

HEALTH DIPLOMACY MONITOR

SPECIAL ISSUE: 64th WORLD HEALTH ASSEMBLY

vol 2: issue 3
June 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 este ejemplar...

EDITORIAL - REFORMA DE LA OMS- UN ENORME RETO PARA LOS ESTADOS- MIEMBRO	3
LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD ADOPTA UN MARCO PARA MEJORAR LA PREPARACIÓN EN PANDEMIAS	5
LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DISCUTE REFORMAS DE LA OMS	8
ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: LA DESTRUCCIÓN DE RESERVAS DEL VIRUS DE LA VIRUELA ENCIENDE EL DEBATE	11
PEQUEÑOS PASOS DADOS EN LA REUNIÓN MINISTERIAL DE MOSCÚ Y EN LA AMS SOBRE LA PREPARACIÓN PARA UNA REUNIÓN DE ALTO NIVEL EN RELACIÓN CON LAS ENT	13
COLOCANDO LAS PRIORIDADES AFRICANAS EN UNA ACCIÓN GLOBAL DENTRO DE LAS ENT	16
MANTENIENDO LAS CONDICIONES GLOBALES SOBRE EL VIH/SIDA: LA AMS ESTABLECE SU ESTRATEGIA PARA EL PERÍODO 2011-2015	18
APOYO GENERAL PARA LA REVISIÓN DE LAS RIS. INFORME DEL COMITÉ	21
LOS PAÍSES ACUERDAN EXTENDER EL PERÍODO DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA OMS SOBRE PRODUCTOS MÉDICOS SU B ESTÁNDARES/ESPURIOS/FALSIFICADOS/CONTRABANDEADOS. UN ENFOQUE DE LAS POSICIONES AFRICANAS.	23
ACTUALIZACIÓN EN EL DEBATE SOBRE LA ELECCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE LA OMS	25
RESOLUCIÓN DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS) SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	26

UNA PALABRA DE LA EDITORA

Después de cuatro años de arduas negociaciones, los miembros de la OMS están de acuerdo con el nuevo marco de Preparación para la Pandemia de la Influenza, el cual especifica las reglas en relación con la transferencia de muestras del virus de la influenza y del beneficio asociado con el sistema de compartir información. Al mismo tiempo la OMS está en la reconsideración de su papel dentro de la arquitectura global de la salud, con discusiones adicionales sobre las dificultades económicas, lo cual se considera dentro del contexto del éxito diplomático y de la transformación de la gobernanza que se trató en la 64^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS), realizada del 16 al 25 de mayo en Ginebra.

Varios colaboradores de este Monitor estuvieron en el evento para informar sobre

las discusiones que se dieron en la Asamblea; esta edición especial provee un listado de los principales resultados de esas discusiones. El presente ejemplar inicia con un editorial escrito por Ilona Kickbusch sobre las responsabilidades de los estados- miembro guiando las reformas y los esfuerzos hechos al respecto en la OMS; sin su liderazgo y compromiso, el concepto de estado-miembro como conductor de reformas, quedará como palabras huecas.

Bente Molenaar revisa la etapa final de las negociaciones del marco de Preparación para la Pandemia de la Influenza y los componentes- clave del acuerdo final. El nuevo sistema para compartir muestras e información del virus de la influenza y el mejoramiento del acceso a las vacunas, los diagnósticos y medicamentos ha sido

resaltado por la Directora General de la OMS como una “muy significativa victoria para la salud pública”. Miriam Faid y David Gleicher informaron sobre el debate sostenido durante la AMS, que involucra la reforma de la OMS enfocada en los principales temas de la agenda: la creación de un foro multisectorial de socios, opciones de financiamiento para la organización, el papel de las oficinas nacionales y regionales de la OMS y reformas del manejo o administración para una mejor transparencia y contabilidad. La propuesta de un foro multisectorial de socios fue la más controversial, con varios estados-miembro y ONG's expresando sus preocupaciones que previsiblemente comprometerán la legitimidad de la OMS con el incremento de la influencia de los sectores privados.

Otra negociación controversial fue la que se refirió a la destrucción de las reservas de muestras de virus de la viruela, abordada por los CDC de Atlanta, EUA y por el Centro Estatal para la Investigación sobre Virología y Bacteriología de Rusia. En 1996, la Asamblea acordó la destrucción de estas reservas para 1999, pero autorizaciones temporales para realizar investigaciones han retardado esta disposición desde esa época. Como colaborador de este Monitor, Ranga Machedmedze explica que tanto EUA como Rusia, con el apoyo de 25 países de la OMS, solicitaron la autorización para mantener la reserva con miras a hacer investigación con estas cepas de virus a futuro. Las discusiones concluyeron con la resolución de retrotraer el tema para la AMS del 2014, pero también para reafirmar la decisión de que la reserva será destruida. En septiembre de 2011 la ONU en Nueva York tendrá una reunión de alto nivel sobre las ENT. En este ejemplar sobre la AMS se consignan dos comentarios sobre la preparación de este cónclave, desde Ginebra. Monique Moreau explica que el debate se realizó en un nivel general de especificidad, reflejando el contenido de la Declaración Ministerial que fue adoptada en la Reunión de Estilos de Vida Saludable y ENT en Moscú en el mes de

abril. René Loewenson se enfocó en las perspectivas del África Subsahariana sobre los resultados derivados de esta reunión de la ONU. Los estados – miembro de África han expresado con vigor, que ellos continuarán enfrentando los retos de las enfermedades infecciosas y urgieron sobre el hecho de que el nuevo punto focal de las ENT no debería de dirigir acciones para reducir las inversiones relacionadas con las enfermedades infecciosas. René Lowenson escribió asimismo sobre la adopción de la nueva estrategia de la OMS sobre VIH/SIDA. La preocupación más común se mostró por parte de los países en la AMS sobre cómo puede ser financiada esta estrategia. El tema de los recursos para la implementación se direccionó para otra agenda. La AMS le dio la bienvenida al informe del Comité Independiente de Expertos, el cual fue encargado de examinar qué tan bien han estado funcionando las nuevas RIS, tomando en consideración la pandemia del AH1N1 de 2009. Concluyó que el mundo no está bien preparado para responder a la severa influenza pandémica o a otra emergencia de salud pública global similar; el Comité hizo un buen listado de recomendaciones para mejorar la preparación sobre pandemias. Durante la Asamblea, muchos países expresaron su preocupación sobre la escasez de recursos para la adecuada implementación de estas recomendaciones. Algunos de los temas de la agenda se quedaron en el tintero ya que no se concluyó sobre éstos durante el desarrollo de la Asamblea. Por ejemplo, los participantes en la AMS no estuvieron en capacidad de superar un tema que es “punto muerto”, tratado por uno de sus grupos de trabajo relacionado con la definición de medicamentos falsificados.

Ranga Machedmedze informa que la Asamblea decidió extender el período del grupo de trabajo relacionado con medicamentos de segunda clase/espurios/falsificados/mal etiquetados y solicitó al grupo de trabajo informar sobre sus resultados en la próxima AMS. Las intervenciones de los 47 estados- miembro

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

Miriam Faid
 David Gleicher
 Ilona Kickbusch
 Priyanka Kanth

Rene Loewenson
 Rangarirai Machedmedze
 Monique Moreau
 Bente Molenaar

EDITOR

Chantal Blouin

MANAGING EDITOR

Monique Moreau

EDITORIAL ASSISTANT

Julian Barbieri

TRANSLATION

Federico Paredes

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

ISSN 1923-5631

durante la AMS sobre este asunto, resaltaron los puntos de vista divergentes que deberán ser reconciliados.

Bente Molenaar aporta una actualización sobre las negociaciones en el proceso de selección/elección del puesto de Director General de la OMS, con el punto aún no resuelto de si esta elección debe de considerar la rotación de candidatos por zonas geográficas del mundo. El grupo de trabajo creado para discutir sobre el proceso de selección proveyó un informe de avance a la AMS y aportará sus recomendaciones finales el próximo año.

El último artículo de este Monitor, es de Priyanka Kanth y resaltó las deliberaciones de la AMS sobre la adopción de cinco resoluciones acerca del fortalecimiento del sistema de salud. Como ella lo informa, la resolución sobre el financiamiento y cobertura universal desencadenó algunos debates como el de la delegación de Tailandia que propuso introducir un cambio en el tema de la cobertura universal en la Asamblea General de la ONU, con una perspectiva de asegurar que recibirá una mayor atención política.

- Chantal Blouin

EDITORIAL

REFORMA DE LA OMS- UN ENORME RETO PARA LOS ESTADOS- MIEMBRO

Ilona Kickbusch

En la discusión sostenida sobre los propósitos de reforma presentados por la Directora General de la OMS Dra. Margaret Chan durante la realización de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), mucho del enfoque hecho estuvo en la preocupación de que las reformas fueron “impulsadas por los estados—miembro”. Sugerencias tales como la inclusión de otros actores en el escenario de la salud global a través del “foro multisectorial de socios” tentativamente llamado Foro Mundial de Salud, así como el propósito de contar con un mecanismo para conseguir fondos de entidades privadas, condujo a un número de países a pensar de nuevo en la naturaleza de la organización. Es bueno anotar el aporte que sobre este tema, hizo Brasil: “Estamos convencidos de que las necesidades de la OMS necesitan ser redescubiertas y revalorada su identidad multilateral fundamental”.

Algunos países como Tailandia expresaron este discurso con la opinión de que ellos consideran a la OMS una organización obsoleta, legalista, sobre burocratizada y manipulada por los entes donantes. Aunque no analizaron el origen de este punto, su conclusión es que es necesario iniciar una “verdadera reforma” y crear una “nueva

OMS” que permitiría escuchar otras voces dentro de la organización junto con el modelo de socios multilaterales tales como el Fondo Global para el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM, por su sigla en inglés) o la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI, sigla en inglés) “Necesitamos una organización donde los socios trabajen juntos sobre una base de confianza mutua”.

Así, mientras un grupo de países querían asegurarse que el poder de la toma de decisiones se queda en los países-miembro, otros sintieron la necesidad de abrir las estructuras de gobernanza a los actores no estatales de la OMS, en particular a la sociedad civil, a fin de hacer que la organización alcance su propósito. Todo esto será ahora debatido, con base en documentos preparados para el efecto, no sólo dentro de las agencias de la OMS sino que a través de muchos otros actores que tienen “arte y parte” en la salud global. Esto genera un movimiento que estimula a sus miembros a proponer elementos constructivos como por ejemplo el mencionado Foro Mundial de Salud y a mostrar de qué forma la inclusión podría trabajar y sobre cuáles principios requiere ser construida. Ya con cierta antelación, un grupo de entidades de la sociedad civil se reunió en Nueva Delhi para discutir sus posiciones. Esto se ha resumido en la Declaración de Delhi, que hace un llamado a la OMS a “aprovechar este proceso de reforma para repensar y revalorarse como el actor líder dentro de un contexto amplio de gobernanza de la salud” (1).

La Declaración de Delhi hace una crítica fundamental sobre el hecho de que toda buena gobernanza global empieza en casa, en los niveles nacionales y de que en el “mordisco” final son los gobiernos los que requieren mostrar su disposición de “atacar los bajonazos de las estructuras asociados con la actual gobernanza global de la salud—su fragmentación, su liderazgo global inadecuado, las debilidades de sus cuerpos de acción, el inadecuado financiamiento en salud, la erosión del apropiamiento de los países pobres sobre su salud y su agenda de desarrollo, etc. —y superar la contabilidad pobre del cada vez mayor número de agencias e iniciativas que lo que realmente han hecho es liderar transacciones demasiado costosas e innecesarias, han desperdiciado recursos y han drenado la capacidad de absorción” (1).

Mientras que estos temas de transparencia, inclusión y contabilidad eran agitados continuamente en el debate de la AMS, las palabras “coherencia” y “responsabilidad” de los estados- miembro no se escuchaban con la misma frecuencia. Este es el tema que debe ser enfrentado en el debate sobre la reforma de la OMS: hasta qué punto el éxito de esta posible reforma depende no sólo de la Directora General y del secretariado de la OMS, pero primero y más

importante: sobre los estados- miembro en sí y ¿cómo actúan en los cuerpos de gobernanza y le dan forma a las múltiples relaciones relacionadas con la organización? Muy pocos países tienen estructuras a nivel nacional que aseguren la coherencia en su acercamiento a la OMS. Por ejemplo mientras que el Ministro de Salud puede votar sobre ciertas prioridades para la organización y tiene la responsabilidad sobre las contribuciones evaluadas a la organización, el representante de la agencia de desarrollo del mismo país podría generosamente darle significativos fondos a la organización destinados a un proyecto que es prioritario para esta agencia, pero no para la OMS. La OMS no cuenta aún con un mecanismo para detener los procesos contraproducentes que se manejan “por debajo” y que incluyen la competencia entre el mismo personal y programas para la búsqueda de fondos. Está claro que tanto la OMS como los países deben actuar diferente con urgencia.

Las decisiones están tomadas a nivel de país para proveer fondos significativos a nuevas organizaciones como la GFATM o para las nuevas iniciativas globales en salud porque esto es atractivo para el jefe de estado, pero el impacto sistémico de tales decisiones y su impacto en el papel de la OMS no serán discutidos entre colegas de los Ministerios de Salud. Realmente muy pocos países tienen estrategias explícitas dentro del gobierno para el tema de la salud global en general (juntando por ejemplo a los Ministerios de Salud, de Relaciones Exteriores o Asuntos Externos y de Desarrollo o de Cooperación Económica); pocos países tienen estrategias de la OMS ligadas a su membresía dentro del Consejo Directivo en particular, algunos tienen reuniones informales e irregulares. Muy pocos tienen mecanismos donde pueden consultar con otros actores globales de la salud en su país o sostienen consultas cibernéticas sobre asuntos- clave antes de asistir a la AMS; muy pocos incluyen otros actores dentro de sus delegaciones, pero si las reformas van a ser impulsadas por los estados- miembro, los países tienen que estar bien preparados en sus propios contextos nacionales a fin de cargar con el peso de esto y ser sostenibles en el nivel global.

El debate en la AMS y las discusiones resultantes en el Comité Ejecutivo también han resaltado la necesidad de reconsiderar las estructuras y cuerpos de gobernanza de la OMS, así como el papel de los estados miembros, en el tanto ellos están involucrados en estos cuerpos de gobernanza. Este trabajo es muy importante y debe realizarse de una forma hiper dinámica, considerando que ha sido suficiente en el pasado. Muchos de estos asuntos son altamente complejos y tienen impactos más allá del sector salud y la preparación y conducción requieren de un

alto conocimiento, compromiso y tiempo. Aquellos estados- miembro que han dirigido análisis profundos sobre el presupuesto de la OMS pueden atestiguar esta afirmación. Los estados miembro necesitarán considerar esto en la medida en que ellos ofertan su participación en los cuerpos de gobierno lo cual será crítico a la hora de pensar acerca de las formas en que los países con escasos recursos pueden ser apoyados financieramente para involucrarse completamente. Todos los que están involucrados, el personal de la OMS y los representantes de los estados- miembro, deberán tener un mejor entendimiento del contexto y de los procesos de negociación involucrados, no tan solo los aspectos técnicos que están en juego. Las recientes negociaciones en la Preparación de la Influenza Pandémica (PIP): Compartiendo sobre el virus de la influenza y el acceso a vacunas y a otros beneficios, es un excelente ejemplo de interface entre la experticia en salud y las destrezas diplomáticas. Tal como lo afirmó la Dra. Chan en su discurso de cierre de la AMS: la PIP es un verdadero triunfo de la diplomacia en salud.

A fin de progresar, la OMS y los estados- miembro deberán mirar a las estructuras y procesos que han evolucionado en las Naciones Unidas en Nueva York donde las discusiones y las negociaciones se realizan durante todo el año, generalmente por funcionarios designados para estos asuntos. Otros países deberían considerar destacar funcionarios en Ginebra para que manejen los temas de salud, lo cual servirá tanto a los intereses de los países como a los intereses de la comunidad global de salud, incrementando la calidad total y la coherencia de las negociaciones en la OMS y en otras agencias de salud. Una vez que los estados- miembro se hayan organizado mejor con sus responsabilidades y en cuanto ellos se conviertan en garantía para la calidad y la coherencia de la gobernanza, entonces el apropiamiento de los procesos de reforma de la OMS no estará cuestionado. Si la OMS puede ganar este liderazgo, tanto como los estados- miembro, implicará que la reforma de uno no será posible sin la presencia del otro.

REFERENCES

[1] Medicismundi. Delhi Statement. [Time to untie the knots: The WHO reform and the need to democratizing global health](#). 2011, May 2-4.

Ilona Kickbush es la Directora del Programa de Salud Global en el Instituto de Graduados para Estudios Internacionales y Desarrollo, Ginebra, Suiza

LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD ADOPTA UN MARCO PARA MEJORAR LA PREPARACIÓN EN PANDEMIAS



Photo: WHO; P. Viroit

Bente Molenaar

bentemolenaar@yahoo.co.uk

Investigadora asociada, Centro de Política Comercial y Leyes

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

El Sistema de Respuesta y Vigilancia Global de la Influenza de la OMS (GISRS, sigla en inglés) ha sido desarrollado en las pasadas cinco décadas. El sistema abarca unos 100 Centros Nacionales de Influenza en 90 países, centros de colaboración de la OMS y Laboratorios Regulatorios Esenciales y Laboratorios de Referencia H5 de la OMS. Colecta y analiza muestras del virus de la influenza para evaluar de qué forma las cepas del virus están mutando. Esta información guía los esfuerzos preparatorios de la influenza y ayuda en el desarrollo efectivo de vacunas de la influenza. A fines de 2006, Indonesia detuvo el compartir muestras de virus de H5N1 con el GISRS para expresar de esta forma, su oposición al sistema, en el que los países en desarrollo proveen muestras gratis a la OMS, que a su vez son donadas a empresas farmacéuticas para desarrollar y patentar vacunas que los países pobres no pueden comprar.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

A la fecha, el sistema de intercambio de muestras de virus ha fomentado informalmente el compartir los datos, que en buena medida ha facilitado el desarrollo de vacunas para el control de la influenza estacional. Muchos estados-miembro de la OMS vieron la acción de Indonesia como un socavamiento de los esfuerzos de preparación y de la vigilancia de esta pandemia de influenza. Otros optaron por dejar en manos de la OMS y de los países desarrollados la decisión de manejar las inequidades globales en cuanto al acceso a las vacunas y otros beneficios adicionales.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La Resolución OMS 60.28 (2007) le solicita a la Directora General convocar a una reunión intergubernamental (IGM, en inglés) para analizar el desarrollo de un sistema mejorado sobre acceso a las vacunas y al intercambio de muestras del virus. Allá por enero de 2010 la reunión del Comité Ejecutivo de la OMS reconoció que un grupo de trabajo abierto (OEWG, en inglés) fue constituido para resolver algunos asuntos relevantes. El OEWG de los estados-miembro para la Preparación en Influenza Pandémica se reunió en mayo y en diciembre de 2010, así como en abril de 2011.

INTRODUCCIÓN

En el momento en que los delegados a la sesión 64° de la AMS se abocaron a aprobar el Marco de Preparación en Influenza Pandémica (Marco de PIP), se pudo percibir una sensación de alivio en el salón donde estaban congregados. Las negociaciones han continuado por cuatro años y a menudo han sido bien difíciles. El borrador de este Marco y resolución presentado a los delegados de la AMS ha sido discutido y en buena medida aprobado por consenso en la última reunión del OEWG que tuvo lugar en Ginebra del 11 al 16 de abril. Ochenta estados-miembro trabajaron temprano en la mañana del sábado 17 de abril para lograr un acuerdo. De seguido a la reunión, un boletín de prensa de la OMS anunció el acuerdo fundamental. En palabras de la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan: “este ha sido un largo recorrido (...) pero el resultado final es una significativa victoria para la salud pública” (2).

Entre la reunión de abril y la 64° AMS los estados-miembro trabajaron para resolver algunos asuntos muy relevantes. En particular, Australia lideró el trabajo para resolver el tema del lenguaje colocando la relación entre el Protocolo de Nagoya de la Convención de Diversidad Biológica y el Marco de PIP. La solución al final, fue hacer referencia al Protocolo de Nagoya.

LAS NEGOCIACIONES A LA FECHA Y LOS IMPORTANTES COMPONENTES DEL MARCO PIP

Consultas en abril:

En el decurso de la reunión del mes de abril, hubo un amplio acuerdo de que al concluir las negociaciones y con la llegada del Marco PIP para incrementar la predicción y la preparación, se estaba dando un gran paso para adelante. Luego de cuatro años de tensas negociaciones el humor para comprometerse fue el que prevaleció. Los ambiciosos subcoordinadores de mesa, diplomáticos radicados en Ginebra: Embajadores J. Gómez-Camacho de México y B. Angell-Hansen de Noruega mostraron un verdadero liderazgo y dirección que ciertamente ayudó a cerrar las negociaciones. Uno de los retos fundamentales fue establecer un balance entre el plazo y el acceso con equidad a las vacunas, medicamentos y otros beneficios mientras se aseguraron incentivos para la innovación. En el transcurso de las negociaciones, se dio una serie de consultas con los socios donantes, incluyendo a miembros de la sociedad civil y a los grupos industriales. La Federación Internacional de Fabricantes de Fármacos y Asociaciones (IFPMA, sigla en inglés) llamaron estas consultas como “constructivas y productivas”.

El acordado Marco PIP puso de relieve los papeles y

expectativas para muchos de los socios involucrados, incluyendo la industria. La IFPMA indicó en un boletín de prensa de fecha 18 de abril que “las remisiones de IFPMA al OEWG/PIP estuvieron basadas en el reconocimiento de que la industria tuvo responsabilidad de trabajar éstas con la OMS” (3). Las reacciones al Marco PIP por parte de la sociedad civil han sido de un optimismo cauteloso. La Red del Tercer Mundo y la Declaración de Berna, por ejemplo, mostraron que haber llegado a un acuerdo ha sido un enorme logro. Ellos hicieron énfasis, sin embargo, en que este Marco no llegará muy lejos en asegurar niveles razonables de beneficios para los países en desarrollo. (4)

THE NEGOTIATIONS TO DATE, AND IMPORTANT COMPONENTS OF THE FRAMEWORK

Algunos componentes- clave de este Marco:

1. Acuerdos de Transferencia Estándar de Materiales (SMTA, en inglés): la transferencia de muestras de virus y sus beneficios está cubierta por dos acuerdos separados que legalmente unen estos SMTAs. SMTA 1 tiene que ver con los laboratorios de influenza designados o reconocidos por la OMS que trabajan dentro de la Red Global de Vigilancia de la Influenza. De acuerdo con el artículo 6.1 de SMTA 1, “...ninguno, ni el proveedor ni el receptor buscarán obtener algún derecho de propiedad intelectual (IPR) sobre los materiales” Para la SMTA 2, que se refiere a las entidades fuera de la Red Global de Vigilancia de la Influenza, el enfoque está puesto en beneficiar las opciones de compartir. Esto permite la flexibilidad, reconociendo que el enorme grupo de fabricantes de medicamentos permitirá tener una opción mayor de beneficios que si fuera un grupo pequeño. Los países receptores deben estar de acuerdo en la selección de beneficios. Por ejemplo, dentro de las opciones para los productores de vacunas y/o antivirales las opciones incluyen: donación de al menos 10% de la producción de vacunas en tiempo real a la OMS; guardar por lo menos un 10% del tiempo real de producción de vacunas a precios accesibles para la OMS; reservar un monto específico de cursos de tratamiento sobre medicamentos antivirales requeridos de esta pandemia, para la OMS; licencias gratis de fabricación para industriales de los países en desarrollo, o bien, favorecer este tipo de beneficio por parte de la OMS para licencias no exclusivas de IPR.

2. En el Sistema de Compartir Beneficios en la Preparación de la Influenza Pandémica: sección 6 del Marco, se hace un llamado a todas las entidades relevantes, instituciones y organizaciones, para contribuir con el Sistema mencionado. Este sistema buscará proveer vigilancia en la pandemia, asesoría del riesgo y otros beneficios incluyendo los medicamentos antivirales y vacunas. El artículo 6.14.3

sostiene que “la vacuna de la influenza, el diagnóstico y los farmacéuticos que hagan uso del GISRS, harán una alianza de contribución anual, a la OMS con miras a mejorar la preparación de la respuesta ante pandemias globales.” La contribución solidaria será el 50% de los costos operativos de GISRS. En 2010 esto sumó US\$56.5 millones. El acuerdo asimismo se inclina a favorecer la importancia de la construcción de capacidad en la recepción de condados. El artículo 6.1.2 (iv) establece que tal capacidad debería ser construida “en horas extraordinarias para y a través de asistencia técnica y transferencia de tecnología, destrezas y experticia” Los artículos posteriores en esta sección apoyan el establecimiento de reservas de vacunas y antivirales para el uso en la contención de los brotes de influenza con potencial de pandemia. El artículo 6.13 ataca el asunto de la transferencia de tecnología. Críticos de la Red del Tercer Mundo y de la Declaración de Berna hicieron la observación de que no hay requisitos obligatorios y que los estados- miembro solamente fueron estimulados “a usar una vacuna de influenza, a hacer diagnósticos y a los farmacéuticos a realizar esfuerzos específicos para transferir esta tecnología a otros países, particularmente los que están en vías de desarrollo, de la forma más conveniente” (4).

REACCIONES DE LA AMS HACIA EL MARCO PIP

La 64° AMS recibió la solicitud de adoptar el Marco PIP por medio de la resolución- borrador presentada por parte de la OEWG. La OEWG recomendó vigorosamente que la AMS considere los asuntos relevantes acerca del Protocolo de Nagoya, sin reabrir la negociación del Marco (5) En la AMS, el delegado de Australia habló primero, informando que ha sido imposible alcanzar un acuerdo en referencia al Protocolo de Nagoya. Consecuentemente, propusieron eliminar la referencia como una vía de avance. Como los estados- miembro discutieron de manera amplia este asunto, hubo un consensuado acuerdo con este abordaje.

La gran mayoría de intervenciones en la AMS expresaron apoyo al Marco PIP y a la resolución con la enmienda propuesta y re- enfatizaron la importancia sobre un sistema global más equitativo y predecible. Indonesia, hizo ver, posteriormente que este sistema global es más igualitario y más transparente y que el Marco contribuirá a incrementar la preparación referida. El delegado brasileño llamó este acuerdo como “histórico”, e hizo notar que el proceso del PIP podría servir de modelo para futuras negociaciones en la medida que éste involucra la participación de actores no gubernamentales y de la sociedad civil y la misma industria, lo cual no es otra cosa que una muestra de lo democrático del proceso.

Como una adición a esta resolución, Estados Unidos

solicitó la inserción de la referencia del artículo 23 de la Carta Magna de la OMS en el párrafo operacional 1, lo cual fue aceptado. El artículo 23 establece que: “La Asamblea de la Salud tendrá la autoridad de hacer recomendaciones a los miembros respecto a cualquier asunto que competa a la OMS”. El delegado húngaro, hablando por la Unión Europea y el delegado de Canadá argumentaron que este Marco será un instrumento para socializar los materiales de la influenza pandémica. La delegada de Jamaica causó revuelo en el último minuto ya que propuso la inserción de un nuevo párrafo al borrador de resolución; la propuesta de enmienda finalmente fue descartada. Bolivia aportó un texto sobre su posición nacional, en el cual expresaba su preocupación sobre el Acuerdo Estándar de Transferencia de Materiales con entidades fuera del ámbito de la OMS-GISRS. Este país presentó una propuesta al último grupo abierto de trabajo para asegurarse que “los materiales biológicos y partes de éstos que hayan sido compartidas a través del Marco PIP no sean apropiados por entidades fuera del ámbito de la OMS-GISRS por medio del sistema de patentes”. Dentro de un espíritu de colaboración; Bolivia descartó su propuesta, pero continúa con una férrea posición al respecto y mantiene sus reservas (4).

PRÓXIMOS PASOS

El delegado suizo le recordó a la Asamblea que las RIS y su Comité de Revisión sobre el tema de la pandemia de la AH1N1 encontraron que el mundo no está muy bien preparado para futuras pandemias. Urgió a la OMS a introducir cambios paulatinos hacia su implementación, un sentimiento que tuvo eco en delegaciones como la de Zimbabue, que habló por la región africana.

La Directora General, junto con el Grupo Asesor, jugará un relevante papel en la vigilancia del mecanismo del Marco PIP. El grupo asesor, fue establecido en 2007 (Declaración interina de 2007) y está compuesto por un panel de expertos internacionales “para servir únicamente a la organización”. Su papel y obligaciones están definidos en la sección 7 del Marco PIP. La Directora General, con el Grupo Asesor, debe de informar a la AMS bianualmente sobre su implementación.

REFERENCIAS

[1] World Health Organization. [Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits](#). [Home page on internet] Geneva: WHO, 2010, April 15. [Link accessed May 24, 2011]

[2] World Health Organization. [Landmark Agreement improves global preparedness for influenza pandemics](#). News Release WHO/6. 2011, April 17. [Link accessed May 24, 2011]

[3] IFPMA. Press release. [IFPMA Supports Principles of Pandemic Influenza Preparedness Decision](#). 2011, April 18. [Link accessed May 24, 2011]

[4] Third World Network and Berne Declaration. [Press release: Agreement on influenza virus sharing and benefit sharing is a step forward but has some shortcomings](#). 2011, April 19. [Link accessed May 24, 2011]

[5] WHO. [Report by the Open-Ended Working Group of member States on Pandemic Influenza Preparedness: Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits](#). Document A64/8. 2011, May 5. [Link accessed May 24, 2011]

[6] WHO. [Report by the Open-Ended Working Group of Member States on Pandemic Influenza Preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits](#). Document: A64/8 Corr.1. 2011, May 12. [Link accessed May 24, 2011]

LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DISCUTE REFORMAS DE LA OMS



Photo: bdnews24.com

Miriam Faid

miriam.faid@graduateinstitute.ch

Asistente de investigación, Programa de Salud Global, El Instituto Graduado, Ginebra

David Gleicher

davidgleicher@globalhealthurope.org

Oficial de proyecto. Global Health Europe

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La OMS se está embarcando en las reformas financieras, administrativas y gerenciales más extensas en sus 63 años de historia. Las discusiones sobre las reformas se iniciaron en 2010 bajo el título: “Futuro financiamiento para la OMS”, y desde entonces han expandido su radio de cuestionamiento sobre la posición de la OMS dentro de la hoy fragmentada arquitectura de gobernanza de la salud global. Las discusiones sobre la reforma han incluido asimismo deliberaciones sobre la posibilidad de convocar a un gran foro de salud global con socios donantes multilaterales, con el propósito de incrementar el involucramiento de relevantes actores en la salud global. El primer foro de esta naturaleza está planeado para ser realizado en Ginebra en el último trimestre de 2012 con participantes representando a los estados-miembro, la sociedad civil, el sector privado, la academia y otras importantes organizaciones internacionales.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

La agenda sobre la reforma está guiada por la ambición de cambiar la OMS hacia una organización responsable de la salud global, más efectiva, eficiente, sensible, objetiva, transparente y racional financieramente. Hay ciertos tópicos- clave de la OMS que deben de ser necesariamente abordados como prioritarios y son: la OMS como un ente convocador, facilitador para recaudar, analizar, cotejar y disseminar datos de salud en todo el mundo; como una fuente- clave de asesoramiento autorizado en temas de salud por medio de la producción de normas, estándares y directrices y como un relevante socio activo en el fortalecimiento de las instituciones y sistemas de salud en todo el mundo. Actualmente, el financiamiento para la OMS (algo de lo que más resuena) no se piensa ni gestiona para fortalecer las áreas estratégicas de esta organización, lo cual entorpece en buena medida, el deseo de mejorar los grandes deseos de tener una entidad de salud revitalizada y actualizada mundialmente. El incremento flexible de fondos por ellos se mantiene como un componente esencial de la reforma pretendida, para permitirle a la OMS caracterizar y ejecutar sus prioridades.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) discutió sobre su agenda, en el punto 11, sobre el “Futuro del financiamiento de la OMS”, que estuvo basado en tres documentos: (1) Informe de la Directora General sobre “El futuro del financiamiento de la OMS” (A 64/4); (2) un informe sobre “Implicaciones administrativas y financieras para la Secretaría sobre Resoluciones propuestas para su adopción por el Comité Ejecutivo de la Asamblea de la Salud” (A 764/4 Add.1); y (3) un “Plan de Desarrollo” con futuros detalles sobre la reforma. Siguiendo la adopción de documentos por parte de esta 64° AMS, los planes detallados para cada uno de los elementos específicos de la reforma de la OMS, serán presentados más adelante en la sesión 130 del Comité Ejecutivo en enero de 2012, así como en la 65° AMS en mayo de 2012.

LA OMS Y LOS ESTADOS MIEMBROS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue creada para alcanzar altos niveles de salud para toda la gente, pero el mundo en el que actúa la OMS es muy diferente de aquel de hace 63 años. Considerando que este gran objetivo está pendiente, todavía es un derrotero que guía a la OMS en su trabajo cotidiano; las estrategias y el contexto en el que se esfuerza por alcanzarlo ciertamente han cambiado en el sistema de gobernanza global actual, que es bastante complicado, multisectorial, interdisciplinario, multifactorial e interinstitucional. Por lo tanto, reformar la OMS para que ésta logre alcanzar sus grandes objetivos, es esencial a fin de mantener un papel crítico como el líder mundial y autoridad técnica, en temas de salud global. De acuerdo con el informe de la Directora General A 64/4, el marco de la reforma persigue proveer: (1) una mayor coherencia en salud global con la OMS jugando un papel líder en engarzar a los múltiples actores a que desempeñen un activo y efectivo papel en la contribución de la salud para todas las personas; (2) mejorar los productos de la salud, con las expectativas de los miembros de la OMS y de los socios en tramitar las prioridades globales de la salud, enfocándose en las áreas y acciones donde la organización tiene una función especial o ventaja comparativa y financiera, de forma que facilite este enfoque o abordaje; y (3) una organización que persiga la excelencia.

Durante la AMS, las discusiones sobre las reformas de la OMS, resumidas anteriormente, se centraron en cuatro aspectos básicos: a) la creación de un foro multilateral de socios, b) las opciones de financiamiento, c) el papel de las oficinas regionales y nacionales de la OMS y d) las reformas administrativas para una mayor transparencia y contabilidad clara.

CREACIÓN DE UN FORO MULTILATERAL DE SOCIOS PARA UNA SALUD GLOBAL

Mayor controversia durante las sesiones de la AMS surgió sobre las actuales deliberaciones de la OMS para convocar a la primera reunión de lo que sería un foro multilateral de socios para la salud global. Mientras que un buen número de países- miembro le dieron la bienvenida a esta iniciativa,

varios otros criticaron la actual carencia de información sobre su creación, así como la potencial amenaza a un eventual compromiso de los objetivos y naturaleza de la OMS gracias a un incremento de la influencia de actores privados. Esta posición fue particularmente apoyada por las cuatro organizaciones no gubernamentales que intervinieron: Medicus Mundi International, Visión Mundial Internacional, Acción para la Salud de las Iglesias CMC y Corporate Accountability International. Ellas articularon preocupaciones compartidas de forma tal que el Foro Global de la Salud podría institucionalizar el conflicto de intereses como una norma de la OMS. A pesar del llamado para hacer una OMS más inclusiva, Tailandia rechazó de plano la iniciativa conjunta, argumentando que esta situación no representaba un buen punto de arranque para una genuina reforma de la OMS. Todos los países de la Unión Europea, Australia, Canadá, Finlandia (en nombre de los países nórdicos), India, Sri Lanka, Suiza y los EUA solicitaron una aclaración futura sobre los posibles parámetros y forma de financiamiento de la nueva estructura del Foro. Particularmente la OMS tendría que asegurarse de que esta reforma será representativa, legitimada, costo-efectiva y transparente, con unos objetivos claros sobre su función “cara-a-cara” con la OMS.

FINANCIAMIENTO

Considerando que muchos de los donantes tradicionales de la OMS enfrentan sus propios presupuestos a nivel interno, la OMS debe atraer nuevos socios donantes y explorar también innovadoras formas de financiamiento, a fin de extender los recursos financieros vitales. La Directora General, Dra. Margaret Chan, subrayó que todavía le tomará tiempo a las economías en desarrollo hacer contribuciones substanciales a la organización. Particularmente, la OMS buscará incrementar la proporción de un financiamiento flexible, por ejemplo: fondos no designados de previo. De acuerdo con cifras comúnmente mencionadas, el financiamiento de un presupuesto extra representa casi un 80% del total del presupuesto de la OMS y conduce la acción de la OMS hacia políticas de salud que no toman en cuenta la carga de enfermedad de los países. Tailandia llamó a la OMS una organización articuladora de donantes, agregando que las actuales discusiones sobre la reforma no lograrían amarrar una genuina reforma que pudiera convertir a la OMS en una verdadera institución directora de la salud. En el tanto la mayoría de los países hicieron comentarios sobre la necesidad de incrementar la búsqueda flexible de fondos, hubo un desacuerdo en si esta flexibilidad de búsqueda de fondos tan sólo vendría de estados- miembro o de si actores del sector privado podrían ser considerados como fuentes alternativas. El Reino Unido anunció que mantendrá estas contribuciones voluntarias por los próximos dos años, con la opción de revisar el desempeño de la OMS para ese momento y de ajustar su financiamiento de acuerdo con los resultados de conducción

con calidad por parte de la organización. Alemania tomó una distancia considerable en proclamar que la asunción común de que sería necesario un financiamiento más flexible, simplemente estaba equivocada. El financiamiento predestinado solamente tendrá que estar mejor coordinado, considerando la existencia de grupos internos o tendencias que buscan el mismo objetivo de financiamiento y que se pelean entre sí por esto. Brasil citó la visión de la OMS sobre los productos derivados de su plan de trabajo, por medio del cual uno de los productos de la reforma sería “una amplia base de recursos, incluyendo un mecanismo para la consecución de fondos del sector privado”. Brasil enfatizó que no aprobarían esta postura y afirmó: “la OMS no debe de ser conducida o influida por donantes del sector privado”.

EL PAPEL DE LAS OFICINAS NACIONALES Y REGIONALES DE LA OMS

La doctora Chan ha propuesto reformas que alineen el trabajo de la sede central de la OMS en Ginebra con actividades que han sido desarrolladas por sus 6 sedes regionales en el mundo que se desenvuelven como agencias autónomas “hacia una visión más amplia que no es vista de esta manera en ninguna otra entidad de Naciones Unidas, eligiendo sus propios directores, controlando grandes montos de los fondos de la OMS y desarrollando sus propias políticas”.

Mientras que los estados- miembro acordaron asegurar la coherencia a través de los diferentes niveles de gobernanza de la OMS, Francia subrayó que el principio de subsidiaridad sería absolutamente indispensable para lograr esta coherencia, con una implementación e independencia de acción que sea delegada al nivel más bajo de forma que las propiedades o responsabilidades sean apropiadamente llenadas. Sudáfrica hizo hincapié en que “la OMS necesita empoderarse globalmente y aplicarse a fondo localmente” y que este abordaje debería ser considerado por la OMS cuando esté redefiniendo sus arreglos estructurales. Tanto Suiza como China urgieron a los estados- miembro a hacer aportes complementarios en este sentido y a ser más coherentes en el nivel nacional también. Las discusiones sobre el mejoramiento de la gobernanza de la OMS condujeron además a considerar el futuro papel de esta organización en sus oficinas regionales. Actualmente, el papel de la OMS en el nivel nacional “se ha incrementado para ayudar a sus estados- miembro a coordinar a otros socios, articular y desarrollar las prioridades y estrategias nacionales de salud, así como a manejar o administrar un amplio rango de emergencias y desastres.” En principio los estados- miembro aprobaron fortalecer el papel de las oficinas nacionales, sin embargo, Bangladesh dijo que las situaciones específicas dentro de los países necesitarían ser consideradas a fin de contabilizar las desproporciones nacionales en el factor carga- enfermedad. Los actores

aplicarse a fondo localmente” y que este abordaje debería ser considerado por la OMS cuando esté redefiniendo sus arreglos estructurales. Tanto Suiza como China urgieron a los estados- miembro a hacer aportes complementarios en este sentido y a ser más coherentes en el nivel nacional también. Las discusiones sobre el mejoramiento de la gobernanza de la OMS condujeron además a considerar el futuro papel de esta organización en sus oficinas regionales. Actualmente, el papel de la OMS en el nivel nacional “se ha incrementado para ayudar a sus estados- miembro a coordinar a otros socios, articular y desarrollar las prioridades y estrategias nacionales de salud, así como a manejar o administrar un amplio rango de emergencias y desastres.” En principio los estados- miembro aprobaron fortalecer el papel de las oficinas nacionales, sin embargo, Bangladesh dijo que las situaciones específicas dentro de los países necesitarían ser consideradas a fin de contabilizar las desproporciones nacionales en el factor carga- enfermedad. Los actores locales y regionales deberían ser considerados a través de un acercamiento basado en las necesidades. Irán agregó que los oficiales de cada país, especialmente en países en desarrollo, están mejor posicionados para determinar cuáles necesidades deben cubrirse localmente a fin de realzar la efectividad a nivel local de país.

RESULTADOS MÁS FUERTES BASADOS EN LA PLANIFICACIÓN, LA ADMINISTRACIÓN Y LA CONTABILIDAD

El paquete de reformas de la OMS, como está definido actualmente en el informe DG A 64/4 está revisando la relación entre los instrumentos de planificación de la OMS, notablemente enfocados a la planificación estratégica, el presupuesto y la preparación de informes. “Un objetivo- clave es asegurar que el nuevo presupuesto de programa que comenzará su implementación en 2014, sea desarrollado de esa forma para que pueda actuar de una manera más efectiva para la contabilidad y la transparencia, como el principal instrumento para la movilización de recursos y como la herramienta de programación que es usada actualmente por los administradores”. El presupuesto 2012-2013 es transicional y lo que persigue es activar la OMS para tener programas presupuestarios más realistas, predecibles y sostenibles en el futuro. La importancia de este elemento de reforma fue hacer hincapié en los comentarios hechos por Finlandia (en nombre de los países escandinavos y alineados con los predicados de la Unión Europea), Alemania, Suiza y los Estados Unidos.

Los miembros igualmente comentaron la sugerencia hecha por la Dra. Chan en su Informe DG A 64/4 sobre el uso de la evaluación independiente, donde está establecido que “la evaluación independiente jugará un papel importantísimo en lo que se refiere a darle forma al proceso de reforma y a guiarlo”. Argelia (en nombre de la oficina de la OMS en África: AFRO), junto con Canadá, Australia, Francia, Suiza y los EUA juntos le dieron la bienvenida a la idea de dirigir de manera independiente las evaluaciones. Argelia enfatizó que

este proceso debería ser visto como crítico para los países africanos y para otros menos desarrollados en ruta a poder alcanzar los ODM. Para responder a estos comentarios, la Dra. Chan enfatizó en la necesidad de contar con evaluaciones independientes enfocándose en el trabajo de la OMS en relación con el fortalecimiento de los sistemas de salud.

CONCLUSIONES

En la sesión de clausura sobre el ítem 11 “Futuro financiamiento de la OMS”, la doctora Chan reiteró la amplia disposición de la OMS de continuar con las consultas a los estados- miembro a través de un proceso transparente e inclusivo. Al mismo tiempo, Chan enfatizó que ella necesitaría incluir a otros socios estratégicos en sus deliberaciones también, tales como organizaciones de la sociedad civil, iniciativas globales de salud o del mismo sector privado. “Permítanme enfatizar que la OMS siempre será una organización en la que prevalezca el criterio de los estados- miembro. Por lo tanto siempre, consultaré, consultaré y consultaré para hacer una realidad los resultados transparentes e inclusivos, pero claro, ustedes estados- miembro, tiene que jugar su papel también”, concluyó la Directora General de la OMS. Al aceptar los estados- miembro la resolución WHA64.2 sobre “El futuro del financiamiento de la OMS”, la Dra. Chan específicamente preguntó por: 1) Presentar un documento conceptual detallado para el Foro Mundial de la Salud de 2012, señalando con claridad los objetivos, número de participantes, formato y costos del Comité Ejecutivo en su sesión 130° de enero de 2012, y 2) desarrollar un acercamiento a la evaluación independiente en consulta con los estados- miembro. Una actualización sobre los progresos hechos será presentada ante el Comité Ejecutivo en la sesión 65° de la AMS.

REFERENCIAS

- [1] World Health Organization. [The future of financing for WHO: World Health Organization: reforms for a healthy future. Report by the Director-General Executive Summary.](#) Geneva: WHO, 2011 May 5
- [2] World Health Organization. [The future of financing for WHO: World Health Organization: reforms for a healthy future. Report by the Director-General Reforms for a healthy future: development plan.](#) Geneva: WHO, 2011 May 12
- [3] Butler, D. [Revamp for WHO.](#) Nature. Nature News, 2011 May 24.
- [4] World Health Organization. [The future financing for WHO: World Health Organization: Reforms for a healthy future. Report by the director General Executive Summary.](#) Geneva; WHO, 2011 May 5

ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: LA DESTRUCCIÓN DE RESERVAS DEL VIRUS DE LA VIRUELA ENCIENDE EL DEBATE



Photo: BBC News Health
rmachemedze@seatini.org

Rangarirai Machemedze

Director Adjunto de SEATINI

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La destrucción de cepas del virus de la viruela, el agente que causa la enfermedad homónima, ha sido discutida en la AMS desde 1986, inmediatamente después de la declaración de erradicar la viruela en 1980 (1). Diversos comités establecidos en las AMS han propiciado intensas discusiones de si es procedente o no que las reservas de este virus que oficialmente reposan en los CDC de Atlanta, Georgia-EUA y en el Centro Estatal Ruso de Virología y Biotecnología (VECTOR) deban ser mantenidas para eventuales futuras investigaciones en salud (2). EUA y Rusia aún retienen virus de la viruela (Variola major) una enfermedad fácilmente transmisible. Ahora en la AMS 64°, la OMS y sus estados- miembros se han dividido sobre si es conveniente o no, la destrucción de estas cepas de viruela.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

Aunque la viruela ha sido completamente erradicada, la enfermedad dejó una cicatriz en la conciencia del mundo y han aparecido preocupaciones de que si por casualidad se liberara una de estas cepas, los efectos serían catastróficos. De acuerdo con informes (3), “el último informe de un caso de viruela ocurrió en 1978 en la Universidad de Birmingham en el Reino Unido. Un fotógrafo médico quien trabajó en un laboratorio que había estudiado este virus, contrajo la enfermedad de una grieta de este recinto. Luego de morir, este fotógrafo infectó a su madre”. Se considera que la viruela ha matado a unos 300 millones de personas en el mundo, solamente en el siglo XX. A finales de los años de 1960, esta enfermedad causó la muerte de más de 2 millones de personas cada año. El último brote que ocurrió de manera natural se dio en el Distrito Kurtunwaarey en Somalia en octubre de 1977, justo un año antes de la tragedia en el Reino Unido. La Resolución OMS 60.28 (2007) le solicita a la Directora General convocar a una reunión intergubernamental (IGM, en inglés) para analizar el desarrollo de un sistema mejorado sobre acceso a las vacunas y al intercambio de muestras del virus. Allá por enero de 2010 la reunión del Comité Ejecutivo de la OMS reconoció que un grupo de trabajo abierto (OEWG, en inglés) fue constituido para resolver algunos asuntos relevantes. El OEWG de los estados- miembro para la Preparación en Influenza Pandémica se reunió en mayo y en diciembre de 2010, así como en abril de 2011.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

En 1978, la OMS estableció una comisión global para certificar

que la viruela no se transmitiría más por vías naturales y en la Resolución 33.3 de la AMS de 1980, declaró la total erradicación de esta enfermedad (4). En el año que precedió, en diciembre de 1979, la AMS adoptó las conclusiones de esta comisión global en su Resolución 33.4 que señala: “No más que 4 centros de colaboración de la OMS serán certificados como idóneos para tener, manejar y almacenar virus de la viruela” y además agregó que “otros laboratorios deben destruir cualquier reserva de este virus, o bien, transferirlos adecuadamente a los centros certificados de la OMS”. De acuerdo con la resolución de la AMS 33.4, a finales de los años 70 y comienzos de los 80, muestras del virus en referencia fueron transferidas a sólo dos laboratorios de referencia: el de los CDC en Atlanta y al VECTOR de Rusia. En 1996, durante la AMS 49°, la resolución WHA 49.10 recomendó la total destrucción de las reservas existentes del virus de la viruela el 30 de junio de 1999, después de la decisión hecha por la AMS. Subsecuentemente a esto, en la AMS 52° de 1999 la resolución WHA 52.10 autorizó la retención temporal de las cepas de virus y en la AMS de 2002, la resolución 55.15 autorizó a futuro estas cepas para investigaciones científicas solamente, asegurándose que los productos serían de esta línea, con tiempo limitado y periódicamente revisados y manteniendo el acuerdo de buscar una nueva fecha para su destrucción total.

La erradicación de la viruela fue exitosamente larga debido al papel de ente líder de la salud pública de la OMS, específicamente en cuanto a la vigilancia de los factores de riesgo y por poner de relieve el programa de vacunación que empezó en 1967. El caso del Reino Unido es un buen recordatorio para el mundo de que cualquier descuido deliberado o liberación accidental de los virus que se guardan en laboratorios pueden infectar millones de personas, especialmente considerando que muchos países no tienen vacunas a la mano si esto pasara. Este caso pone de relieve la importancia de que los miembros de la OMS respeten sus resoluciones, construyan confianza y se unan para destruir los remanentes de este mortal virus.

INTRODUCCIÓN

Los Estados Unidos de América, apoyado por la Federación Rusa y otros 25 miembros que incluyen siete países subsaharianos, coauspiciaron la resolución borrador para ser analizada en la 64° AMS sobre el futuro almacenamiento de cepas existentes del virus de la viruela “en las actuales locaciones especificadas en la resolución WHA52.10” (5). De acuerdo con la resolución propuesta, la resolución de retener temporalmente las cepas vivas de este virus fue para permitir el uso de éstas con fines de investigación científica. Esto se hizo eco de resoluciones previas de la AMS que había autorizado la retención del virus “para futuras investigaciones sobre agentes antivirales y para el mejoramiento de vacunas, así como para permitir una alta prioridad a la investigación de la estructura genética y la patogénesis de la viruela en sí” (6).

Una de las delegaciones que apoyó la resolución auspiciada por EUA fue asertiva cuando hizo notar que, en la actualidad la lucha contra el terrorismo es una prioridad y por lo tanto es necesario estar preparados ante la eventualidad de cualquier amenaza potencial de “destrucción masiva como la que representaría la posesión de virus de la viruela” (7). La viruela en sí es una potencial

arma del bioterrorismo y una preocupación real de seguridad para la comunidad internacional. De acuerdo con lo señalado por la Autoridad Nacional de los EUA sobre Bioseguridad, agentes biológicamente selectos, como el virus de la Variola “son organismos vivos que pueden crecer en cantidades enormes a partir de una pequeña muestra, manipulada en sitios que no son laboratorios y diseminados. Estos atributos los hacen aún más observables en inventarios ya que representan un serio reto” (8).

La sesión 60° de la AMS adoptó la resolución WHA60.1 sobre la erradicación de la viruela, que solicitó a la Directora General de la OMS a redoblar esfuerzos sobre una mayor revisión para el 2010 de una investigación relevante, a fin de viabilizar la reunión 64° de la AMS en mayo 2011 y así poder alcanzar un consenso global en el período de destrucción de las reservas existentes del mortal virus.

La revisión fue realizada y los resultados del informe indican que mucha de la investigación al respecto, ha sido completada. Sin embargo, existen diferencias de opinión sobre la necesidad de retener los virus vivos para el propósito de permitir por lo menos dos vacunas, así como el desarrollo de retrovirales. Esto posiblemente influyó en que EUA apoyara la resolución anterior. Una de las observaciones, en las discusiones finales del informe, señaló que “no es posible actualmente predecir cuánto trabajo más sobre el virus de la Variola será requerido. Empero, ciertamente se va a requerir aprobar por lo menos dos drogas para el tratamiento clínico de esta enfermedad de la viruela” (1).

DISAGREEMENTS

La propuesta resolución auspiciada por EUA encontró una vehemente oposición por parte de otros miembros de la OMS, quienes sintieron que la persistente retención de las cepas del virus era una evidente amenaza para la seguridad global de la salud. Zimbabue anotó que tanto los dos repositorios en EUA como en la Federación Rusa existen y mantienen reservas de Variola y que por lo tanto siempre será un peligro potencial global el resurgimiento de esta enfermedad:

We are concerned that despite that there was consensus in the WHA in 1986, 1990, 1994 on the destruction of the remaining stocks, the US and the Russian Federation continue to maintain these. If the two countries continue to maintain virus stocks, against the wish of the majority of member states, then they do not have any moral authority to request others to destroy or transfer stocks to their repositories, stated the Zimbabwean statement.[9]

La anterior fue una aparente referencia a la resolución borrador llamada más tarde a “cada estado- miembro a confirmarle a la Directora General de la OMS, por mayo de 2012, a través de una comunicación oficial de que ellos no poseen virus de la viruela vivos y que si los hubieran tenido, que estas cepas y muestras fueron transferidas a los repositorios oficiales o completamente destruidas de acuerdo con la resolución WHA33.4” Otros delegados, que prefirieron el anonimato, cuestionaron después el motivo real para mantener estas cepas vivas. Argumentaron que lo que EUA estaba proponiendo era como regresar a todos dos décadas atrás, a la Guerra Fría, cuando existía muy poca confianza entre los países, a pesar de que no existía

evidencia documental de otras reservas de virus, aparte de las mencionadas y confirmadas en posesión de EUA y Rusia (10).

Como se ve, la reunión se polarizó, el tema fue referido a un grupo informal para permitirles a los miembros reducir sus diferencias. El grupo informal se reunió en dos sesiones en las que 50 estados-miembros participaron. Las discusiones en este grupo informal se centraron básicamente en tres aspectos. El mayor fue el de acordar si la actual AMS debería de decidir sobre la fecha de destrucción de las reservas del virus de la viruela. Otro aspecto fue la preocupación de que podría existir alguna cepa desconocida y de existencia no autorizada en algunos países. El tercer asunto fue alrededor de las referencias de la seguridad global, que algunos estados-miembro argumentaron que estaba más allá de las fronteras de acción de la OMS y sus mandatos. El llamado para que los estados-miembro confirmaran que ellos no tenían reservas de virus fue también opuesto por otros estados- miembro. Igualmente se opusieron a ligar la fecha de destrucción con asegurar que no existen más cepas de este mortal virus. El grupo informal no alcanzó consenso en estos asuntos y acordó referir esta materia al Comité A para que tomen una decisión al respecto.

En la reunión del Comité A, el último día de la AMS, las posiciones aún estaban polarizadas con algunas delegaciones que apoyaban la idea de que debería estar amarrado con la AMS 67° en el 2014, como fue propuesto por Suiza. Otros miembros pensaron que esperar tres años era inaceptable y propusieron que la reunión 65° de la AMS le diera más tiempo a los estados- miembro para hacer más consultas. La fecha de compromiso, sugerida por Tailandia fue que esto se tratara en la AMS 66°, lo cual polarizó aún más las discusiones. La reunión fue temporalmente suspendida para permitirle a la Directora General consultar con varios miembros sobre un posible compromiso. Luego de varias gestiones diplomáticas entre las delegaciones, la Directora General de la OMS, por medio del Coordinador de la reunión, anunció que los estados-miembro habían acordado un texto de compromiso.

PRÓXIMOS PASOS

El texto tiene tres párrafos que reafirman las decisiones previas de la AMS, sobre los actuales depósitos del virus de la viruela, mantenidos por EUA y la Federación Rusa, de que deben ser destruidos. La decisión asimismo aprobó que este tema sea de discusión en la agenda de la AMS 67° en 2014, por medio del Comité Ejecutivo, seguido de la AMS 66°.

REFERENCIAS

[1] World Health Organization. [Scientific review of variola virus research, 1999-2010](#); 2010.

[2] World Health Organization. [Smallpox eradication: temporary retention of variola virus stocks A53/27](#). Report by the Secretariat; 2000, May 2.

[3] Third World Network. [The genetic engineering of smallpox: WHO's retreat from the eradication of smallpox virus and why it should be stopped](#). The Sunshine Project: 2005.

[4] WHO/HSE/GAR/BDP/2010.3 WHO. [WHA Resolution WHA49.10](#); 1998.

[5] World Health Organization. [Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks A64/A/Conf.Paper No1 Rev.1. Draft resolution](#); 2011.

[6] World Health Organization. [Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks A64/17](#). Report by the Secretariat; 2011.

[7] Author's interviews.

[8] National Science Advisory Board for Biosecurity. [Enhancing Personnel Reliability among Individuals with Access to Select Agents](#). Report of the National Science Advisory Board for Biosecurity (NSABB). 2009 May.

[9] Zimbabwe statement. Global Development. Washington Dc. 2010, November.

[10] Author's interviews.

[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](#)

PEQUEÑOS PASOS DADOS EN LA REUNIÓN MINISTERIAL DE MOSCÚ Y EN LA AMS SOBRE LA PREPARACIÓN PARA UNA REUNIÓN DE ALTO NIVEL EN RELACIÓN CON LAS ENT



Photo: World Lung Foundation

Monique Moreau
Centro para Política Comercial y la Ley

monique_moreau@carleton.ca

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La Asamblea General de la ONU celebrará una reunión de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles (ENT) en Nueva York los días 19 y 20 de septiembre de 2011. Esta será la primera vez que los líderes mundiales convienen en discutir acciones concertadas para enfrentar los retos que representan las ENT y la segunda vez que la Asamblea General de la ONU se enfoca en salud global, luego de haber realizado su Sesión Especial sobre VIH/SIDA en 2001.

Los estados- miembro, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y la comunidad empresarial están ahora ligados en discusiones en sobre cuáles compromisos deben de incluirse en el documento- resultado que será aprobado durante esta reunión Cumbre de Nueva York.

La prevención y el control de las ENT tomaron relevancia en la agenda global de salud, no solamente por el incremento de la pesada carga de enfermedad global asociada a ella, sino que

además por la gran atención dada al impacto económico que representan las ENT. Por ejemplo, en su informe anual sobre los riesgos globales, el Foro Económico Mundial resaltó las enfermedades crónicas como uno de los principales riesgos de la economía globalizada. Los riesgos económicos no son causados únicamente por razones de costos, sino además por las pérdidas de productividad asociadas a la muerte, incapacidad física y ausentismo laboral producido por estas ENT. (1)

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

Las ENT, sobre todo las cardiopatías, el cáncer, las enfermedades crónicas respiratorias y la diabetes son los más grandes asesinos del mundo, causando un estimado de 35 millones de muertes cada año -60% de todas las muertes registradas globalmente- con el 80% en países de ingresos medianos y bajos (1). Estas enfermedades son prevenibles. Más del 80% de las cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, y diabetes tipo 2, y cerca de un tercio de cánceres, podrían ser prevenidos por la eliminación de factores asociados de riesgo, sobre todo el consumo del tabaco, dieta insalubre, inactividad física y un uso dañino de las bebidas alcohólicas.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

En la resolución propuesta por CARICOM y adoptada en septiembre pasado en la Asamblea General de la ONU para convenir la Cumbre, los gobiernos expresaron su convicción de que existe una urgente necesidad de “realizar esfuerzos multilaterales al más alto nivel político para enfrentar el aumento de la prevalencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles globalmente y de aumentar la cooperación para el desarrollo en este tema” (5). El documento- producto que será adoptado por los líderes en esta cumbre de Alto Nivel implica este reto, más allá del tradicional foro de salud, a fin de recibir la más alta atención por parte de los actores políticos.

DECLARACIÓN MINISTERIAL DE MOSCÚ

El 28 y 29 de abril los Ministros de Salud se reunieron en Moscú en la primera Conferencia Global Ministerial sobre Estilos de Vida Saludables y control de enfermedades no transmisibles (ENT). La reunión produjo una declaración que no incluyó objetivos claramente medibles; consultas hechas a estados- miembro y a socios donantes resaltaron el hecho de que este documento-producto a ser adoptado en Nueva York, debería de incluir estos objetivos (6). La Declaración reitera los compromisos y ruta para la acción que no va mucho más allá de lo que podemos constatar en el período 2008- 2013 en el Plan de Acción de una Estrategia Global para la Prevención y Control de las ENT. La reunión ministerial no fue precisamente la ocasión para hacer compromisos financieros para asignar fondos y recursos a la respuesta global para la prevención y tratamiento de las ENT. La declaración prudentemente establece que los estados- miembro están comprometidos a “investigar todos los posibles puntos para identificar y movilizar los necesarios recursos financieros, humanos y técnicos en formas que no socaven o subestimen otros objetivos de salud” (6). En términos de la importancia del involucramiento de los socios donantes, la Declaración es explícita sobre el papel

crucial de la sociedad civil y el sector privado para el éxito de este proceso, pero no indica de qué forma se realizará este involucramiento. La declaración ministerial fue además una excelente oportunidad para los países participantes de compartir sus experiencias en referencia a la prevención y control de las ENT. Algunos participantes subrayaron esto como un componente positivo de la reunión (7).

DISCUSIONES EN LA AMS

Durante la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), los estados- miembro adoptaron la resolución “Preparación para una reunión de alto nivel de la Asamblea General de la ONU sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) a continuación de la Conferencia de Moscú” (9). El resumen breve de la reunión incluye la Declaración Ministerial de Moscú y urge a los estados- miembro a asegurar la atención por parte de los Jefes de Estado y de Gobierno a la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas que será realizada en la ciudad de Nueva York del 19 al 20 de septiembre de 2011. Este elemento es particularmente importante, considerando que, como ha sido mencionado en discusiones informales y en eventos colaterales realizados durante la Asamblea, algunos delegados expresaron su preocupación de que si los mensajes y comunicaciones alrededor del tema de las ENT no eran apropiadamente manejados, sus Jefes de Estado y de Gobierno, a lo mejor no estarían muy convencidos de participar en esta Reunión Cumbre de las Naciones Unidas.

Aunque originalmente se había pensado que se discutirían en sesiones tempranas de la agenda de la AMS, las negociaciones sobre la resolución no se trasladaron para su discusión en ambientes privados o de delegados, las deliberaciones se realizaron en varios días. A pesar de la adopción de esta resolución, algunos delegados y representantes de grupos de la sociedad civil expresaron sus preocupaciones por el escaso compromiso en esta resolución, con la exclusión de la salud mental y de la colocación de los recursos financieros para las ENT.

EXCLUSIÓN DE LA SALUD MENTAL

En las intervenciones introductorias que lideran la adopción de la resolución, muchos países y grupos de la sociedad civil expresaron su preocupación de que la salud mental no estaba integrada dentro de los documentos preparatorios de la reunión de alto nivel de la ONU. Algunos estados- miembro manifestaron su temor de que la resolución de la AMS se separaría o fracasaría al incluir los aspectos relacionados con la salud mental, de las cuatro enfermedades prioritarias que la OMS ha definido como de prestarle inmediata atención. Aunque la Declaración de Moscú –que fue incluida por la resolución de la AMS- incluye la mención de la carga de la enfermedad de la salud mental en la agenda de las ENT, no es ésta una enfermedad separada, sino que simplemente está incluida en esa lista junto con muchas “otras” ENT. (10)

PREOCUPACIONES ACERCA DEL FINANCIAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENT

A pesar de que hubo un sentimiento general de cooperación entre los miembros sobre el tema de prevención y control de ENT, algunos otros, especialmente de las delegaciones africanas, estaban preocupados con la pregunta de cómo financiar los productos de la Resolución y los futuros compromisos hechos para la reunión de alto nivel de la ONU realizada en septiembre. Hubo un sentimiento general de preocupación acerca de que los fondos podrían dividirse para alcanzar dos grandes intereses: los ODM y su enfoque sobre el abordaje de las ENT. Un delegado de Zambia, aunque apoyaba la resolución, manifestó su preocupación sobre hacer cualquier cambio hacia los recursos, que podría dividir o separar los fondos para la malaria y la tuberculosis, enfermedades que aun son problemáticas en su país (11).

De forma similar, el delegado de Togo observó que aunque la resolución no es perfecta, los miembros tienen que “empezar por algún lado” y últimamente se requerirá unos cuantos años para ver si alguna acción sugerida en las resoluciones habrá tenido algún impacto (12). Como fue mencionado por otros de sus colegas, el notó que en la reunión de Brazzaville de los países de la región africana celebrada el 6 de abril de 2011, los delegados fueron firmes en su posición de que cualquier fondo para ENT podrían no venir específicamente para enfermedades transmisibles.

En la mañana cuando fue liberada esta resolución, un delegado compartió que aunque las discusiones fueron intensas, últimamente éstas habían sido decepcionantes, en el tanto la Asamblea no apreció la inmediatez y relevancia del tema de las ENT. Algunos delegados trataron de animar a sus contrapartes de tomar acción inmediata y de no esperar hasta la reunión de alto nivel de la ONU en septiembre. Sin embargo, la mayoría de los miembros no estaba preparada para hacer compromisos en la AMS y esperaron para posteriores discusiones que se realizarán en relación con el documento- producto para septiembre.

PREOCUPACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Cierto número de grupos de la sociedad civil y otros grupos internacionales no gubernamentales están preocupados con la prevención y el control de las ENT. Dieciséis ONG y otros grupos afines intervinieron durante la Asamblea con sus preocupaciones. Un vasto número de organizaciones alrededor del mundo, que están involucradas con ENT y cuatro federaciones internacionales que representaban las cuatro ENT, combinaron esfuerzos para conformar la Alianza de las ENT y fueron representados durante las intervenciones de la Asamblea por la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC). La Alianza de las ENT resume además cientos de organizaciones que conforman el Grupo de Trabajo y Grupos de Interés Común. Esta Alianza ha propuesto treinta y cuatro resultados para la reunión de Alto Nivel de la ONU, haciendo un llamado a los miembros a asumir un liderazgo efectivo en sus propios países, con

compromisos sugeridos que van desde reducir las muertes por ENT en una tasa de 2% anual, acelerando la efectiva implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, así como el desarrollo e implementación de medidas regulatorias para alcanzar sustanciales reducciones en los niveles de grasas saturadas, grasas trans, sal y azúcar refinada en alimentos procesados, entre otras (13).

Las intervenciones de otras organizaciones intergubernamentales y ONG reflejaron algunas de las mismas aprehensiones de los delegados africanos y de otros que tenían preocupaciones sobre la salud mental. Ilker Kayi, quien intervino en nombre del Movimiento de la Salud de la Gente (MSG) y de Medicus Mundi, señaló en su intervención que el acercamiento actual era muy estrecho y que por ende debería de incluir a la salud mental. Indicó además que cualquier producto derivado de la reunión de septiembre debería de incluir medidas preventivas para los factores sociales y ambientales que favorezcan las ENT (14). El MSG también llamó a los Estados Miembros a reconsiderar el proceso de la antigua “víctima culpada”, en referencia al acercamiento que ellos consideran que la OMS está haciendo en vez de los determinantes medulares, es decir, refiriéndose a la Comisión de los Determinantes de la Salud y al Informe de Salud que enlista el mercadeo en la presión, educación, ingreso, género y etnicidad (15). Igualmente, al tiempo que ellos reconocieron la importancia de la prevención en las ENT, urgieron a los estados- miembro a considerar los tratamientos accesibles para estas enfermedades (15).

PRÓXIMOS PASOS A TOMAR ANTES DE LA REUNIÓN DE ALTO NIVEL DE SEPTIEMBRE

El 16 de junio en Nueva York, el Presidente de la Asamblea General de la ONU sostendrá una Audiencia Informal Interactiva sobre ENT con organizaciones no-gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y la academia. Organizaciones e individuos pueden remitir también sus puntos de vista al Presidente, electrónicamente, por ahí del 10 de junio de 2011 (16).

Las discusiones se desarrollarán en las próximas semanas y meses en anticipación de la reunión de Alto Nivel de la ONU. El documento borrador con los productos será redactado en las próximas semanas y una versión borrador- preliminar estará disponible en línea antes de la reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del 19 y 20 de septiembre de 2011.

REFERENCIAS

- [1] World Health Organization. [Global Status Report on noncommunicable diseases](#). Geneva: WHO, 2010.
- [2] World Health Organization. Secretariat. [Resolution-Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy](#). 2008 Apr; A61/8.
- [3] World Health Organization. [Resolution-Prevention and Control of noncommunicable diseases](#). 14 April 2011. A64/21.
- [4] World Health Organization. [Resolution-Marketing of food and non-alcoholic beverages to children](#). 21 May 2010. WHA63.14.

[5] World Health Organization. [Resolution-Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following the Moscow Conference](#). 21 May 2011. A64/61.

[6] [First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control](#). Moscow Declaration. 28-29 April 2011.

[7] Blouin C. [UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases](#). *Health Diplomacy Monitor*. 2011 Apr; 2(2). A webcast of the Ministerial meeting.

[9] World Health Assembly. [Resolution-Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following on the Moscow Conference](#). Draft A64/61. Geneva: WHO; 2011, May 23

[10] Moscow Declaration (see note 7,8).

[13] Delegate from Zambia, interviewed on Saturday May 21, 2011 by the author.

[12] Delegate from Togo, interviewed on Saturday May 21, 2011 by the author.

[13] NCD Alliance. [Proposed Outcome Document for the United Nations High-level Summit on Noncommunicable Diseases](#).

[14] Ilker Kayi. Intervention on Agenda item 13.12 at the WHA64

[15] [People's Health Movement](#). [Items for consideration during the 64th WHA](#).

[16] [The online form for electronic submission](#)

COLOCANDO LAS PRIORIDADES AFRICANAS EN UNA ACCIÓN GLOBAL DENTRO DE LAS ENT



Photo: The Common Wealth Secretariat

Rene Loewenson

Centro de Apoyo al Entrenamiento y la Investigación

admin@tarsc.org

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

Las comunidades y países africanos buscan asegurar que la respuesta global hacia las ENT toma en cuenta los contextos y preocupaciones africanos, incluyendo la doble carga que representan las ENT y las transmisibles; las ENT prioritarias como daños físicos y enfermedades mentales; los retos de los sistemas de salud para enfrentar el cuidado crónico y el impacto de la globalización, el mercado y la urbanización en la intensificación de los riesgos ambientales para las ENT en África.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

Cerca de dos tercios de las 57 millones de muertes globales en el 2008 se debieron a las ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, denominadas “las cuatro globales”, así priorizadas por la OMS (1). Mientras que la prevalencia de las ENT se incrementará globalmente en un 17% en los próximos diez años, en la región africana éstas se proyectan a incrementar cerca del 27% (5). Ya las cargas que éstas representan, son altas, con investigaciones que revelan, por ejemplo, la prevalencia de la hipertensión (HTA) de cerca el 30 al 60% en el oeste y en el sur de África (5). Los países africanos enfrentan este incremento de la carga de las ENT, en el contexto de un todavía alto nivel de ENT. Los estilos de vida que conducen a este incremento de las ENT están influyendo notablemente en los países africanos que están sometidos a la urbanización, la globalización y el comercio dinámico. Estas cargas de enfermedad son mayores para los grupos de ingresos bajos, con lo cual se incrementa la desigualdad y la inequidad en salud. Los países africanos enfrentan además, grandes limitaciones de recursos, capacidad y tecnológicas en el mejoramiento de la detección, prevención y manejo de las ENT.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Luego de la reunión de Brazzaville en 2011, de Ministros Africanos de Salud sobre ENT; la reunión Ministerial de Salud en Moscú y de la resolución de la AMS sobre ENT, las Naciones Unidas y su Reunión de Alto Nivel sobre la prevención y el control de ENT realizada en Nueva York en septiembre de 2011, se constituirán éstas en el mayor y más importante foro mundial para consolidar los compromisos y la acción sobre las ENT. Las preocupaciones africanas en cuanto a las ENT necesitarán ser tratadas en este foro, incluyendo inversiones adicionales de los contribuyentes actuales.

ELEVANDO EL PERFIL DE LAS ENT EN ÁFRICA...

En países africanos, la mortalidad de parte de las ENT se proyecta que sobrepase a las provenientes de aquellas transmisibles, materno-infantiles y de orden nutricional, para convertirse en la mayor causa de muerte para el 2030 y ya está mostrando un proceso lerd para alcanzar los ODM de África (1, 2, 3). En el tanto se acepta la prioridad que la OMS le ha dado a las “Cuatro Globales” mencionadas anteriormente, en su Declaración de Brazzaville (3) y sus contribuciones a las discusiones en la reciente AMS, los países africanos urgieron para una mayor atención a otras ENT que están azotando África, como las hemoglobinopatías (anemia drepanocítica), los desórdenes mentales, la violencia y los daños físicos por accidentes y las enfermedades bucales y oftalmológicas (3, 4). La respuesta global para las ENT es aplicada dentro de contextos específicos de los países. Mientras que 22 países africanos han implementado el proceso de reconocimiento STEPS de la OMS para generar datos sobre la situación de las ENT, también se ha propuesto en la AMS que los países implementen análisis de situación de sus perfiles de salud y riesgo para las ENT y de su capacidad de respuesta.

...SIN PERDER EL ENFOQUE SOBRE (O RECURSOS PARA) LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Los países africanos advirtieron en la AMS que las enfermedades transmisibles se mantienen como el mayor contribuyente de las muertes en África e interactúan con las ENT. Por ejemplo, los pacientes con VIH/SIDA tienen una mayor prevalencia de resistencia a la insulina, diabetes, cáncer y cardiopatías (5). La reunión de los ministros de salud de la Mancomunidad Británica de Naciones propuso inmediatamente antes de la AMS de 2011 que el próximo año la reunión se centre en los ligámenes entre las ENT y las transmisibles. En su Declaración de Brazzaville y en la AMS, los países africanos urgieron repetidamente que el nuevo enfoque sobre ENT no debiera dirigirse a reducir o a afectar el manejo de las enfermedades transmisibles (3). Nigeria propuso en la AMS que el fondo global para las ENT fuera establecido para ayudar en el financiamiento de la respuesta del sector salud a las ENT.

ENCONTRÁNDOSE CON LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO...

En la actualidad, muchos países se atienen al cuidado suministrado en los centros de salud (hospitales, clínicas) para el abordaje de las ENT, con pacientes que posteriormente manifestarán otras complicaciones. Este es un proceso caro, inefectivo, que les niega a los pacientes los beneficios de la intervención temprana (1). La capacidad para la detección temprana y el cuidado crónico en países africanos está subdesarrollada. Los sistemas de atención primaria en salud enfrentan retos en asegurar un suministro constante y seguro de medicamentos, vacunas, diagnósticos y tratamientos accesibles, baratos, apropiados y de buena calidad, apoyados en una producción genérica, uso racional de los fármacos

y las herramientas de diagnóstico, así como de incentivos para la investigación y la innovación (6, 7) En la reunión de Kampala del 2009, la Alianza Internacional de Organizaciones para Pacientes (IAPO, sigla en inglés) también elevó su voz sobre la necesidad de un mayor involucramiento de la gente con las ENT en darle forma a las prácticas de servicio y a una acción mejorada entre los profesionales de la salud y los pacientes (8).

...PERO DÁNDOLE PRIORIDAD A LA PREVENCIÓN, AUNQUE CON UN DEBATE SOBRE QUÉ IMPLICA ESTO

Los ministros africanos advirtieron que “para África, los costos de intervención serán más baratos si el enfoque en las estrategias de prevención se centran en que las ENT son como las enfermedades de la infancia que son prevenibles mediante “vacunas e inmunización” (4). De hecho, ahora se dispone de vacunas para la hepatitis B, la mayor causante del cáncer de hígado y para el virus del papiloma humano (VPH), la principal causa de cáncer cervical. Aparecen nuevas oportunidades que se van incrementando como las tecnologías de la prevención y los países africanos necesitarán superar las mismas limitaciones de costos, tecnologías y patentes para acceder a estas vacunas, como lo están enfrentando con el tema de las vacunas para las enfermedades transmisibles.

Conferencista tras conferencista, cada uno apoyó la acción para las ENT en la AMS se enfocaran en la necesidad de “cambios en los estilos de vida”. El título de la Primera Reunión Global Ministerial en Moscú en abril de 2011, “Estilos de Vida Saludables y las Enfermedades No Transmisibles” perfiló los temas de estilos de vida saludables (9). Ciertamente, los estilos sedentarios de vida, dieta no saludable, consumo inadecuado de alcohol, tabaquismo y otros estilos de vida asociados con el incremento de las ENT en África, son un producto o la resultante de profundos determinantes sociales y así fue referido por algunos países y grupos de la sociedad civil en la AMS (Ecuador, la Unión Europea, Canadá, la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR), Movimiento de la Salud de los Pueblos (PHM, en inglés), Medicus Mundi y la Asociación Médica Mundial) Todos ellos clamaron por medidas multisectoriales, multinivel para actuar en los profundos determinantes sociales que contribuyen a incrementar la carga de enfermedad de las ENT (10). En África, estas no resaltadas causas están siendo aceleradas por rápidos cambios sociales y económicos, incluyendo un comercio y un mercado agresivo de productos no saludables, una rápida urbanización desordenada, sistemas de transporte no saludables, trabajos inseguros y otras razones similares (2). En 2011 en la Declaración de Brazzaville, los países africanos hicieron ver que mientras “la globalización, la urbanización y el comercio” son importantes para el desarrollo humano, son también los mayores promotores de los problemas sociales y de salud y que han ampliado las inequidades de salud (3). Las iniciativas verticales dentro del sector salud son insuficientes para enfrentar estos asuntos y es requerida una “acción total del Gobierno”, como la que

es manifestada en el tema del transporte y la urbanización, o de industria y comercio (10). Existen muchas intervenciones amplias sobre población, particularmente en los países de altos ingresos, como la prohibición de fumar en lugares públicos; restricción de la venta al detalle de bebidas alcohólicas; reducción del contenido de sal en los alimentos; reemplazo de las grasas TRANS en alimentos con grasas poli – insaturadas y el uso de los impuestos a los alimentos, los subsidios y los controles de mercadeo para promover dietas saludables (2) Muchos países africanos, sin embargo, han tenido dificultad en mantenerse al ritmo de los cambios económicos a través de estas políticas de promoción de la salud, de las leyes y de los servicios persistentes. Ellos quizá han sido renuentes a implementar estas políticas si ven que impiden el crecimiento económico. Sin la protección de las políticas de salud pública, no obstante, estos en posiciones económicas y sociales más vulnerables están más expuestos a enfermar su población, a gastar más en el tratamiento de afecciones catastróficas e inclusive a morir pronto, como resultado de las ENT (2). Con la existencia de altos niveles de pobreza, el apoyo global para la acción en los “crecientes determinantes”, cobra una relevancia especial para África.

DIPLOMACIA GLOBAL EN LAS ENT: PRÓXIMOS PASOS

Dentro de África, la Declaración de Brazzaville sobre ENT (3) se agrega a otras Declaraciones africanas, como la de Libreville sobre Salud y Medio Ambiente en África (2008) y construye alianzas para la acción como ha sido el caso del Consorcio Africano para el Control del Tabaco (5). El esfuerzo ahora es consolidar todas estas plataformas. La reunión de Alto Nivel de la ONU sobre ENT en Nueva York, para el mes de septiembre de 2011 con la participación de jefes de estado y de organizaciones de la salud global, será por cierto, una oportunidad enorme en este sentido.

El éxito de la reunión de la ONU en septiembre, descansará sobre una base amplia de “amarrar” un acuerdo global y recursos para los contextos locales, como los mencionados para África. En la AMS, los países de África han señalado su deseo de ver más acción en ciertos determinantes como el del uso del tabaco, el alcohol, la dieta, la actividad física, pero también inversiones adicionales a las contribuciones actuales a los sistemas de salud para poder manejar de mejor forma la atención primaria en enfermedades crónicas. La sociedad civil, por medio de los ministerios de salud igualmente desea ver cambios en las compañías y su desenvolvimiento que generan riesgos para las ENT. Los países africanos revisarán lo que se ha hecho y con qué impacto en la reunión del Comité Regional de Ministros de Salud en el 2014 (3). Mientras tanto, estos países han hecho una convocatoria a la ONU para incluir la prevención y el manejo de las ENT en todos los objetivos futuros sobre desarrollo y a establecer un monitoreo constante sobre el cumplimiento de los compromisos hechos en la reunión de Alto Nivel de la ONU. La Alianza de las ENT hizo un llamado a la Comisión de Alto Nivel sobre Contabilidad para la Acción en las ENT para asegurar este monitoreo (7). Representantes de las

de Alto Nivel sobre Contabilidad para la Acción en las ENT para asegurar este monitoreo (7). Representantes de las organizaciones de pacientes en la AMS dejaron claro que desean ver una mayor inclusión de los pacientes en todos los procesos de todos los niveles: “Para nosotros, luchar por nuestras vidas contra el cáncer, la diabetes, cardiopatías o enfermedades pulmonares... sin incluir a los pacientes en la movilización, es un gran error”

REFERENCIAS

[1] African Field Epidemiology Network (AFENET). Non-Communicable Diseases (NCDs) in Africa: A call to action. Delegates statement from the meeting “Building capacity for NCD Epidemiology and Surveillance in Africa” .Kampala, Uganda; 2010, May 17-19.

[2] World Health Organization. [Global status report on noncommunicable diseases 2010](#). Geneva: WHO; 2010.

[3] World Health Organization–AFRO. The Brazzaville Declaration on Noncommunicable Diseases Prevention and Control in the WHO African Region. Brazzaville, Congo; 2011, April 4-6.

[4] African Health Ministers. Response to the address of the Director General of the World Health Organization at the 64th Session of the World Health Assembly – Chairman of the African Group, Minister of Health of the Federal Republic of Nigeria, Professor C.O. Onyebuchi Chukwu; 2011.

[5] Amuyunzu-Nyamongo M. Need for a multi-factorial, multi-sectorial and multi-disciplinary approach to NCD prevention and control in Africa. *Global Health Promotion*. 2011; 1757-9759; Supp(2): 31–32.

[6] Knowledge Ecology International (KEI), Médecins Sans Frontières (MSF), Oxfam, Third World Network (TWN), Universities Allied for Essential Medicines (UAEM), and Young Professionals Chronic Disease Network (YP-CDN). [Recommendations to Member States to control non-communicable diseases \(NCDs\) in low- and middle-income countries](#); 2011.

[7] NCD Alliance. [Proposed Outcomes Document for the United Nations High-Level Summit](#); 2011.

[8] International Alliance of Patients’ Organizations (IAPO). [Working Together to Strengthen Healthcare Systems in Africa](#). Kampala, Uganda; 2008, November.

[9] World Health Organization. [Sixty-Fourth World Health Assembly A64/21 Provisional agenda item 13.12](#). Geneva: WHO; 2011, April 14

[10] World Health Organization. [Prevention and control of noncommunicable diseases: WHO’s role in the preparation, implementation and follow-up to the high-level meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases \(September 2011\)](#). Geneva: WHO; 2011, April 14

[11] Moscow Declaration. [First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control](#). Moscow; 2011, 28–29 April.

MANTENIENDO LAS CONDICIONES GLOBALES SOBRE EL VIH/SIDA: LA AMS ESTABLECE SU ESTRATEGIA PARA EL PERÍODO 2011-2015



Photo: Shout-Africa.com

Rene Loewenson

admin@tarsc.org

Centro de Apoyo para la Investigación y el Entrenamiento

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

En mayo de 2011 la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó un estrategia sectorial de salud global para el VIH/SIDA 2011-2015. Esta estrategia plantea un liderazgo global y marca la ruta para el papel que debe de jugar la OMS en la gobernanza del SIDA, así como provee 4 direcciones estratégicas para una futura respuesta. La movilización adecuada de recursos será un reto crítico, así como la coordinación de actores globales y países auspiciadores para implementar esta acción.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

Una ampliación de los fondos para combatir el SIDA de US\$15.9 billones para el 2009 permitió apoyar las acciones desde los niveles comunales hasta los niveles globales, con un 19% de bajas en nuevas infecciones de este virus y de mortalidad por el SIDA, y un 35% de ellos en necesidad de recibir terapia retroviral (TAR) (1). Sin embargo, este progreso es “frágil y de distribución desigual” [1 p9] con un incremento del SIDA incidiendo en algunas regiones, con nuevas infecciones alterando el número en cuanto al tratamiento y la mayoría de la gente sin acceso a la TAR, especialmente en grupos vulnerables y en el África Subsahariana donde se da el 68% de las infecciones globales (1). La estrategia global necesitará demostrar su efectividad en consolidar las ganancias obtenidas a la fecha, en el tanto se enfrenta con las continuas falencias en materializar los compromisos globales para muchas comunidades y países.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El SIDA continúa siendo un tema de vital importancia en la agenda global de salud. La adopción de una estrategia global contra el VIH/SIDA 2011-2015 está a tiempo. Del 8 al 10 de junio de 2011, la Asamblea General de la ONU celebrará una reunión de alto nivel sobre el SIDA para revisar los avances y para caracterizar el curso futuro de la respuesta global al SIDA. Se espera que los estados- miembro adopten la nueva Declaración que reafirmará los compromisos actuales y las futuras acciones en este proceso. (3)

DE LA AMS DEL 2010 A LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DEL 2011

En el 2010, la AMS solicitó a la Directora General de la OMS, desarrollar una estrategia para VIH/SIDA en el período 2011 al 2015 alineada con marcos estratégicos más amplios. Durante los meses de junio a septiembre de 2010, se realizaron consultas que involucraron a 110 países, a la

se realizaron consultas que involucraron a 110 países, a la ONU y a otra serie de organismos multilaterales y agencias internacionales, organismos de la sociedad civil, entes no gubernamentales, instituciones científicas y técnicas, redes y al sector privado. La OMS realizó además una consulta por la vía cibernética durante siete semanas de julio a septiembre de 2010 (1). Cuando fue concebida con el Comité Ejecutivo en enero de 2011, los estados- miembro ampliamente estuvieron de acuerdo con esta estrategia, pero hicieron un llamado a ésta para reflejar de una mejor manera los diferentes contextos nacionales; darle mayor enfoque a la prevención y tramitar las preocupaciones sobre cómo enfrentar la escasez de fondos tanto a nivel nacional como internacional (2,3) El estrategia revisada se puso en la mesa de la discusión de la AMS en mayo de 2011 y delineó el apoyo económico de países de todas las regiones, con países en la Asamblea que manifestaron su gran reconocimiento hacia el contexto regional dentro del involucramiento de los sistemas comunales y de la provisión de los servicios en cuanto a la adaptación de los modelos de la entrega del servicio que se adapten a los contextos locales.

LA ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE VIH/SIDA 2011-2015

La estrategia adoptada en la AMS de 2011 es consistente con la estrategia de la agencia de la ONU para el SIDA (UNAIDS) para el mismo período, “Llegando a cero” con compromisos internacionales para alcanzar el acceso universal a la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado del VIH/SIDA y relacionados con los ODM para ser completados en el 2015. Todo esto se resume en una acción coordinada (1 p6) mediante un conjunto de cuatro direcciones para:

1. Optimizar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado del VIH,
2. Elevar los resultados en salud a través de una adecuada respuesta al VIH.
3. Construir sistemas fuertes y sostenibles; y
4. Reducir la vulnerabilidad y eliminar las barreras estructurales para acceder a los servicios

En cada una de estas direcciones existen elementos clave, áreas para acción en cada país y contribuciones de la OMS, así como propuestas para el monitoreo. Las actividades buscan mejorar la eficiencia y la efectividad de las respuestas al VIH, una mejor integración de los programas de VIH dentro de los sistemas comunales y apoyar los planes de salud y en general mejorar el acceso a la salud con equidad y asegurar que el sector salud informe sobre repuestas multisectoriales (1). En el proceso de adopción de la estrategia, los estados- miembro hicieron ver que ellos lo usarán en conformar su estrategia nacional e hicieron un llamado para que informen sobre la implementación en las AMS de 2012, 2014 y 2016.

ELABORANDO UN PERFIL DE PREVENCIÓN, SISTEMAS COMUNITARIOS Y GRUPOS VULNERABLES

La estrategia señala y subraya su gran objetivo que es: “revolucionar la prevención” por medio de las intervenciones combinadas que atacan las manifestaciones conductuales y sociales de la epidemia (1). Muchos países en la AMS de 2011

manifestaron la necesidad de atacar el continuado estigma y discriminación; la estrategia ofrece un foco específico hacia los grupos vulnerables a menudo afectados por este estigma, como trabajadores del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres, gente trans- género, personas que usan drogas, gente desplazada y rural, haciendo un llamado para que se integren en el diseño, implementación y respuesta a las evaluaciones. Las consultas regionales igualmente apuntaron a otros grupos vulnerables, algunos que alcanzan a las personas cruzadoras de frontera y a aspectos multisectoriales, como los grupos migrantes y los que huyen en busca de asilo político (4). La estrategia reconoce que la OMS necesita facilitar la coordinación y coherencia a través de las agencias y sectores para enfrentar los muchos determinantes del VIH que van más allá del sector salud.

La responsabilidad global para el acceso al tratamiento sigue siendo la mayor preocupación. Solamente 6 de cada diez que requiere tratamiento están recibiendo la terapia antirretroviral y Médicos Sin Fronteras (MSF) hizo un llamado para un ambicioso tratamiento que alcance 15 millones para el 2015 y con ello impulsar una “respuesta global creíble” para quebrar de esta forma, el avance de la epidemia (6). En la Asamblea, la OMS inauguró el “Tratamiento 2” como un evento colateral (6). El Dr. Gottfried Hirschall, Director por la OMS para el VIH, comprometió a la OMS y al ONUSIDA para que en esta década de iniciativa se pueda radicalmente simplificar y expandir la calidad del tratamiento a través de la optimización de bajar los costos y hacer accesibles los regímenes. La estrategia apunta a una importante sinergia entre estas opciones técnicas y las implicaciones de los sistemas de salud, con posibilidades de expandir el acceso por medio de una entrega del servicio basada más en los sistemas comunales (7).

RESOLVIENDO EL FALTANTE DE FONDOS

Algunos países en la AMS –Tailandia, Hungría, Japón- manifestaron la necesidad de un efectivo, no tangencial, monitoreo y avance del progreso. Sin embargo, la preocupación más común que manifestaron los países durante la fase de consultas y en la propia AMS fue sobre la implementación y particularmente cómo esta estrategia sería financiada (4,10) La estrategia propone que el financiamiento provenga tanto de fuentes nacionales de cada país, como de entidades externas. El Dr. Frank Chimbwanda, Director de VIH/SIDA del Ministerio de Salud de Malawi, hablando sobre la respuesta de su país, advirtió que los medicamentos representan el rubro de mayor costo y que el 90% de los fármacos para VIH en Malawi es comprado con dinero proveniente de fuentes externas, con lo cual dejó clara la preocupación referente a estos fondos (5). Durante la Conferencia de octubre de 2010, sobre el financiamiento del Fondo Global del SIDA/Tuberculosis/Malaria (GFATM) se definió un horizonte de entre \$13 y \$20 billones y el GFATM solamente recibió promesas para unos \$11.7 billones, lo

cual dejó una estela de pesimismo sobre el ascenso de éste como respuesta (8), y fue etiquetado como una “caída de caridad” por la sociedad civil (3 p4). Los Ministros de Salud de África hicieron un llamado para un continuo apoyo hacia la sostenibilidad global del financiamiento de manera que sea direccionado a través de medidas más predecibles, como el impuesto de transacción financiera, en el tanto que el Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP) advirtió a la Asamblea que el depender solamente en fondos externos podría no solamente convertir estos acercamientos en verticales, sino que también en insostenibles (3). Tanto el MSP, como el representante de la República Democrática del Congo en la AMS hicieron un llamado para prestarle más atención a reducir el costo de la materia base, como elemento de sostenibilidad, particularmente a través de un competitivo y abierto mercado para medicamentos y diagnósticos, usando las flexibilidades disponibles bajo el TRIPs, el sistema de patentes y de los acuerdos voluntarios de licencias entre los poseedores de patentes y los fabricantes de genéricos.

RESPUESTA GLOBAL EN LIDERAZGO MUNDIAL

Países y socios contribuyentes han urgido a la OMS para que afine su liderazgo en el aseguramiento de la coordinación en las respuestas relacionadas con la salud (3, 4,7). La respuesta al VIH/SIDA ha estimulado hacia un cambio al interior de las agencias de la ONU en el involucramiento de las poblaciones afectadas y la sociedad civil y la contabilidad entre los socios donantes. La estrategia compromete a la OMS a mantener este papel de “líder de ruta” (1 p32). Los debates continuaron sobre qué quiere implicar esto, como fue el caso de la naturaleza de la abogacía de la OMS en los foros multilaterales y bilaterales de comercio, donde la propiedad intelectual y el acceso a medicamentos han sido discutidos (3). La organización Consumidor Internacional igualmente manifestó su expectativa en la AMS, sobre la necesidad del papel fuerte de la OMS en el aseguramiento de que los conflictos de interés sean identificados y evitados cuando la industria está implicada, tal como es el asegurar el uso sustitutivo de alimentos en relación con que la prevención del VIH/SIDA no sea usada por la industria de alimentos para bebés como una oportunidad para hacer mercadeo.

Un signo de liderazgo fue determinar cómo se hizo inclusivo el proceso para desarrollar la estrategia, hecho que fue puesto de relieve por los países africanos, por medio de Uganda, en la reunión del Comité Ejecutivo en enero de 2011 (2). El proceso de consulta para la estrategia involucró más de 1500 individuos de diferentes trasfondos y países (4). Siete semanas de consultas por la red de internet en las seis lenguas oficiales de la ONU, se tradujeron en 91 contribuciones de organizaciones, lo cual resaltó la transparencia y lo inclusivo del proceso. Esto atrajo a unas 13 entidades africanas que respondieron, en el tanto que la consulta por Internet todavía favorece la positiva respuesta de donantes de países de altos ingresos económicos (p.ej. 47% de Europa) y de los angloparlantes (88%) (4,9).

PRÓXIMOS PASOS

El análisis de las estrategias de VIH/SIDA de las organizaciones globales-multilaterales sugiere un cambio de la respuesta inicial por la emergencia hacia los acercamientos más sostenibles (8). Esta estrategia para el 2011-2015 refleja en sí este cambio, con un sistema basado en un acercamiento más integrado. Al mismo tiempo, los objetivos a los que se aspira continúan por ser convocados; el Secretario General de la ONU, Ban Ki-Moon hizo un llamado, por ejemplo, sobre los 13 millones de personas en necesidad de un tratamiento de VIH basado en terapias antirretrovirales para 2015 (11). Existe una preocupación de que en la diplomacia global, los términos largos y los sistemas de acercamiento, como los esbozados en la Estrategia, no reducen la demanda para un compromiso político de readecuamiento económico y para el logro de objetivos consensuados (11). Del 8 al 10 de junio de 2011 la reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la ONU sobre SIDA caracterizó el futuro curso de la respuesta global para el SIDA en el sentido de que será el primer foro global después de la AMS que probará este compromiso político.

REFERENCES

- [1] World Health Organization. [Draft WHO HIV Strategy 2011-2015 Sixty Fourth World Health Assembly Agenda item 13.6 A64/15](#). WHO: Geneva, 2011 May
- [2] MacLean T. [Back to the Drawing Board with the Draft WHO HIV/AIDS Strategy 2011-2015](#). Global Health Diplomacy Monitor Volume 2, Issue 1 p10-12 [online].
- [3] Global Health Watch. [Draft Global Health Sector Strategy for HIV 2011-2015](#). Peoples Health Movement. 2011 [cited May 2011]
- [4] World Health Organization. [Report of Country and Regional Consultations to inform development of the Global Health Sector Strategy for HIV, 2011-2015](#). WHO: 2010 August – October
- [5] World Health Organization. HIV AIDS Department. [“WHO HIV strategy: Implementing Treatment 2.0” side event at the Sixty-fourth World Health Assembly](#). WHO: Geneva, 2011, May 19
- [6] Athersuch K. Médecins Sans Frontières. [WHA 64: MSF Intervention on WHO Draft HIV/AIDS Strategy 2011-2015 65th World Health Assembly Agenda item 13.6](#). MSF: 2011, May 20
- [7] World Health Organization. [Report of the Consultation with Development Partners on WHO Global Health Sector Strategy for HIV, 2011-2015](#). The Hague, Netherlands: 2010, October 13-14th
- [8] AIDS Consortium. [How is care and support being addressed in the global AIDS responses?](#). 2011. Mimeo. [Accessed May 2011]
- [9] World Health Organization. [Report of the On-line Consultation to inform development of the Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS, 2011-2015](#). WHO: 2011, July 26 - September 7.
- [10] African Ministers Of Health. [Statement: WHO strategy against HIV/AIDS, 2011-2015](#). Geneva: 2011, May 24-26.
- [11] von Schoen-Angerer, T. [*Statement by Médecins Sans Frontières – EU position on AIDS response for UN summit at odds with support for WHO strategy*Director of Médecins Sans Frontières’ Campaign for Access to Essential Medicines*](#). Medecins Sans Frontieres: 2011, May 23

APOYO GENERAL PARA LA REVISIÓN DE LAS RIS. INFORME DEL COMITÉ



Photo: Forbes.com

Bente Molenaar

Bente.molenaar@yahoo.co.uk

Research Associate, Centre for Trade Policy and Law

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

En enero de 2010, el Comité Ejecutivo de la OMS aceptó la solicitud de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) para formalmente revisar las Regulaciones Internacionales de Salud (RIS) [2005] y específicamente, la propuesta de la Directora General de usar el reciente caso de examen de la pandemia de H1N1, para esta revisión. El mandato del Comité es de considerar tanto el funcionamiento de las RIS más ampliamente así como de considerar la respuesta del Secretariado de la OMS sobre la pandemia del H1N1. El Comité de Revisión ha emitido su informe preliminar, el cual contiene un rango de recomendaciones que identifican cómo satisfacer las necesidades de la AMS a fin de mejorar la respuesta a futuras emergencias públicas de salud. El informe contiene además una revisión de cómo debe la OMS lidiar con la pandemia del H1N1.

Las RIS constituyen un instrumento legal internacional que están basados en acuerdos de los Estados Miembros de la OMS (1). Las RIS revisadas entraron en vigor el 15 de junio de 2007, luego de un extenso proceso de revisión. Los estados- miembro tendrán hasta mediados de junio de 2012 para asegurar que ellos tendrán o mantendrán capacidades medulares para conducir la vigilancia de las enfermedades y de que serán capaces de responder a la Preocupación Internacional de Emergencias en Salud Pública (PIESP).

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

Las RIS existen como un primer instrumento legal para prevenir la dispersión de enfermedades infecciosas y para reducir las afectaciones del tráfico y comercio internacionales. Sin un robusto sistema de vigilancia de las enfermedades, enfermedades nuevas y recurrentes tienen el potencial de dispersarse sin control, causando sufrimiento humano y muerte, así como daño económico. Por ello es crítico que cada estado- miembro implemente de manera completa las RIS revisadas.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Los esfuerzos internacionales serán necesarios para asegurar que los países de bajos y medianos ingresos estén en total acuerdo con estas RIS revisadas. Muchos países de escasos recursos requerirán significativos recursos y apoyo técnico para implementar estas medidas. Los estados- miembro tendrán hasta 2012 para cumplir con los requerimientos que están bajo las RIS.

INTRODUCCIÓN

El Comité de Revisión de las RIS presentó su informe final ante la 64ª AMS. El mandato del Comité de Revisión

fue de doble propósito: evaluar las respuestas de la Secretaría a la pandemia de H1N1 y estimar la forma en que estas RIS han contribuido con esta respuesta. Basado en estas consideraciones, al Comité de Revisión se le pidió que identificara las lecciones aprendidas y a hacer recomendaciones para mejorar la preparación para emergencias de salud pública.

LOS ELEMENTOS CLAVE DEL INFORME DE LAS RIS ELABORADO POR EL COMITÉ

El Dr. Harvey Fineberg, presidente del Comité de Revisión presentó el Informe ante la Asamblea, recordándoles a los miembros, que la evidencia fue tomada a partir de un amplio rango de recursos, incluyendo documentos confidenciales internos de la OMS. Más adelante hizo notar que tomando en consideración la respuesta de la OMS a la pandemia del H1N1 se hace necesario reconocer, dentro de otros factores, la naturaleza impredecible de la influenza y “las limitaciones de los sistemas que fueron designados para responder geográficamente a brotes locales y a una emergencia de corto plazo, en vez de considerar a un evento global, sostenido y de largo plazo”.

El informe presentó tres amplias conclusiones, apoyadas en explicaciones y recomendaciones para cada una de ellas.

Los resúmenes de las conclusiones son los siguientes:

- Las RIS ayudaron a tener un mundo mejor preparado para hacerle frente a las emergencias de salud pública. Las capacidades nacionales y locales medulares que fueron tocadas por las RIS demostraron que no están totalmente capacitadas operacionalmente y están en este momento en vías de su implementación internacionalmente.
- La actuación de la OMS, bastante aceptable en muchas maneras durante la pandemia, confrontó dificultades sistémicas y demostró algunas flaquezas. El Comité no encontró evidencia de indolencia o mala voluntad.
- El mundo no está bien preparado para responder ante una pandemia de influenza, severa o para una amenaza global y sostenida de una emergencia de salud pública similar.

Muchos estados- parte están en la vía de no contar con las capacidades sólidas requeridas para detectar, estimar y reportar las eventuales amenazas, como las que requieren las RIS. El Comité de Revisión hace notar, con cierta preocupación, que de las 194 partes de las RIS, sólo el 66% completó un reciente cuestionario de la OMS sobre su progreso, “y poco menos de un 10% de los países que respondieron indicaron que ellos han establecido completamente las capacidades señaladas y solicitadas por las RIS” (Párrafo 23). Las Recomendaciones para rectificar esto incluyen:

- La OMS podría trabajar con agencias y organizaciones que estuvieran dispuestas a proveer asistencia técnica para ayudar a países interesados tanto en estimar sus necesidades como analizar a profundidad los puntos de inversión económica.
- Mejorar el procedimiento de la OMS, de la Información del Evento en el Sitio. Los países deberían de estar dispuestos a tomarle el pulso a la situación y a informar adecuadamente y en el momento en que ocurre el evento.

La fuente de mucho criticismo tanto durante como después de la pandemia de H1N1 fue relatada en referencia a la habilidad de la OMS para comunicar efectivamente el riesgo. El Comité de Revisión encontró que la escasez de un entendimiento claro y consistente de la severidad de la pandemia, así como la definición de “pandemia” que involucró varias fases, no fue lo fundamentalmente esencial (párrafo 33). La Recomendación 7 y 8 hizo un llamado a la consideración y revisión de la severidad y a la definición de pandemia por fases, mientras que la recomendación 10 hizo el llamado para desarrollar estratégicamente una estrategia de comunicación de amplia base organizacional.

El faltante de fondos para hacerle frente a las emergencias de salud pública es una preocupación frecuentemente puesta de manifiesto, especialmente por los estados- miembros menos desarrollados. En este punto, el Comité de revisión recomendó la creación de un fondo de contingencia de por lo menos unos USD \$100 millones que estarían disponibles por la OMS cuando la necesidad asome. La recomendación es omisa en detalles y algunos países como México y Australia señalaron en sus intervenciones que más adelante habrá necesidad de especificar más.

El informe contiene una riqueza de recomendaciones, tanto para los estados-miembro como para la OMS, las cuales llegan al seno de la OMS cuando ésta está introduciendo reformas sustanciales y está en un proceso de perfilamiento de sus funciones esenciales. El presupuesto ha ido en declive en el último período y algunos 300 funcionarios han sido definidos como redundantes. La implementación de estas recomendaciones requiere de un apoyo político, así como de fondos. El Dr. Fukuda, hablando en nombre del Secretariado de la AMS, acotó como respuesta a las intervenciones hechas que “está claro [...] que existe un fuerte deseo de los estados- miembro de seguir para adelante e implementar las recomendaciones”.

REACCIONES AL INFORME EN LA AMS

Las intervenciones de los estados- miembro de la AMS fueron pródigas en apoyo al informe hecho por el Comité de Revisión y así como de la resolución- borrador: urgiendo a la implementación (Resolución 64.1) El delegado mexicano urgió a todos los estados- miembro a alcanzar los requerimientos medulares de capacidad bajo las RIS, sugiriendo que la fecha límite para la implementación se acorta. Argentina expresó su preocupación de que pocas Partes se han matriculado en la auto-evaluación y a completar el cuestionario. Turquía intervino haciendo ver que todas las naciones deben implementar las RIS a fin de maximizar la seguridad de la salud global.

Países que incluyen a Bahamas, Argelia, Brasil y Tailandia hablaron a favor del establecimiento de un fondo de contingencia que facilitará una rápida respuesta para

futuras emergencias internacionales en salud. Muchos países expresaron su preocupación sobre la escasez de recursos para la implementación aún de las capacidades medulares de los países. Kenia hizo un llamado para aumentar el apoyo financiero, en el tanto que el delegado de la República Democrática del Congo manifestó que existe una necesidad precisa de apoyar a la OMS en el entrenamiento de su personal.

Canadá enfatizó que sobre la implementación de las recomendaciones pondrán más presión sobre la OMS en términos de recursos. El delegado canadiense solicitó que se le aclarara cuáles recomendaciones podrían alcanzarse dentro del presupuesto actual y cuáles requerirían nuevos fondos.

PRÓXIMOS PASOS

Mientras que los estados- miembro abundaron en halagos acerca de los hallazgos hechos por el Comité de Revisión, todavía está por verse si ellos implementarán estas recomendaciones.

La resolución WHA 64.1 hizo un llamado para que la Dirección General presente y actualice a los estados-miembro sobre el progreso hecho en impulsar las recomendaciones de este Comité hechas en el informe 4. La actualización será hecha por medio del Comité Ejecutivo en enero de 2013 y la subsecuente AMS en mayo, que proveerá una panorama más claro sobre hasta dónde estas recomendaciones deben de ser tomadas en serio por los estados- miembro y la OMS.

REFERENCIAS

- [1] World Health Organization. [Homepage on internet](#). [Internet]. 2011
- [2] World Health Organization. IHR Review Committee. [Report of the Third Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations \(2005\) in Relation to Pandemic \(H1N1\) 2009](#). Geneva: WHO; 2010, September 29.
- [3] World Health Organization. IHR review committee. [Report of the of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations \(2005\) and on Pandemic Influenza A \(H1N1\) 2009](#). WHO Document A64/10. Geneva: WHO, 2011, May 5.
- [4] World Health Organization. [Resolution WHA 64.1, Implementation of the International Health Regulations \(2005\), adopted May 20th 2011](#). WHO Documentation. Geneva: 2011, May 16.

LOS PAÍSES ACUERDAN EXTENDER EL PERÍODO DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA OMS SOBRE PRODUCTOS MÉDICOS SUB ESTÁNDARES/ESPURIOS/FALSIFICADOS/CONTRABANDEADOS. UN ENFOQUE DE LAS POSICIONES AFRICANAS.



Photo: European Association of Hospitals

Rangarirai Machedmedze

Director Adjunto, SEATINI

rmachedmedze@seatini.org

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

En la última reunión del Grupo de Trabajo sobre productos médicos sub estándares/espurios/falsificados/contrabandeados a fines de febrero y comienzos de marzo de 2011, los estados-miembro de la OMS han alcanzado un punto muerto en relación con la definición de medicamentos contrabandeados. La reunión podría no haber resuelto las diferencias entre los estados- miembro y concluyó enfocada en discusiones sobre identificación y definición de principios. Debido a los divergentes puntos de vista de los estados- miembro en este asunto, el Grupo de Trabajo le solicitó a la 64° AMS en mayo de 2011, el considerar ampliar el período que se había definido en la AMS 63° (10) “a fin de permitirle al Grupo de Trabajo completar su labor” después de enfrascarse en futuras deliberaciones (1). Aunque los 193 estados- miembro, incluyendo los países africanos, acordaron ampliar el período del Grupo de Trabajo al solo finalizar la AMS, las posiciones aún están polarizadas, especialmente en lo que se refiere a conectar lo de la propiedad intelectual con los aspectos de calidad, seguridad y eficiencia de los medicamentos, así como el papel de la Fuerza de Trabajo Internacional contra Medicamentos Contrabandeados (IMPACT, sigla en inglés).

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

La decisión de la AMS de considerar la solicitud hecha por el Grupo de Trabajo de ampliar el período es un paso positivo para permitirle a los estados-miembro sostener deliberaciones adicionales en este asunto. Los miembros africanos de la OMS están todos de acuerdo con el resto de la membresía en que las drogas falsificadas “azotan, amenazan y ponen en riesgo” la salud pública global y por lo tanto se deben de manejar en una forma comprehensiva e integral para evitar su peligrosidad a los eventuales consumidores. Aunque el número de casos reportados de medicamentos sub estándares/espurios/falsificados/contrabandeados, continúa en alza, la magnitud exacta del problema, es desconocida. La OMS afirma que “muchos estados- miembro están mostrando más interés en cuantificar el problema y están dirigiendo sus análisis de la tendencia en un formato de estudios de mercado” (2). No obstante, está estimado que los medicamentos falsificados, con un mercado global valorado en un rango que va de los 75 billones a los 200 billones de USD por año, matan sorprendentemente 100.000 personas anualmente, sobre todo en países en desarrollo (3). En las intervenciones hechas por los países africanos de la OMS en la AMS, señalaron todos, la necesidad de agilizar el trabajo del Grupo de Trabajo especialmente, mediante el aseguramiento de que la primera reunión se realice a fines de junio de 2011.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La AMS consideró el informe del Grupo de Trabajo, contenido en el documento A64/16 y decidió aceptar los próximos pasos definidos en el Informe de marras. Posteriormente ellos decidieron que el Grupo de Trabajo resumiera su labor “tan pronto como les fuera posible”, inmediatamente después de la 64° AMS y su informe sobre el trabajo hecho, ante la 65°AMS, a través de la sesión 130 del Comité Ejecutivo (4). Este compromiso les daría a los países africanos más tiempo para realizar consultas entre ellos y sumar a otros miembros, con recomendaciones sensatas y operativas, en el espíritu de la protección humana y la seguridad de la salud.

El Embajador Darlington Mwape de Zambia, quien dirigió el Grupo de Trabajo durante su reunión del 28 de febrero al 2 de marzo de 2011, presentó el Informe y comunicó a la Asamblea que el grupo se había enfocado en cuatro aspectos, que fueron:

- a) El papel de la OMS en hacer mediciones para asegurar la disponibilidad de la calidad, seguridad, eficacia y accesibilidad económica de los productos médicos y fármacos.
- b) El papel de la OMS en la prevención y control de los productos médicos de calidad, seguridad y eficacia comprometida, tales como los medicamentos sub estándares/ espurios/ falsificados/ contrabandeados, desde una perspectiva de salud pública, excluyendo las consideraciones sobre comercio y propiedad intelectual.
- c) La relación de la OMS con la Fuerza de Trabajo Internacional contra Medicamentos Contrabandeados (IMPACT, sigla en inglés);
- d) Cualquier tópico o asuntos mencionados en las propuestas contenidas en los documentos A63/A Conf. Paper N°4 Rev. 1, A 63/A/Conf. Paper N°7 comenzando con aquellos temas referidos a los sub párrafos superiores: (a)- (c) (1)

En sus deliberaciones, los estados- miembro no podrían llegar a un acuerdo en alguno de estos asuntos, existiendo aún grandes diferencias y perspectivas. Ellos por lo tanto le solicitaron a la AMS darles más tiempo para reducir sus diferencias y llegar a hacer algunas recomendaciones funcionales.

DISCUSIONES EN LA AMS

La decisión de ampliar el período del grupo de trabajo en el tema de productos médicos sub estándares/ espurios/ falsificados/ contrabandeados se alcanzó sin ninguna controversia. No obstante, las intervenciones de 47 miembros durante la AMS sobre este particular, en el tanto todos ellos apoyaron la necesidad de tener discusiones posteriores, han hecho surgir las divergencias que todavía existen entre los estados- miembro. Casi todos los estados- miembro que intervinieron, hicieron referencia específica a la propiedad intelectual (IP, en inglés) y al papel de IMPACT en asuntos relacionados con la seguridad y la calidad de las drogas. Sobre la IP, los países- miembro menos desarrollados, incluyendo los de África, reiteraron sus posiciones de que deliberar sobre la IP ligándola a temas como calidad y seguridad de los medicamentos, fue algo desafortunado. Kenia expresó la insatisfacción de su delegación con la inclusión de la palabra “contrabandeados”, lo que directamente, dijeron, implica infringir la propiedad intelectual. “Una vez que

comenzamos a introducir aspectos de comercio en nuestras discusiones, podemos perder la objetividad”, afirmaron. Kenia igualmente señaló que el enfoque de IP podría actuar como un distractor de los asuntos esenciales, en el tanto cada medicamento genérico, por ejemplo, podría ser falsificado o contrabandeado. Es imperativo, por lo tanto, enfocarse en asuntos de seguridad y calidad de las drogas a fin de que la OMS y otros estados- miembro alcancen el objetivo último de asegurar medicamentos seguros para todos.

Otros países africanos, por medio de sus declaraciones, leídas por la delegación de Tanzania, hicieron ver que ellos están preparados para contribuir a construir el progreso hecho por el Grupo de Trabajo pero enfatizaron de que en razón de la pobre legislación que tienen, ausencia de autoridades regulatorias y de que los fabricantes ilícitos se han movido extensamente por motivos gananciosos o lucrativos, ellos (los países africanos) estaban en ese umbral de recibir medicinas falsificadas. Las observaciones hechas por el grupo africano –también confirmadas generalmente por muchos observadores- se refieren a que el comercio en el tema de los medicamentos falsificados es más prevalente en países que enfrentan una gran variedad de problemas como:

- Debilidades en el control y seguimiento regulatorio de los medicamentos.
- Escasez y/o suministro errático de medicamentos básicos.
- Mercados y cadenas de distribución no regulados.
- Alto precio de las drogas lícitas, y/o
- Diferencias significativas de precios (6)

PROCESOS MANEJADOS POR LOS ESTADOS- MIEMBRO

Un tema importante que asomó en las discusiones de la AMS fue la necesidad de asegurar que los procesos relacionados con medicamentos de calidad comprometida, como otros prefirieron llamarlas, fue la suposición de que éste debería ser un aspecto manejado por los estados- miembro. En ese sentido, algunas delegaciones estaban preocupadas con el papel de IMPACT, un tema ciertamente controversial que asimismo contribuyó en el texto elaborado por el Grupo de Trabajo.

Por otro lado, otros miembros, particularmente de los países industrializados, estuvieron satisfechos con el trabajo de IMPACT; la mayoría de los países desarrollados expresaron su preocupación sobre las actividades de la Fuerza de Trabajo Internacional y su relación con la OMS. El delegado de un país africano aplaudió el hecho de que “IMPACT se ha trasladado de la sede de la OMS a Italia, lo cual es un paso positivo en el sentido de que no hay más cohabitación”. A pesar de la normal unicidad de los países africanos en estos temas, Nigeria en sus intervenciones contradujo la posición que otros han manifestado sobre IMPACT. En sus intervenciones como delegación, dentro de estas discusiones, este país informó que “apoyaba a IMPACT en la OMS”. Esta manifestación pública, difirió de otras naciones africanas que intervinieron, y luego reforzó el hecho de que las perspectivas y posiciones sobre el particular estaban todavía polarizadas.

EN ESTE EJEMPLAR

A pesar de las fallas del Grupo de Trabajo para llegar a una conclusión sobre medicamentos sub estándares/ espurios/falsificados/contrabandeados, ellos tienen una oportunidad de renegociar y comenzar el trabajo. El delegado de Kenia, apoyado por otras delegaciones, hizo ver que es mejor tener un programa claro de reuniones de este grupo de trabajo en vez de trabajar sobre la base de un trabajo ad- hoc. El hecho de que la decisión hiciera ver la necesidad de empezar el trabajo “tan pronto como sea posible” enfatizó la importancia y la urgencia de abordar esta materia.

REFERENCIAS

- [1] World Health Organization. [Substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products, Report by the Director General A64/16](#). Geneva: WHO; 2011, March 24.
- [2] World Health Organization. [WHO's role in the prevention and control of medical products of compromised quality, safety and efficacy such as substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products A/SSFFC/WG/3 Rev.1](#). Geneva: WHO; 2011, February 17.
- [3] [Fake drugs: poison pills](#). The Economist [Internet]. 2010 Sept 2.
- [4] World Health Organization. [Report of the Working Group of Member States on Substandard/Spurious/Falsely-Labelled/Falsified/Counterfeit Medical Products, A/SSFFC/WG/5](#). Geneva: WHO; 2011, March 11.
- [5] Impact activities: [International collaboration and prevention](#). IMPACT homepage [Internet]
- [6] Machedmedze, R. [Protection of generic drugs remains top priority for African countries](#). Global Health Diplomacy Monitor 2011 2(2) [Internet].

ACTUALIZACIÓN EN EL DEBATE SOBRE LA ELECCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE LA OMS



Photo: WN.com

Bente Molenaar

Bente.molenaar@yahoo.co.uk

Investigadora asociada, Centro de Ley y Política Comercial

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

Con la finalización del actual período de la Directora General de la OMS que será a finales de 2012, el tema de los criterios de selección de la persona que la reemplazará, regresa de nuevo a la agenda. Algunos estados- miembro, primariamente aquellos que no han tenido un Director General electo proveniente de su región, argumentaron a favor de una rotación geográfica mandataria. Otros países expresaron que de tomarse como obligatoria la elección con base en zona geográfica, podría poner en riesgo la escogencia de la mejor persona para este cargo.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

La OMS juega un papel medular en la gobernanza de la salud global y por ello requiere de un fuerte y efectivo liderazgo. En la medida en que la OMS se embarca en el debate sobre el futuro financiamiento y funciones esenciales de la organización, un liderazgo efectivo es quizás más importante ahora que nunca.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La cuestión de la rotación geográfica para el puesto del Director General no es un tema nuevo y ha sido debatido previamente. Los actuales criterios están definidos en la Resolución EB97.R10 (1996)

INTRODUCTION

En la última reunión del Comité Ejecutivo, los estados- miembro estuvieron de acuerdo en que un grupo de trabajo fuera establecido a fin de continuar las negociaciones para alcanzar el acuerdo sobre el proceso y los métodos para la elección del futuro Director General. La Resolución EB 128.R14 señala que:

- Se establecerá un grupo de trabajo orientado al trabajo y con tiempo definido.
- El grupo de trabajo estará abierto a todos los estados- miembro de la OMS.
- El grupo de trabajo examinará los asuntos con miras a resaltar la equidad, la justicia y la equidad entre los estados- miembro de todas las regiones operativas de la OMS.
- El grupo de trabajo proveerá a la 64° AMS un informe interino de avance y uno final a la 130° reunión del Comité Ejecutivo para una recomendación final en la 65° AMS (2012) [1].

La Directora General trasladó el informe interino de avance del grupo de trabajo a la 64° sesión de la AMS.

REACCIONES AL INFORME INTERINO DE AVANCE (2)

El grupo de trabajo se reunió en Ginebra del 27 al 29 de abril. Un total de 98 estados- miembro asistieron a esta sesión en donde un amplio rango de temas fueron cubiertos, relacionados con los aspectos políticos y técnicos que se involucran en la elección del Director General. El asunto de introducir la rotación geográfica obligatoria entre las seis regiones programáticas de la OMS fue una de las más difícil de tratar. La región africana por ejemplo, está a favor del principio obligatorio de la racionalidad, mientras que otros, incluyendo a Canadá, Brasil, EUA y Noruega, no apoyaron esta posición.

En la AMS, Costa de Oro tomó la palabra para hablar en nombre de la región de África. Ellos re- enfatizaron en su posición de que mientras el mérito y la competencia del candidato eran cruciales, era igualmente importante que todas las regiones tuvieran la oportunidad de presentar sus candidatos para este importante puesto. El delegado que habló en nombre de la región africana hizo notar más adelante que, con el tiempo, cuando los estados- miembro empujaran más hacia una reforma, el tema de contar con un proceso justo y geográficamente balanceado, iría tomando más importancia cada vez. El delegado de EUA agradeció a los estados- miembro por el constructivo abordaje hecho por el grupo de trabajo y urgió a ambas posiciones a ser más flexibles y abiertos.

PRÓXIMOS PASOS

El grupo de trabajo se reunirá de nuevo en noviembre de 2011. Entre la conclusión de la MAS y el mes de noviembre, la Directora General apoyará el trabajo proveyendo aclaraciones técnicas y cotejando recomendaciones de los Estados- miembro sobre los sub-párrafos 3(1) y 3(2) de la resolución EB 128.R 14. Existe una pequeña duda de si los estados- miembro tienen demasiado trabajo para hacer antes de que ellos puedan alcanzar un acuerdo sobre este importante asunto.

REFERENCIAS

[1] World Health Organization. [Election of the Director-General of the World Health Organization Resolution EB128.R14](#). WHO: Geneva, 2011, January 24.

[2] World Health Organization. [Interim progress report of the Working Group on the Election of the Director-General of the World Health Organization A64/41](#). WHO: Geneva, 2011, May 12.

RESOLUCIÓN DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS) SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD



Photo: WHO.int

Priyanka Kanth

priyanka.kanth@graduateinstitute.ch

Programa de Salud Global. Instituto de Graduados de Estudios Internacionales y el Desarrollo

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

En la 128ª reunión del Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2011, los estados- miembro pusieron en la mesa de la negociación cinco resoluciones sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud [1]. Las resoluciones cubrieron amplios temas: Fortalecimiento del diálogo de política nacional para construir políticas, planes y estrategias de salud, más robustas [2]; fortalecimiento de las labores de parto y de amamantamiento [3]; fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud [4]; fortalecimiento de las capacidades nacionales de manejo de desastres y emergencias, además de resiliencia de los sistemas de salud [5] y por último, un financiamiento sostenible de las estructuras de salud y de cobertura universal [6]. Las resoluciones priorizaron las necesidades de los diferentes países y los procesos reflejaron un abordaje proactivo y participativo de todos los estados- miembro. Estas resoluciones además reflejaron una amplia tendencia global de cambiar de programas verticales a acercamientos horizontales y sistémicos en alcanzar los temas de salud. Estas resoluciones fueron sometidas a mucho debate, re-escritas, modificadas y finalmente adoptadas en la 64ª AMS en mayo de 2011.

IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

Como fue resaltado en el Informe preparado por la OMS para la reunión 128ª del Comité Ejecutivo “una larga proporción de la población mundial se mantiene privada del acceso a la atención primaria, mientras que 150 millones de personas enfrentan catastróficos gastos y 100 millones están sumidos en la pobreza gracias a enorme desembolsos para cubrir gastos médicos y fármacos” (7). “El fortalecimiento de los sistemas de salud (HSS, en inglés) puede definirse como cualquier arreglo de iniciativas y estrategias que puedan mejorar una o más funciones de los sistemas de salud y que conducen a una mejor salud mediante el mejoramiento del acceso, la cobertura, la calidad y la eficiencia de éstos” (8). Más específicamente, el fortalecimiento de los sistemas de salud incorpora todos los bloques esenciales de construcción que aseguran la provisión de la atención primaria en salud, dentro de lo que se cuenta con un personal calificado en atención de la salud, educación médica de calidad, buena infraestructura, acceso a implementos y sistemas médicos (medicamentos, vacunas y equipo biomédico); componentes de entrega de servicio; financiamiento sostenido para la salud; información de salud y sistemas de monitoreo incluyendo producción, análisis, diseminación de información a tiempo y finalmente y más importante: liderazgo, gobernanza y apropiamiento, relacionados con “marcos estratégicos de políticas(...) combinados con un efectivo monitoreo, construcción de coaliciones, regulación, atención de los sistemas designados y contabilidad” (9).

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El fortalecimiento de los sistemas de salud ha sido un área clave de enfoque para los estados- miembro de la OMS y el trabajo en los años previos se ha concentrado en varios aspectos de esto, como el Informe de Salud Mundial sobre Atención Primaria en Salud en 2008 (10), el Informe Mundial de Salud sobre Financiamiento de los Sistemas de Salud en 2010 (11) y el Informe del Comité sobre Determinantes Sociales en Salud, 20078 (12). El tópico del fortalecimiento de los sistemas de salud estuvo en la agenda de la sesión 128ª del Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2011.

Estas discusiones también se dieron a nivel regional y “los comités regionales de la OMS y sus sesiones en 2010 convocaron a sus países a fortalecer los sistemas de salud sobre la base de los valores de la atención primaria en salud e identificaron la necesidad de enfrentar los determinantes de la salud a través de un enfoque multisectorial, haciendo los servicios más reactivos, direccionando la cobertura universal y el fortalecimiento de los sistemas de salud a los niveles distritales. Las resoluciones además solicitaron a los Directores Regionales trabajar más proactivamente que antes con los estados- miembro en el desarrollo o renovación de políticas, estrategias y planes comprensivos para mejorar los resultados e índices de salud” (13).

INTRODUCCIÓN

En la 64ª AMS en mayo de 2011, los estados- miembro de la OMS adoptaron 5 resoluciones separadas bajo el ítem 13.4 de la agenda sobre Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. El artículo abajo informa sobre las discusiones en la AMS sobre dos de estas resoluciones. El fenómeno de cambio en el foro también fue observado cuando el tópico del financiamiento de los sistemas de salud fue acordado para transferírsele al Secretario General de la ONU Ban Ki Moon para una discusión de fondo posterior en la Asamblea General de la ONU al final de este año.

En sus palabras introductorias, la Dra. Carissa Etienne, jefe del grupo de la OMS que está observando el trabajo en los sistemas de salud, apuntó con énfasis unánime que se ha impulsado la construcción fuerte y robusta de los sistemas de salud como un muy positivo desarrollo. Ella igualmente resaltó la importancia de contar con un “integrado, comprensivo, y en buen funcionamiento sistema de salud” y sobre la necesidad de hacerlo inclusivo a los socios donantes. Más aún, ella hizo un llamado a los donantes para que acuerpen estos esfuerzos, basados en la Declaración de París para una Ayuda Efectiva. Finalmente ella reaseguró a los estados- miembro que, a pesar de la crisis financiera, el secretariado de la OMS está buscando formas de asegurar “el punto de equilibrio para el mantenimiento de los sistemas de salud”

COLOCANDO LA DISCUSIÓN SOBRE “ESTRUCTURAS FINANCIERAS DE SALUD SOSTENIBLES Y DE COBERTURA UNIVERSAL” EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU.

La resolución sobre “Sostenibilidad de las estructuras financieras de salud y cobertura universal” fue primeramente

definida por Alemania, la Unión Europea y Suiza en la 128ª reunión del Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2011. Cuando este ítem fue presentado para su adopción en la AMS, Tailandia preguntó si era posible que este tema fuera considerado igualmente en la Asamblea General de la ONU a fines de este año. Esto elevó una cantidad de objeciones y preocupaciones de otros países, básicamente de EUA, Hungría –en nombre de la Unión Europea- y de Canadá. El delegado de EUA era de la opinión que las materias de salud no deberían ser tratadas en la Asamblea General de la ONU, lo cual provocó el descontento de Tailandia y señaló que se ha tratado un considerable número de temas de salud en la Asamblea de la ONU, como los ODM, resoluciones sobre salud global y política exterior, ENT y VIH/SIDA. Tailandia de la misma forma señaló que el tema del financiamiento de los sistemas de salud es mucho más amplio y más global que otros similares y que han sido tratados por esta Asamblea de la ONU y que son direccionados como retos sistémicos enfrentados por países preocupados por sus poblaciones. La principal preocupación para la Unión Europea fue la factibilidad legal y procedimental de hacer esto una realidad y el costo de las implicaciones que tendrá para la OMS y para sus estados- miembro. Los canadienses resaltaron que la los puntos de la agenda para una Asamblea General de la ONU debería de ser propuesta por los estados- miembro y no por medio de la Directora General de la OMS. Luego de una suspensión de algunos días, la resolución fue adoptada con una pregunta de la Directora General de “transferir al Secretario General de la ONU la importancia de una cobertura universal de la salud para ser discutida en la próxima sesión de la Asamblea General de la ONU” (14).

Tailandia es signataria de la Declaración Ministerial de Oslo sobre salud global y política exterior, un grupo de países que fueron instrumentales en actuar como puente para salvar el bache entre salud global y política exterior y se han desempeñado como punta de lanza para tratar de colocar a la salud global en un punto más visible en la agenda de la Asamblea General de la ONU (15)(16). En este contexto, un cambio de la OMS a la Asamblea General de la ONU podría proveerle un ímpetu político adicional para los países y poder asegurar un adecuado financiamiento para el sector salud y que podría trabajar para incrementar la contabilidad de los países así como el apropiamiento del proceso. La resolución también hace un llamado a la Directora General para que “trabaje de cerca con otras organizaciones de la ONU, socios internacionales para el desarrollo, fundaciones, academia y organizaciones de la sociedad civil, en impulsar y empujar para adelante los esfuerzos en alcanzar la cobertura universal; preparar un plan de acción para que la OMS apoye a los estados- miembro en hacer una realidad esto de la cobertura universal [...]; preparar y estimar el número de personas cubiertas por seguro médico básico que provee acceso al cuidado básico de salud y de servicios afines, que estima ha sido afectado por país y por región; [y] proveer [...] apoyo técnico para fortalecer las capacidades” (14).

FORTALECIENDO LAS CAPACIDADES NACIONALES EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS DE SALUD Y DESASTRES

Los estados- miembro adoptaron una resolución que hace un llamado a los países a fortalecer sus mecanismos de respuesta a todas las emergencias de salud y a implementar los programas de manejo del riesgo y de desastres como “parte de los sistemas de salud nacional y sub-nacionales” (17). Tailandia hizo un comentario sobre la necesidad de “facilitar el acceso por los gobiernos preocupados y otras agencias relacionadas sobre tipos y cantidades de material peligroso almacenado, usado o transportado, a fin de apoyar de manera efectiva las emergencias en salud y el manejo del desastre y el riesgo”. Mientras este párrafo era inicialmente rechazado por países como Hungría –en nombre de la Unión Europea- y los EUA, se temía que éste sugería intervenir las Regulaciones Internacionales en Salud (RIS) y la adición aparece en la resolución final adoptada (17). El ligamen con las RIS se hace en el párrafo 3.2 donde a la Directora General se le solicita “fortalecer la colaboración y asegurar la coherencia y la complementariedad de las acciones con aquellas entidades relevantes, incluyendo las públicas, las privadas, las no gubernamentales y el sector académico, con el fin de apoyar las emergencias de salud y el manejo del riesgo y los desastres en los niveles comunales y nacionales; todo esto incluye la educación en el manejo del riesgo, así como los esfuerzos en camino hechos por los países- miembro para implementar las RIS (2005)” (17).

PRÓXIMOS PASOS

Aun queda pendiente ver si el financiamiento de los sistemas de salud y la cobertura universal serán adoptados como un punto de agenda para su discusión posterior en la Asamblea General de la ONU más tarde, este año. El secretariado preparará informes y proveerá la evidencia y las opciones políticas requeridas en varias de las resoluciones para una discusión ulterior en la 130ª reunión del Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2012.

REFERENCIAS

- [1] Kanth P. [Health systems strengthening: five resolutions to be considered at the WHA. Health Diplomacy Monitor](#). 2002 2(2).
- [2] World Health Organization. [Strengthening national policy dialogue to build more robust health policies, strategies and plans. Resolution adopted at 128th Executive Board meeting](#). Geneva: WHO; 2011, January 21.
- [3] World Health Organization. [Strengthening nursing and midwifery. Resolution adopted at 128th Executive Board meeting](#). World Health Organization. Geneva: WHO; 2011, January 21
- [4] World Health Organization. [Health workforce strengthening. Resolution adopted at 128th Executive Board meeting](#). World Health Organization. Geneva: WHO; 2011, January 21
- [5] World Health Organization. [Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems. Resolution adopted at 128th Executive Board meeting](#). World Health Organization. Geneva: WHO; 2011 January 22

[6] World Health Organization. [Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems. Resolution adopted at 128th Executive Board meeting.](#) Geneva: WHO 2011, January 22.

[7] World Health Organization. Report prepared by the WHO Secretariat for the 128th Executive Board meeting in January 2011, [.Health Systems Strengthening-Current trends and challenges. \(EB128/37\).](#)Geneva: WHO; 2011, April 7.

[8] [Health Systems Action Network. 2006.](#)

[9] WHO. [Health systems – Governance](#) [Internet]. 2011.

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

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

[12] World Health Organization. [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. Geneva: WHO; 2008.

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

[14] World Health Organization. [Sustainable health financing structures and universal coverage- Resolution adopted at sixty-fourth WHA.](#) Geneva: WHO; 2011

[14] Ministers of foreign affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand, 2007. [Oslo Ministerial Declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time.](#)The Lancet. 2007 Apr; 369(9570): 1373-1378.

[15] United Nations. [Resolution adopted by the General Assembly, 63/33 Global Health and foreign policy.](#) New York: UN;2009.

[16] WHO. [Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems-Resolution adopted at sixty-fourth WHA.](#) World Health Organization. 2011.

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.

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 Global Health Programme of the Graduate Institute of International and Development Studies.



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