, para asegurar el crecimiento económico en el largo plazo (6). El FMI también ha indicado el impacto que tendrá el incremento de los costos en tratamiento de estas enfermedades en disminuir la habilidad de los países del G20 en alcanzar sus metas sobre la deuda externa para el 2013 (7).

Mediante la especificación de las necesidades para tratar las ENT mientras se persigue el crecimiento económico, el G20 está tratando directamente este tema de salud. Es de reconocer este punto ya que es un significativo y positivo paso hacia la integración de los aspectos de salud en la gran agenda económica del G20.

#### CAMBIO CLIMÁTICO, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LOS ODM EN LA CUMBRE DE SEÚL

El Consenso de Seúl puso mucho énfasis en los compromisos del G20 de trabajar conjuntamente con los países en desarrollo, particularmente con los de más bajo ingresos (8). En este Plan de Acción Multianual, el G20 identificó a la infraestructura y la seguridad alimentaria como dos de las áreas- clave para ser objetos de mejoramiento (4). El desarrollo de infraestructura, una pieza clave en estos mecanismos de asociación, seguramente que contribuirá en el desarrollo de la provisión de los sistemas de salud.

Los líderes de este Grupo también se comprometieron en encontrar la forma de: a- Incrementar la producción agrícola y consecuentemente el acceso a los alimentos

y a una mejor nutrición (4), b- Reducir la volatilidad de los mercados de alimentos para afirmar la seguridad alimentaria, y c-Mejorar la infraestructura agrícola en los países más pobres a fin de reforzar la producción de alimentos (4).

Los altos dignatarios del G20 igualmente se refirieron de nuevo a la importancia de alcanzar los ODM hacia la fecha límite señalada del 2015. Ellos describieron el Consenso de Seúl como un complemento a los acuerdos fijados del G20 para alcanzar los ODM y en consecuencia fijaron algunas medidas concretas en su Plan Multianual de Acción, para completarlos (1). De los 8 ODM, los Objetivos 4, 5 y 6, sobre reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, respectivamente, son objetivos de salud prioritarios (9). El alcanzarlos tendrá de seguro, un fuerte impacto en la salud global. Igualmente, el Consenso Desarrollado subrayó la importancia de realizar mejoras en las áreas de reducción de la pobreza, seguridad alimentaria, derechos humanos y equidad de género (8). Cada uno de estos aspectos se refiere directamente a alguno de los ODM apuntados líneas atrás.

En el tema del cambio climático, el G20 señaló con énfasis que “no escatimarán esfuerzos” para alcanzar los acuerdos establecidos en la Cumbre de Cancún sobre Cambio Climático de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático (UNFCCC), en noviembre- diciembre de 2010 (1). El abordaje del tema sobre el cambio climático tendrá un positivo impacto en la salud global. Un equipo científico que ha ido creciendo, ha demostrado que los efectos del cambio climático sobre la salud humana constituye per se una seria amenaza a la salud global (10). Un acuerdo del G20 para reducir las emisiones de gas con efecto invernadero ayudará de manera significativa para mitigar esos efectos. La salud en las próximas cumbres del G8 y el G20.

En junio de 2011, tanto las cumbres del G8 como del G20 se realizarán en Francia. Pareciera que el desarrollo será un tema de fundamental tratamiento en ambas agendas. Es posible que la temática referida a la salud global se vaya a discutir en la próxima Cumbre del G20 en Cannes. Sin embargo, más pareciera que el G20 continuará expandiendo los temas relacionados con la salud en vez de discutir sobre salud de una manera más sustantiva. El Presidente Sarkozy ya ha afirmado que desea que se incluya del desarrollo y la seguridad alimentaria de África en la agenda de esta próxima Cumbre del G20 (11). El compromiso continuado de ambos aspectos tendrá por cierto, un positivo impacto en la salud global.

## NUEVO ESPACIO GLOBAL PARA UNA COBERTURA UNIVERSAL Y CON MIRAS A PROVEER EVIDENCIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y CONVERTIRLOS EN UNA POLÍTICA



Photo: First Global Symposium on Health Systems Research

Rene Loewenson

rene@tarsc.org

Centro de Apoyo a la Investigación y al Entrenamiento

El Presidente Sarkozy asimismo ha abogado por el establecimiento de un Secretariado permanente del G20 que sería responsable de aspectos generales, como el cambio climático y el desarrollo (12). Ninguno de los temas de salud discutidos por los líderes del G20 será monitoreado en el futuro por ningún organismo.

Luego de la Cumbre de Cannes, México auspiciará la reunión del G20 en noviembre de 2012. El Presidente Felipe Calderón ha reafirmado su total apoyo a una amplia agenda, que ponga énfasis en la importancia del desarrollo y el cambio climático en particular (13). La agenda aún no ha sido concluida y todavía no se conoce si el tema de salud será incluido. Siguiendo el ambiente definido en la Cumbre de Seúl, pareciera que los líderes del G20 seguirán reconociendo la importancia que el tema de salud tiene en estas discusiones, sobre todo como un tema transversal. Cuán extensa será su discusión o de qué forma será tratada todavía permanece como un asunto incierto.

### REFERENCIAS

1. [G20 Leaders' Declaration \(2010\)](#). G20 Information Centre (November 12)
2. Myung-bak, Lee (2010). "The road to Seoul: shared growth beyond crisis." In John Kirton and Madeline Koch (eds) G20 The Seoul Summit: Shared Growth Beyond Crisis. London: Newsdesk Media. pp. 10-14.
3. So-hyun, Kim (2010). "[G20 seek accord on currency rate](#)." The Korea Herald (November 4).
4. Annex II: [Multi-Year Action Plan on Development](#) (2010). G20 Information Centre (November 12).
5. World Health Organization (2010), "[Cardiovascular diseases](#)." (December 2, 2010).
6. Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). "[Health: improving healthcare is vital for long-term growth](#)". (October). OECD Observer. No. 281.
7. Talley, Ian. (2010). "IMF: World Economies Failing on Medium Term Fiscal Deficit Plans." Dow Jones Newswires (November 4),
8. Annex I: [Seoul Development Consensus for Shared Growth](#) (2010). G20 Information Centre (November 12).
9. United Nations (2010). "[Millennium Development Goals](#)."
10. Costello, Anthony et al (2009). "Managing the health effects of climate change." Lancet (May 16). Vol. 373. pp. 1693-1729.
11. Sarkozy, Nicolas (2010). "Plans for France's G20 Summit in 2011." In John Kirton and Madeline Koch (eds) G20 The Seoul Summit: Shared Growth Beyond Crisis. London: Newsdesk Media. pp. 16-18.
12. Xin, Zhang (2010). "[IMF chief talks with French president over G20](#)." Xinhua News Agency (November 17).
13. Calderón Hinojosa, Felipe (2010). "The G20 as a lever for global development." In John Kirton and Madeline Koch (eds) G20 The Seoul Summit: Shared Growth Beyond Crisis. London: Newsdesk Media. pp. 18-20.

### TRASFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

En noviembre de 2010, el Primer Simposio Global sobre Investigación en Sistemas de Salud (HSR) denominado "Ciencia para impulsar la Cobertura Universal de Salud" compartió evidencia e identificó prioridades para el fortalecimiento de la investigación de los sistemas de salud y de esta forma alcanzar cobertura universal en salud.

El enfoque y la alianza que surgió de esta conferencia y los altos niveles de apoyo provenientes de muchas agencias nacionales e internacionales, sugirió el potencial para evidenciar grandemente y para incluir la evidencia de los sistemas de salud en futuros debates globales sobre políticas de salud. Mientras que múltiples foros globales que abogan por una cobertura universal de la salud indicaron que hay un consistente enfoque en políticas, en la universalidad, no necesariamente implica esto una consistente visualización política. Las perspectivas diferentes sobre la cobertura universal de la salud indican que el tema UNIVERSAL no puede ser asumido de manera simple para abarcar: intereses, significados y valores para todos quienes la usen.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Actualmente existen grandes baches en la cobertura. Por ejemplo el Informe Mundial de la Salud de 2010 indica que la proporción de nacimientos atendidos por expertos en salud de los países se ubica en el rango del 10% a cerca del 100% y que es más alto en países y comunidades de mayor ingreso que ya reportan bajas tasas de mortalidad materna. Se cierra la brecha en cobertura entre países ricos y países pobres en una lista de 49 países de bajos ingresos, por ejemplo permitiría salvar las vidas de más de 700.000 mujeres entre el presente año y el 2015 (1).

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La cobertura universal de salud, como objetivo y el fortalecimiento de los sistemas de salud, deberían

inducir a la formación de un diálogo político en las agendas específicas de temas globales, incluyendo la recientemente aprobada estrategia del Secretariado General de la ONU en salud materna, neonatal e infantil y la pronta estrategia UNGASS sobre ENT. En la abogacía para la política global sobre cobertura universal de salud, será importante aclarar y discutir las diferentes posiciones sobre este relevante tema, las opciones políticas y las consecuencias, así como los puntos de vista políticos y los valores que están vinculados a esta cobertura universal.

#### ELEVANDO EL PERFIL GLOBAL DE CONOCIMIENTO EN SISTEMAS DE SALUD.

En el 2008, el Informe Mundial de la Salud hizo un llamado a los líderes de salud para entender el valor de la inversión en la investigación de los sistemas de salud. En este Informe, la OMS señaló el déficit en la inversión sobre investigación en sistemas de salud, así como en el entendimiento del contexto político, el desempeño o en las percepciones de los sistemas de salud, comentando que “Ciertamente ningún otro sector económico de \$5 trillones estaría contento con tan pequeña inversión en investigación relacionada con su medular agenda...” (2, p. 110). Lo anterior sugiere que mientras un sustancial cuerpo de investigación biomédica ha informado sobre aspectos médicos basados en la evidencia y el cuidado del paciente, lo mismo no es tan cierto para tomar decisiones sobre cómo financiar, organizar o administrar sistemas de salud, a pesar del gran impacto en la población.

Como una respuesta a este tema, la OMS y otros socios auspiciaron el Primer Simposio Global en Investigación de Sistemas de Salud en noviembre de 2010 en la ciudad de Montreux, Suiza. La conferencia congregó a unas 1200 personas de aproximadamente 100 países y de diversos trasfondos: investigadores, oficiales de salud, diseñadores de políticas, gestores de recursos, para compartir y debatir sobre las actuales tendencias de investigación en sistemas de salud y explorar la forma de fortalecer la producción y su uso en la política y en la práctica diaria, particularmente en los países de más bajos recursos. Mientras que ha habido muchas enfermedades y temas específicos tratados en foros mundiales que incluyen los tópicos de sistemas de salud, este fue el primer simposio global para hacer el propio sistema, un foco de atención.

Esto refleja un aumento del entendimiento que, mientras que la globalización ha retado el desempeño de los sistemas de salud en muchos países, ha habido un relativo rechazo de las inversiones y de pasos para hacer los sistemas de salud más equitativos, inclusivos y capaces de entregar programas que respondan a los retos

específicos de la salud pública. El Informe Mundial de la Salud de 2008 puntualizó la necesidad de reenfocar este tema, como un todo, haciendo un vehemente llamado a efectuar reformas relacionadas con la cobertura universal, provisión del servicio, política pública y liderazgo (2). El Simposio Global hasta aquí tomó este tema: “Ciencia para impulsar la cobertura Universal de la Salud”, como elemento para compartir evidencia, identificar baches de conocimiento significativos, así como para identificar prioridades para el fortalecimiento de la investigación en estos sistemas y alcanzar así la cobertura universal.

#### EL SIMPOSIO GLOBAL SOBRE INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

Se presentó investigación sobre el financiamiento, la organización y el liderazgo en los sistemas de salud, aspectos de los trabajadores de la salud, el rol de las relaciones, confianza y poder social en la organización de los sistemas de salud que propendan a una cobertura universal, Hubo debates sobre los métodos, las capacidades y los incentivos para implementar estos sistemas de salud, así como opciones para estimular el uso del conocimiento generado en políticas y prácticas (Se puede ampliar esta información accediendo al sitio [www.hsr-symposium.org](http://www.hsr-symposium.org) para revisar lo aprobado en las sesiones plenarias y los documentos de trabajo).

En el texto final de la conferencia, el Comité Coordinador, reconoció que “hay una tremenda energía para moverse hacia adelante con una agenda de acción pendiente de realizar...” (3). Este Comité, constituido por 30 académicos, agencias de la ONU, instituciones nacionales de salud, agencias para el desarrollo, fundaciones, fondos globales y organizaciones internacionales de investigación (Más información en [www.hsr-symposium.org/index.php/steering-committee](http://www.hsr-symposium.org/index.php/steering-committee)) iniciaron una nueva alianza global de actores, con agenda definida, para trabajar en:

- Archivar electrónicamente y distribuir documentos y debates de la conferencia
- Crear una sociedad internacional para investigación en sistemas de salud, conocimiento e innovación, para construir una mayor fortaleza, credibilidad y capacidad para mejorar de manera interdisciplinaria la investigación en estos sistemas, con enfoque global, así como proveer visibilidad y apoyo regional y nacional y esfuerzos de colaboración conjunta, y
- Enfocarse en la Estrategia de Naciones Unidas sobre Salud Materna, Neonatal e Infantil, así como en la próxima conferencia de la ONU sobre ENT para fortalecer los sistemas de salud con el propósito de acelerar la

cobertura universal de la salud. Tal como el Dr. Lincoln Chen de la delegación de China y la Universidad de Harvard lo anotaron al cierre de la Conferencia, esto no implica la elaboración de prescripciones dogmáticas para acciones similares. En vez de ello, cambia la política del diálogo al acuerdo de los principios para la acción, para intercambiar evidencias en la efectividad de la acción y el aseguramiento de la contabilidad para alcanzar los derechos de los ciudadanos en el tema de la cobertura universal de la salud.

El enfoque y la alianza que emergió de la conferencia y el apoyo a las organizaciones de alto nivel en el Comité Coordinador, sugirió el potencial que existe para alcanzar estos objetivos y para resaltar la visibilidad, la producción y la inclusión de la evidencia en los sistemas de salud dentro de los debates sobre la política en salud global.

El simposio trató también los retos futuros. Los sistemas de salud son complejos y los acercamientos interdisciplinarios que necesitan ser comprendidos, probablemente permitirán visualizar una evidencia que se muestra menos impositiva o “científica” que aquella proveniente de acercamientos experimentales. La investigación de los sistemas de salud no está aislada de las demandas políticas, planeamientos y prácticas, lo cual hace un llamado a la participación de las comunidades afectadas, mediante el proceso “aprender haciendo” y de ligar a los actores políticos, en el tanto se mantiene un rigor científico, es decir, sin perder la seriedad del caso.

Además, los modelos de financiamiento competitivo socavan las necesarias relaciones de colaboración para construir capacidades de investigación dentro de los países de bajos e intermedios ingresos. Finalmente, los países africanos, en particular, cuentan con una baja penetración del sistema de INTERNET (que se refleja en solamente el 9.6 % en 2010, comparado con un 67% en Europa) excluyendo a muchos de la participación en el incremento del proceso de comunicación electrónica y el compartir del conocimiento global (4).

#### DIFERENTE COMPRESIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE LA SALUD.

Un reto fundamental se está erigiendo con claridad en cuanto a cómo concebir el concepto de cobertura universal de salud (CUS). Dentro del Simposio Global se desarrolló una serie de eventos relacionados con la CUS: Se celebró una conferencia internacional de ministros de salud en noviembre de 2010 por la OMS sobre “Financiamiento de los Sistemas de Salud: Llave para la cobertura universal”, auspiciada por el Gobierno de Alemania; la OMS puso en marcha su Informe Mundial de la Salud del 2010 titulado “Financiamiento de los Sistemas de Salud: Un

sendero para la cobertura universal” y en diciembre de ese año, el Gobierno de Brasil junto con el Foro Mundial Social de Salud realizó la Primera Conferencia Mundial sobre el Desarrollo de los Sistemas Universales de Seguridad Social. Hay un enfoque claramente consistente en las políticas sobre la universalidad, lo cual no implica necesariamente que se dé una consistente visión política.

La Asamblea General de la Salud en 2005 incluyó una resolución definiendo la CUS como un acceso para que todos tengan adecuados servicios de salud y a un costo aceptable. En su informe anual del 2010, la OMS definió el principio que una cobertura universal demanda el hecho de que los países trabajen duro en consolidar una reserva de fondos de tal manera que se cubran tres dimensiones: ampliación de la cantidad de personas cubiertas, ampliación del ámbito de la provisión de estos servicios y la reducción de los costos compartidos (pago directo como las cuotas de los usuarios de los servicios). Existe el consenso de que imponer cuotas altas para el cuidado o la atención de la salud es totalmente inaceptable, si consideramos que ello empobrecerá aún más las comunidades de bajos recursos económicos. Sin embargo es precisamente en este punto donde radica el punto de que se muestran las diferencias en el establecimiento de políticas.

Estos principios, establecen el enfoque de un conjunto de políticas que es primariamente sobre el financiamiento y las opciones de beneficios que incrementalmente facilitarán un mayor acceso a los servicios de salud. La Fundación Rockefeller ha empezado una Red Conjunta de Aprendizaje que están implementando la CUS y el Dr. Ariel Pablos- Méndez de esta Fundación ha argumentado que la CUS es un objetivo que puede ser alcanzado a través de una sinergia de opciones públicas y privadas, incluyendo los arreglos de entidades aseguradoras privadas para los diferentes grupos sociales (5).

Durante la Conferencia Mundial sobre el Desarrollo de los Sistemas Universales de Seguridad Social, el Gobierno de Brasil y el Foro Social Mundial se enfocaron en los derechos basados en las garantías y los derechos de todos los ciudadanos del mundo de alcanzar el acceso universal a los servicios de salud. Para lograr esto, se requieren medidas para superar la segmentación en los sistemas de salud y eliminar las inequidades en el acceso a estos servicios. Impuestos progresivos, así como sistemas obligatorios de aseguramiento, son los puntos medulares para facilitar los esfuerzos mancomunados y la solidaridad para lograr llegar a esta cobertura universal, pero en el tanto esta situación es contendida por los grupos económicamente poderosos, igualmente demanda poder

social y acción por parte de las poblaciones solicitantes de estos servicios. Los investigadores de África, Asia y las Américas han expresado, en un texto de la declaración final de esta Plenaria del simposio: "Equidad es el objetivo primordial. La cobertura universal de la salud es la esencia para alcanzar esta equidad".

Se ha estado presentado un debate en todos los eventos mencionados, si la CUS debe ser un asunto de cada país, con ayuda internacional para los países de bajos ingresos, o si existe una obligación nacional y global para garantizar un aseguramiento básico de salud para todos, así como financiar esto a través de fondos globales más predecibles que los del presente.

Más profundamente, tal como lo ha expresado Ilcheong Yi, del Instituto de la ONU para investigación del Desarrollo Social, en la Conferencia Mundial sobre el Desarrollo de los Sistemas Universales de Seguridad Social, el universalismo no debe ser visto de manera tan simple como el mero financiamiento, provisión y expansión del beneficio de los servicios sociales, sino como un principio para organizar una reforma social y económica a través de las esferas de la producción, la redistribución y la protección en la ruta para alcanzar los sectores pobres y la inequidad (6).

En el seno de los foros globales, los debates indican que el término universal no se puede asumir simplemente como el mismo para todas las poblaciones. El Segundo Simposio Global sobre investigación en los sistemas de salud se ha planeado realizar en el 2012 o el 2013 para evaluar el progreso, compartir experiencias y ajustar la agenda científica para acelerar la cobertura universal de los sistemas de salud y será auspiciada por China. Esta será una excelente oportunidad para revisar los acercamientos al conocimiento y la evidencia de la CUS, comunicar las estrategias de la ONU y de los países en materia de salud materno- infantil, así como en enfermedades no transmisibles (ENT). En el contexto del fortalecimiento de la abogacía de una política global para la CUS, el Movimiento de la Salud de los Pueblos ha comentado en el Simposio Global de la investigación de los servicios de salud, éste debe ser igualmente importante para que la comunidad investigadora exprese su voz y discuta las diferentes posiciones, las opciones políticas que implican, así como los puntos de vista y valores políticos y biológicos asociados a éstos.

#### REFERENCIAS:

[1] World Health Organization. (2010, May). [Tobacco factsheet, number 339](#). Geneva.

[2] Framework Convention Alliance. (2010, [November 20](#)). [Media](#)

[Release: COP-4 overcomes industry efforts, delivers progress on global tobacco control](#).

[3] World Health Organization. (2003). [Framework Convention on Tobacco Control](#). Geneva.

[4] United Nations Food and Agriculture Organization. [Faostat. Homepage on Internet](#).

[5] [Philip Morris International](#). (2010, October 5). [Bilateral investment treaty claim](#), Uruguay.

[6] World Health Organization. (2010, November 20). [Media Release: World governments show unity against tobacco industry and agree to new tobacco-control measures](#). [Homepage on Internet](#).

[7] [Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control](#). (2010, December 6). [Decisions. FCTC/COP/4/DIV/6](#).

# LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO: NUEVAS REGULACIONES EN CUANTO A LOS SABORES DE LOS TABACOS



Photo: Framework Convention Alliance

**Bente Molenaar**

bentemoleaar@yahoo.co.uk

Investigadora asociada, Centro para Política y Legislación Comercial

## TRASFONDO

### EN ESTE EJEMPLAR

La Conferencia de las Partes del Convenio de la OMS sobre Control de Tabaco (CMCT), llamada la COP4 se celebró en Punta del Este Uruguay, del 15 al 20 de noviembre de 2010. Esta es una reunión que fue programada por las partes del Convenio Marco desde el 2008, con el propósito de revisar el avance y hacer ajustes para su adecuado cumplimiento.

### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Se ha estimado que el uso del tabaco mata más de 5 millones de personas al año en el mundo. Más de la mitad de los actuales fumadores activos se espera que mueran por alguna enfermedad relacionada con la adicción al tabaco. Los fumadores de segunda mano también representan un segmento de riesgo en la salud y se ha probado que mueren unas 600.000 personas por año prematuramente (1).

### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La cobertura universal de salud, como objetivo y el fortalecimiento de los sistemas de salud, deberían inducir a la formación de un diálogo político en las agendas específicas de temas globales, incluyendo la recientemente aprobada estrategia del Secretariado General de la ONU en salud materna, neonatal e infantil y la pronta estrategia UNGASS sobre ENT. En la abogacía para la política global sobre cobertura universal de salud, será importante aclarar y discutir las diferentes posiciones sobre este relevante tema, las opciones políticas y las consecuencias, así como los puntos de vista políticos y los valores que están vinculados a esta cobertura universal.

### INTRODUCCIÓN

La cuarta sesión de la Conferencia de las Partes del CMCT (COP 4) se llevó a efecto del 15 al 20 de noviembre de

2010 en Punta del Este, Uruguay. La reunión fue descrita por la Alianza para el Convenio Marco (FCA por su sigla en inglés) como un verdadero logro para la salud global. La FCA percibió que las guías que se refieren a controlar la adición de saborizantes a ciertos productos de tabaco fue uno de los grandes avances (2).

### EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT)

El CMCT fue desarrollado como una respuesta rápida a la expansión del uso del tabaco en el mundo. Incrementalmente se sabe que los fumadores viven en países de bajos o medianos ingresos, afectando de manera directa los sistemas de salud, los cuales en muchos casos, están deprimidos. El mercadeo global de los productos de tabaco, al lado de los auspiciadores y los anunciadores, han contribuido a hacer el uso del tabaco un problema internacional. El CMCT fue diseñado para ayudar a los países-miembro a reducir la demanda de productos de tabaco, así como para buscar estrategias que permitan atacar el problema de forma global. Los artículos 6 – 14 contienen las siguientes medidas para reducir la demanda:

- Medidas de impuestos y precios.
- Protección a la exposición del humo del tabaco (ELHT):
- Regulación del contenido de los productos de tabaco
- Regulación sobre el etiquetado y el empaquetado
- Entrenamiento y educación; y
- Regulación sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio (PPP)

Los artículos 15 – 17 fueron hechos específicamente en materia de suministro del consumo del tabaco. Estos artículos consideran:

- El tráfico ilícito de productos de tabaco.
- Venta por y para menores de edad, y
- Provisión para apoyar la viabilidad económica de actividades alternativas (3).

La industria del tabaco (IT) es muy fuerte en muchos países. De acuerdo con la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), en países como Brasil y China, por ejemplo, el tabaco no industrializado o no manufacturado, se encuentra entre la lista de los 20 artículos de consumo del grupo alimentos o productos agrícolas. En países como Malawi, el tabaco no manufacturado es el segundo artículo “alimentario” más importante (4). La búsqueda de alternativas para los cultivos de tabaco es un tema que hay que posicionarlo cada vez más. La IT realiza un fuerte cabildeo en varios frentes. En el escenario legal, la compañía tabacalera Philip Morris International (PMI) recientemente litigó contra Uruguay en el Centro para el Arreglo de Disputas sobre Inversiones (CADI) en razón de las medidas anti tabaco

desplegadas por Uruguay. PMI negó rotundamente que el Tratado Bilateral de Inversión reclame sobre aspectos relacionados con el control del tabaco. En su lugar, afirman que ellos están lidiando con las medidas regulatorias que van más allá de las medidas de salud. Las regulaciones han forzado a las compañías a vender solamente la variación de un paquete por marca de cigarrillos y han incrementado las advertencias en el etiquetado en un 80%; de igual forma el requerimiento de imprimir en una de las caras de las cajetillas, imágenes chocantes o crudas sobre los efectos del fumado, afectarán las inversiones de PMI en Uruguay, han dicho altos funcionarios de esta transnacional. Este caso está aún pendiente de resolver (5). Mientras tanto, la COP 4 aprobó una declaración de apoyo a Uruguay, “reafirmando su fuerte compromiso de priorizar las medidas de salud y de intercambiar información sobre las actividades de la industria que pretendan interferir con la implementación de las políticas de salud pública” (6).

#### LA CUARTA CONFERENCIA DE LAS PARTES

La COP 4 aprobó unas guías parciales para la implementación de los artículos 9 y 10. El artículo 9 se refiere a las pruebas y análisis de laboratorio para medir los contenidos y emisiones de tabaco y su regulación, en el tanto que el artículo 10 trata sobre la liberación de responsabilidad en la información del contenido y emisiones a las autoridades de Gobierno, así como al público (6). El borrador de las guías fue desarrollado por un grupo de trabajo de las Partes como una consideración a la reunión de Uruguay.

Las guías centran su contenido en el uso de los ingredientes saborizantes usados en tabaco, tales como azúcar, mentol, o de especias como la canela o la menta, por ejemplo. El uso de estos saborizantes enmascara o encubre el efecto “áspero e irritante del humo del tabaco” (7) y mediante la regulación del uso de estas sustancias, se cree que menos gente se iniciará en el consumo de productos de tabaco.

La aprobación de estas guías fue vista por la FCA como un gran paso hacia adelante en esta lucha y esta regulación ayudará a reducir el número de potenciales fumadores jóvenes. La IT sopesó estas medidas y se opuso a ellas profundamente realizadas en la COP 4 y argumentó que tales medidas actuarán de manera discriminatoria contra ciertos tipos de productos de tabaco, como el tabaco “burley”. China se manifestó en contra de la regulación de aditivos y saborizantes, pero a la final se unió a la gran mayoría. Las guías sobre el artículo 12, que se refieren a educación, comunicación entrenamiento y conciencia pública fueron también aprobadas. Otras guías, como las

referidas al artículo 14 y su implementación (Demandas sobre reducción de las medidas concernientes a la dependencia del tabaco y la cesación) subrayaron de qué forma las Partes deberían integrar servicios que permitan a la gente parar de fumar –dentro del sistema nacional de salud- de manera que sean más accesibles a las personas. La esperanza es que esto contribuya a incrementar el número de fumadores que deseen para de fumar. Hubo la decisión de continuar el trabajo en el área de las opciones viables para los agricultores que cultiven tabaco. El mandato del grupo de trabajo se amplió. Los delegados también decidieron crear un nuevo grupo de trabajo que se aboque a redactar un borrador de guías sobre los precios y las medidas impositivas (impuestos) (Artículo 6) si el financiamiento se puede asegurar para realizar esta tarea (7).

El Cuerpo de Negociación Internacional (CNI) continuará con el trabajo sobre el protocolo para combatir el tráfico ilícito en productos de tabaco con el objetivo de concluir el trabajo en 2012.

#### PRÓXIMOS PASOS

Aunque fue adoptado el número de las nuevas guías, su efectiva implementación continuará para ser un reto en los esfuerzos para doblegar el consumo del tabaco. El financiamiento continuará siendo un gran reto para el CMCT y las Partes hicieron llamado para cumplir con las obligaciones de cada país de pagar sus cuotas a tiempo. La próxima COP se espera que se realice en la república de Corea en el último cuatrimestre de 2012.

#### REFERENCIAS:

- [1] World Health Organization. (2010, May). [Tobacco factsheet, number 339](#). Geneva.
- [2] Framework Convention Alliance. (2010, November 20). [Media Release: COP-4 overcomes industry efforts, delivers progress on global tobacco control](#).
- [3] World Health Organization. (2003). [Framework Convention on Tobacco Control](#). Geneva.
- [4] United Nations Food and Agriculture Organization. [Faostat's Homepage on Internet](#).
- [5] Philip Morris International. (2010, October 5). [Bilateral investment treaty claim](#), Uruguay.
- [6] World Health Organization. (2010, November 20). [Media Release: World governments show unity against tobacco industry and agree to new tobacco-control measures](#). Homepage on Internet.
- [7] [Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control](#). (2010, December 6). Decisions. FCTC/COP/4/DIV/6.

## ASEAN Y LA COOPERACIÓN REGIONAL SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS



Photo: The Global Fund

**Adam Kamradt-Scott**

Adam.Kamradt-Scott@lshtm.ac.uk

Investigador, Departamento de Salud Global y Desarrollo,  
Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical

### TRASFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

La 26° reunión del grupo de Trabajo de la ASEAN sobre Desarrollo Farmacéutico (AWGPD) se realizó en Bangkok, Tailandia del 7 al 9 de diciembre de 2010 y su objetivo fue desarrollar un plan para informar sobre la cooperación del desarrollo farmacéutico con enfoque regional, para:

- Integrar de la mejor forma el uso tradicional y complementario de la medicina alternativa en los sistemas nacionales de salud.
- Desarrollar un sistema regional de vigilancia farmacológica para monitorear de forma segura los medicamentos y otras drogas de uso médico.
- Compartir información sobre precios de las medicinas, entre los países- miembro.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

La Asociación de Naciones de Sudeste Asiático (ASEAN, por su sigla en inglés) agrupa a 10 países miembro que colectivamente representan una población total de 600 millones de personas. Aunque la organización fue originalmente establecida en 1967 para promover una integración económica, social y cultural, amplia, y reducir las tensiones a través de la región, particularmente desde el brote de SARS, la ASEAN ha jugado un relevante papel e interés en los temas de salud.

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Los ministros de salud de la región comprendida, aprobaron el Marco Estratégico y Desarrollo de la Salud (2010-2015) en julio de 2010 como parte de su compromiso integral de llegar a constituir una sola comunidad de ASEAN hacia el 2015. No obstante que se ha alcanzado un acuerdo político sobre los principios ampliamente informados en relación con la cooperación del sector farmacéutico en el Sudeste Asiático, el AWGPD fue requerido de desarrollar con un mayor grado de detalle, un plan para la implementación del marco estratégico mediante la definición de prioridades – clave y objetivos a ser alcanzados. El AWGPD es uno de los grupos de trabajo de ASEAN de mayor permanencia

en el tiempo que ha manejado el tema de salud. Se reúne anualmente y se conforma por técnicos y expertos propuestos por los Gobiernos.

### EL TRABAJO DE DESARROLLO REGIONAL SOBRE LA SALUD, DE ASEAN

ASEAN fue creada el 8 de agosto de 1967 para promover la amplia integración y cooperación regional que se estaba desplegando en un escenario de profunda reestructuración post- colonial. Actualmente ASEAN está compuesta por los siguientes 5 países: Tailandia, Malasia, Indonesia, Singapur y las Filipinas, pero pronto se integrarán: Viet Nam, Brunei Darussalam, Camboya, Laos y Myanmar (antiguamente: Burma) conformando de esta forma una comunidad de 10 estados- miembro (1)

Desde su creación, la organización ha operado desde el modelo de decisiones hechas por consenso (el cual es usado como referencia al mencionarlo “el modelo ASEAN”) (3). Pero, a pesar de que las decisiones se han hecho por consenso al más alto nivel político, de previo a firmar la Carta Constitutiva de ASEAN en diciembre de 2008, la participación y adhesión a los acuerdos de esta organización han sido totalmente voluntarios. Los países han podido y así lo han hecho, optar por no suscribir equis asunto si éste se oponía a los intereses nacionales. (4)

En el 2003 los líderes de ASEAN aprobaron unánimemente conformar la comunidad ASEAN. Bajo este acuerdo se creó un nuevo capítulo en la vida de ASEAN para facilitar la creación de “Una Comunidad” para el 2015 (5). En la agenda de responsabilidades de ASEAN se han definido tres pilares o cursos que incluyen: seguridad política, económica y sociocultural. La Carta, que fue firmada en diciembre de 2008, también estableció un marco legal provisto por ASEAN con una nueva identidad legal y permitió la creación de nuevos órganos de trabajo para impulsar la construcción del desarrollo de la comunidad (6,7). Bajo los términos de la Carta, las decisiones hechas por consenso están ahora legalmente uniendo a los estados- miembro de ASEAN.

La salud y los temas relacionados con ésta no fueron el punto medular de ASEAN cuando ésta fue establecida. En vez de ello, otras organizaciones como SEARO: la oficina regional de la OMS para el sudeste de Asia y la oficina para el Pacífico Occidental: WPRO, fueron vistas como entidades más técnicamente competentes para tramitar estos asuntos salubristas. Una de las excepciones para esta regla general fue la entidad de ASEAN: el Proyecto de Cooperación Técnica en temas Farmacéuticos, que fue iniciado en 1979 (8).

El propósito primario de este proyecto cuando éste arrancó en 1979, fue el fortalecimiento de la industria del sector farmacéutico dentro de los países miembro de ASEAN para “asegurar los suficientes y regulares suministros para la fabricación de medicamentos seguros y esenciales, así como de aceptable calidad” (8).

Más allá del sector farmacéutico en 2000, ASEAN con sus Ministros de Salud se reunieron en Indonesia en su quinta vez, desde que la organización se creó, para ratificar la nueva iniciativa que se denominó: ASEAN saludable 2020 y que ha mantenido el principio de que “la salud debe de estar en el centro del desarrollo” (10). La importancia del tema de salud para ASEAN fue tal en ese momento que se reforzó luego cuando se dio el brote de SARS en el 2003. ASEAN ha jugado un relevante papel en la coordinación de la capacidad de respuesta de sus estados- miembro a esta crisis (11) y particularmente desde 2003 la organización ha asumido un interés cada vez mayor en los temas de salud. De hecho, ha sido en la pasada década que los Ministros de Salud de estos países de ASEAN se han venido reuniendo cada dos años de manera regular. Además se han convocado reuniones extraordinarias para coordinar acciones de respuesta gubernamental a las crisis humanitarias como la que se dio durante el brote de SARS en 2003, la difusión del virus de la H5N1 y posteriormente en el 2009 con la homóloga del H1N1 o influenza porcina (12).

El AWGPD existe como el grupo de trabajo de más larga data en temas de salud dentro de ASEAN, habiendo sido creado en 1979 para impulsar los esfuerzos de esta organización en los temas de orden farmacéutico. El nombre y función de este grupo de trabajo ha cambiado con el tiempo para incluir nuevas áreas de responsabilidad tal como el mejoramiento en la regulación de la medicina tradicional, la medicina alternativa y aquella considerada como complementaria (15,16).

Aunque este grupo trabajó inicialmente muy de cerca con otros grupos afines en salud como la OMS, depositando la confianza en las asesorías técnicas de los expertos de ésta, lo cierto es que con el pasar del tiempo este grupo de trabajo se ha vuelto más confiable en temas de salud al contar con sus propios expertos y ha hecho que éste crezca y se desarrolle cada vez más. El actual enfoque medular del grupo está puesto en el desarrollo farmacéutico, su logro y su regulación, así como poner su atención en el desarrollo, calidad, mejoramiento y estandarización tanto de las prácticas y medicina tradicional como de la convencional. Debido a la especializada naturaleza de los temas tratados en la AWGPD, los delegados que asistieron a las reuniones de trabajo, inicialmente provinieron

de ambientes gubernamentales con un fuerte bagaje profesional así como entrenamiento y calificaciones en temas farmacéuticos (9).

#### LA REUNIÓN 26 DEL GRUPO DE TRABAJO DE ASEAN EN DESARROLLO FARMACÉUTICO.

La vigésimo sexta reunión de la AGWPD se realizó en Bangkok, Tailandia del 7 al 9 de diciembre de 2010. Delegados de 8 de los diez miembros de ASEAN asistieron a esta reunión. (Myanmar y Camboya no enviaron delegados). El propósito primario de esta reunión fue el desarrollar y aprobar un plan de trabajo para asegurar la exitosa implementación del Marco Estratégico en Desarrollo de la Salud de ASEAN (2010-2015), que fue ratificado por los Ministros de Salud en la décima reunión de Ministros de Salud de ASEAN a comienzos de julio de 2010. Bajo este marco de referencia, se le ha solicitado al AWGPD que tramite las siguientes áreas fundamentales dentro del tema farmacéutico:

- Desarrollo de recomendaciones y estrategias para el mejor uso de la medicina tradicional como una alternativa a los cuidados de la salud.
- Desarrollo de un Sistema de Vigilancia Farmacológica de ASEAN que será responsable de monitorear la seguridad de las medicinas para reducir el daño, así como asesorar en la búsqueda de fondos y fuentes de recursos (17); y,
- Promover la socialización de información dentro de los estados- miembro de ASEAN en cuanto al precio de los medicamentos esenciales (16).

La mayoría de los tres días de reunión fueron a puerta cerrada aunque estuvieron presentes representantes de dos organizaciones de EUA: Farmacopea - EUA (una ONG relacionada con asuntos cruciales de fármacos de acceso público), así como otra organización con sede en los EUA: Desarrollo Global, que agradecieron el haber sido invitadas a tomar parte en estas deliberaciones. La reunión concluyó con el desarrollo y total ratificación de un nuevo Plan de Trabajo que guiará a los estados- miembro en estas actividades. Este nuevo Plan incluye una serie de criterios medibles para evaluar el desempeño de los estados- miembro (9). En este sentido, la Secretaría de ASEAN encargada de la coordinación y al facilitación de los esfuerzos de los estados- miembro, aclamó esta reunión y la calificó como “un total éxito” observando que, “ahora tenemos un detallado y viable plan de acción para alcanzar las muy significativas reformas hacia el 2015 mismas que harán muy posible y dispersarán los beneficios para los pueblos de la región del Sudeste asiático” (18).

#### REFERENCIAS

- [1] Severino, R.C. 2006. [Southeast Asia In Search Of An ASEAN Community: Insights from the former ASEAN Secretary-General](#). Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

[2] Pushpanathan, S. 2010. 'ASEAN Connectivity and the ASEAN Economic Community' Paper presented at the 24th Asia-Pacific Roundtable, Kuala Lumpur, June 7-9, 2010.

[3] ASEAN. 2010. 'About ASEAN'.

[4] Yoshimatsu, H. 2006. Collective Action Problems and Regional Integration in ASEAN. Contemporary Southeast Asia. 28(1): 115-140.

[5] Wang, G. 2010. 'Backgrounder: ASEAN Community building process'. Xinhua News Agency, October 28, 2010.

[6] ASEAN. 2010. 'ASEAN Charter'.

[7] Manalo, R.G. 2009. 'Social Cohesion Towards A Strong ASEAN Community: Speech of Ambassador Rosario G. Manalo at the 2nd ASEAN Secretariat Policy Forum'.

[8] ASEAN. 2010. 'Pharmaceuticals'.

[10] ASEAN. 2000. 'Declaration of the 5th ASEAN Health Ministers Meeting on Healthy ASEAN 2020, 28-29 April 2000 Yogyakarta, Indonesia'.

[11] Ashraf, H. 2003. 'ASEAN leaders agree regional SARS plan'. The Lancet. 361(9368): 1525.

[12] ASEAN. 2010. 'Health'.

[13] ASEAN. 2010. 'Joint Statement of the 10th ASEAN Health Ministers Meeting, Singapore, 22 July 2010'.

[14] ASEAN. 2009. ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint. Jakarta: ASEAN Secretariat.

[15] ASEAN Secretariat. 2010. Traditional Medicine in ASEAN. Bangkok Medical Publisher: Thailand.

[16] ASEAN. 2010. ASEAN Strategic Framework on Health Development. Jakarta: ASEAN Secretariat.

[17] WHO. 2010. 'Pharmacovigilance in Public Health Systems'.

[18] Personal interview with ASEAN Secretariat staff, December 9, 2010.

## REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTOR DE LA OPS: CONTROL DEL TABACO, REGULACIONES INTERNACIONALES EN SALUD (RIS), VACUNAS, MALNUTRICIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS.



Photo: <http://new.pano.org>

**Asher Lev Santos, MPIA**

[atsantos@ucsd.edu](mailto:atsantos@ucsd.edu)

Joint Doctoral Program in Public Health

Programa Doctoral Conjunto en Salud Pública. Salud Global, Universidad Estatal de San Diego/ Universidad de California en San Diego, EUA

### TRASFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

La reunión del Consejo Director de la OPS se realizó del 27 de septiembre al 1° de octubre en Washington D.C. Ahí se manifestaron verdaderos compromisos sobre asuntos clave para asegurar la continuidad de la cooperación multilateral hacia la salud de la región, enfocándose en el fortalecimiento regional de las instituciones de salud pública y sus mecanismos de provisión, el Convenio Marco para el Control del Tabaco y las Regulaciones Internacional en Salud (RIS), así como la preparación en epidemias.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

El fortalecimiento de la gobernanza regional y la coordinación ayudará al progreso continuo hacia el mejoramiento de los resultados en salud. Esto incluye resultados específicos en salud, particularmente los relacionados con las vacunas de enfermedades prevenibles o de aquellas que son transmitidas por la vía de vectores como es el caso de la del Chagas. Igualmente se incluye las declaraciones de normativa relacionada con la importancia de la salud como un punto clave por seguridad y para las acciones colectivas y multinacionales como fue visto en el apoyo para los centros regionales.

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El Consejo Directivo es uno de los 4 cuerpos de gobierno de la OPS. Los otros tres son: la Conferencia Sanitaria Panamericana, denominada "La Conferencia", el Comité Ejecutivo de la OPS y el Buró Sanitario Panamericano (El Buró). La Conferencia es la principal forma de Gobierno, que se convoca cada 5 años. En los años que no se reúne la Conferencia, lo hace el Consejo y como tal actúa en su nombre. Cada estado miembro está representado y tiene privilegios de voto durante las reuniones y decisiones del Consejo con el Comité Ejecutivo conformando las agendas del Consejo.

Los países en las Américas no están aún en forma de usar los mecanismos de la diplomacia y las relaciones externas para lograr los objetivos de salud. De hecho, dada la diferencia existente entre los estados- miembro en llevar adelante sus capacidades en la temática de salud, muchos de los países de la Región requieren del apoyo internacional para lograr sus objetivos, iniciativas y productos de salud.

## INTRODUCCIÓN

La 50° reunión del Consejo Directivo de la OPS se reunió del 27 de septiembre al 1° de octubre de 2010. Los temas- clave considerados incluyen la implementación de los acuerdos de, por ejemplo, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y las Regulaciones Internacionales de Salud (RIS) en la Región; el continuo apoyo a las instituciones regionales como el Fondo Rotatorio de Vacunas, y la interrupción del proceso de malnutrición y enfermedades como el Chagas.

## IMPLEMENTACIÓN DEL CMCT EN LA REGIÓN

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado internacional enfocado en temas de salud que fue negociado y conducido bajo los auspicios de la OMS (1) Los principales componentes del CMCT son la prohibición de la publicidad del tabaco, requerimientos explícitos del etiquetado y estrictas regulaciones en la distribución y venta de productos de tabaco. En la región de las Américas, 27 países- miembro (77%) forman parte del CMCT (2) Tomando nota de los esfuerzos que hace la Industria Tabacalera (IT) para desatender las regulaciones referidas al control del tabaco, el Consejo resolvió ayudar en el mejoramiento de las capacidades nacionales de aquellos países que lo requieran para poder alcanzar los compromisos legales que este Convenio señala (3) Sin embargo, la IT argumenta que tales restricciones y requerimientos de etiquetado son verdaderos obstáculos a los tratados de libre comercio (TLC). No se hicieron previsiones en la redacción del CMCT para dar cabida a estos temas de libre comercio (4) Aunque haya o no, el que se hagan enmiendas al CMCT para bajar las tensiones entre comercio y las prioridades de salud, no queda todavía muy claro. Adicionalmente, lo que queda poco claro es si los acuerdos regionales de comercio se pueden usar para solventar este asunto.

## IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIS

Las Regulaciones Internacionales de Salud (RIS) fueron probadas directamente durante el crítico momento de la pandemia de la influenza H1N1 en 2009. Las RIS no están ligadas a los tratados o convenios como el CMCT pero se ha dado un sentimiento de consenso basado en acuerdos que provee un marco de comunicación y

movilización de recursos y personal. Laboratorios en Canadá y los EUA identificaron y confirmaron esta novel tensión del virus H1N1. El origen de estos casos fue definido y reportado por la OMS, que movilizó recursos para contener la dispersión de este virus y para asegurar un adecuado tratamiento a las personas infectadas. Los estados- miembro alabaron la acción y la cooperación durante la pandemia, pero hicieron un atento llamado para que la vigilancia se mantenga, particularmente con miras a fortalecer los sistemas de vigilancia y los procesos de vacunación para grupos vulnerables como el caso de las mujeres embarazadas. No obstante, no se especificó de qué forma se daría este fortalecimiento de la vigilancia. La vigilancia bajo los estándares de las RIS depende de la capacidad individual de las naciones para conducir de la mejor forma estas labores de vigilancia. La cooperación regional y el intercambio de datos podrían compensar la falta de recursos en países con bajos niveles de desarrollo. Durante la reunión del Consejo, los estados- miembro resolvieron continuar apoyando los centros regionales como la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) en Brasil y de estrechar lazos con las entidades de salud pública de la Región.( 5)

## FONDO ROTATORIO DE VACUNAS

El 2010 fue el año del 30 aniversario del Fondo Rotatorio de Vacunas (FRV) Este Fondo ha provisto efectivamente a los estados- miembro de un mecanismo efectivo para bajar los costos de las vacunas. A la fecha 300 millones de dosis de vacunas se han logrado a través del Fondo. La Honorable Ministra de Salud del Paraguay Dra. Esperanza Martínez, habló sobre los beneficios del Fondo Rotatorio de Vacunas, dándole el crédito a éste sobre la eliminación de la poliomielitis y el sarampión de la Región, con el potencial de eliminar también la rubéola. (6) Sin embargo, el uso incremental de estos mecanismos privilegiados ha recargado impositivamente los recursos financieros del Fondo. A fin de continuar auspiciando este esfuerzo, el Consejo Director resolvió incrementar el monto asignado a los países- miembro para acceder a los mecanismos mediante una elevación del 3% al 3.5% (7)

## MALNUTRICIÓN

El Consejo Director aprobó una estrategia para mejorar los índices de malnutrición en la Región. Aproximadamente 32 millones de niños por debajo de los 5 años de edad sufren los efectos de la malnutrición en las Américas, efectos que están desigualmente dispersos entre los países. Por ejemplo, Costa Rica ha estimado la prevalencia de malnutrición en 5.6%, mientras que Guatemala alcanza el 55% (8) La estrategia aprobada por el Consejo urge a sus miembros a desarrollar políticas referidas a este

problema. Esta Estrategia reconoce igualmente el papel que las agencias de Naciones Unidas, de las ONG y de las entidades privadas pueden jugar y estimula la cooperación entre estas entidades para lograr los objetivos deseados. El informe del Consejo resalta el positivo efecto potencial que tendrá sobre la malnutrición dentro del ámbito de los ODM.

#### PRÓXIMOS PASOS

Los Estados votaron para aprobar las resoluciones que estimulan a sus miembros a apoyar a la OPS y sus iniciativas y estrategias. Sin embargo, con tantas resoluciones y decisiones hechas, escasos recursos económicos han sido dedicados para alcanzar estos objetivos. El incremento de los recursos financieros para poder adquirir materiales para la salud pública y para el Fondo Rotatorio de Vacunas ha sido una verdadera excepción. Otra excepción es el apoyo para los centros regionales como BIREME, dedicados a la generación e intercambio de datos. No obstante, muchas de las recomendaciones lo dejan en el criterio de las naciones para que según sus realidades incrementen su capacidad de alcanzar estos objetivos. El hecho de poder contar con mecanismos de cooperación similares al Fondo de Vacunas, todavía está por verse.

#### REFERENCIAS

- [1] WHO. [Framework Convention on Tobacco Control](#).
- [2] PAHO. CD50.26 WHO Framework Convention on Tobacco Control Opportunities and Challenges for Its Implementation in the Region of the Americas. [Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization](#), 2010; Washington, DC.
- [3] PAHO. [CD50.R6 Resolution Strengthening the Capacity of Member States to Implement the Provisions and Guidelines of the WHO Framework Convention on Tobacco Control](#). Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization, 2010; Washington, DC.
- [4] Mamudu HM, Hammond R, Glantz SA. [The FCTC negotiations, International trade versus public health during 1999-2003](#) BMJ. 2010.
- [5] PAHO. CD50.R14 [Resolution Pan American Centers](#). [Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization](#), 2010; Washington, DC.
- [6] PAHO. [Health Minister of Paraguay, Dr. Esperanza Martínez, on PAHO's Revolving Fund](#); 2010.
- [7] PAHO. CD50.R1 [Resolution Charge Assessed on the Procurement of Public Health Supplies for Member States](#). Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization, 2010; Washington, DC.
- [8] PAHO. [CD50.13 Strategy and Plan of Action for the Reduction](#)

[of Chronic Malnutrition](#). Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization, 2010; Washington, DC.

[9] PAHO. CD50R.11 [Resolution Strategy and Plan of Action for the Reduction of Chronic Malnutrition](#). Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization, 2010; Washington, DC.

[10] PAHO. CD50.R17 [Resolution Strategy and Plan of Action for Chagas Disease Prevention, Control and Care](#). Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization, 2010; Washington, DC.

[11] WHA. WHA51.14 Elimination of Transmission of Chagas disease. Paper presented at: World Health Assembly, 1998; Geneva.

[12] PAHO. CD50.16 [Strategy and Plan of Action for Chagas' Disease Prevention, Control and Care](#). Paper presented at: 50th Directing Council Meeting of the Pan American Health Organization, 2010; Washington, DC.

# HEALTH DIPLOMACY MONITOR

The Monitor is a publication of the Centre for Trade Policy and Law, a research centre affiliated with the Norman Paterson School of International Affairs, co-sponsored by Carleton University and the University of Ottawa, in Canada. The Monitor is published five times of year, free of charge.

The Monitor is affiliated with the Global Health Diplomacy Network (GHD-Net), a group of research institutions and practitioners seeking to improve the quality of negotiations which have significant impacts on global health. The Monitor will be available on the website of GHD.net at: [www.ghd-net.org](http://www.ghd-net.org).

The Health Diplomacy Monitor is made possible in 2010-2011 thanks to the financial support of the Rockefeller Foundation. The editor would also like to acknowledge the in-kind contributions of the United Nations University Institute for Water, Environment, and Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine and University of Toronto's G8 Research Group.

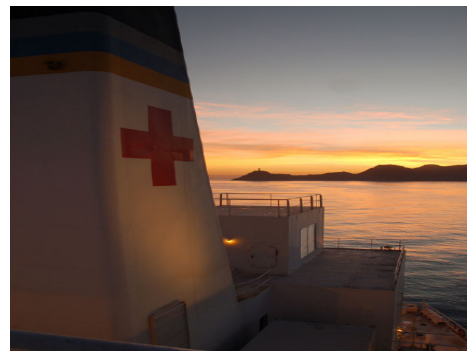


Photo: [conflicthealth.com](http://conflicthealth.com)



Photo: <http://globalhealthimmersionprograms.org>



Photo: [apha.org](http://apha.org)

## ADVISORY BOARD

The Health Diplomacy Monitor's Advisory Board is comprised of a diverse group of individuals with experience and expertise at the intersection of health and diplomacy. The Advisory Board assists the editor by providing suggestions, feedback and advice regarding the content of the Monitor. The Advisory Board members serve in their individual capacities and do not represent their respective governments or institutions. The final decisions regarding the publication and its content are made by the editor of the Health Diplomacy Monitor and do not necessarily represent the views of members of the Advisory Board.

### Members

Santiago Alcazar, Nick Drager, David Fidler, Bates Gill, Sigrun Mogedal, Luvuyo Ndimeni, Valerie Percival, Egbert Sondorp

CTPL



Carleton  
UNIVERSITY