

# HEALTH DIPLOMACY MONITOR

vol 2: issue 2  
April 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...

- EDITORIAL - SALUD Y CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ: LA NECESIDAD DE DESARROLLAR DIRECTRICES PARA PROFESIONALES EN SALUD** 3
- PROTECCIÓN DE LAS DROGAS GENÉRICAS ESTÁ ENTRE LAS PRIORIDADES MÁS IMPORTANTES DE LOS PAÍSES AFRICANOS** 5
- INFORME- BORRADOR SOBRE EL MANEJO DE LA OMS DE LA PANDEMIA DE LA GRIPE H1N1 Y DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REGULACIONES INTERNACIONALES DE SALUD (RIS)** 8
- REUNIÓN DE ALTO NIVEL DE LA ONONU SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)** 11
- OPCIONES PARA UN ACCESO SOSTENIBLE EN ÁFRICA: YENDO DE LA FLEXIBILIDAD DE TRIP HACIA LA CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN LOCAL** 14
- EL DESASTRE NATURAL DE JAPÓN Y LA SALUD GLOBAL: EL PAPEL DE LA APEC EN DESARROLLAR UNA EFECTIVA RESPUESTA** 17
- DIPLOMACIA DE LA SALUD Y LAS EMERGENCIAS HUMUMANITARIAS: DEBATES EN LA CUMBRE DE ACCIÓN HUMUMANITARIA DE HARVARD** 20
- FORTALECIENDO LOS SISTEMAS DE SALUD: CINCO RESOLUCIONES A SER CONSIDERADAS EN LA AMS** 22

## UNA PALABRA DE LA EDITORA

La preparación para la próxima Asamblea Mundial de la OMS es la tarea de muchos diplomáticos de la salud en el próximo mes. Los ministros de salud que se concentrarán en Ginebra del 15 al 25 de mayo de 2011, tendrán en realidad una agenda bastante apretada. Varios artículos en la presente edición de este Monitor sobre Diplomacia en Salud se enfocan en los puntos a ser tratados en la agenda de la Asamblea Mundial. Ranga Machedze brinda un aporte actualizado de los debates en el África Subsahariana sobre las drogas falsificadas (Agenda OMS-AM punto 13.7) que ha alcanzado perfiles notables de mejoramiento desde que fue creado un Grupo de Trabajo para este tema en la pasada Asamblea Mundial. Adam Karamdt-Scott resume los hallazgos preliminares de un comité independiente que ha revisado la implementación de las Regulaciones Internacionales en Salud (RIS)

y el papel de la OMS durante el desarrollo de la epidemia de la A H1N1 (Punto 13.2 de la agenda de AM). He preparado un artículo sobre los arreglos para la reunión de Alto Nivel sobre ENT que tendrá lugar durante la Asamblea General de la ONU en el mes de septiembre en Nueva York; tomando en cuenta que la OMS es la agencia de la ONU que está liderando las preparaciones para esta reunión cumbre, la Asamblea General podrá ahora hacer un inventario y ver el progreso hacia un consenso de la Cumbre (Punto 13.12 de la agenda AM). Priyanka Kanth escribe sobre 5 resoluciones relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de salud que fueron introducidos por el Comité Ejecutivo de la OMS y que serán discutidos en la AM de la OMS. Deberíamos notar que artículos en previos boletines de este Monitor pueden proveer también a los diseñadores de políticas y a

los socios del sector, importante material con miras a la preparación de la AM. El último número (Volumen 2, Número 1) abarcó la discusión sobre el financiamiento de la OMS (Punto 11 de la agenda), el borrador de la estrategia de la OMS sobre VIH/SIDA (Punto 13.6 de la agenda), el proceso de selección para el puesto de Director General (Punto 18.6) y la pandemia de la influenza.

Desde el lanzamiento del Monitor el año pasado (2010) hemos estado en la búsqueda de expandir la cobertura de nuestros enfoques para que puedan abarcar la gran diversidad de temas de salud que han sido negociados en los círculos diplomáticos. Salud y seguridad es un área donde esperamos poder brindar información y análisis de vanguardia; dos miembros de nuestro comité asesor contribuyen con este esfuerzo. Primero, un artículo adicional sobre la contribución de la salud en la construcción de la paz, Egbert Sondorp y Olga Bornemisza argumentan que: "...los profesionales de la salud que trabajan en zonas de conflicto y en estados frágiles podrán ser confrontados sistemáticamente con dilemas que emanan de tensiones entre su motivación original de mejorar la salud de una manera más equilibrada y justa y la estabilización y alcance de los objetivos estatales por parte de sus auspiciadores". De aquí en adelante, ellos recomiendan que las directrices sean desarrolladas por trabajadores de la salud que se ubican en esos ambientes. En un segundo artículo sobre salud y seguridad en emergencias humanitarias, Val Percival explica que la decisión humanitaria que se hace es opaca y que se desarrolla en diferentes niveles diplomáticos. Ella reporta que las discusiones que tuvieron lugar en la Cumbre sobre Acción Humanitaria, en marzo pasado, los participantes expresaron su frustración sobre los actores humanitarios, que a menudo son incapaces de influir en las decisiones políticas que le dan forma al compromiso de acción humanitario. El facilitar el verdadero compromiso

en el proceso de elaborar una decisión particular sobre las emergencias humanitarias mediante el incremento de información, será uno de los objetivos primordiales del Monitor en el año próximo.

Rene Lowenson hace una importante contribución sobre el debate de cómo mejorar el acceso a la medicina con calidad en el África Subsahariana. Las discusiones que están teniendo lugar en el Consejo de la OMS sobre los tratados de propiedad intelectual (TRIP), están relacionadas con este tema, específicamente con el acceso justo a los recursos genéticos, que será la base para un nuevo tratado. Consideraciones más amplias, en relación con la producción y la capacidad regulatoria de los países africanos en el sector farmacéutico ya han comenzado a surgir. En realidad, la Unión Africana ha hecho un llamado para la elaboración de un plan con miras a incrementar la investigación y la capacidad de manufactura; sin embargo, el Banco Mundial ha sido retado sobre el hecho de si este acercamiento tiene sentido desde una perspectiva económica y de salud pública.

Finalmente, Adam Karamdt- Scott mira hacia las consecuencias en la salud, de los recientes desastres naturales ocurridos en Japón y el papel que debe de jugar APEC (Asociación de Países de Asia- Pacífico) para acompañar solidariamente a Japón en esta época de crisis.

El próximo número del Monitor será publicado después de la Asamblea Mundial de la OMS; en él se revisarán los principales productos de esta reunión e informará sobre otro foro donde los retos de la salud global deben ser tratados.

Sus sugerencias sobre cómo deben ser tratadas las negociaciones y las discusiones en el enfoque de nuestro trabajo futuro, será ampliamente apreciado.

- Chantal Blouin

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

CONTRIBUTORS

Chantal Blouin  
 Adam Kamradt-Scott  
 Priyanka Kanth  
 Rene Loewenson  
 Rangarirai Machedmedze  
 Valerie Percival

EDITOR

Chantal Blouin

TRANSLATION

Federico Paredes

MANAGING EDITOR

Monique Moreau

EDITORIAL ASSISTANT

Julian Barbieri

The Health Diplomacy Monitor is published under a [Creative Commons Licence](#).

ISSN 1923-5631

### SALUD Y CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ: LA NECESIDAD DE DESARROLLAR DIRECTRICES PARA PROFESIONALES EN SALUD

**Egbert Sondorp y Olga Bornemisza**

El ligar salud con política exterior es un fenómeno relativamente reciente. Se pueden identificar por lo menos tres vías diferentes en cómo estos dos tópicos se han conectado o cruzado. El primero es sobre los efectos relacionados con las ENT en cuanto a establecer estabilidad y relaciones. Por ejemplo, durante los años noventas se divulgaron aspectos que sobre el VIH/SIDA cabía la desestabilización y aún el colapso como resultado de los riesgos de seguridad regional y nacional. Más recientemente, ha habido temores de que nuevas enfermedades como el SARS y la influenza aviar podrían conducir a un nivel de tensión en las relaciones de política exterior en un sentido regional y global de su abordaje. Un segundo ligamen es la búsqueda de alcanzar objetivos de la salud global por medio de una política diplomática exterior, normalmente denominada como Diplomacia de la Salud Global. Un ejemplo de esto es el desarrollo de la Regulaciones Internacionales de la Salud (RIS). Una tercera conexión es el uso de la salud como una herramienta de la política exterior, un tópico que actualmente ha recibido menos atención. Mientras que este acercamiento se ha incrementado de muy diversas formas, la evidencia-base queda debilitada y los riesgos de efectos colaterales son pobremente comprendidos. Describiremos ciertas vías sobre cómo la salud puede ser usada como una herramienta de la política exterior y se resaltaré de qué forma esto puede causar dilemas para los profesionales de la salud que trabajan en contextos altamente politizados.

#### EL USO DE LA SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ

Existen ampliamente definidas tres vías diferentes sobre la forma en que la salud puede ser usada como una herramienta de la política exterior, todas con el deseo de usar a la salud para los propósitos de la construcción de la paz.

Primero, existen actividades sobre salud y paz a menudo referidas como Salud como Puente para las Iniciativas de Paz (1). Esto persigue el uso relativamente neutral y el objetivo super especial de la atención primaria para convocar a las partes opuestas con la idea de promocionar la reconciliación y la paz. En el tanto que ejemplos exitosos son raros y su causalidad e impacto son evidentemente difíciles de medir, la idea para muchos profesionales de la salud de promocionar más este tema, continúa (2).

En segundo lugar está el uso de la salud por los ejércitos para ganar “corazones y mentes”. Esto podría ir desde crear condiciones óptimas de provisión de salud primaria como una vía para ver “con buenos ojos” a las fuerzas militares, reducir las operaciones de contrainsurgencia donde la atención primaria en salud es usada como un elemento para ganar adeptos en ciertas comunidades de interés (3). En este caso, la atención primaria en salud es obviamente usada con fines políticos para “ganar la paz”. En el tanto este mecanismo de hacer la paz no sea completamente asumido por la comunidad internacional, se mantendrá como fundamentalmente político y no se le verá como enfocado principalmente en mejorar los sistemas de salud dentro de las poblaciones.

La tercera instancia emana principalmente de donantes occidentales que están investigando de qué forma el proceso de desarrollo y la entrega de servicios esenciales como los de salud, puede contribuir a solidificar su provisión por parte del Estado y ser estabilizado por el Estado mismo y en donde en ambos casos se tiene a la paz en el centro de su conceptualización (4). Ellos argumentan que la salud y otros servicios básicos juegan su papel, mientras realzan la legitimidad del Estado y consecuentemente su estabilidad (5). Estas ideas están influenciadas, en parte por el aseguramiento completo de la ayuda para el desarrollo. Los eventos del 11 de septiembre de 2001 trajeron de regreso el desarrollo a la esfera de la seguridad, donde la ayuda para el desarrollo se ha visto como subsidiaria y como una herramienta para estabilizar Estados y realzar la seguridad global. Esto fue hecho bajo la rúbrica de la “agenda de una nueva seguridad” (6) – una construcción conceptual que define a la seguridad como angosta en términos de terrorismo, armamento, destrucción masiva (ADM) y el crimen organizado como las mayores amenazas para la seguridad global. El desarrollo ha sido combinado con la diplomacia y la defensa para llegar a constituir las “3Ds” de la política exterior y la seguridad.

Este papel constructivo del Estado para la salud es algo a los profesionales en salud han estado confrontados constantemente, especialmente en situaciones donde los gobiernos novatos, apoyados por la comunidad internacional son confrontados por una insurgencia potencial o real. Por ejemplo, la reconstrucción de la salud es a menudo acompañada por la retórica que establece que la salud debería de ser parte del dividendo de la paz, contribuir a la estabilización y la legitimización de un nuevo gobierno, así como contribuir a mejorar la gobernanza y la consolidación del Estado. Mientras que muchos concuerdan que la construcción de las entidades del estado, la estabilidad y la buena

gobernanza son importantes porque son pre-requisitos para el mejoramiento de la sostenibilidad de la salud, las tensiones pueden asomar cuando se pretende reconstruir el sistema de salud de acuerdo con los principios de la salud pública sobre acceso y equidad, en el tanto se explica la contribución a la paz y la consolidación del Estado.

#### IMPLICACIONES PARA LOS PROFESIONALES EN SALUD.

Las iniciativas de la salud como puente para la paz normalmente son iniciadas por los mismos profesionales en salud, en buena medida porque ellos mismos se ven como agentes de paz. La paz se ve ampliamente como beneficiaria de la paz, en el tanto la paz promueve la salud a través del incremento de la prosperidad y de los resultados en el mejoramiento de los determinantes de la salud, que incluyen una revitalización del sistema de atención primaria de la salud (7). La críticas comunes son que las iniciativas de paz y salud tienen que priorizar los objetivos de la paz y la salud (con uno, usualmente la salud, reemplazando el otro) y que los profesionales de la salud a menudo luchan para diseñar programas conteniendo un sólido elemento constructivo de paz (8). Más contundente es la tensión inherente en el concepto que alude a la neutralidad de espacios para proveer servicios de salud, pero al mismo tiempo espacios de salud en el escenario político y la esfera de construcción de la paz, lo cual significa que se ha politizado ésta.

Las actividades de “Corazones y mentes” podrían ubicarse desde una clínica móvil hasta las operaciones de contrainsurgencia y el concepto amplio de diplomacia médica (9). Estas actividades son primariamente realizadas por médicos militares, pero en actividades más complejas de contrainsurgencia involucrarán también a profesionales civiles de la salud. Los doctores militares pueden estar motivados por razones humanitarias, derechos humanos y ética médica para atender a pacientes civiles, pero están sujetos a motivos políticos más amplios en el país en que están ubicados sirviendo. Muchos de ellos estarán advertidos de los dilemas que se derivan del servicio en estamentos militares y de ser profesionales ligados a la ética médica. Los profesionales civiles de la salud que sirven, por ejemplo, como parte del personal de alguna ONG en un contexto altamente politizado en asuntos de 3D, podrían estar menos advertidos de los potenciales dilemas o de la manera que se lucha con éstos.

El uso del cuidado de salud para contribuir a la estabilización y la construcción del Estado, podría involucrar cierta cantidad de riesgos, desde una perspectiva “salud por salud” de salud pública. Este rango de expectativas señaladas, entre la población, que no pueden ser

alcanzadas abarca el uso inapropiado de tecnología, el enfoque del tratamiento antes que el de prevención y el abandono que el Estado puede estar haciendo de una reconstrucción económicamente manejable de los servicios de salud. Otro riesgo importante es el que se refiere a la inadecuada ubicación de fondos para los países menos desarrollados, o de áreas con países que son materia de los diseñadores de políticas (10).

Los profesionales de la salud que laboran en zonas de conflicto y en estados frágiles podrían estar sometidos amplia y progresivamente a dilemas que emanan de las tensiones entre la motivación primaria para mejorar la salud de una forma más equitativa y la estabilización y objetivos de un Estado con sus socios auspiciadores. Por ejemplo, en el actual clima, los profesionales de la salud que apuntan hacia las verdaderas necesidades de salud de la población afgana serán inevitablemente parte de los esfuerzos para legitimar un régimen posiblemente ilegítimo.

Los trabajadores humanitarios tienen sus principios humanitarios de neutralidad, imparcialidad e independencia para guiarlos cuando se enfrentan con dilemas de ese calibre. En el tanto esos principios no provean soluciones viables y prontas, éstos forman parte de un marco de discusión que ayuda a pensar, discutir y desarrollar soluciones prácticas (11)(12). Para los profesionales en salud que laboran en un contexto más desarrollado donde los principios humanitarios no aplican, pareciera que no hay un marco alternativo para guiar el pensamiento sobre la politización de la salud. El incremento de la preocupación entre los profesionales de la salud sobre el hecho de que la salud está siendo usada como una herramienta de política exterior y que consecuentemente se ha politizado, bien podría necesitarse en el corto plazo. Un marco que pueda guiar a los individuos y a las organizaciones sobre cómo manejar situaciones que emergen como dilemas, podría ser una especie de seguro para proteger contra la politización de la salud y de los probables riesgos potenciales.

Dr. Egbert Sondorp is Senior Lecturer, Conflict and Health Programme at the London School of Hygiene and Tropical Medicine.  
Email: Egbert.sondorp@lshtm.ac.uk

Olga Bornemisza was Research Fellow, Conflict and Health Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.  
Email: olgamary100@hotmail.com

#### REFERENCIAS

- [1] MacQueen G, Santa Barbara J. (2008) [Mechanisms of Peace through Health](#). In: Arya N, Santa Barbara J, editors. [Peace through Health: How health professionals can work for a less violent world](#) Sterling, VA: Kumarian Press; 2008. p. 30-2.
- [2] Editor. [Violent conflict: protecting the health of civilians](#). *Lancet*. 2009;373:95.
- [3] Bricknell M, Gadd R. (2007) [Roles for international military medical services in stability operations \(reconstruction and development\)](#) *JR Army Med Corps*. 2007;153(3):160-4.

[4] OECD-DAC (2008) [Service delivery in fragile situations: key concepts, findings and lessons](#). Paris: OECD-DAC; 2008.

[5] Eldon J, Gunby D. [States in Development: State Building and Service Delivery, Final Report for DfID](#). London: HLSP; 2009.

[6] Petrovsky V. (2002) [New Security Agenda Concepts and Instruments](#) Zurich: 5th International Security Forum, 14-16 October 2002.

[7] Ranson MK, Poletti T, Bornemisza O, Sondorp E. (2007) [Promoting health equity in conflict-affected fragile states: Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization](#), Commission for Social Determinants and Health; 2007.

[8] Bloom JD. (2005) [Lessons Learned from the Inclusion of Peace-Building Objectives in the Reform and Development of Healthcare Systems Emerging from Civil Conflicts](#). Unpublished mimeo. London: LSHTM; June 2005.

[9] McInnes, C., Rushton, S. (2010) [Medical Initiatives in Conflict and Peacebuilding](#). Centre for Health and International Relations, Aberystwyth, UK, 2010

[10] Rietveld C, Waldman R. (2006) [Health in Fragile States, Country Case Study: Southern Sudan](#). Arlington, Virginia, USA: Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) for the United States Agency for International Development (USAID); 2006.

[11] IASC Global Health Cluster. [Civil-military coordination during humanitarian health action Provisional version – February 2011](#)

[12] Clements A, Thompson E (2009) [Making the tough calls: decision-making in complex humanitarian environments](#). Humanitarian Exchange, nr 44, Sept 2009

## PROTECCIÓN DE LAS DROGAS GENÉRICAS ESTÁ ENTRE LAS PRIORIDADES MÁS IMPORTANTES DE LOS PAÍSES AFRICANOS.



Photo: CTV News

**Rangarirai Machedmedze**

Deputy Director de SEATINI

[rmachedmedze@seatini.org](mailto:rmachedmedze@seatini.org)

### TRANSFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

Las discusiones sobre los medicamentos de contrabando en la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han convertido en muy controversiales y se han polarizado. En particular, no ha habido consenso sobre la definición de “medicamento de contrabando”, primero señalada por la OMS en 1982 y posteriormente revisada por el Grupo Médico Internacional contra los productos farmacéuticos de contrabando (IMPACT-por su sigla en inglés) en 2008 (1). El aspecto del plagio de medicinas se ha incluido dentro del rubro de “copiado”, que tiene un significado especial dentro de la relación de “propiedad intelectual”, conectado con otros aspectos como: calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. Los países africanos en particular, han manifestado sus preocupaciones de que la actual definición erosiona las ganancias de los países que han legitimado el acceso a medicamentos genéricos de calidad asegurada para mitigar varios de los problemas de salud pública que afligen a sus poblaciones. Otro gran grupo de países en desarrollo ha tenido problemas con tener una definición sobre esto, lo que ha hecho las discusiones muy difíciles de reconciliar.

### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

El fallo que han tenido los países miembro de la OMS en establecer una adecuada definición que sea estándar y universalmente aceptada sobre “medicamentos de contrabando”, coloca algunos retos en el escenario nacional, regional e internacional, con el agravante de que simultáneamente se ha incrementado la proliferación de estos medicamentos plagiados, al tiempo que los medicamentos genéricos poco a poco se han ido posicionando entre los países. Los estados miembro de la OMS están de acuerdo en que las medicinas falsificadas son una amenaza para la salud pública global, pero muchos delegados, incluyendo embajadores de países africanos en la ONU sede de Ginebra, se lamentan de que la decisión no sea cubierta y abarcada por los derechos de propiedad intelectual. De acuerdo con la OMS, el problema de las drogas falsificadas existe tanto en “...países desarrollados y en vías de desarrollo, pero la verdad sobre la extensión del problema no está perfectamente conocida desde que no se ha realizado un estudio de este tema a nivel global, todavía” (2). La revista *El Economista* señala que “... los estudios sobre medicamentos para prevenir las infecciones en África y el Sudeste de Asia se han topado con que quizás haya un 15-30% de medicinas falsificadas. La ONU estima de manera gruesa que más o menos la mitad de las drogas que se compran en África para combatir la malaria, por un monto que ronda los \$438 millones por año, son plagiadas” (3).

### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La Resolución WHA63 (10) sobre productos médicos subvaluados /espurios/falsificados/ contrabandeados, de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010 estableció un grupo de trabajo para revisar la política de las OMS en relación con los medicamentos falsificados, contrabandeados y de calidad inferior y su relación con IMPACT, un grupo especial de trabajo que inició labores en 2006 “para construir las redes coordinadas dentro y a través de los países para detener la producción, el mercadeo y la venta de medicamentos de contrabando” El grupo especial de trabajo es una alianza de socios, la mayoría de ellos en la lucha contra el contrabando de estos productos, que incluye: organismos internacionales, agencias de apoyo, fabricantes farmacéuticos, asociaciones de la sociedad civil y autoridades que regulan el tema de las drogas. (1) En esta decisión, el Director- General de la OMS fue consultado sobre la conveniencia de facilitar el trabajo de este grupo especial de trabajo. Este grupo solamente se ha reunido una vez por tres días a finales de febrero de 2011 y las agudas diferencias entre los miembros no han permitido obtener resultados concretos. En la próxima Asamblea de la OMS en mayo y tampoco se vislumbra en real abordaje de este asunto.

## INTRODUCCIÓN

Del 28 de febrero al 2 de marzo de 2011, la reunión del grupo de trabajo de la OMS sobre productos farmacéuticos falsificados, fue convocada para limar las asperezas y diferencias así como los divergentes puntos de vista entre los países. El Grupo Africano, coordinado por Ruanda, ha hecho una alianza con otros países, particularmente con aquellos en vías de desarrollo, sobre la necesidad de disponer de drogas seguras y de calidad en sus países. En particular, el grupo ha puesto énfasis en el hecho de que hay regulaciones muy débiles en la industria farmacéutica de África y sobre la proliferación del movimiento que lucha contra la falsificación de las medicinas. (4) Por ejemplo, de acuerdo con el nuevo informe de la OMS sobre una investigación de la calidad de las drogas contra la malaria, aproximadamente el 30% de los medicamentos antimaláricos que se colectaron en Camerún, Etiopía, Ghana, Kenia, Nigeria y la República Unida de Tanzania, fallaron en alcanzar los estándares internacionales de calidad” (5).

Sin embargo, la disponibilidad de las drogas seguras, de acuerdo con algunos delegados africanos, no se suponía que fueran estorbadas por los derechos de propiedad intelectual de forma que, se supone, no se discutiría bajo el mandato del grupo especial de trabajo de este tema. Al mismo tiempo, la definición de los medicamentos de contrabando debería ser restringida para cubrir drogas plagiadas y no extender este alcance para afectar medicinas genéricas que son legalmente producidas, aunque ellas sean una copia de las drogas patentadas y pertenecientes a una marca.

En una sesión de entrenamiento con oficiales de salud de África Occidental y del Sur en asuntos de salud global y diplomacia, en Nairobi, Kenia del 14 al 18 de marzo de 2011, varios de los delegados expresaron la necesidad de proteger las drogas genéricas de las que son falsamente etiquetadas y mercadeadas de contrabando. A un delegado de Zimbabue prácticamente le imploraron a otros países africanos, mantener los ojos bien abiertos en los desarrollos que se dan cerca de sus países, afirmando que este es uno de los puntos de mayor relevancia para África a ser tratado en la Asamblea Mundial de la OMS (6).

## LAS NEGOCIACIONES.

Aunque el grupo de trabajo sólo se reunió una vez, le ha provisto a los países participantes de una gran oportunidad para discutir asuntos medulares de esta materia. Existen pocos foros que provean al África de oportunidades para discutir y consultar sobre las drogas de contrabando. Uno de estos foros fue el de Malabo (Guinea Ecuatorial) auspiciado por la OMS y su grupo especial de trabajo, que se realizó el 2 de septiembre de 2010. A pesar del escaso

progreso en el nivel internacional, la reunión regional ha recomendado, entre otras cosas, varias intervenciones y controles por los Estados miembro, de manera que asuman el control de los retos que antes ha puesto en el tapete el Protocolo de Salud y una política regional que también considera vital el tema del contrabando y las drogas falsificadas (8). En el este de África, por ejemplo, la región ha estado trabajando en una exhaustiva revisión de su normativa o marco legal para atacar el oscuro tema del contrabando de drogas.

No obstante la existencia de estas iniciativas, especialmente en el nivel regional, las negociaciones en el plano internacional no han sido conclusivas en el tanto los Estados miembro han externado puntos de vista divergentes, especialmente en el escenario extendido y el radio de acción de la OMS y su política sobre el contrabando de medicamentos. “Algunos países enfrentan de manera férrea este tema y afirman que es principalmente un asunto de propiedad intelectual, al tiempo que manifiestan su preocupación de que la OMS, al usar el término contrabando y proveyendo éste al secretariado de IMPACT, se hayan involucrado en el esfuerzo de los derechos de propiedad privada sin la aprobación de todos los miembros de la Asamblea Mundial” (1). Ellos argumentan que la OMS solamente se fija en los asuntos relacionados con el combate del crecimiento de la “industria” de las drogas plagiadas para proteger la salud pública. Un delegado africano que estuvo involucrado en las negociaciones estableció privadamente que existía una necesidad de clarificar lo que es propiedad intelectual y su relación con la OMS. Dijo que el hecho de que la OMS estuviera trabajando de facto en asuntos de propiedad intelectual, cuando la resolución no le da ese mandato, arroja más preguntas que respuestas.

Aunque no hubo un acuerdo concreto, los estados miembro discutieron el papel futuro de la OMS en relación con los productos médicos plagiados, espurios, etiquetados falsamente o contrabandeados, para abordar tres puntos fundamentales: creación de conciencia pública e información, normativa afín y apoyo técnico a los países (9).

Sobre la relación de la OMS con IMPACT, los delegados africanos están divididos o tiene una mezcla de puntos de vista. Algunos apoyan el trabajo de IMPACT, pero muchos otros no están satisfechos con lo realizado y han estado sugiriendo discontinuar este enlace. Esta es un área donde no hubo acuerdo en el tanto varios de los estados miembro expresan puntos de vista que van desde continuar con la relación OMS-IMPACT, hasta desengancharse y establecer una moratoria para que el grupo de trabajo tenga tiempo de completar toda la evaluación de las actividades.

## LEGISLACIÓN ANTI- CONTRABANDO

En otro plano, un número de países mayoritariamente de Europa y de América del Norte está finalizando el Acuerdo sobre Comercio anti- Contrabando (ACTA por su sigla en inglés), que podría aplicar nuevas regulaciones y estándares legales estrictos para comerciar con productos informativos. Los países del África Subsahariana no están involucrados en estas negociaciones ya que temen que los nuevos estándares se puedan extender más allá de los que son requeridos por la Organización Mundial de Comercio (OMC) y su acuerdo TRIPs (Tratado relacionado con Aspectos de Propiedad Intelectual. Sólo Marruecos en el norte de África está involucrado en las negociaciones. Los otros gobiernos involucrados en estos trámites son: EUA, la Comisión Europea, Japón, Suiza, Australia, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Canadá y México. Los asuntos que están en discusión aquí, son mayoritariamente relacionados con la propiedad intelectual. Los países africanos no están interesados en lidiar con asuntos de propiedad intelectual cuando se discuten temas de contrabando de medicamentos. Ellos se dan por satisfechos con el manejo que de estos temas está haciendo la OMC con su tratado TRIPs.

## LO QUE SIGUE ADELANTE

Los estados miembro están todavía a kilómetros de distancia de alcanzar una conclusión especialmente en lo referido a la separación de los temas de propiedad intelectual del problema de los medicamentos plagiados, espurios, etiquetados falsamente o medicamentos contrabandeados. Los países están descontentos con los escasos avances logrados. La Asamblea Mundial de la OMS que se realizará en mayo en Ginebra provee otra oportunidad para los países de cerrar brechas y de asegurar que haya un acuerdo para proteger la salud pública por medio de la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos baratos y de calidad al mismo tiempo. Los países africanos son los más afectados en términos de disponibilidad de drogas accesibles y de la proliferación de otras de dudosa calidad y procedencia. Esta es, ciertamente, una oportunidad para ellos de proteger sus intereses defendiendo los logros obtenidos en el campo de medicamentos genéricos y también para avanzar en la imposición de medidas regulatorias más fuertes para asegurar los medicamentos seguros y de calidad.

## REFERENCIAS

- [1] Clift C. (2010) [Combating Counterfeit, Falsified and Substandard Medicines: Defining the Way Forward?](#) Chatham House Centre on Global Health Security Briefing Paper, GH BP 2010/01
- [2] WHO, [Counterfeit medicines, Fact sheet no 275](#), January 2010.
- [3] 'Fake drugs: poison pills,' [The Economist](#), 2 September 2010

[4] Author's interviews with African ambassadors and delegates on priority issues for global health diplomacy in Geneva, February 2011

[5] [WHO Regional Office for Africa](#)

[6] Author's interviews.

[7] [WHO Regional Office for Africa](#)

[8] [SADC Protocol on health](#)

[9] [WHO \(2011\) Report of the Working Group of Member States on Substandard/Spurious/Falsely-Labelled/Falsified/Counterfeit Medical Products, A/SSFFC/WG/5, WHO, Geneva](#)

[10] [Saez, C. 'WHO Members Show Dismay At Delay On Counterfeit Medicines Group,' Intellectual Property Watch, 19 January 2011](#)

# INFORME- BORRADOR SOBRE EL MANEJO DE LA OMS DE LA PANDEMIA DE LA GRIPE H1N1 Y DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REGULACIONES INTERNACIONALES DE SALUD (RIS).



Photo: cbc.ca

**Adam Kamradt-Scott**

adam.kamradt-scott@lshtm.ac.uk

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

## TRANSFONDO

### EN ESTE EJEMPLAR

El Comité de Revisión de las RIS ha emitido su informe preliminar sobre la manera en que la OMS ha manejado la pandemia de la influenza H1N1 en el 2009. El informe señala una serie de recomendaciones de amplio rango, identificando en términos francos y claros dónde requiere la OMS hacer ajustes en sus políticas y procedimientos para responder de la mejor manera al futuro de las emergencias en salud pública. El informe evalúa además varios alegatos sobre la deficiente conducción y el criticismo con que actuó la Secretaría General de la OMS en el tema de la difusión de la influenza del virus H1N1, encontrando que mientras que las prácticas requieren ser mejoradas, no se han detectado malas conducciones de esta pandemia en la actualidad. El informe final será remitido a la 64ava Asamblea Mundial de la OMS en mayo de 2011, pero ya las preguntas han aparecido sobre la forma en que las recomendaciones del Comité serán implementadas.

### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Las recomendaciones del Comité de las RIS incluyen varias medidas prácticas, que si son implementadas por los miembros y por el Secretariado de la OMS, tienen el potencial de realzar de manera significativa la habilidad de la comunidad internacional para responder adecuadamente a las emergencias de la salud pública de ámbito internacional. El informe refiere a un fuerte caso sobre la construcción de la capacidad técnica de manera expedita, tanto dentro de la OMS como de los Estados miembro, sobre procedimientos más transparentes y abiertos cuando se trate de responder a futuras crisis en la salud pública.

### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Se va a requerir un compromiso político al más alto nivel, acompañado por una inyección significativa de recursos financieros para darle contenido a los nuevos programas de entrenamiento y construcción de capacidad técnica. A fin de

implementar de manera completa los hallazgos del Comité de Revisión de las RIS las discusiones y negociaciones en la Asamblea Mundial de la OMS serán críticas, consecuentemente, para alcanzar cualquier reto último en la capacidad de respuesta a la salud pública de la comunidad internacional.

## INTRODUCCIÓN

En enero de 2010, el Comité Ejecutivo de la OMS incluyó una propuesta de la Secretaria General Dra. Margaret Chan, para comisionar una revisión independiente sobre la activación de las RIS (2005) y la respuesta de la organización a la influenza pandémica del H1N1 de 2009. Después de la aprobación del Comité Ejecutivo, la Directora General convocó a 29 representantes para servir en el Comité de Revisión de las RIS. LOS 29 miembros del Comité de Revisión fueron tomados del grupo de Expertos con responsabilidades en las RIS, que no es otra cosa que una lista de especialistas nominados previamente por los Estados miembro por su experiencia desarrollada en asuntos internacionales de enfermedades no transmisibles: brotes y control. El Comité de Revisión tuvo que abordar tres responsabilidades:

1. Evaluar el funcionamiento de las RIS (2005) en relación con la actual pandemia H1N1 2009 y con otros eventos de salud pública.
2. Revisar el ámbito, el apropiamiento, la efectividad y la capacidad de respuesta de las acciones globales así como el papel de la Secretaría de la OMS en apoyar la preparación para la pandemia: signos de alerta y respuesta;
3. Basado en lo anterior, identificar y revisar las mayores lecciones aprendidas desde la respuesta global hasta la presente pandemia y recomendar acciones a ser tomadas por los Estados miembro y la Directora General para fortalecer la preparación y la respuesta a futuras pandemias de influenza potenciales, así como otras emergencias de salud pública (1).

La primera reunión del Comité de Revisión se realizó en la sede la OMS en Ginebra del 12 al 14 de abril de 2010 y un informe inicial fue remitido y agendado para la 63° Asamblea Mundial de la OMS en mayo de 2010 (2). Tres reuniones adicionales se realizaron entre abril de 2010 y marzo de 2011. Un informe preliminar fue emitido en marzo de 2011 y uno final será emitido durante la 64° Asamblea Mundial de la OMS en mayo de 2011 (3).

## EL INFORME PRELIMINAR DEL COMITÉ DE REVISIÓN DE LAS RIS.

En su informe previo, el Comité de Revisión de las RIS ha señalado tres “resúmenes” o conclusiones generales y cada conclusión es luego expandida y acompañada por un cierto número de recomendaciones- clave y sus puntos más destacados. El contenido del informe es tanto

En su informe previo, el Comité de Revisión de las RIS ha señalado tres “resúmenes” o conclusiones generales y cada conclusión es luego expandida y acompañada por un cierto número de recomendaciones- clave y sus puntos más destacados. El contenido del informe es tanto claro como atractivo, señalando varios de los puntos críticos de la Secretaría de la OMS en relación con el manejo de la H1N1 o influenza pandémica de 2009, tal como la decisión de revisar la definición de “pandemia”; la apertura y la transparencia del Comité de Emergencia de las RIS y la operacionalización de estas Regulaciones Internacionales de Salud (2005) (4). Es en se sentido que el Informe ofrece una franca y abierta cuenta sobre lo que la OMS ha hecho bien, dónde hay necesidades de mejorar y a dónde no deben los Estados miembro, concentrar sus esfuerzos.

Por ejemplo, el Comité de Revisión ha agradecido y abiertamente discutido en su informe, lo crítico que ha arribado en relación con la decisión de la Secretaría de la OMS de mantener en secreto la identidad de los miembros del Comité de Emergencia de la RIS a través de la influenza pandémica de la H1N1 de 2009. El Comité de Emergencia de la RIS fue responsable de asesorar a la Directora General en si la organización debería de declarar la Fase 6 (p.e. una pandemia completa). La decisión de mantener los miembros del Comité en el anonimato, al tiempo que se daban sospechosos conflictos de interés con la industria farmacéutica y la retirada de documentos que estaban en la red (sin explicación alguna) que estipulaba la severidad de esta pandemia, fue un factor clave en determinar una pandemia, contribuyó a hacer acusaciones de pobre conducción e impulsó la pronta investigación externa (5). Estos asuntos han sido ampliamente discutidos en el informe del Comité de Revisión de las RIS y varias medidas remediales se han identificado por parte de la Secretaría de la OMS para implementarlas a fin de prevenir que se repitan eventos similares que podrían llegar en el futuro.

Igualmente, uno de los asuntos clave identificados por el Comité de Revisión de la RIS es la inhabilidad del Secretariado de la OMS de manejar de manera sostenible una emergencia global de salud pública. El Comité observó que “la respuesta interna de la OMS en cuanto a capacidades para atender emergencias de salud está orientada hacia relativamente plazos cortos, eventos enfocados en un área geográfica específica, un tema que la OMS enfrenta con cierta frecuencia varias veces al año. En contraste, la pandemia requirió una respuesta mundial que duró dos años” (6). Para abordar esta debilidad, el Comité recomendó a la organización establecer una estructura para administrar estos eventos, entrenar

personal adicional en manejo de emergencias, ajustar las políticas internas para permitir que ese personal se aboque a una respuesta prolongada y asegurar que las necesidades físicas y sociales del manejo de personal sean apropiadamente satisfechas (Recomendación 5).

Adicionalmente, el Comité de Revisión de la RIS ha argumentado que los estados miembro necesitan direccionar, como un asunto de cierta urgencia, sus estrategias para construir y mantener los requisitos de las capacidades medulares de las RIS (recomendación 1). Bajo los términos de las RIS, los gobiernos tienen hasta mediados del 2012 para asegurar que pueden alcanzar los requerimientos del milenio en cuanto a vigilancia de la salud, verificación y respuesta, para prevenir los brotes de enfermedades que se pueden dispersar internacionalmente (7). En su informe, el Comité de Revisión de las RIS ha identificado, sin embargo, que “la comunidad internacional no está preparada para responder a una pandemia severa de influenza o a alguna emergencia de salud pública similar que amenace a las personas”. (Conclusión N°3 Resumen). En ese punto, el Comité de Revisión de las RIS ha señalado una serie de medidas para la OMS y los Estados Miembro a considerar, incluyendo:

- Enlistar el apoyo de varias agencias y organizaciones dispuestas a proveer ayuda a los países en la construcción de sus capacidades medulares (Recomendación N°1);
- Expandir “los cuerpos de reserva en salud pública global” de expertos en salud pública para brindar apoyo técnico (Recomendación N° 12);
- Establecer un fondo de contingencia de US\$100 millones para financiar la capacidad de entrada cuando es confrontada con una emergencia internacional de salud pública (Recomendación N°13);
- Alcanzar el consenso en el tema del contagio del virus de la influenza y de otras negociaciones benéficas (Recomendación N°14); e
- Implementar un programa de investigación inclusivo sobre la influenza del H1N1.

En esta tesitura, el Comité de Revisión de las RIS ha procurado proveer una serie de soluciones metódicas y medibles para los temas y áreas de importancia que han identificado.

#### PRÓXIMOS PASOS

La cuarta y última reunión final del Comité de Revisión de las RIS se realizó en Ginebra, entre el 28 y 30 de marzo de 2011. Desde esta reunión, el informe final del Comité será programado para la 64ava Asamblea Mundial de la Salud a mediados de mayo de 2011 para la consideración de los Estados miembro (8). Por último, está pendiente de análisis, cuántas de las recomendaciones serán puestas en marcha luego. Esto es debido al hecho de que un número de acciones sugeridas –como la Recomendación

La cuarta y última reunión final del Comité de Revisión de las RIS se realizó en Ginebra, entre el 28 y 30 de marzo de 2011. Desde esta reunión, el informe final del Comité será programado para la 64ava Asamblea Mundial de la Salud a mediados de mayo de 2011 para la consideración de los Estados miembro (8). Por último, está pendiente de análisis, cuántas de las recomendaciones serán puestas en marcha luego. Esto es debido al hecho de que un número de acciones sugeridas –como la Recomendación 4 que aboga a que los Estados miembro aseguren que el Punto Focal Nacional de la RIS posea “la autoridad, los recursos, los procedimientos, el conocimiento y el entrenamiento para comunicar a todos los niveles de sus Gobiernos y en nombre de sus Gobiernos si fuera necesario”- miren al hecho de que podría ser que los Estados miembro tengan el interés de mantener el status quo. Adicionalmente a esto, dado que la OMS está enfrentando serios problemas económicos para el próximo período fiscal o etapa presupuestaria (9), se mantiene pendiente el tema de ver cuánta capacidad tiene la Secretaría de la OMS para implementar las recomendaciones del Comité Revisor de las RIS. Sin embargo, dado que existe un considerable consenso entre los Estados miembro en relación con el papel y función (10) de la OMS en seguridad global de la salud, se podría anticipar que el informe que preparó el Comité de Revisión de las RIS, atraerá un considerable interés político y de que la presión vendrá a estimular a la Directora General de la OMS a implementar esta recomendaciones, en su totalidad.

La Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, ya ha indicado, sin embargo, que la implementación de las recomendaciones del Comité Revisor por entero presentarán un reto para su organización. En sus comentarios abiertos durante la cuarta reunión del Comité Revisor de las RIS, la Dra. Chan argumentó: “Algunas de sus recomendaciones serán bastante más fáciles de implementar que otras, como ha sido mencionado por algunos Estados miembro. En general, los cambios en políticas, prácticas y prioridades que enteramente caen en el escenario de la OMS y sus entidades de gobierno, son comparativamente fáciles de cumplir, a pesar de que el plazo necesario para alcanzarlas pueda variar, tanto como los recursos que sean necesarios” (8). Pero la Dra. Chan fue también perspicaz al señalar que “Más difícil para direccionar este proceso es el hecho de existen debilidades en la respuesta hacia la pandemia que se hayan fuera de la autoridad directa y más allá de la influencia de la OMS.” (8) Se puede ver ya, por lo tanto, que la implementación de las recomendaciones del Comité de Revisión no será un proceso enteramente fácil de echar para adelante. Por

último, la extensión y la velocidad con las que cualquier reforma se debe llevar a cabo, descansan ahora en la potestad y decisiones de los Estados miembro y de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo próximo.

#### REFERENCIAS

- [1] WHO. 2010. [Report of the First Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations \(2005\) in Relation to Pandemic \(H1N1\) 2009](#). April 14, 2010
- [2] SWHO. 2010. Implementation of the International Health Regulations (2005): [Report of the first meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations \(2005\) in relation to Pandemic \(H1N1\) 2009: Report by the Director-General](#). Document: A63/5\_Add.1.
- [3] WHO. 2011. [Implementation of the International Health Regulations \(2005\): Report by the Director-General](#). Document: A64/9.
- [4] IHR Review Committee. 2011. [Preview Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations \(2005\) and on Pandemic Influenza A \(H1N1\) 2009](#).
- [5] Godlee, F. 2010. 'Conflicts of interest and pandemic flu'. *BMJ*. 340(1136): doi:10.1136/bmj.c2947 (Published 3 June 2010)
- [6] IHR Review Committee, 2011, [page 8](#).
- [7] As per Article 59 of the International Health Regulations (2005) – WHO. 2008. [International Health Regulations \(2005\)](#). Second Edition. Geneva, World Health Organization.
- [8] Chan, M. 2011. '[Director-General responds to assessment of WHO's handling of the influenza pandemic](#)'.
- [9] Faid M and Gleicher D. 2011. '[WHO Executive Board Discusses Role and Future Financing of WHO](#)'. *Health Diplomacy Monitor*. 2(1): 4-7.
- [10] Kamradt-Scott, A. 2011. '[The Financing of the WHO: Where Does Asia Stand?](#)'. *Health Diplomacy Monitor*. 2(1): 7-10.

## REUNIÓN DE ALTO NIVEL DE LA ONU SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)



Photo: cigarbrandsinfo.blog.com

Chantal\_Blouin@carleton.ca

**Chantal Blouin**

Associate Director, Centre for Trade Policy and Law

### TRANSFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

La Asamblea General de la ONU realizará una reunión de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles (ENT) en Nueva York el 19 y 29 de septiembre de 2011. Esta es la primera vez que los líderes mundiales han convenido en discutir lo concerniente a las acciones para enfrentar los retos que representan las ENT y será ésta la segunda ocasión que la Asamblea General de la ONU se concentra en temas de la salud global, siguiendo lo aprobado en su Sesión Especial sobre el VIH/SIDA en el 2001.

Los Estados miembro, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el comercio en general están ligados ahora en discutir sobre cuales compromisos deben ser incluidos en el documento que se producirá como resultado de la Cumbre. La OMS ha realizado consultas con los Estados miembro a través de sus oficinas regionales y con actores no gubernamentales por medio de diálogos informales.

La prevención y el control de las ENT ha asomado en la agenda de la salud global no solamente porque se ha incrementado sustancialmente la carga de enfermedad asociada a estas ENT, sino porque se le desea brindar más atención al impacto económico que éstas representan. Por ejemplo, en su informe anual sobre riesgos globales, el Foro Económico Mundial ha resaltado las enfermedades crónicas como uno de los riesgos clave de la economía global. Los riesgos económicos no son causados únicamente por el alza en el costo de los cuidados médicos, sino por las pérdidas de productividad asociadas a la muerte, discapacidad y ausencia laboral causadas por las ENT. (1)

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Las ENT, sobre todo las enfermedades cardiovasculares, los tipos de cáncer, las enfermedades crónicas respiratorias y la diabetes, son los asesinos más grandes en el mundo que causan un estimado de 35 millones de muertes cada año -60% de todas las muertes en el mundo- con 80% en los países de bajo y mediano ingreso económico. (2)

Estas enfermedades son prevenibles. Más del 80% de las enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y diabetes tipo 2, así como un tercio de los diferentes tipos de cáncer podrían prevenirse eliminando los factores de riesgo asociados, básicamente el consumo de tabaco, dieta no saludable, inactividad física y el dañino consumo del alcohol.

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

En los últimos años, ha habido un creciente interés en diseñar acciones concentradas para enfrentar las ENT. En 2008, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó el Plan de Acción para la Estrategia Global para la Prevención y Control de las ENT (2). La Estrategia Global fue adoptada en 2000 e incluye la vigilancia, la prevención y el tratamiento de las ENT, resaltando la importancia de las acciones multisectoriales para enfrentar los factores de riesgo principales con miras a prevenir la muerte y las mismas enfermedades. (3) La resolución sobre el mercadeo de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños que se adoptó en la AMS en 2010, es un buen ejemplo de acciones recomendadas que se derivan de una Estrategia Global (4). En la resolución propuesta por CARICOM y adoptada en septiembre pasado durante la Asamblea General de la ONU para propiciar la Cumbre, los gobiernos expresaron su convicción de que hay una necesidad urgente “de comprometer esfuerzos multilaterales al más alto nivel para enfrentar la prevalencia creciente, la morbilidad y la mortalidad de las ENT a escala mundial y elevar esta prioridad dentro de la cooperación para el desarrollo en lo referido a las ENT”. (5) El documento que se producirá como resultado de la adopción por parte de los líderes en la reunión de Alto Nivel ofrece el reto más allá del foro de salud tradicional, a fin de recibir el mayor nivel de atención por parte de los actores políticos.

#### CONSULTA A LA FECHA

El señor Raymond Wolfe, Representante Permanente de Jamaica en Nueva York y la señora Sylvie Lucas, Representante Permanente de Luxemburgo en Nueva York, han sido designados por la ONU para servir como co-facilitadores en la conducción informal de consultas y en el diseño de borradores del documento de la Cumbre. Se espera que una primera versión de este documento-borrador esté lista para mediados de junio. Entre tanto, la OMS ha tomado el liderazgo en organizar consultas formales con los Estados Miembro. Con el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU (UNDESA, sigla en inglés) y el Gobierno de Noruega, se conviene en una consulta regional para Europa, en Oslo en noviembre de 2010. Desde ahí, las oficinas regionales de la OMS han sostenido reuniones de consulta con Estados miembro en México (OPS), Yakarta (SEARO), Seúl (WPRO) y Brazzaville (AFRO). Igualmente se sostuvo un diálogo informal con la sociedad civil y el sector privado en Ginebra el 1° de noviembre de 2010.

## ASUNTOS DISCUTIDOS Y PROPUESTAS EN PROCESO

Tres asuntos principales han surgido de las conversaciones que se han dado, inclusive hasta qué debe de contener el documento producto de la Cumbre. Primero, las consultas han resaltado la importancia de incluir objetivos medibles en este documento; el poder de metas específicas e indicadores para impulsar la acción y asegurar la contabilidad, son vistos como lecciones clave de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio). Por ejemplo, la inclusión de objetivos medibles relacionados con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) ha sido mencionada como propuesta durante las consultas hechas por EURO (6). De manera similar, la Declaración Ministerial adoptada en México por los miembros de la OPS fue realizada luego de que la OMS hizo una excitativa en este sentido para desarrollar objetivos específicos sobre la prevención y control de las ENT que puedan ser medidas, con una visión de su futura inclusión en los ODM (7).

La Alianza de las ENT, una coalición de cuatro federaciones internacionales de ONG que trabajan en cáncer, diabetes, cardiopatías y enfermedades pulmonares, junto con el grupo de acción de LANCET, una red informal de investigadores, médicos practicantes y organizaciones de la sociedad civil, han propuesto objetivos potenciales con la mirada puesta en reducir las tasas de mortalidad provocadas por las ENT, alrededor de 2% por año (8,11). Al enfocarse en las intervenciones más costo-efectivas, su primer objetivo es alcanzar, para el 2040, una reducción del consumo del tabaco a un nivel donde menos del 5% de la población mundial estará consumiendo productos de esta droga. Ellos además sugieren que los gobiernos se comprometan a reducir el consumo de sal a unos 5g/día por persona para el 2025; eliminar el mercadeo de alimentos altos en grasas saturadas y poli insaturadas, sal y azúcar refinada para el 2016, así como asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales como insulina, anti hipertensivos y aspirina para 2015 (8,11).

El segundo tema emergente de esta reunión de Alto Nivel, es la capacidad de movilizar el financiamiento para la prevención y el tratamiento de las ENT, globalmente. Menos del 3% de la ayuda para el desarrollo en salud fue destinada para las ENT en 2007, a pesar de que éstas representan una extensa parte de la carga de enfermedades (9). No obstante, dada la crisis financiera mundial y sus consecuencias fiscales, algunos han expresado serias dudas acerca de la capacidad de atraer significativos recursos para enfrentar las ENT (10). Las organizaciones de la sociedad civil han estimado que el financiamiento prioritario para la intervención requerirá

por año: \$9 billones de USD (11) pero ninguno de los informes y declaraciones derivadas de las consultas, a la fecha, han mencionado específicos compromisos financieros globales. Por ejemplo, la Declaración de Yakarta que se produjo como consecuencia de la consulta de la OMS en el sudeste asiático se ha enfocado en recursos domésticos e hizo un llamado a los gobiernos y parlamentos a “aumentar el presupuesto global para temas de salud y presupuestos específicos para combatir las ENT.” (12) Igualmente, el primer borrador de la Declaración circuló por adelantado, antes de la reunión ministerial de la OMS que tendrá lugar en Moscú a finales de abril y menciona la importancia de investigar mecanismos innovadores de financiamiento para movilizar recursos para la prevención y control de las ENT. (13) El sustancial ahorro en costos para la prevención de las ENT no ha sido promocionado muy explícitamente en este documento, a pesar de que estos argumentos pueden sonar fuertes para los Ministros de Finanzas y Economía, quienes han tenido que enfrentar fuertes costos para el tratamiento de las ENT en sus países. Este es específicamente el caso de las intervenciones referidas a la reducción del consumo del tabaco y reducción en el consumo de sal, lo cual representa un costo menor, ofreciendo la posibilidad de favorecer la salud y rendir beneficios económicos al mismo tiempo (11). Dada la necesidad de las acciones multilaterales para prevenir las ENT, la implementación de los compromisos de las N.U. van a requerir acercamientos innovadores de toda la sociedad; una mejor integración de los actores de negocios, especialmente de las industrias de alimentos y bebidas, lo que en el proceso de implementación de políticas es percibido como un elemento clave para una exitosa acción colectiva (14). Sin embargo, los analistas observan que el principal obstáculo para mejorar la alianza con el sector privado es “encontrar una plataforma institucional que sea respaldada económicamente por todos los socios potenciales. Con la OMS tomando el liderazgo para organizar la reunión de septiembre, existe una escepticismo en ambos lados de si un diálogo realmente significativo pueda ser una realidad”. (10) Algunos de los documentos preparatorios mencionan la necesidad de una vigorosa colaboración con el sector privado (7), pero no se propone en ellos la forma en que esta colaboración debe ser implementada. Por otro lado, la propuesta de la Alianza de las ENT incluye la creación de la iniciativa “la Sociedad para detener las ENT” y de una comisión de alto nivel para monitorear la implementación de los compromisos de la Cumbre, que debería de incluir la participación del sector privado.

Adicionalmente a estos tres aspectos principales, las

discusiones alrededor de la Cumbre han elevado las preguntas sobre el ámbito de la iniciativa. A algunos les gustaría que se expandiera hacia la inclusión de salud mental y heridas. No obstante, tal expansión más allá de los “4 grandes asesinos” podría diluir el enfoque y reducir el impacto. (10) Otro ítem que se abordó fue el riesgo que implican las intervenciones verticales y la necesidad de adoptar un buen acercamiento al sistema de salud, de forma tal como se ha hecho para enfrentar las enfermedades infecciosas. Finalmente, se mantiene la duda de si –a pesar de la gran relevancia de la Cumbre– los líderes, presidentes y primeros ministros asistirán a esta reunión o de si enviarán a sus representantes a Nueva York para representar sus países.

#### PRÓXIMOS PASOS

Las negociaciones y discusiones alrededor de la preparación del documento- producto de esta Cumbre sobre las ENT continuarán en una gran variedad de foros en los meses venideros. La OMS está conviniendo la celebración de una reunión ministerial sobre ENT del 28 al 29 de abril en Moscú, auspiciada por el Gobierno de la Federación Rusa (13). Esta reunión ministerial será precedida por una de un día sobre ENT que será un Foro Global (Abril 27 de 2011) en donde habrá oportunidad de que los actores no gubernamentales expresen sus puntos de vista. La Cumbre está asimismo, en la agenda de la 64° Asamblea Mundial de la Salud que tendrá lugar del 16 al 25 de mayo de 2011 en Ginebra. La AMS considerará, entre otras cosas, la propuesta de resolución, pero todavía no adoptada, por el Comité Ejecutivo de la OMS en enero: la resolución fue puesta a discusión por Barbados junto con Nueva Zelanda, Noruega, Rusia y Trinidad & Tobago (14). El 16 de junio de 2011, la ONU dará audiencia a la sociedad civil en Nueva York. Entretanto, los co-facilitadores Jamaica y Luxemburgo continuarán las consultas informales con las misiones en Nueva York a fin de tener listo un documento – borrador a fines de junio para ser negociado y revisado en la Cumbre de septiembre.

#### REFERENCIAS

- [1] [World Economic Forum \(2009\) Global Risks 2010](#), Published annually in collaboration with Marsh and McLennan Companies, Merrill Lynch and Swiss Re, Geneva, WEF.
- [2] WHO (2008) [2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases](#). World Health Organization: Geneva.
- [3] [Note by the Secretary-General transmitting the report by the Director-General of the World Health Organization on the global status of non-communicable diseases, with a particular focus on the development challenges faced by developing countries](#)
- [4] [Resolution on Marketing of food and non-alcoholic beverages to children, WHA 2010](#).

- [5] UN General Assembly (2010, May 13) [UN General Assembly: Resolution – Prevention and control of non-communicable diseases – A/RES/64/265](#).
- [6] WHO Regional Office for Europe (2010, November 25-26) [Regional High-level Consultation in the European Region on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases – Summary Report of the Meeting](#). WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- [7] Pan-American Health Organization (2011, February 25) [Ministerial Declaration for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases](#). PAHO: Washington, D.C.
- [8] NCD Alliance, [Proposed Outcome Document for the UN High-Level Meeting on NCDs](#), March 2011.
- [9] Nugent, Rachel and Andrea Feigl, [Where Have All the Donors Gone? Scarce Donor Funding for Non-Communicable Diseases](#), Centre for Global Development, Washington Dc, November 2010.
- [10] Sridhar D., Morrison J.S., Piot P. (2011, February) [Getting the Politics Right for the September 2011 UN High-Level Meeting on Noncommunicable Diseases](#). Center for Strategic and International Studies: Washington, D.C.
- [11] [Beaglehole, R. et al., Priorities actions for NCDs crisis](#), The Lancet, April 6, 2011.
- [12] WHO SEARO (2011, March) [Jakarta Call for Action on Noncommunicable Disease](#). World Health Organization South East Asia Regional Office: Delhi.
- [13] First Ministerial Conference on Health Lifestyles and NCDs, [Moscow Ministerial Declaration](#), Zero Draft, March 29, 2011.
- [14] McGill World Platform for Economic and Health Convergence, [Harnessing the Power of Business For Better Global Health Diplomacy, A Summary of the Bellagio Experts Meeting](#), March 7-10, 2011.
- [15] [First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and NCDs](#)
- [16] [WHO's Role in the preparation, implementation and follow-up to the high-level meeting at the UNGA on the prevention and control of NCDs, Draft Resolution, January 24, 2011](#)

## OPCIONES PARA UN ACCESO SOSTENIBLE EN ÁFRICA: YENDO DE LA FLEXIBILIDAD DE TRIP HACIA LA CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN LOCAL



Photo: Medecins Sans Frontieres

Rene Loewenson

admin@tarsc.org

Centro de Apoyo para la Investigación y la Capacitación

### TRANSFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La Declaración de Doha de 2001 sobre aspectos del Comercio relacionado con los Derechos de Propiedad Intelectual (TRIPs – sigla en inglés) y la Salud Pública, provee un cierto número de flexibilidades que afirman el derecho de los gobiernos de subvencionar o acceder a que las licencias obligatorias para la producción no estatal, extranjera o local de medicinas esenciales requeridas se puedan producir para responder a una emergencia nacional o a una crisis de salud pública. En el 2003 se hizo una provisión posterior que permitió a todos los países a exportar medicinas a los países con escasa o nula capacidad de producción farmacéutica si últimamente tuvieron licencia obligatoria para estos medicamentos. En 2010 y 2011, la OMC ha estado revisando la implementación de estas flexibilidades dentro del Consejo TRIPs para realizar una adopción formal por parte de la OMC en diciembre de 2011. Adicionalmente, la OMS, la OMC y la WIPO (Organización Mundial para la Propiedad Intelectual) han estado explorando las políticas de propiedad intelectual, aprovisionamiento y políticas de competencia, tarifas y aspectos regulatorios de aseguramiento de la calidad, la seguridad y efectividad de los medicamentos (19). Los debates en marzo de 2011 en las sesiones del Consejo TRIPs y en otros foros, indican que, más allá de las flexibilidades de 2001, los países menos desarrollados están en búsqueda de un uso justo y beneficios de los recursos genéricos y el conocimiento tradicional usado en el desarrollo de nuevos medicamentos y la transferencia tecnológica, así como de las medidas de financiamiento que fortalecerán sus propias capacidades de producción.

### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Mientras que se ha dado un progreso desde 1999, donde el 90% de todos los medicamentos fueron consumidos por un 15% de la gente de países de ingresos altos (17), para el 2004, alrededor del 80% del mercado farmacéutico mundial permanece en Norteamérica, Europa y Japón (8). El mercado

de consumo se ha expandido en África, pero solamente tres de los 56 países en ese Continente (Sudáfrica, Nigeria y Tanzania) representaron el 36% del mercado de fármacos para el SIDA, la malaria y la tuberculosis. Además, un tercio del mercado africano es compartido por 48 países de ese Continente (1). Dada la alta carga de enfermedad de las ENT y de las transmisibles, los patrones actuales de consumo tienden a reflejar el poder de compra, más que el factor necesidad. Al mismo tiempo, el reciente enfoque sobre drogas lícitas para enfermedades marginadas, señala que ha habido un beneficio debido al incremento en el financiamiento y además, nuevos productos han sido desarrollados y mercadeados, mostrando retos para reguladores sub abastecidos para evaluar y registrar estos productos para el uso en África (6).

### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Los países africanos pueden negociar la implementación de una ampliación de arreglos de opciones para mejorar la puesta en marcha de las flexibilizaciones de TRIPs y para fortalecer el acceso a la calidad de los medicamentos. Haciendo esto, ellos balancean las medidas para aplicar más mejoras inmediatas en cuanto al acceso y a la adquisición, contra el largo plazo y posibles medidas sostenibles y desarrolladas con miras al fortalecimiento de la capacidad local para producir y registrar medicinas de calidad, incluyendo nuevos medicamentos. Lo anterior amplía el ámbito de los debates de la política global sobre el acceso a medicamentos para incluir la transferencia tecnológica, así como el aspecto de los beneficios y uso justo de los recursos genéticos y el conocimiento tradicional aplicados a la generación de nuevos medicamentos y vacunas.

### INTRODUCCIÓN

Los países en desarrollo han expresado sus preocupaciones acerca de la adecuación y las barreras para la implementación de actuales provisiones de la Declaración de Doha de 2001. Pocos países han provisto formalmente al Consejo con información sobre sus necesidades prioritarias para la cooperación técnica y financiera que requieren, a fin de facilitar esta implementación (14). No obstante, los observadores han notado que los países a menudo carecen de capacidades internas para darle contenido a esta implementación y han enfrentado presiones de comercio e inversión al no usar estas flexibilidades (13). Los mismos países en vías de desarrollo han expresado sus preocupaciones en el Consejo de TRIPs sobre lo extenso que es que los exportadores estén facilitando la transferencia tecnológica y asegurando que los medicamentos genéricos provistos, son seguros y efectivos (14).

## EL EJEMPLO DE LA MALARIA

La terapia de combinación basada en artemisinina (ACT, en inglés) y otra droga antimalárica, es lo único que se ha recomendado actualmente como tratamiento de primera línea en muchas partes de África. Los países necesitan así, asegurar el acceso, la disponibilidad, la comodidad de precio, la eficacia y la calidad del medicamento, mientras evaden la resistencia al fármaco y aseguran su adhesión al tratado de ACT (5) (2).

Un informe de la OMS emitido el 25 de febrero de 2011 reveló que un tercio de las 306 medicinas antimaláricas colectadas y probadas de 6 países africanos, fallaron para alcanzar los estándares internacionales de calidad, debido al insuficiente o ausente ingrediente farmacéutico activo (IFA) (11). Un estudio preliminar de la OMS del 2010 concluyó que el 90% de las Autoridades Regulatorias Farmacéuticas (ARF) del África Subsahariana tenía serios faltantes de recursos o de capacidades para manejar adecuadamente las funciones regulatorias, incluyendo el asegurar la eficacia de estos medicamentos (18).

Como respuesta global, la OMS ha precalificado los medicamentos para el SIDA, la tuberculosis y las drogas contra la malaria que contienen artemisinina y a los fabricantes, para alcanzar los objetivos de calidad esperados en las evaluaciones de estos fármacos (16). Desde 2005, el Fondo Global para SIDA, tuberculosis y malaria (GFATM, en inglés) ha instado a los potenciales consumidores a aplicar los requisitos de la OMS sobre productos precalificados. Las tasas de fallas en calidad fueron menos que el 4% para los fármacos precalificados por la OMS en los 6 países africanos señalados anteriormente (8). La OMS también trabaja con las MRA nacionales, laboratorios de control de calidad y productores farmacéuticos en los países en desarrollo a fin de mejorar la vigilancia de los mercados y en resaltar los sistemas de aseguramiento de la calidad. Adicionalmente a este programa de apoyo precalificadorio, existen otras opciones que los países deben negociar para registrar medicamentos eficaces. Esto incluye a la Comisión Europea y su apoyo a las MRA de los países en desarrollo en cuanto a sus decisiones sobre el registro con evaluación científica del expediente para estos medicamentos usados fuera de la Unión Europea (12). Ellos también pueden usar revisiones repetidas, en donde las MRA de los países en desarrollo evalúan un archivo farmacéutico en consulta con un revisor proveniente de una MRA sólida y experimentada; o de revisiones paralelas, donde revisiones independientes por una MRA de un país desarrollado se le provee a la MRA de un país en desarrollo.

## AMPLIAS PREOCUPACIONES SOBRE LAS CAPACIDADES DE PRODUCCIÓN

Los países africanos cuentan con una amplia gama de opciones para mejorar la aprobación y el registro de nuevos productos en África, desde que la precalificación ha incidido en el mejoramiento de la calidad y ha reducido el costo de los fármacos antimaláricos. Sin embargo, estas opciones atenúan el problema parcialmente los problemas del ramo en África. En particular, estas medidas no enfrentan las preocupaciones sobre la transferencia de tecnología ni fortalecen la capacidad industrial local. Pocas de las plantas farmacéuticas en el continente han sido precalificadas por la OMS (1). Ninguna de estas plantas manufactureras reportaron tener en 2009 antimaláricos precalificados. Es más, ligando el financiamiento con la precalificación, se daría más un beneficio para los exportadores de fuera del continente. El financiamiento limitado crea premuras económicas adicionales en la producción local. Estas debilidades económicas incluyen bajo poder de compra y un escaso acceso al crédito, a exportar y a incentivos tributarios o de apoyo infraestructural (1) (10). Un productor local de Uganda le manifestó al reconocido medio *The Lancet* que mientras el apoyo a los fabricantes de India por parte de su Gobierno reduce los precios de sus productos, “nuestro Gobierno (de Uganda) no nos subsidia, de esta forma nuestros productos lucen más caros... El ambiente es hostil” (3). Sin embargo, la producción local se ha incrementado en la agenda global, gracias a las flexibilidades de TRIPs y a la presión de países en el sur del Continente que han avanzado en su desarrollo industrial local farmacéutico (4) (16). Los ministros de salud argumentan que la producción local baja los costos de transporte, incrementa la experticia, reduce las dificultades en el uso de las flexibilidades de TRIPs y corta la dependencia de los subsidios extranjeros. Los líderes africanos ven esto como una forma de proveer puestos de trabajo, retener impuestos y mejorar los senderos para un desarrollo económico endógeno (4). La Unión Africana (UA) ha hecho un llamado para tener un plan de acción que facilite el crecimiento de la investigación en medicamentos y su manufactura en la región (1) (4). Existe no obstante, un debate alrededor de esta escogencia. En el 2003 la revisión del Banco Mundial concluyó que la producción local significa un pequeño elemento económico o de sentido de salud pública en países donde la experticia local, la materia prima, los ingredientes activos, los estándares de calidad, producción y equipo de laboratorio todos ellos requieren ser importados y donde la industria no es confiable (9) (4). Sin embargo, el Banco Mundial asimismo reconoce que

la industria local es un acierto significativo en el alcance de los objetivos de tratamiento, y "...más importante, el potencialmente chico pero significativo costo por unidad producida" [anotado en (4)]. En 2007, en la reunión del G8, los miembros se comprometieron a apoyar las capacidades para la producción local, mientras que India, Brasil, Alemania y otros países están apoyando las iniciativas de producción local en países africanos (4).

Cierto número de opciones políticas están surgiendo para apoyar la producción local. Una de éstas es crear una alianza, como la sur- sur de manera pública y privada, tal como se anotó antes. Otra es para acuerdos de producción local regional y concentrar así, la demanda de varios países, generando economías de escala, un mejor uso de las capacidades instaladas, mayores posibilidades de suministros locales de ingredientes activos y de otras materias primas, así como fortalecer la negociación de temas relacionados con los precios (12). Esto se convierte en un llamado para acuerdos políticos a través de los países en producción, impuestos y tarifas, registro de medicinas y su regulación. Al usar las flexibilidades de TRIPs en el plano regional, surgen otros temas de armonización de las provisiones de patentes legales nacionales, como no se podría hacer en los países menos desarrollados.

Las comunidades económicas regionales con mandatos legales ejecutables como la Comunidad para el Desarrollo de África del Sur (SADC, en inglés) y la Comunidad para el Desarrollo de África Oriental (EAC, en inglés), sin embargo, han empezado a enfrentar estos temas por medio de planes farmacéuticos que incluyen interacciones regionales para fortalecer los estados miembros y los acuerdos regionales multilaterales, armonizar la lista de medicinas esenciales y monitorear los requerimientos. Estos acuerdos regionales ofrecen una plataforma para establecer los precios de producción de referencia, revisar los impuestos de productos importados y proveer opciones de largo plazo para la compra de medicamentos bajo condiciones concertadas de precios que podrían estimular la inversión en producción local (12).

#### PREOCUPACIONES MÁS AMPLIAS Y PROFUNDAS SOBRE LA SALUD PÚBLICA Y LOS TRIPs

El avance en la disponibilidad sostenible de medicamentos de calidad conduce a la realización de una sinergia entre los niveles de políticas nacionales, regionales y globales, así como con las negociaciones por varias plataformas y entre agendas de largo y corto plazo. No es de sorprenderse, por lo tanto, que el debate se haya profundizado y extendido desde 2001, extendiendo las discusiones sobre un plazo mayor, condiciones justas y control sostenible sobre el aseguramiento de la calidad y

disponibilidad de drogas lícitas. Esto incluye por ejemplo, asegurar que los recursos genéticos y el conocimiento tradicional de los países en desarrollo usados en el desarrollo de nuevas medicinas y vacunas, están siendo compartidos de manera justa y equitativa, incluyendo la transferencia tecnológica. El Protocolo de Nagoya sobre el Acceso a Recursos Genéticos y su Utilización, adoptado por la Conferencia de las Partes (COP) de la Convención de la ONU sobre Diversidad Biológica en octubre de 2010, amplía el Tratado de 1993 de la ONU que declara que las naciones tienen todos los derechos y la soberanía sobre los materiales biológicos dentro de su territorio. Estos materiales, que incluyen plantas, microorganismos, y otros seres vivos, han sido una rica fuente para desarrollar los medicamentos de la actualidad, incluyendo a la artemisinina, mencionada líneas atrás. Éstos tienen un papel importante en el desarrollo de nuevas drogas y vacunas para enfermedades olvidadas o pobremente abordadas. Los países africanos y otros que son fuente potencial de estos recursos biológicos podrían negociar con la industria, bajo el concepto: "beneficios mutuos justos" para la construcción de capacidad, transferencia tecnológica y recursos financieros que podrían apoyar la producción local y la regulación de la calidad de medicamentos.

#### PRÓXIMOS PASOS

Se realizará una revisión por año de la implementación de las flexibilidades existentes, en el Consejo que se celebrará en octubre próximo. Las comunidades regionales ofrecen una plataforma para monitorear e informar sobre la implementación y las flexibilidades y medidas, tales como aquellas señaladas en este documento para la producción, registro y acceso a medicamentos de calidad. En el proceso de seguimiento para el progreso se deberían de considerar aquellos aspectos referidos a los beneficios compartidos y de cómo se deberían de tener en cuenta en el Consejo de TRIPs (próxima reunión a realizarse el 7 y 8 de junio de 2011). En marzo de 2011 hubo un llamado de este Consejo para revisar las provisiones del artículo 27.3 (b) de TRIPs, para tomar en cuenta el Protocolo de Nagoya. Bolivia propuso que este artículo sea reformado para prohibir todas las formas de patentar vida u organismos vivos. Varios estados miembro, incluyendo Brasil, India, China, Perú, Angola (en nombre de los países menos desarrollados), Sudáfrica, Indonesia, Colombia, Turquía, Ecuador y Kenia, hicieron un llamado para reformar TRIPs en el sentido de que todos los trámites de los que desean patentar, liberen responsabilidad sobre el origen de los recursos genéticos y el conocimiento tradicional asociado, lo que "amarraría" las provisiones voluntarias del Protocolo de Nagoya. Otros miembros del Consejo, incluyendo a Canadá y Australia, se opusieron al uso de TRIPs para este propósito (14).

## REFERENCIAS

- [1] African Union (2009), Fourth Session of the AU Conference of Ministers of Health, Addis Ababa, Ethiopia 4-8 May 2009 Camh/Exp/5(lv); Meeting of Experts, 4-6 May 2009 on Local Pharmaceutical Production In Africa, Mimeo, African Union.
- [2] [Africa Fighting Malaria \(2009\) 2009 Annual Report](#), Mimeo, February 2010, South Africa
- [3] Anderson, T., (2010) ["Tide turns for drug manufacturing in Africa"](#) The Lancet, 375(9726), 1597 – 1598.
- [4] Bate, R., (2008) ["Local Pharmaceutical Production in Developing Countries: How economic protectionism undermines access to quality medicines"](#), Campaign for Fighting Diseases, discussion paper no. 1, International Policy Press, UK.
- [5] Brieger, W., (2010) ["Malaria: magic bullets and damp squibs"](#), Africa Health, March 2010 15-18.
- [6] Kaplan, W. A., Laing, R.O., Waning, B., Levison, L., Foster, S. (2003) [Is Local Production of Pharmaceuticals a Way to Improve Pharmaceutical Access in Developing and Transitional Countries? Setting a Research Agenda](#). World Bank, Washington, D.C.
- [7] Moran, M., Guzman, J., McDonald, A., Wu, L., Omune, B., (2010) [Registering New Drugs: The African Context New Tools For New Times Health Policy Division](#), The George Institute For International Health, USA, January 2010.
- [8] Foster S., Laing R., Melgaard B., Zaffran M., (2006) ["Ensuring Supplies of Appropriate Drugs and Vaccines"](#) in Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. (eds), Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition, World Bank, Washington D.C.
- [9] Kaplan, W. A., Laing, R.O., Waning, B., Levison, L., Foster, S. (2003) [Is Local Production of Pharmaceuticals a Way to Improve Pharmaceutical Access in Developing and Transitional Countries? Setting a Research Agenda](#). World Bank, Washington, D.C.
- [10] Malaria Matters (2010) ["No unqualified acceptance for prequalified medicines"](#) Malaria Matters, 7(4), 14 August 2010.
- [11] Medicines for Malaria Venture (2011) [WHO: Low quality drugs continue to afflict Africa](#).
- [12] Moran, M., Strub-Wourgaft, N., Guzman, J., Boulet, P., Wu, L., et al. (2011) ["Registering New Drugs for Low-Income Countries: The African Challenge"](#), PLoS Med 8(2).
- [13] Munyuki, E., Machedmedze, R., Loewenson, R. (2010) ["Consolidating progress: what have we done to use the flexibilities in the TRIPs agreement won at Doha in 2001?"](#) EQUINET Newsletter February 2010.
- [14] Raja, K., (2011) [Positions unchanged on biodiversity issues, "Para 6" system Published in SUNS #7101](#) Geneva, 4 March 2011.
- [15] [Wikipedia, \(2011\) Quality Chemical Industries Limited](#)
- [16] World Health Organization (WHO) (2004a), [The WHO Prequalification Program](#). Geneva: WHO.
- [17] WHO (2004b), [World Pharmaceutical Situation Report 2004](#). Geneva: WHO (2004).
- [18] WHO (2010), ["Regulatory Harmonization: Updating medicines regulatory systems in sub-Saharan African countries"](#) WHO Drug Information 24(1): 6–20.
- [19] WHO, WIPO, WTO, (2010) [Access to medicines: Pricing and procurement practices, Joint Technical Symposium](#). 16 July 2010.
- [20] WTO, (2003) [Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPs agreement and public health](#). WT/L/540 and Corr. 1 Sept. 2003

## EL DESASTRE NATURAL DE JAPÓN Y LA SALUD GLOBAL: EL PAPEL DE LA APEC EN DESARROLLAR UNA EFECTIVA RESPUESTA



Photo: Mirror News

**Adam Kamradt-Scott**

[adam.kamradt-scott@ishtm.ac.uk](mailto:adam.kamradt-scott@ishtm.ac.uk)

Investigador del Departamento de Salud Global y Desarrollo, Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical (LSHTM).

### TRANSFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

El terremoto y el tsunami que golpeó Japón el 11 de marzo de 2011, tendrá un número directo e indirecto de impactos en la salud humana a lo largo de la región. Ya ha habido una sensible pérdida de vidas humanas y el potencial nuevo brote de enfermedades, combinado con la posibilidad de una seria exposición a radiación del reactor nuclear de Fukushima, se mantiene como un reto latente significativo. Más aún, los efectos en los índices económicos de Japón son de gran consideración por su efecto en el corto y mediano plazo. Una cooperación internacional efectiva y coordinada será contundente para lograr la recuperación del Japón y aquí, los organismos regionales como APEC tienen un activo papel en la coordinación de estos efectos de recuperación.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Colateralmente a las profundamente adversas consecuencias en la población japonesa y considerando el liderazgo de la economía regional de Japón y uno de los más grandes contribuyentes de Asia de las ayudas al desarrollo de ultramar (ODA, en inglés), es de pensar que el desastre de Japón tendrá complicaciones muy amplias para la salud de la región, particularmente si se da una contracción significativa de la economía japonesa. Adicionalmente a esto, se mantiene todavía un riesgo considerable de la radiación, debido a la ruptura y sobrecalentamiento del reactor, que obviamente producirá contaminación ambiental posterior (1), y que obviamente tendrá un impacto de considerar, sobre la salud de las personas.

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La diplomacia, entendida como los mecanismos de negociación, será crítica para asegurar que la respuesta de la comunidad internacional al desastre japonés es rápida, efectiva y que no implicará más daño del que ya se ha producido. Dada su tradicional participación en los temas económicos regionales, la APEC es probablemente uno de los foros clave a través de los cuales, la comunidad internacional podría canalizar la ayuda. Esta asistencia podría tomar la forma de una coordinación directa en lo financiero o en la promoción de políticas encauzadas a dirigir este vital proceso de recuperación económica del Japón. La actual APEC (2011) está siendo auspiciada por los Estados Unidos y funcionarios de alto rango están dispuestos a reunirse en la segunda ronda de negociaciones del 7 al 21 de mayo de 2011.

El 11 de marzo de 2011, un terremoto de magnitud 9,0 en la escala de Richter se produjo mar adentro al este de la costa japonesa. Este seísmo se convirtió en un tsunami masivo que golpeó la costa oriental japonesa, destruyendo por completo comunidades enteras y devastando otras más. Al momento de escribir este comentario, se ha confirmado la muerte de unas 10.901 personas con una cantidad superior a las 17.000 desaparecidas (1). El terremoto y el tsunami también causaron un significativo daño a la planta nuclear de Fukushima Daiichi, desencadenando una serie de explosiones y elevando la posibilidad de un derretimiento del Japón. Mientras que las fuerzas armadas de Japón fueron movilizadas para ayudar en las labores de rescate, recuperación de cuerpos, la Agencia Nuclear de Japón ha trabajado día y noche para estabilizar esta planta nuclear y prevenir futuros escapes radioactivos por la ruptura del reactor.

Dada la extensión de esta devastación, pareciera que las labores de recuperación y limpieza, tomarán meses –si no años- para reconstruir pueblos y comunidades que fueron destruidas y lidiar con las consecuencias posteriores a este accidente nuclear (2). Entretanto, los sobrevivientes son confrontados con la verdadera y cruda realidad de posibles brotes de enfermedades. Un estudio sobre riesgos potenciales realizado por el Centro Japonés de Vigilancia sobre Enfermedades Infecciosas (CJEI) y el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI), inmediatamente después de la ocurrencia del seísmo, ha identificado un alto riesgo de la dispersión de enfermedades respiratorias y diarreicas, así como las enfermedades prevenibles por vacunación como el tétano y el sarampión (3). Adicionalmente, existe preocupación por el efecto de sobre-radiación nuclear debido al evento provocado por el reactor de Fukushima, que podría empeorar e inclusive tener implicaciones regionales sobre la salud humana.

Existe una preocupación similar sobre el impacto que este evento podría tener sobre la economía japonesa en el mediano y corto plazo (4). Tradicionalmente los desastres naturales tienden solamente a tener un impacto mínimo en los mercados de capital (5), pero como dijo recientemente Koetzu Aizawa, un profesor de economía en la Universidad de Saitama: "... la gente debería de ver a un Japón debilitado, sacudido por una creciente China y rematado con el soplido final de este terremoto" (4). Ciertamente, después de más de dos décadas de crecimiento económico reducido, algunos analistas están prediciendo que el Producto Interno Bruto (PIB) podría declinar tanto como un 1% en 2011 como consecuencia de este desastre natural (6) En tal ambiente, es concebible que el Gobierno japonés se vea

forzado a reconsiderar la reducción del presupuesto de su asistencia para el desarrollo internacional, que entre 2009 y 2010 ya sufrió una reducción del 5.7 (7). Considerando que Japón es una de las economías más grandes en contribución para ayuda al desarrollo y como ha sido informado en publicaciones previas de este Monitor, un gran auspiciador de los ODM relacionados con la salud en particular (8), futuros cortes o reducciones en la ayuda japonesa podrían tener serias consecuencias para la salud de la región. En este contexto, sería importante para la comunidad internacional ayudar al Japón en la implementación de medidas para reducir su deuda externa (actualmente estimada en un exceso de 200 % del PIB (6) y empujar su productividad.

### APEC 2011

La APEC fue establecida en 1989 para impulsar el crecimiento económico de la región Asia- Pacífico mediante la reducción de tarifas y las barreras al comercio. En las pasadas dos décadas, la organización ha expandido significativamente su enfoque original para incluir otros aspectos diferentes a los de la liberalización económica, como el medio ambiente, la educación, la propiedad intelectual, la energía, la infraestructura, los asuntos de género y más recientemente, sobre salud (especialmente lo referido a la preparación para atender pandemias) (10,11). Como resultado a la APEC se le ha venido viendo como "el foro más importante para facilitar el crecimiento económico, la cooperación, el comercio e inversión en la región de Asia- Pacífico" (9).

Las funciones de la institución se han desplegado sobre la base de un diálogo abierto y la construcción de ideas por consenso, aprobando los compromisos no obligatorios y manteniendo "un respeto igual hacia los puntos de vista de todos los participantes" (9) Los acuerdos son revisados y tratados cada año por medio de reuniones que celebran oficiales de alto rango (SOM, en inglés), reuniones ministeriales (por ejemplo Ministros de Finanzas), y grupos de trabajo de temas específicos donde se discuten y negocian borradores de compromisos. Los borradores de acuerdos son presentados a los jefes de estado y sus representantes de los 21 miembros en temas de economía en la reunión anual: "Semana de Líderes", donde se da un consentimiento formal. Cada año, las Economías- Miembro rotan la sede de la APEC, en 2011, el país anfitrión es EUA.

La primera SOM para APEC en 2011 fue realizada en Washington D.C., oficialmente entre el 27 de febrero y el 12 de marzo de 2011 y reunió a oficiales de gobierno de las 21 economías- miembro de esta organización. Sin embargo, es importante mencionar que la reunión

medular de oficiales de alto rango se celebró durante los últimos dos días de la reunión entre el 11 y 12 de marzo, lo cual coincidió justamente, con el terremoto de Japón y el subsecuente tsunami. La agenda clave con sus puntos para esta última parte de la reunión incluyó la revisión de cierto número de informes emanados de los grupos de trabajo así como medidas para fortalecer la integración económica regional, promoviendo el “crecimiento verde” de las energías limpias, el avance de la cooperación regulatoria y las reformas a la APEC (12). Uno de los informes de grupos de trabajo revisado por la SOM fue sobre la reciente creación de un Grupo de Trabajo sobre Preparación para Emergencias (EPWG, en inglés) que ha sido encomendado para “fortalecer la resiliencia y la participación del sector privado” en relación con desastres naturales como este terremoto (13).

No obstante, de manera oficial, pareciera que se le ha dado poca atención a la tragedia de Japón dentro del contexto de la primera SOM, aunque la crisis se ha producido recientemente. La agenda no fue modificada, ni tampoco se hizo provisión alguna para discutir la forma en que los miembros de APEC deben de responder ante la crisis o de asistir a sus Economías- miembro a responder. La conducción o presidencia de esta primera SOM recayó en el señor Michael Froman quien expresó sus condolencias al Gobierno y pueblo de Japón en nombre de los EUA, en su calidad de país anfitrión de la APEC 2011 (15). Posteriormente se liberó un acuerdo del grupo, por parte del Secretariado de APEC expresando sus condolencias por esta sensible tragedia del Japón (16). Sin embargo, basado en el hecho de que las organizaciones de las Economías- miembro han demostrado últimamente su disposición de proveer ayuda financiera directa al Japón o mediante la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN) (17), pareciera que en esta ocasión la APEC será efectivamente acompañada en este proceso de recuperación.

La decisión de las organizaciones de las Economías- miembro de trabajar fuera del ámbito de APEC es entendible para extender la función primaria de la organización, cual es: promover el crecimiento económico y la prosperidad (18). La APEC también ha jugado un papel fundamental en el fortalecimiento de la preparación para las emergencias por toda la región, pero lo más importante es que el mandato de la organización no señala que ésta deba de conducir operaciones de emergencia (19). Sin embargo, no se ha hecho ninguna provisión en la primera SOM para discutir sobre las implicaciones económicas del desastre japonés. Esto podría explicarse por el hecho de que el desastre ocurrió durante la SOM y esta reunión tenía establecida su agenda de previo, varios meses atrás.

## PRÓXIMOS PASOS- SOM 2

La segunda ronda de la SOM - APEC 2011 está prevista que se haga en Big Sky, Montana del 7 al 21 de mayo de 2011 y se incluirá tanto a la APEC como a los oficiales de alto rango en grupos de trabajo y en varios sub foros. Dos reuniones clave dentro de esta ronda de conversaciones serán las sesiones de Ministros de Comercio y Ministros de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES). Es muy importante, no obstante señalar que las agendas para estas reuniones aún no han sido establecidas, ni tampoco se ha dado alguna indicación pública sobre cómo o de si APEC responderá de alguna forma en el futuro ante estas crisis. Para las organizaciones regionales como APEC o ASEAN, el desastre de Japón presenta una única oportunidad de demostrar su relevancia y capacidad para responder efectivamente. Como el más importante foro regional de Asia que ha demostrado un agudo interés en la preparación de emergencias y su recuperación y el mejoramiento de indicadores de salud a lo largo y ancho de la región Asia- Pacífico, APEC igualmente tiene un papel clave en asistir en la recuperación de la economía japonesa y en la prevención en el largo plazo sobre las consecuencias adversas para la salud que podrían derivarse de estos desastres. En el tanto que los foros intergubernamentales tienen limitaciones inherentes que a menudo los previenen de responder rápidamente, tanto como los mismos Gobiernos, es igual el caso de que estos foros pueden proveer un liderazgo normativo, incomparable, sirviendo como catalíticos para inspirar a su membresía a comprometerse con más recursos y a proveer más asistencia técnica que la que han provisto en otras latitudes. Es en este sentido que la próxima SOM probará un examen clave para APEC en demostrarle cuán rápido se puede responder a las necesidades de uno de sus Estados- miembro en época de crisis.

## REFERENCIAS

- [1] Worthington, M. 2011. '[Radiation leak found outside Japan nuclear reactor](#)' BBC Asia-Pacific News. March 28, 2011.
- [2] Mark, D. and Willacy, M. 2011. '[Crews facing '100-year battle' with Fukushima](#)'. ABC News. April 1, 2011.
- [3] WHO Western Pacific Regional Office. 2011. '[Post-disaster health concerns](#)'. March 18, 2011.
- [4] Anonymous. 2011. '[Japan's Nikkei ends down 6% in first post-quake session](#)'. BBC Business News. March 15, 2011.
- [5] Avery, S. 2011. '[Stock markets have a history of withstanding calamities](#)'. The Globe and Mail. March 15, 2011.
- [6] [Central Intelligence Agency. 2011. World Fact Book: Japan.](#)
- [7] Japan International Cooperation Agency. 2010. [Boosting Growth: Aiming for Inclusive and Dynamic Development](#). JICA Annual Report 2010.
- [8] Kamradt-Scott, A. 2010. '[The Outcome of the UN MDG Summit](#)' Health Diplomacy Monitor. 1(4).

[9] APEC. 2011. 'About Us'.

[10] Aggarwal, V. and Morrison, C. 2000. 'APEC as an international institution'. In Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC): challenges and tasks for the twenty-first century edited by Yamazawa, I. Routledge: London, pages 278-302.

[11] APEC. 2011. 'Working Groups: Health'.

[12] APEC Secretariat. 2011. 'Draft Agenda. First Senior Officials Meeting, Washington, D.C., United States, 11-12 March 2011'. Document: 2011/SOM1/001.

[13] APEC Secretariat. 2011. 'Emergency Preparedness Working Group (EPWG) Proposed Workplan for 2011'. Document: 2011/SOM1/016.

[14] Senior APEC Official. 2011. Email correspondence dated Friday, April 1, 2011.

[15] Froman, M. 2011. 'Opening Remarks at the 2011 APEC Senior Officials Meeting 1'. US Department of State.

[16] APEC Secretariat. 2011. 'Press Release: APEC Secretariat expresses deepest sympathy to Japan'. March 15, 2011.

[17] ASEAN Secretariat. 'ASEAN Extends a Helping Hand in Hours of Need'. March 15, 2011.

[18] APEC. 2011. 'Mission Statement'.

[19] APEC. 2008. TFEF Terms of Reference. Document: 2008/SOM1/SCE/009.

## DIPLOMACIA DE LA SALUD Y LAS EMERGENCIAS HUMANITARIAS: DEBATES EN LA CUMBRE DE ACCIÓN HUMANITARIA DE HARVARD



Photo: Harvard Humanitarian Initiative

**Valerie Percival**  
Profesora de la Escuela Norman Patterson de Asuntos Internacionales,  
Universidad de Carleton. Canadá

Valerie\_Percival@carleton.ca

### TRANSFONDO

#### EN ESTE EJEMPLAR

Los altos niveles de morbilidad y mortalidad, causados tanto por desastres naturales como por conflictos violentos tienden a caracterizar las emergencias humanitarias. La comunidad internacional en la figura de agencias multilaterales y organizaciones transnacionales no-gubernamentales, a menudo lideran la respuesta directa a estas crisis, particularmente en estados donde existe una capacidad nacional muy débil. La concertación internacional de ayuda es gobernada por normas y leyes humanitarias internacionales, que incluyen principios establecidos por las resoluciones de la Asamblea General de la ONU, acuerdos alcanzados en foros multilaterales como el Comité Interinstitucional Permanente y las Convenciones de Ginebra que aplican para conflictos bélicos. A pesar de la gran magnitud de muchas de las emergencias humanitarias, el papel de la diplomacia en salud en definir su involucramiento, éste no ha sido analizado.

#### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Los efectos de la salud en los conflictos y desastres naturales varían en intensidad y severidad de acuerdo con

el contexto local. La salud de la población civil es a menudo la primera desgracia del conflicto y los desastres naturales pueden tener un impacto devastador e indiscriminado en la salud de la población.

Allá por noviembre de 2010, la Oficina de la ONU para la Coordinación de la Ayuda Humanitaria (UN-OCHA) estimó que 49 millones de personas en el mundo requieren este tipo de asistencia (1). En 2009, cerca de 15 billones de dólares fueron asignados a la ayuda humanitaria; los gobiernos contribuyeron con 11 billones de USD mientras que las contribuciones privadas totalizaron los 4.1 billones de USD (2). La asistencia en salud contabiliza aproximadamente el 10% de los fondos humanitarios (2).

Mientras que pocas emergencias humanitarias tienen impacto en la salud global, la respuesta a estas emergencias es global en la naturaleza. Los desastres naturales frecuentemente abruman al estado, particularmente en países con poca capacidad de respuesta. Los conflictos también afectan al estado o bien, reflejan su fragilidad. Como resultado, las agencias multilaterales e internacionales, no-gubernamentales, proveen directamente ayuda y asistencia en salud para reducir la mortalidad y la morbilidad en la población civil.

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La acción humanitaria, incluyendo la provisión de asistencia en salud, está caracterizada por múltiples niveles de acciones diplomáticas. Las negociaciones determinan el monto de la asistencia, cómo debe ser entregada ésta, cuáles actores están involucrados en la entrega de dicha ayuda y cómo acceder a las poblaciones afectadas. La diplomacia toma lugar en formas locales, bilaterales y multilaterales e involucra actores estatales y no-gubernamentales. Como resultado de esta complejidad, la decisión de efectivizar la ayuda humanitaria no es completamente transparente. Será requerido un análisis posterior para examinar la diplomacia entre varios otros actores involucrados en entregar la asistencia humanitaria, cómo las regulaciones y normas humanitarias gobiernan estas interacciones y de qué forma estas negociaciones afectan la asistencia humanitaria.

#### INTRODUCCIÓN

Las emergencias humanitarias capturan la atención pública siempre. La TV y sus imágenes, así como las historias en los periódicos comunican escenas de civiles inocentes afectados por la violencia, la devastación e impacto indiscriminado de los desastres naturales y las intervenciones de salvamento de organismos internacionales no-gubernamentales.

Detrás de estas imágenes se encuentra un complejo orden de agencias multilaterales, organizaciones transnacionales no gubernamentales, gobiernos donantes y agencias estatales del país afectado. Mientras que las normas internacionales proveen una guía general, tanto en el plano político como técnico de este tipo de ayuda, algunas de estas normas permanecen abiertas a la negociación.

Múltiples actores comprometen la diplomacia en salud en varios niveles durante las acciones de provisión humanitaria. En el plano global, la diplomacia juega un papel en la determinación de la ubicación y la escala de los recursos, así como los componentes técnicos de las intervenciones en salud. Localmente, las negociaciones determinan cómo se coordina esta asistencia, el involucramiento del aparato militar y el papel de los gobiernos nacionales y de otros socios colaboradores nacionales.

#### LA CUMBRE DE ACCIÓN HUMANITARIA DE HARVARD

La Iniciativa Humanitaria de Harvard celebró su Cumbre del 4 al 6 de marzo de 2011. Esta Cumbre atrae a practicantes médicos activos en diferentes ambientes humanitarios, investigadores y a oficiales de gobierno involucrados en respuesta a emergencias humanitarias.

La Cumbre de Harvard en este tema está siendo conducida por la necesidad de desempacar la complejidad de la respuesta a este tipo de emergencias o de situaciones en crisis, reconociendo la importancia de colaboración para profesionalizar y mejorar esta respuesta. Esta Cumbre que se realiza cada dos años es una conferencia única que combina las presentaciones de expertos en retos clave que enfrentan acción humanitaria con la creación de grupos de trabajo donde los participantes colaboran para compartir y desarrollar soluciones para abordar estos retos, los grupos de trabajo continúan sus actividades entre cada Cumbre, facilitando el devenir de la colaboración y el desarrollo profesional entre los participantes a esta magna reunión, con el objetivo de construir a futuro los lineamientos basados en evidencia para desplegar acciones humanitarias.

Los debates contemporáneos en asistencia humanitaria incluyen la definición de cómo esta ayuda humanitaria está comprometida (si lo está) por lo cambiante de la naturaleza del conflicto; la relación entre actores humanitarios y lo militar; de qué forma (si es que se da) se produce una recuperación de la capacidad local de respuesta a la crisis y las capacidades nacionales de esta resiliencia; cómo entregar esta ayuda en ambientes urbanos y cómo mejorar y resaltar la profesionalización de la acción humanitaria, dada la diversidad de sectores y actores involucrados en esta acción. Los grupos de trabajo de la Cumbre dirigieron estos debates.

#### LOS GRUPOS DE TRABAJO

Un grupo de trabajo sobre la Profesionalización de la Respuesta Humanitaria ha venido trabajando hace varios años y fue presentado en la Cumbre por Peter Walker y por Karen Hein quienes hablaron en nombre del grupo y

lo hecho por ellos. Ellos argumentaron que para realizar el profesionalismo, se necesitaba un sistema de acreditación individual para desarrollar la asociación global de las competencias básicas comprometidas y acreditadas.

El grupo de trabajo sobre la ONG de Seguridad y Protección de Personal examinó la percepción del incremento del riesgo para los trabajadores humanitarios, agradeciendo que mientras se producían algunas muertes y heridas como resultado de un trabajo deliberado en alcanzar los objetivos de la acción, otros fueron el resultado de trabajadores humanitarios asistentes localizados en contextos peligrosos. El grupo de trabajo continuará analizando los mecanismos para compilar y compartir la información sobre seguridad, así como examinar la varianza en tasas de desgracia a lo largo de ambientes ocupados por organizaciones humanitarias.

El grupo sobre la Urbanización y las Emergencias Humanitarias examinó cómo mejorar de manera más productiva las necesidades de la población humanitaria en ambientes urbanos. Las ciudades representan muchos retos en términos de respuesta humanitaria, incluyendo seguridad, cómo identificar y diferenciar la población humanitaria de la población normal del país o del área en crisis, la generalidad de las condiciones de pobreza en muchas de las áreas urbanas y cómo las normas humanitarias existentes y los estándares pueden ser trasladados a estas áreas urbanas. Este grupo está adaptando las Directrices Esfera para ambientes urbanos así como examinando sistemáticamente la coordinación y retos de seguridad en el trabajo en estos ambientes.

El grupo de Coordinación de Campo entre entes militares y de la sociedad civil dedicados a acciones humanitarias trabaja en identificar y describir las técnicas efectivas de coordinación. Ellos examinarán cómo institucionalizar las mejores prácticas mientras que se reconocen las limitaciones del constate cambio de personal entre los oficiales militares y los técnicos humanitarios. El grupo de Tecnologías Humanitarias, Mapeo de Crisis y Retos en Manejo de la Información discute como articular el uso de estas tecnologías en la respuesta humanitaria.

El grupo de Asuntos Quirúrgicos en el Espacio Humanitario, señaló la necesidad crítica de contar con experiencia quirúrgica en los sitios humanitarios, pero hizo ver que la mayoría de las necesidades quirúrgicas son el resultado de causas no relacionadas con conflictos sociales. Para examinar el papel del apoyo mental y sicosocial en crisis y conflictos, otro grupo se dedica a revisar e identificar los baches de conocimiento claves. Su trabajo es guiado por el principio de investigación no mental sin atención y de investigación sin servicio.

La Cumbre anunció también la formación de futuros grupos de trabajo, incluyendo un grupo de Reconstrucción Sistémica de la Salud Post Conflicto, la cual examinará los actores humanitarios y si éstos pueden apoyar de manera más efectiva las capacidades nacionales y la interface con el sistema local de salud, y si es así: ¿cómo? Otro grupo se abocará al estudio del cuidado clínico en el campo, revisando de qué forma se puede mejorar la efectividad del componente clínico en la respuesta de salud.

Adicionalmente a los grupos de trabajo, la Cumbre desplegó dos notables sesiones plenarias, con conferencistas de peso: el Honorable Teniente General (pensionado) Romeo Dallaire, actualmente Senador canadiense y abogado a luchar por los soldados jóvenes, quien habló sobre la complejidad de la respuesta completa en conflictos, haciendo especial referencia al caso de Ruanda. Paul Farmer examinó el caso de Haití, reflejado en sus experiencias como uno de los fundadores de Socios en Salud y habló sobre la necesidad de los actores humanitarios de tener una presencia más sostenida en el país para construir la capacidad nacional.

#### LIGANDO E INFLUENCIANDO EL PROCESO DIPLOMÁTICO

A lo largo de esta reunión Cumbre, los participantes expresaron su frustración de que los actores humanitarios, a menudo no están disponibles para influir en las decisiones políticas de conformar este ligamen humanitario. Mientras que los grupos de trabajo de Harvard desarrollan las directrices y las mejores prácticas, los caminos para transferir esta labor a la acción en el plano internacional aún se mantienen oscuros.

Los actores humanitarios han sido importantes participantes en el proceso global que acompaña las normas técnicas, como la Esfera Estándar. Sin embargo, los actores humanitarios puntualizan sus decisiones críticas a estas acciones humanitarias que se hacen en los foros diplomáticos y que están fuera de su alcance, con escasa transparencia y que no están sujetas a un escrutinio apropiado por parte de aquellos involucrados en respuestas humanitarias.

Se debe de hacer más investigación en el campo de la diplomacia en salud en acciones humanitarias, para determinar la decisión- clave haciendo foros; los actores que hacen estas decisiones y la información que conforma el proceso de concretar estas decisiones. En los próximos años, el Monitor de Diplomacia en Salud espera encender una luz en materia de la diplomacia aplicada a acciones humanitarias. Examinaremos las negociaciones en foros humanitarios, así como los procesos de toma de decisión que rodean a las emergencias humanitarias particulares. Igualmente le daremos seguimiento a conferencias de

alto nivel como la Cumbre de Harvard para calibrar la forma en cómo se enfrentan las acciones humanitarias en la arena global.

## FORTALECIENDO LOS SISTEMAS DE SALUD: CINCO RESOLUCIONES A SER CONSIDERADAS EN LA AMS



Photo: vision2020.org

Priyanka Kanth

Priyanka.Kanth@graduateinstitute.ch

Instituto Internacional de Posgrado sobre Estudios de Desarrollo, Suiza

#### TRANSFONDO

##### EN ESTE EJEMPLAR

El pasado reciente ha visto un cambio radical de los programas verticales al crecimiento del enfoque sobre el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. Este brinco se ve reflejado en varios tópicos y resoluciones traídas a la mesa de negociación por Estados miembro de la OMS, de manera notable en la 128ª reunión del Comité Ejecutivo de la OMS, celebrada en enero de 2011. Bajo el ítem 4.5 de la agenda “Fortalecimiento de los Sistemas de Salud”, vimos el significativo amarre e involucramiento de los Estados miembro, en términos de principios y acotaciones, así como en la formulación de cinco resoluciones separadas en una manera proactiva orientada hacia la obtención de resultados, donde los países hicieron valer su voz en cuanto a las mayores preocupaciones que están encarando. Estas resoluciones serán enviadas a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2011, para su consideración y adopción.

##### IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

Como fue mencionado en el Informe preparado por la OMS y derivado de la reunión del Comité Ejecutivo, “una gran proporción de la población mundial permanece privada del acceso a los servicios de atención primaria en salud, mientras que 150 millones de personas enfrentan gastos catastróficos y unas 100 millones de personas están sumidas en la pobreza por culpa de pagos indirectos a servicios de salud y medicamentos” (1). “Como es ampliamente conocido, el fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS), puede ser definido como el arreglo de iniciativas y estrategias que mejoran una o más funciones del sistema de salud y que lidera las acciones a una mejor salud por medio del mejoramiento al acceso, la cobertura, la calidad y la eficiencia”. (12). Más específicamente, el FSS incorpora todos los bloques esenciales de construcción para asegurar la provisión de estos servicios a la población nacional, tales como la existencia adecuada de personal capacitado, educación médica, infraestructura, acceso a las facilidades de salud (medicamentos, vacunas, equipo biomédico), entrega oportuna de componentes de los servicios, financiamiento sostenible para la salud, información de salud y monitoreo de los sistemas

incluyendo la producción, el análisis, diseminación a tiempo de la información y finalmente y más importante aún, el liderazgo, la gobernanza y el apropiamiento, relacionados con “marcos de políticas estratégicas... combinados con una efectiva coalición estratégica, regulación y contabilidad y atención de los sistemas designados” (13).

#### EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El FSS ha sido definido como un área – clave de enfoque para los estados miembro de la OMS; el trabajo en los años previos se ha concentrado en varios aspectos afines, como el Informe Mundial de Salud en Financiamiento de la Atención Primaria en 2010 (3), así como el Informe del Comité de los Determinantes Sociales de la Salud de 2008 (4). El tópico del FSS estuvo en la agenda de la 128ª reunión del Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2011.

Estas discusiones asimismo ocurrieron en un nivel regional y los “comités regionales de la OMS en sus sesiones de 2010 hicieron un llamado a los países para fortalecer los sistemas de salud sobre la base de los valores primarios de la atención primaria e identificaron la necesidad de enfrentar los determinantes de la salud por medio de un acercamiento multidisciplinario y multisectorial, haciendo los servicios más expeditos, buscando la cobertura universal y proveyendo esta cobertura inclusive a nivel distrital. Las resoluciones le solicitaron a los Directores Regionales trabajar más proactivamente que antes con los Estados miembro en el desarrollo o renovación de las políticas comprensivas y en planes para mejorar los productos de la salud” (5).

#### INTRODUCCIÓN

Durante la reunión del Comité Ejecutivo en enero pasado, los Estados miembro de la OMS informaron sobre varios logros hechos en los niveles nacionales y regionales en el FSS. Estos avances incluyeron la adopción de políticas de cobertura universal, entrenamiento del personal de salud y más importante aún: compromiso político para el cumplimiento de los principios de la Declaración de París sobre Ayuda Efectiva, atención primaria centrada en las personas y “Salud en todas las Políticas”. Varias resoluciones se pusieron en marcha por varios estados miembro, como se resume a continuación:

#### FORTALECIMIENTO DEL DIÁLOGO DE POLÍTICAS NACIONALES PARA CONSTRUIR POLÍTICAS DE SALUD, ESTRATEGIAS Y PLANES MÁS ROBUSTOS.

India, considerando que un robusto sistema de salud es un valor agregado para alcanzar los ODM, resaltó el imperativo de hacer cambios políticos y de introducir reformas para responder a los retos de salud. En este punto, India propuso la resolución de aumentar el diálogo político como una vía para asegurar robustos sistemas de salud (6). Se hizo hincapié en que hay un faltante de análisis sobre cómo los países en desarrollo pueden alcanzar sus responsabilidades en el FSS y se hizo notar la rotación del personal de salud en el manejo de los programas de entes donantes. Desde 2005, La Misión

de Salud Rural Nacional de la India está trabajando para asegurar el acceso de la mayoría de la población que vive en áreas rurales, en conjunción con los esfuerzos hechos para producir mayor labor especializada y proveer más medicamentos genéricos.

La resolución insta a los estados miembros a enfocarse en la variedad de vías para comprometer a diversos socios potenciales –públicos y privados- nacionales, sub nacionales e internacionales en la formulación de sus políticas nacionales de salud, paralelamente a matricularse con los principios universales de cobertura en salud, la atención primaria centrada en las personas y de salud en todas las políticas. Igualmente insta a los países a alinearse con programas verticales en las políticas nacionales de salud y monitorear regularmente los progresos hechos, asegurar el apropiamiento especialmente a la luz de un desarrollo nacional integral y de la agenda política. Se le solicitó a la Directora General a “renovar el énfasis de la Organización sobre su papel en el plano nacional como facilitadora de un diálogo político inclusivo alrededor de políticas nacionales de salud, estrategias y planes... (Asegurar) el esfuerzo técnico continuado para dirigir el proceso de planificación... impulsar la cooperación y el aprendizaje en todo el país y a escala regional”

#### FORTALECIMIENTO DE LAS LABORES DE PARTO Y AMAMANTAMIENTO.

En segundo lugar, Burundi y Kenia armaron una resolución sobre el “Fortalecimiento de la alimentación de bebés y los partos” (7). Burundi hizo notar que el mejoramiento de los sistemas de salud implica el manejo de la prevención de la salud, el tratamiento y la rehabilitación dentro de la atención primaria en salud. Para asegurar esto, es de la mayor importancia asegurar y fortalecer las acciones de atender los partos y los servicios de atención a recién nacidos, especialmente por la salud de la madre y el neonato. En muchos de los países en desarrollo, las comunidades locales cuentan con las parteras, no solamente para atender a los recién nacidos, sino para que continúen atendiéndolos en su período de crecimiento. El personal de salud que es entrenado en África requiere ser retenido en la medida en que exista el fenómeno de “fuga de cerebros” que definitivamente debilita aún más los sistemas de salud de estos países pobres. Por lo tanto, la resolución enfatiza en la necesidad e importancia de la salud materno- infantil y hace un vigoroso llamado a los países a adoptar las recomendaciones de la OMS sobre el Código Global de Prácticas sobre el Reclutamiento Internacional de Personal en Salud (8) para colaborar en los planos regionales y contraatacar de esta forma, el fenómeno de “fuga de cerebros”, fortaleciendo de esta

forma “los procesos regulatorios que gobiernan (estas) profesiones”, dentro de otras. Además, la resolución solicita a la Directora General a “fortalecer la capacidad de la OMS para el desarrollo e implementación de programas sobre políticas de parto y cuidados del neonato a través una inversión continuada y la contratación de enfermeras profesionales así como parteras para puestos específicos en el Secretariado de la OMS en Ginebra y en las oficinas regionales” junto con otras solicitudes para proveer apoyo técnico y recoger evidencia sobre el papel y responsabilidades de las enfermeras y parteras dentro de las políticas de salud nacionales y sub nacionales.

#### FORTALECIMIENTO DE LAS EMERGENCIAS NACIONALES EN SALUD Y DE LAS CAPACIDADES EN EL MANEJO DE DESASTRES Y RESILIENCIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Chile, junto con Guatemala y con el apoyo de todos los países de Sudamérica, propuso una tercera resolución sobre el “fortalecimiento de las emergencias nacionales en salud y de las capacidades y resiliencia de los sistemas de salud para el manejo de desastres” (9). A la luz de varias catástrofes naturales, Chile hizo ver sobre la necesidad de prepararse para enfrentar “varios tipos de estos eventos, algunos de los cuales han sido verdaderos desastres”. Hicieron notar, en su alocución al Comité Ejecutivo, sobre el tema del FSS, en el sentido de que “la resolución propuesta (borrador) no incluye la respuesta humanitaria, sino que menciona cuáles necesidades se deben identificar para construir capacidades nacionales en salud para administrar los desastres naturales”. En la resolución, Chile hace un llamado para fortalecer la cooperación bilateral, regional y global e insta a considerar las lecciones aprendidas al tiempo que le solicita a la Directora General a proveer el apoyo técnico necesario para construir capacidades en el plano nacional.

Chile hizo referencia y demostró aprecio por el trabajo que fue hecho por la OMS/OPS en la construcción de capacidades en los niveles nacionales y regionales. Este país busca la creación de alianzas regionales y el compartir las lecciones aprendidas. Hacen un llamado a la OMS para que apoyen a los países en desarrollar sistemas de medidas del riesgo de desastres. La resolución insta igualmente a los estados miembros, a los donantes y a otros socios potenciales a expandir su ayuda para el desarrollo de estas capacidades en referencia a los desastres naturales. Como respuesta a esta resolución, China mencionó que ellos frecuentemente están sometidos a este tipo de emergencias, lo cual le da gran importancia a las respuestas a estos desastres. China ofreció compartir sus experiencias adquiridas y su conocimiento en esta materia y resaltó la importancia

de la construcción de capacidad en el FSS; hizo un llamado a la OMS a brindar más atención a la respuesta en emergencias de salud conectadas con desastres naturales. Brasil corroboró la necesidad de contar con tal experiencia dentro de los sistemas de salud de los países expuestos a desastres naturales, mostrando el ejemplo de sus recientes inundaciones en Río de Janeiro, en donde más de 700 personas murieron y muchas más están desaparecidas todavía.

#### FORTALECIMIENTO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD.

En tercer lugar, Japón y Noruega redactaron la resolución sobre “Fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud” (10). Japón mostró su agrado por el Informe Mundial de Salud 2010 (3). Durante su intervención en el Comité Ejecutivo, Noruega por su parte mencionó “el incremento de la naturaleza del mercadeo laboral, que ha aumentado el flujo de trabajadores de la salud del sur al norte” Expresó el deseo de que el Código de Práctica Global de la OMS en Reclutamiento de Personal de Salud (8) y que fue adoptado el pasado mayo en la Asamblea Mundial de la Salud, pueda deseablemente mitigar los efectos en los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, hizo notar la necesidad de enfrentar los aspectos fundamentales de los trabajadores de la salud. En relación con el FSS, Noruega hizo un vehemente llamado para reforzar la educación en salud y la distribución de estos trabajadores de la salud de manera que permita de la mejor manera los productos en salud para todos los estados miembro. Hizo además un llamado a la OMS sobre el mandato inclusivo para que se refleje la complejidad del tema. Ellos igualmente esperan que el borrador que emitieron junto con Japón, le provea a la OMS, junto con el Código Global de Prácticas (8) un mandato fortalecido para enfrentar los retos de la formación de personal en salud. Japón secundó los puntos expuestos por Noruega.

#### ESTRUCTURAS DE SALUD SOSTENIBLES Y COBERTURA UNIVERSAL.

Finalmente, Alemania, la Unión Europea y Suiza propusieron la resolución sobre “Estructuras de salud sostenibles y cobertura universal” (11). La resolución se basa en el Informe Mundial de Salud 2010 (3) y estimula de manera urgente a los estados miembro a asegurar los sistemas de financiamiento que están en línea con los objetivos y esfuerzos globales para asegurar la equitativa atención primaria universal. Suiza hizo notar su compromiso e involucramiento en la protección social de la salud a través de múltiples convenios bilaterales; hizo énfasis además que se puede aprender de la experiencia internacional para mejorar su sistema nacional de salud, un acercamiento que está exactamente en línea con el

Finalmente, Alemania, la Unión Europea y Suiza propusieron la resolución sobre “Estructuras de salud sostenibles y cobertura universal” (11). La resolución se basa en el Informe Mundial de Salud 2010 (3) y estimula de manera urgente a los estados miembro a asegurar los sistemas de financiamiento que están en línea con los objetivos y esfuerzos globales para asegurar la equitativa atención primaria universal. Suiza hizo notar su compromiso e involucramiento en la protección social de la salud a través de múltiples convenios bilaterales; hizo énfasis además que se puede aprender de la experiencia internacional para mejorar su sistema nacional de salud, un acercamiento que está exactamente en línea con el borrador propuesto por India. La resolución también hace un llamado a los países donantes y a los países receptores a alinear el trabajo y los objetivos por alcanzar con la Declaración de París sobre Ayuda Efectiva y dibuja el tema del financiamiento de los sistemas de salud a través de la lente de los derechos humanos sobre el acceso a la salud. Solicita a la Directora General que, entre otros compromisos, trabaje “estrechamente con otras agencias de las Naciones Unidas, socios internacionales para el desarrollo, fundaciones, academia y organizaciones de la sociedad civil, en empujar los esfuerzos hacia el logro de la cobertura universal... (y) preparar un plan de acción para apoyar los estados miembros de la OMS en la realización de la cobertura universal como fue considerado por el Informe Mundial de la Salud 2010”.

#### PRÓXIMOS PASOS

Estas cinco resoluciones serán discutidas y negociadas en la 64° Asamblea Mundial de la Salud entre el 16 y el 24 de mayo de 2011 y las mismas serán tomadas en cuenta para el ítem 13.4 de la agenda intitolado “Fortalecimiento del sistema de salud”.

#### REFERENCIAS

[1] WHO (2011), Report prepared by the WHO secretariat for the 128th Executive Board meeting in January 2011, ‘[Health Systems Strengthening- Current trends and challenges](#)’ (EB128/37), World Health Organization, Geneva

[2] WHO, 2008, [World Health Report- Primary health care \(now more than ever\)](#); World Health Organization, Geneva.

[3] WHO, 2010, [World Health Report- Health systems financing: the path to universal coverage](#); World Health Organization, Geneva

[4] WHO, 2008, [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Report of the commission on social determinants of health](#); World Health Organization, Geneva

[5] WHO 2010, [Health Systems Strengthening - Improving support to policy dialogue around national health policies, strategies and plans](#); Report by the Secretariat for 128th Executive Board meeting. World Health Organization, Geneva.

[6] WHO, 2011, [Resolution EB128.R12: Strengthening national policy](#)

[dialogue to build more robust health policies, strategies and plans](#). WHO, Geneva.

[7] Japan International Cooperation Agency. 2010. [Boosting Growth: Aiming for Inclusive and Dynamic Development](#). JICA Annual Report 2010.

[8] WHO, 2011, [Resolution EB128.R10: Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems](#). WHO, Geneva.

[9] WHO, 2011, [Resolution EB128.R9: Health workforce strengthening](#). WHO, Geneva

[10] WHO, 2011, [Resolution EB128.R8: Sustainable Health Financing Structures and Universal Coverage](#). WHO, Geneva.

[11] [Health Systems Action Network](#). 2006. Website.

[12] WHO, 2011, [Health systems- building blocs](#). Website.

# 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 is available on the GHD-Net website 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 London School of Hygiene and Tropical Medicine, Global Health Programme of the Graduate Institute and Global Health Europe.



Photo: conflicthealth.com



Photo: <http://globalhealthimmersionprograms.org>



Photo: 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