

HEALTH DIPLOMACY MONITOR

vol 1: issue 4
November 2010

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

En esta edición...

EDITORIAL: LA REUNIÓN PLENARIA DE ALTO NIVEL DE ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU: ¿UN PUNTO DECISIVO PARA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)?	2
LOS RESULTADOS DE LA CUMBRE DE LOS ODM	4
INNOVADOR FINANCIAMIENTO PARA EL DESARROLLO DA UN PASO ADELANTE EN LA CUMBRE 2010 DE LA ONU	7
LECCIONES APRENDIDAS DE LA PANDEMIA DE H1N1	10
CONSULTAS SOBRE EL FUTURO FINANCIAMIENTO DE LA OMS	13
REGIÓN EUROPEA DE LA OMS BAJO NUEVA ADMINISTRACIÓN	15
LA 61ª REUNIÓN DE LA OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EL PACÍFICO OESTE (WPRO)	18
¿SALUD EN LA CUMBRE DE SEÚL DEL G20?	22
EL IMPACTO DE LOS ACUERDOS DE LIBRE COMERCIO EN LA SALUD DE LA REGIÓN AFRICANA	24

UNA PALABRA DE LA EDITORA

Esta cuarta edición del Monitor de la Diplomacia en Salud refleja la diversidad de un foro donde las respuestas a los retos de la salud han sido discutidas y negociadas. Le damos seguimiento al tema que tratamos en nuestra última edición sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que fuera publicada a comienzos de septiembre, antes de la Cumbre de los ODM de las Naciones Unidas en Nueva York (Septiembre 20- 22), con un artículo de Adam Karamdt- Scott que revisa los resultados y las reacciones de esta convocatoria. Durante la reunión cumbre, numerosos Jefes de Estado propusieron movilizar recursos para alcanzar los ODM por medio de una transacción de impuestos. Para entender el contexto de esta propuesta, René Loewson preparó una revisión de la más reciente discusión

alrededor de los novedosos mecanismos de financiamiento para el binomio Salud y Desarrollo. Igualmente invitamos a Sigrun Mogedal, ex embajadora del Ministerio Noruego de Asuntos Exteriores para el SIDA y las Iniciativas Globales en Salud de ese país, para que comente los productos derivados de los ODM. Ella argumenta que las Naciones Unidas fueron exitosas en elevar el estatus de la salud de un sector a una área "de resultados interrelacionados en donde todos los ODM deben de contribuir", pero que el reto ahora es tener una agenda global "dirigida a un espectro completo de retos interrelacionados" que tengan impacto en los resultados de la salud, como un campo de intervención. De esta manera, la diplomacia de la salud global va mucho más allá de la arena tradicional de intervenciones

Este ejemplar además ofrece dos artículos acerca de las reuniones regionales de oficinas de la OMS descentralizadas. David Gleicher resume las discusiones que tomaron lugar en Moscú dentro del contexto de la Oficina de la OMS para Europa (EURO) enfocadas en las propuestas realizadas por el nuevo Director Regional, donde Adam Kamradt- Scott revisa las tres nuevas estrategias adoptadas en la reunión de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste (WPRO) que se realizó en Malasia. Bente Molenaar provee una actualización sobre el comité independiente de revisión que está investigando sobre la labor de la OMS durante la pandemia de la H1N1 y más generalmente sobre el funcionamiento de las Regulaciones Internacionales de Salud adoptadas en el 2005. Mark Pearcey informa sobre el reciente diálogo dentro de la OMS acerca del financiamiento de la organización y sobre sus roles y funciones dentro de la arquitectura de la salud global, más generalmente. Él hace la observación de que el 80% de los fondos de la OMS provienen de contribuciones voluntarias de los Estados- Miembro y de actores no estatales un 90% los cuales son donados específicamente para fines previamente definidos. Este escenario de financiamiento ubica las verdaderas situaciones de apuro económico de las actividades que la OMS puede emprender para alcanzar sus numerosos objetivos y responsabilidades. Este ejemplar concluye con dos artículos que no se enfocan en los foros tradicionales de Salud pero que examinan la forma en que las negociaciones en estos escenarios pueden tener un verdadero impacto en la salud global. Rangarirai Machededze resume las preocupaciones recientes in la región Subsahariana a la luz de las negociaciones de los tratados de libre comercio con la Unión Europea (EU) y de qué forma éstos pueden limitar la capacidad del gobierno para mejorar los sistemas de salud y la salud de la población. Finalmente, Jenilee Guebert y Robin Lennox le echan una mirada a la próxima Cumbre del G 20 en Seúl, Corea; la G 20 a diferencia de

la G-8 no se ha enfocado directamente en los temas de salud, pero han tratado los temas relacionados con el envejecimiento de la población, el cambio climático, la seguridad alimentaria y el desarrollo. Estos dos temas últimos se espera que reciban una especial atención de los miembros de este nuevo foro global en los próximos meses.

- Chantal Blouin

EDITORIAL

LA REUNIÓN PLENARIA DE ALTO NIVEL DE ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU: ¿UN PUNTO DECISIVO PARA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)?

Sigrun Mogedal

Se hizo todo lo posible para construir el momento para que los Estados-Miembro de las Naciones Unidas tomaran el acuerdo en hacer una reunión de alto nivel en la Asamblea General de la ONU en la que de manera decisiva revisaran las promesas hechas y lo que falta por alcanzar en los restantes cinco años que faltan para que el plazo termine para alcanzar los ODM.

Las instituciones de la ONU fueron comandadas para producir un documento que reflejara las evidencias y el progreso hecho. Los Estados- Miembro examinaron sus compromisos y logros. Los actores no estatales elevaron su voz y contribuyeron con nuevas ideas. Nuevas iniciativas fueron desarrolladas y viejas ideas fueron retadas en términos de adaptarse a las nuevas realidades. Con el concurso de los Jefes de Estado, la reunión fue una prueba para revisar la preparación de los Estados para asumir responsabilidades compartidas con la idea de alcanzar los ODM. El resultado de un documento de 32 páginas titulado “Manteniendo la promesa” es una compilación de los acuerdos de negociación relacionados

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

David Gleicher Rangarirai Machededze
Jenilee Guebert Sigrun Mogedal
Adam Kamradt-Scott Bente Molenaar
Robin Lennox Mark Pearcey
Rene Loewenson

EDITOR

Chantal Blouin

TRANSLATION
Fedrico Paredes

MANAGING EDITOR

Monique Moreau

EDITORIAL ASSISTANT AND LAYOUT EDITOR

Julian Barbieri

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

ISSN 1923-5631

con el desarrollo social y económico, alcanzado a través de numerosas conferencias internacionales de la ONU, Declaraciones Políticas y reuniones de alto nivel bajo el auspicio del Consejo Económico y Social (ECOSOC) por más de 30 años.

Leído de esta forma, en vez de brindar un mensaje convincente acerca de un punto de decisión para el futuro, el documento resalta las oportunidades perdidas en lo que se debió haber hecho por haber sido acordado. Se mencionan las barreras que fuertemente fueron removidas para avanzar y las estrategias para superarlas que quedan dispersas. El resultado de la Reunión de Alto Nivel puede ser visto como una mezcla de eventos frágiles, así como los acontecimientos desiguales y el progreso documentado en el informe de la reunión de la Secretaría General de la ONU. Pero esta no es la única vía de leer el resultado ni tampoco la única historia para ir hacia adelante sobre esta reunión de alto nivel. Mientras que las negociaciones difícilmente significaron un descubrimiento sensacional, se puede argumentar que la reunión superó las expectativas en ofrecer mensajes del progreso hecho y aportó nueva energía.

Reuniones colaterales y actividades paralelas están incrementando cada vez más la agenda de este tema, inclusive más que las deliberaciones formales de la Asamblea General de la ONU. La forma en que el Secretario General de la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres y los Niños trazó su ruta para tratar los puntos más candentes en la totalidad de los mensajes recibidos en la reunión, es un caso importante de análisis. Como resultado de un año de desarrollo estratégico y movilización entre socios-clave, la estrategia fue presentada con entusiasmo en un evento paralelo por el Secretario General y por un panel interregional de Jefes de Estado. Aunque fue difícil integrar en las negociaciones formales, por la brecha política, los compromisos para una acción conjunta en mortalidad materna -ubicada en un contexto de enfoque interrelacionado en la salud de la mujer y los niños-, tuvieron el potencial de convertirse en un punto decisivo.

De manera convincente, la ONU ha elevado el nivel del sector Salud a un área de análisis multifactorial en donde los ODM pueden contribuir decididamente. Esto viene como resultado de la movilización política para la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres y los Niños, en combinación con un número variado de procesos clave de las Naciones Unidas alrededor de los últimos dos años; se incluyen además informes y resoluciones sobre la Salud Global y la Política Exterior, así como la Revisión Anual Ministerial de ECOSOC 2009, seguida del Segmento de Coordinación 2010 sobre la implementación del acuerdo de los objetivos y compromisos de desarrollo

internacional relacionados con la salud pública.

Este es un gran logro para la salud pública global y nacional que, sin embargo, requiere de un seguimiento en formas tales que direccionen hacia un espectro completo de retos interrelacionados con impacto en los productos de la salud, no únicamente mediante la atención a la administración o manejo del “sector salud”. Mientras que el documento de resultados de la Cumbre de los ODM resalta la interconexión y las sinergias requeridas, así como la coherencia en el desarrollo de la administración, los retos de este manejo y su impacto en el desarrollo de la salud y en el campo de los derechos, la seguridad, el comercio y los asuntos humanitarios, son tan a penas mencionados.

La movilización para asegurar que el VIH-SIDA no se perdió en el amplio escenario del foro de los ODM, permitió tener un debate que superó las expectativas. Las negociaciones y los eventos colaterales también permitieron establecer un puente para unir el enfoque del VIH-SIDA con el resto de los ODM, asimismo para sincronizar los compromisos de las sesiones de alto nivel de la ONU sobre el SIDA con los amplios procesos que deben realizarse para alcanzar la meta de éstos al 2015. Esto puede ser efectivamente monitoreado en las próximas sesiones de Alto Nivel sobre SIDA en junio de 2011.

Otra gran contribución es el mensaje persuasivo sobre el estatus de la mujer y el empoderamiento de género como efectos multiplicadores a través de los ODM, mencionados para re-energizar el esfuerzo direccionado hacia la raíz de los retos que implican los derechos de género, las vulnerabilidades y la violencia en el ambiente de la pobreza y situaciones como la marginalización, la guerra, la crisis económica y la paz.

El documento sobre el producto de la negociación combina el regreso a los fundamentos básicos mientras adiciona algo nuevo. En la promoción de la salud pública para todos, este documento brinda acercamientos a la atención primaria integrada, la justicia social y los derechos imperativos o indispensables; igualmente menciona la participación de la sociedad civil como en la Declaración de Alma Ata, junto con transferencia de efectivo, las nuevas tecnologías y los mecanismos innovadores de financiamiento. Relacionado con los factores críticos en la fuerza de trabajo, todo esto ha sido reubicado en el centro del escenario.

La protección social que evoca la Cumbre Social de Copenhague es fortalecida con nuevos argumentos referidos a la “protección social desde la base”, niveles mínimos de seguridad social y atención primaria en salud para todos así como acceso universal a los servicios sociales públicos. Es reconocido que los compromisos hechos por los países desarrollados y en vías de desar-

LOS RESULTADOS DE LA CUMBRE DE LOS ODM



Photo: World Health Organization - Europe Offices

Adam Kamradt-Scott

Adam.Kamradt-Scott@lshtm.ac.uk

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

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR:

En septiembre, la reunión Plenaria de Alto Nivel de los ODM se realizó en Nueva York. La reunión, que fue realizada de manera conjunta con una amplia gama de reuniones paralelas, congregó tanto a líderes mundiales como otros dignatarios para evaluar el progreso hecho hasta el día de hoy, así como para fortalecer el cumplimiento de los ODM antes de 2015. La reunión generalmente fue aclamada como un éxito, con nuevas iniciativas recién diseñadas primordialmente enfocándose en la salud materno-infantil.

IMPACTO GLOBAL DE LA SALUD:

La fecha de conclusión para alcanzar los ODM relacionados con Salud (adicionalmente a los que no se relacionan con la Salud), es en este momento menos de 5 años. Se ha hecho un considerable progreso en encontrar un número de objetivos relacionados con la salud, aunque igualmente estas ganancias varían ampliamente tanto dentro de cada país como entre países. Siguiendo inmediatamente a la crisis financiera global, las inundaciones y otros desastres naturales, los logros previos en salud se puede considerar que más bien se ha disminuido o reducido.

EL ROL DE LA DIPLOMACIA:

La Cumbre de los ODM fue un importante evento diplomático destinado a acopiar apoyo, revitalización y a re-enfocar la atención de la comunidad internacional en el alcance de los ODM. La reunión concluyó con la producción de 32 páginas, constituidas en un documento-resultado que contienen 19 puntos del Plan de Acción para acelerar el proceso en alcanzar estos objetivos para el 2015. Sin embargo, el Documento-resultado de la Cumbre fundamentalmente necesita que se le vea como un compromiso de la comunidad internacional para lograr llegar a estos objetivos establecidos en los ODM, en vez de representar unas medidas prácticas a ser implementadas.

LA CUMBRE

La Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General sobre los ODM (“Cumbre de los ODM”) se

rollo en relación con los ODM requiere una mutua contabilidad, tanto para la ayuda financiera internacional (más efectiva y más predecible) como para la inversión nacional. La contabilidad mutua también es requerida para facilitar las políticas internacionales y la gobernanza que favorezca el desarrollo, particularmente para las poblaciones y grupos marginalizados. Queda también claro que la mutua contabilidad requiere mejores datos, flujos mejorados de información y más transparencia.

Para alcanzar un mayor avance, la atención necesita cambiarse de una repetición global del consenso y de los textos entrecomillados de desacuerdo, hacia lo que es sabido que ha funcionado y cuáles barreras o limitaciones han resultado de esta atención. El manejo del nivel nacional debe de incluir un amplio involucramiento de gobiernos, parlamentos (mencionados por cierto, de manera muy breve en el documento) y los propios ciudadanos en el establecimiento y apropiamiento de políticas, prioridades y estrategias para alcanzar los ODM.

Adicionalmente, en el ambiente internacional y multilateral, es necesario un cambio, poniendo la atención en la responsabilidad y los esfuerzos que hacen los países, políticas de facilitación y una mayor inclusión de otros actores sociales. Más que en otros tiempos, la ONU llama a la comunidad internacional a la participación en la toma de decisiones, tanto desde la sociedad civil como de actores no gubernamentales. Para que esto sea una realidad, la ONU no debe de limitar por más tiempo sus propias deliberaciones a los Estados- miembro solamente. Un movimiento hacia una mayor inclusión de instituciones y procesos, será un excelente indicador de la clase de cambios necesarios para verdaderamente convertir este asunto en un punto decisivo de esta temática.

REFERENCES:

[Keeping the promise: united to achieve the Millennium Development Goals, UNGA, A/65/L.1](#)

Sigrun Møgedal is a former Ambassador for AIDS and Global Health Initiatives in the Norwegian Ministry of Foreign Affairs, now Special Adviser located in the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway.

celebró en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, de septiembre 20 – 22 del 2010. Esta reunión atrajo a más de 180 dignatarios de alto nivel, embajadores y a líderes mundiales, incluyendo al Presidente de EUA Barak Obama, al Presidente de Francia Nicolás Sarkozy, al Primer Ministro de China Wen Jiabao y al representante del Primer Ministro del Reino Unido, Nick Clegg (1). El propósito de la Cumbre fue tanto evaluar el progreso hecho a la fecha en alcanzar los ODM, como revitalizar el compromiso de la comunidad internacional para alcanzar las metas planteadas. Por alrededor de tres días la reunión fue interrumpida por una serie de reuniones plenarias donde los delegados fueron invitados a redactar textos que no excedieran los 5 minutos de duración (pero en el típico estilo de la ONU, la mayoría alcanzó los 10 minutos), así como seis mesas redondas de discusión (cada una moderada por dos Jefes de Estado), donde se discutieron las cuestiones técnicas y los próximos pasos a seguir (2). A lo largo de la Cumbre, los delegados expusieron una tras otra sus preocupaciones sobre el escaso avance en este proceso y sobre la necesidad de acelerar los esfuerzos para alcanzar los ODM para 2015. La mayoría de los enfoques de la Cumbre estuvo sobre lo que se debe hacer en África para ponerla al día en esta materia; fue así como se logró tener un acuerdo general de que mucho es lo que se debe hacer para ayudar a los países africanos en alcanzar estos Objetivos del Milenio. La Ministra Sudafricana de Relaciones Internacionales y Cooperación, Sra. Maite Nakoana- Mashabane, resumió de manera sucinta esta realidad, haciendo la observación de que existe una necesidad de todas las naciones de desarrollar “con verdadero sentido de urgencia” estos ODM, poniendo especial énfasis en que “si África falla en alcanzar estos Objetivos, ¡el mundo entero habrá fallado!” (3).

Una preocupación fue claramente expresada acerca de las fallas en el progreso para alcanzar los ODM relacionados con el sector Salud. El Primer Ministro de Japón, Naoto Kan, por ejemplo, hizo un llamado por “unos esfuerzos adicionales drásticos” anunciando el compromiso de su gobierno de proveer USD \$5 billones en los próximos 5 años para avanzar con los ODM de Salud y unos USD \$ 3.5 billones para ser usados en iniciativas específicas de educación (4). Este nuevo compromiso, conocido como el “Compromiso Kan” incluyó también el anuncio para unos USD \$800 millones adicionales para el Fondo Global del VIH-SIDA, la tuberculosis y la malaria (el “Fondo Global”) – un compromiso que posteriormente fue confirmado en la Tercera Reunión de Aprovisionamiento del Fondo Global en el siguiente mes de octubre (5). De manera similar, el Primer Ministro chino, Wen Jiabao anunció, en la conclusión de esta Cumbre, el compromiso de China de contribuir con USD \$14 millones para este Fondo

Global, dentro de los próximos tres años, así como planes para “construir 200 escuelas, despachar 3000 expertos médicos, entrenar 5000 salubristas locales y proveer equipo médico y medicamentos para 101 hospitales, otorgándole prioridad a la salud de los infantes y las mujeres, así como a la prevención y tratamiento de la malaria, la tuberculosis y el VIH-SIDA” (6).

Hubo preocupación relacionada con la salud materno-infantil (ODM 4 y ODM5). Como se informó en la edición previa del Monitor [7]. La reunión del G8 en Canadá a comienzos de este año, anunció los compromisos equivalentes a una suma de USD \$5 billones en recursos para apoyar el progreso adicional que fue hecho en este rubro materno- infantil, así como los esfuerzos a la fecha, que honestamente han resultado “inaceptablemente lentos” (8). De camino se han hecho consultas para ver de qué forma se realza este aspecto en la Cumbre, consolidando una nueva estrategia para tramitar este compromiso. Subsecuentemente, el Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon anunció, al final de la Cumbre, una nueva estrategia para abordar la Salud de los Infantes y las Mujeres, que fue acompañada por un estimado de USD \$ 40 billones en fondos adicionales para apoyar las actividades relacionadas con la salud materno- infantil (9).

A pesar del consenso general dentro de los participantes de que había una genuina necesidad para acelerar estos esfuerzos, la reunión no estuvo exenta de momentos de tensión. Por un lado, por ejemplo, un pequeño número de países expresó su preocupación sobre la escasa transparencia en cómo la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) puede ser ocasionalmente desembolsada, particularmente en términos de ayuda internacional vía proclamación pública. Los países donantes alzaron su voz de forma inquietante sobre el esporádico uso -poco ortodoxo- de los fondos, bien por malversación, bien por abuso, expresando con énfasis la necesidad de que los Gobiernos receptores de estos fondos mantengan una contabilidad más estricta para apegarse de forma más honesta a las estrategias de desarrollo. En realidad, aún la estrategia del Secretario General en el tema materno-infantil encontró cierta resistencia debido al hecho de que el proceso de consulta para desarrollar ésta fue visto como que no fue lo suficientemente inclusiva. Sin embargo, en parte fue éste el estilo de la reunión y el mismo Secretario General (quien se comunicaba frecuentemente con las delegaciones para anexarlas a este compromiso) hizo este esfuerzo que a la final se le reconoció como valioso y por lo tanto como un éxito.

EL DOCUMENTO DE RESULTADOS Y LOS PRÓXIMOS PASOS

El documento de resultados que fue acordado al término de la Cumbre, reflejó muchos de los puntos de vista que

los delegados expresaron a través de la reunión. El documento subraya, por ejemplo, la “profunda preocupación” que tienen los países en relación con el poco progreso para alcanzar los ODM y a la necesidad de “redoblar esfuerzos” antes de que llegue la fecha límite de 2015. Adicionalmente, se puso énfasis en una mayor transparencia y contabilidad correcta en la distribución de la AOD, lo que fue altamente agradecido, así como resaltar la necesidad de los países de apropiarse de manera más fehaciente de su desarrollo y de esta forma alinear de manera más apropiada la ayuda internacional, de acuerdo con sus propias necesidades.

Adicionalmente a estas observaciones, se le ha dado considerablemente más atención a través del documento al hecho de apoyar a los países africanos en su ruta a alcanzar los ODM. Mención especial se ha hecho hacia la necesidad de apoyar tanto a países sin salida al mar como a los pequeños países- isla, igualmente al apoyo para países que acaban de pasar por conflictos internos. Aunque antes de la Cumbre se plantearon preguntas de si los líderes mundiales deberían formar un marco de acción post- 2015, la realidad es que durante el desarrollo de la Cumbre se evitaron intencionalmente. En vez de eso, los delegados se mantuvieron enfocados en los pasos a seguir en los próximos 5 años y en los productos de los documentos nacionales que contienen un plan de acción general y listas de compromisos para alcanzar los ODM apropiadamente. El documento especifica, por ejemplo, la necesidad de facilitar la “entrega expedita de compromisos ya hechos por los países desarrollados en el contexto del Consenso de Monterrey y de la Declaración de Doha”, con miras a reformar las instituciones financieras internacionales para hacerlas más oportunas, estimular una mayor colaboración y compromiso con el sector privado y fortalecer la cooperación regional y subregional.

El peso del documento se pone en señalar las medidas que deben ser tomadas para cada uno de los 8 ODM y así, acelerar el progreso de éstos. Debajo del ODM 6 sobre VIH-SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades, por ejemplo, el documento enfatiza la necesidad de apoyar a los países que están combatiendo el VIH co-infectado con tuberculosis mediante el seguimiento en cada país, de los programas para identificar nuevos casos de tuberculosis. En este sentido, el Documento de la Cumbre de manera contundente necesita ser visto más como una reafirmación del compromiso internacional para alcanzar los ODM, que como unas líneas de acción estratégicas nuevas y prácticas a ser implementadas.

En resumen, la Cumbre de los ODM atrajo a un importante número de intereses políticos y de participación. En parte esto puede ser atribuido a la gran cantidad de eventos

paralelos que se realizaron durante esa semana y después de la Cumbre. Estos eventos abarcaron un amplio espectro de temas desde los específicos de los ODM (como el de salud materna) a escenarios más amplios como el del financiamiento y la sostenibilidad de todo el proceso, el establecimiento de estrategias para apoyar las áreas post- conflictos, la facilitación de reuniones de los líderes con sus pares al tiempo que atendían múltiples reuniones. Al mismo tiempo, el mayor interés en el evento debe ser atribuido a la inminente fecha de conclusión para lograr cumplir con los ODM, que ahora es menos de cinco años. El señor Denny Abdi, Primer Secretario de la Misión Permanente de Indonesia ante la ONU, acotó lo que fue evidente en muchos de los delegados: que la Cumbre había sido “un enorme éxito”. El señor Abdi fue más allá al señalar que el reto de la comunidad internacional es ahora “usar el momento desde el éxito de esta reunión hasta un nuevo comienzo. Nosotros debemos atraer, mediante una amplia consulta con nuestros socios –incluyendo a las organizaciones regionales, la cooperación para alcanzar estos objetivos. No será fácil, pero la vida de las personas está dependiendo de nosotros” (10).

REFERENCIAS

- [1] UNDP. 2010. [Achieving the Millennium Development Goals in the Context of Crisis](#).
- [2] UN. 2010. [Calendar of Partnership Events](#).
- [3] Nakoana-Mashabane, M. 2010. [Statement by H .E. Ms M. Nkoana-Mashabane, Minister of International Relations and Cooperation of the Republic of South Africa to the High-Level Plenary Meeting of the 65th Session of the United Nations General Assembly on the Millennium Development Goals](#), New York, 21 September 2010.
- [4] Kan, N. 2010. Address by H.E. Mr Naoto Kan, Prime Minister of Japan at the High-Level Plenary Meeting of the Sixty-Fifth Session of the General Assembly of the United Nations. [Promise to the Next Generation](#). 22 September 2010, New York.
- [5] The Global Fund. 2010. [Donors commit US\\$11.7 billion to the Global Fund for next three years](#).
- [6] Jiabao, W. 2010. [‘Toward the Attainment of the Millennium Development Goals](#). Statement by H.E. Wen Jiabao Premier of the State Council of the People’s Republic of China At the UN High-Level Plenary Meeting on the Millennium Development Goals, New York, 22 September 2010’.
- [7] Kamradt-Scott, A. 2010. [‘Achieving the health-related MDGs: Preparation for the UN High Level Meeting’](#). Health Diplomacy Monitor. 1(3).
- [8] G8. 2010. [G8 Muskoka Declaration Recover and New Beginnings](#).
- [9]. Ki-moon, B. 2010. [Summary of Commitments for Women’s and Children’s Health](#).
- [10] Personal interview with Mr Denny Abdi, First Secretary of the Indonesian Permanent Mission to the United Nations, 1 October 2010

INNOVADOR FINANCIAMIENTO PARA EL DESARROLLO DA UN PASO ADELANTE EN LA CUMBRE 2010 DE LA ONU



Photo: reuters.com

Rene Loewenson rene@tarsc.org
Centro de Apoyo para el Entrenamiento y la Investigación

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

Durante los días 20 al 22 de septiembre de 2010, cuando líderes mundiales se reunieron en Nueva York para examinar las necesidades insatisfechas para alcanzar los ODM, varios Jefes de Estado propusieron un atrevido paso para colocar los recursos detrás de las promesas a través de una transacción monetaria impositiva.

IMPACTO GLOBAL DE LA SALUD

El informe del Secretario General de la ONU de marzo 2010, intitulado “Manteniendo la promesa” hace un ferviente llamado para acelerar el progreso para alcanzar los ODM. Hace notar que tanto el conocimiento como los recursos existen para alcanzar estos Objetivos y que de manera impredecible el insuficiente financiamiento internacional estaba obstaculizando su progreso (1). El Director de la División de Ayuda y Coordinación de ECOSOC, una agencia de las Naciones Unidas, Nikhil Seth hizo la observación que de manera colectiva, la comunidad global estaba fallando en el proceso de alcanzar los ODM debido a la falta de dotarlos de recursos adecuados (2). Nuevos mecanismos para el financiamiento de la salud, en adición a la ayuda internacional, son descritos más abajo. Aquellos que ya han despegado han sido proyectados para colectar, aproximadamente un billón de USD anualmente, de acuerdo con cálculos previamente realizados. Varios líderes mundiales se hicieron abanderados de la nueva iniciativa para los ODM en esta Cumbre, tendente a generar una transacción monetaria impositiva estimada en USD \$ 30 billones por año.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Financiamiento multilateral ha sido bloqueado en el pasado, debido en buena medida a asuntos democráticos y a discusiones sobre el destino que estos deben tener. Una iniciativa diplomática de 60 países en el Grupo Líder sobre Financiamiento Innovador para el Desarrollo,

reavivó el llamado para este mecanismo en la Cumbre de la ONU del 2010. La Cumbre reconoció en este borrador de resolución que “los mecanismos innovadores de financiamiento pueden hacer una contribución positiva” y estimuló para que este financiamiento pueda lograr y complementar, pero no sustituir, los recursos tradicionales. Es esperable que esta acción pueda crecer alrededor de significativos elementos para recaudar fondos económicos globales para cubrir los costos de bienes públicos globales, colectar nuevos recursos para la salud y los nuevos retos de las negociaciones a favor de la salud africana y sus sistemas, a fin de estimular, orientar y aplicar de manera efectiva, estos recursos.

¿POR QUÉ LA NECESIDAD DE UN FINANCIAMIENTO INNOVADOR?

Un cálculo aproximado de la necesidad de servicios de salud, de manera global, ha sido estimado en unos USD \$31 billones anuales en el 2009, lo que se incrementará a unos USD \$67 – 76 billones anuales por allá del 2015 (3). Los países africanos, cuyo promedio ponderado de necesidades per cápita en este sector ronda los USD \$ 153 en 2007 es solamente el 16% del promedio global, tienen un significativo faltante para alcanzar esta demanda (4). La crisis global internacional ha alterado este obstáculo aún más, creando un hueco presupuestario de USD \$65 billones entre los países de mediano y bajo ingreso, en los cuales la ayuda sólo ha logrado llegar a un tercio de esta suma (5). Los países pobres tuvieron que contar todo su financiamiento para cumplir con los ODM, sobre todo en los rubros de educación y protección social, a la vez que tuvieron que aumentar sus impuestos para combatir la pobreza (5). El déficit financiero en los recursos para alcanzar los ODM ha sido estimado entre USD \$324 a \$336 millones en 2012 a 2017, incluyendo un faltante de alrededor de USD \$168 a \$180 millones en ayuda oficial para el desarrollo (AOD) (6). Tal como lo dijo recientemente el Prof. Jeffrey Sachs: “...para varios de los ODM, sabemos qué es lo que funciona pero aún no tenemos un mecanismo de gestión de recursos para enlazar las intervenciones probadas, el necesario financiamiento y el manejo administrativamente fuerte para su implementación” (7).

¿CUÁLES OPCIONES EXISTEN PARA DIRECCIONAR LAS NECESIDADES DE RECURSOS PARA LOS ODM?

Una respuesta para esta brecha de recursos financieros es detener la transferencia neta de recursos financieros fuera de los países en desarrollo. La Integridad Financiera Global (2010) ha estimado que entre 1970 y 2008 los egresos debido a las variaciones o fluctuaciones de los precios en las transacciones comerciales sólo en África fueron de igual magnitud que lo que ingresó a este

asunto tiene en sí su mérito para enfocarse en su propia atención y no es el sujeto de análisis de este comentario.

Otra respuesta es, para la comunidad internacional: el llenar sus propios compromisos de ayuda en la AOD (1). Mientras que el financiamiento interno es una prioridad para todos los países, casi todos los países menos desarrollados (PMD) podrían recibir mucha más ayuda sin consecuencias económicas negativas, mientras que ellos tienen mucha menos posibilidad de eliminar o elevar los impuestos. Sin embargo, para alcanzar los ODM, la AOD necesita ser más predecible, adecuada y consistente (5). En parte, es necesario desarrollar compromisos bilaterales y multilaterales. El presente año (2010) es uno particularmente importante para el Fondo Global, por ejemplo, en el tanto enfrenta el reaprovisionamiento de entre USD \$13 y \$20 billones en tres años (2011-2013). Pero, como fue apuntado líneas atrás, existe un entendimiento comprensible de que el negocio como tal, no será suficiente. El Presidente de Francia, Nicolás Sarkozy y el Primer Ministro de España, José Luis Rodríguez Zapatero, conjuntamente elevaron sus voces en el sentido de que la Cumbre de la ONU en 2010 debería de ser innovadora en términos del financiamiento, sobre todo con el diseño de un nuevo impuesto que se aplique a todas las transacciones monetarias internacionales. El Presidente Sarkozy afirmó: “Podemos decidir aquí un modelo innovador de financiamiento mediante la aplicación de una carga impositiva a las transacciones financieras. ¿Para qué esperar? Las finanzas han sido globalizadas. ¿Porqué no podemos demandar que los trámites financieros puedan contribuir a estabilizar el mundo a través de un minúsculo impuesto en cada transacción financiera?” (9).

INICIATIVAS ACTUALES EN EL FINANCIAMIENTO INNOVADOR PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO.

Los llamados para opciones innovadoras de financiamiento han aumentado en los años recientes. En 2000, la ONU celebró un panel bajo la coordinación de Ernesto Zedillo para revisar el financiamiento para el desarrollo y particularmente los ODM. El informe respectivo concluyó que “...si la medida impositiva global es considerada deseable... nuevos recursos del financiamiento internacional, especialmente un impuesto a las transacciones internacionales y al carbón” sería seriamente discutida (10). El Premio Nobel de Economía, el estadounidense James Tobin, primero propuso un leve incremento en las transacciones económicas en 1972 para penalizar la especulación, en el corto plazo, luego de que Estados Unidos abandonara el patrón oro como referencia y el dólar se pusiera a flotar. En su momento su idea no tuvo aliados y esta propuesta “durmió” el

sueño de los justos, hasta que el movimiento anti-globalizador francés ATTAC (la Asociación para Gravar las Transacciones Financieras para Ayudar a los Ciudadanos) comenzó a hacer campaña hacia esto a mediados de los años 90 (10). Tanto las propuestas de Tobin como de Zedillo encontraron fuerte oposición en esos tiempos, que afectaban intereses económicos (básicamente de los sectores bancarios y de las propias compañías), así como de Gobiernos como el de EUA, que no estaba dispuesto a permitir la creación de una agencia supranacional multilateral, sobre todo al dudar de los mecanismos democráticos en general y de cómo se invertirían estos recursos (11).

Sin embargo, en noviembre de 2008, la Conferencia de la ONU sobre la Revisión del Financiamiento para el Desarrollo y la Implementación del Consenso de Monterrey en Doha, continuó el llamado hacia la búsqueda de un innovador mecanismo de financiamiento. Los países han formado ya su gabinete político para explorar opciones. En 2006, Francia, España, Brasil, Chile y otros, conformaron un Grupo de Liderazgo sobre Financiamiento Innovador para el Desarrollo (GLFID), un conglomerado que reúne tanto a países (actualmente 60), varias instituciones internacionales y ONG para promover la discusión y la acción sobre los mecanismos innovadores de financiamiento (12). Los reclutamientos más recientes incluyen a la Fundación Bill y Melinda Gates y a la FAO (Organización de la ONU para la Agricultura y la Alimentación). El GLFID motivó la formación de UNITAID, una entidad internacional para manejar la compra de drogas anti SIDA, malaria y tuberculosis. Iniciada por Brasil, Chile, Francia, Noruega y el Reino Unido en 2007. La UNITAID ha logrado levantar un fondo de USD \$1.5 billones en tres años, 65% del cual viene de micro-impuestos aplicados a boletos aéreos, por ejemplo (13).

Otros países, desde entonces, se han involucrado, trayendo consigo otras opciones de financiamiento. En septiembre de 2009, exactamente un año antes de la Cumbre de 2010, en el pico de la crisis financiera, un Grupo Especial sobre Financiamiento Innovador para los Servicios de Salud despegó en manos del Primer Ministro del Reino Unido, Gordon Brown y el Presidente del Banco Mundial Robert Zoellick, en 2008; anunciaron una serie de nuevas opciones de medidas financieras para levantar unos USD \$3.2 billones hacia el 2015; USD \$ 515 millones para programas de salud basado en resultados; \$360 millones estimados de la conversión de la Iniciativa Deuda 2 para Salud del Fondo Global; despegue del impuesto IVA (Impuesto al Valor Agregado) de un esquema de crédito- piloto denominado “De- Impuesto”, planteado para recaudar unos \$220 millones al año en recursos

del IVA y el compromiso de explorar una segunda opción referente al Compromiso del Mercado Avanzado para Vacunas con miras a salvar vidas (3). El Grupo Especial asimismo argumentó a favor de un movimiento más dinámico para conseguir fondos globales dentro del marco de un coordinado, bien definido y bien programado acercamiento a la ayuda para los sistemas de salud (3).

Más adelante, en marzo de 2010, las Naciones Unidas con países socios y con la Asociación Americana de Agentes de Viaje, activaron el "MASSIVEGOOD", un esfuerzo de la UNITAID que permitiría a los viajeros de los Estados Unidos, primero, y del Reino Unido, Alemania, España, Austria y Suiza, después, tener la opción de contribuir desde USD \$2 hasta \$50, a la hora de hacer una reservación aérea, alquilar un auto o hacer una reserva de hotel y efectuar la compra o el pago de estos servicios, en línea. Este esquema se espera que genere una suma adicional de \$600 millones a un billón de USD en 4 años que serán manejados por la Fundación Milenio de la UNITAID y serán usados para costear los tratamientos a infantes infectados por el VIH-SIDA, camas tratadas con insecticidas para prevenir la malaria así como tratamientos contra la tuberculosis.

Un nuevo nivel de financiamiento propuesto ahora por medio de un impuesto a transacciones financieras.

Una de las opciones que el Grupo Especial señaló en 2009, fue la validación de la propuesta de la transacción financiera de los señores Tobin y Zedillo para hacerla una realidad. Los flujos financieros se incrementaron en siete veces desde el 2000, con un volumen de transacciones mundiales de alrededor USD \$3.6 billones diarios por intercambios externos, unos \$210 billones diarios por bonos y unos \$800 billones por acciones. Una recaudación de este impuesto de 5 centavos por cada \$1000 transados podría brindar más de \$30 billones por año (12). La propuesta careció de un auspiciador en 2009, de manera que activistas de la sociedad civil, así como el Gobierno de Francia se comprometieron a promocionarlo entre otros posibles socios (14).

Ese diálogo desde ese entonces, está teniendo lugar. En una reunión de alto nivel en París, el 1° de septiembre de 2010, sesenta países en el GLFID, incluyendo Francia, Gran Bretaña y Japón, acordaron una posición común para apoyar la inclusión de una transacción impositiva internacional polivalente en cuanto a las monedas usadas, con miras a recaudar fondos para ayuda al desarrollo, como la más factible opción encontrada para subsanar el déficit financiero en el escenario de la salud pública y en el desarrollo internacional (6). Los líderes de la Unión Europea apoyaron ampliamente esta propuesta, pero encontraron dificultades para convencer a los

Estados Unidos que colocaran este asunto en la agenda del G20. Mientras que esta idea fue someramente abordada en la última reunión del G20 en Toronto, en agosto de 2010, el Presidente Sarkozy resaltó que ésta sería uno de los puntos clave en la agenda del G20 a realizarse en noviembre de 2010, liderada por Francia (10). Este dignatario, trabajando de cerca con la Misión Permanente de la ONU, organizó una sesión de alto nivel sobre financiamiento innovador para los ODM, el 21 de septiembre, como un evento colateral en la reciente Cumbre de la ONU. En la sesión, Bernard Kouchner, Ministro de Relaciones Exteriores de Francia, sostuvo en su mano una moneda de 5 centavos al tiempo que manifestaba: "Esto será el impuesto por cada transacción de 1000 USD. Es imposible no aceptarlo. Especialmente cuando uno tiene en mente que el resultado de tal impuesto se convertirá en 40 billones de dólares al año..." (15).

Las deliberaciones en la Cumbre de las Naciones Unidas indicaron que un grupo más amplio de países sostienen la posición de que la AOD tradicional no es suficiente y que por lo tanto, ahora las diversas formas de financiamiento innovador, incluyendo el impuesto a transacciones financieras, son más necesarias y deben de incluirse en la agenda forma de deliberaciones. Helen Clark, Administradora del Programa de la ONU para el Desarrollo (PNUD) observó en el desarrollo de la Cumbre que, en el contexto de un clima significativo y retos hacia el desarrollo, "... el PNUD cree que la aplicación de mecanismos innovadores de financiamiento, como el de un impuesto a transacciones financieras, ofrecen una promisoría vía para complementar la AOD con un flujo de potencial significado, recursos adicionales y sostenibles para alcanzar los ODM hacia el 2015 y tener un progreso sostenido en el largo plazo" (16). La Resolución Borrador de la Cumbre de la ONU, emitida por la Asamblea General, señala en el artículo 60 la contribución positiva que los mecanismos innovadores de financiamiento pueden hacer como una acción "voluntaria" para movilizar recursos complementarios a las fuentes tradicionales e igualmente hace un llamado para incrementar y reforzar estas iniciativas (17).

Dos grupos de voces tienen que ser escuchadas ahora. La primera es la de los países africanos (incluyendo a la sociedad civil y a sus parlamentarios), en el sentido de que sus poblaciones enfrentan la más grande carencia de recursos en alcanzar los objetivos globales. El Presidente de Ruanda Paul Kagame co-dirigió el Grupo Asesor de Naciones Unidas para los ODM con el Primer Ministro español José Luis Rodríguez Zapatero y aún tienen que hablar de estas opciones. Por su lado, Madagascar,

Mauricio y Níger han sobrecargado el precio de los asientos de avión, por ejemplo, y Benín, Burkina Faso, la República Democrática del Congo, Costa de Marfil y Malí, han manifestado que en breve harán lo mismo (18). ¿De qué manera la diplomacia de la salud africana orienta y aplica efectivamente estos recursos, incluyendo aquellas áreas que tienen alta demanda de capital tales como la investigación de productos africanos y la innovación para el desarrollo?

La otra voz es la de Estados Unidos. Hecht, Palriwala y Rao, del Centro para Estudios Internacionales Estratégicos manifestaron en marzo de 2010 que Estados Unidos debería de convertirse en un participante más involucrado en la conformación y en el sostenimiento de esfuerzos en esta área. “Haciendo esto podría redituarse de manera importante los beneficios a la salud para millones de personas en los países más pobres del mundo, así como generar importantes logros económicos y políticos para los Estados Unidos” (18). Para los países africanos, hay un argumento que retrasa la toma de audaces medidas perjudiciales no objetivos justos, pero vivas. Para los Estados Unidos existe un argumento que no es tardío para llevarlo a la mesa de la negociación.

REFERENCIAS

- [1] UN Secretary General (2010) 'Keeping the Promise'; UN Secretary-General Report on the MDGs, UN, New York
- [2] UN DESA (2010) Preparing for the 2010 MDG Summit Brief, 8 April, 2010
- [3] Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (TFIHF) (2009). [More money for health, and more health for the money: final report](#). Geneva: International Health Partnership; 2009.
- [4] World Health Organization (2010) [World Health Statistics 2010](#).
- [5] Development Finance International (DFI) (2010) [The Impact of the Global Financial Crisis on the Budgets of Low-Income Countries, A report for Oxfam](#), UK
- [6] UN Non government Liaison Service (NGLS) (2010) [Various UN Member States will Call for a Currency Transaction Tax at MDG Summit](#), New York
- [7] Commonwealth Organisation (2010) [Jeffrey Sachs charts the way forward for MDGs ahead of UN summit Brief](#), 25 August 2010
- [8] Global Financial Integrity (2010) [Illicit Financial Flows From Africa: Hidden Resource For Development Report](#), GFI, Washington
- [9] Sarkozy N (2010) [Speech delivered by M. Nicolas Sarkozy](#), President of the French Republic 20 September 2010 to the General Assembly MDGs Summit
- [10] Irish J (2010) [60 states to lobby U.N. for currency transaction tax](#), Reuters, Wed Sep 1, 2010 3:26pm, Paris
- [11] Martens J, Paul JA (1998) [The Coffers Are Not Empty: Financing for Sustainable Development and the Role of the United Nations](#) July 1998
- [12] Leading Group on Innovative Financing for Development (LGIDF) (2010) [Innovative financing: it is now time for action](#),

- [13] UN Department of Public Information (2010) 'MASSIVEGOOD', [Innovative Health Financing Initiative, Briefing](#), 4 March 2010, New York
- [14] Fryatt R, Mills A (2010) Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems: showing the way forward, Bull World Health Organ vol.88 no.6 Geneva June 2010
- [15] Bieckmann F (2010) [Innovative financing](#) September 22, 2010
- [16] Clark H (2010) [Remarks at the "Innovative Financing for the MDGs" event](#) 21 September 2010 UNDP Newsroom
- [17] United Nations General Assembly (2010) [Keeping the promise: united to achieve the Millennium Development Goals Sixty-fifth session Draft resolution referred to the High-level Plenary Meeting of the General Assembly by the General Assembly at its sixty-fourth session](#), New York
- [18] RFI (English) (2010) France champions innovative financing for development Tuesday 21 September 2010
- [19] Hecht R, Palriwala A, Rao A (2010) [Innovative Financing for Global Health A Moment for Expanded U.S. Engagement? A Report of the CSIS Global Health Policy Center](#) March 2010, Washington

LECCIONES APRENDIDAS DE LA PANDEMIA DE H1N1: EL COMITÉ SOBRE LAS REGULACIONES INTERNACIONALES EN SALUD SE REÚNE EN GINEBRA POR TERCERA VEZ.



Photo: The Canadian Free Press

Bente Molenaar bentemolenaar@yahoo.co.uk
 Investigadora Asociada del Centro para Política Comercial y Ley

TRASFONDO

EN ESTA ENTREGA

Las Regulaciones Internacionales en Salud (2005) constituyen un instrumento legal internacional que está uniendo a todos los miembros de la OMS (1). La revisión de estas Regulaciones permitió que entraran en vigor el 15 de junio de 2007, luego de un extenso proceso de revisión. Los Estados-Miembro tienen hasta mediados de junio de 2012 para asegurar que han construido y/o mantenido capacidades básicas para dirigir la vigilancia de la salud y responder de esta forma a las demandas de las Preocupaciones Internacionales sobre Emergencias en Salud Pública (PIESP). En abril de 2009, la emergencia y diseminación mundial del A H1N1 o virus de la influenza representó el primer caso real para probar estas PIESP. Desde ese momento han surgido varios elementos críticos a la Secretaría General de la OMS por la respuesta a este virus desde que hizo su aparición, incluyendo los enlaces con los productores farmacéuticos; la decisión de declarar esta pandemia a Fase 6 y la misma definición por parte de la OMS, de “pandemia”.

La 61ª Asamblea Mundial de la Salud solicitó una formal revisión de estas Regulaciones Internacionales. En enero de 2010, el Comité Ejecutivo aceptó la solicitud de la Asamblea Mundial 61 para formalmente revisar estas Regulaciones y la propuesta de la Directora General de usar como base el evento de la pandemia del virus A H1N1 como un caso para ser evaluado y revisado. El mandato del Comité es considerar tanto el funcionamiento de estas Regulaciones de manera más amplia, así como considerar de manera más específica la respuesta dada por la Secretaría de la OMS a esta pandemia. El informe identificará lecciones aprendidas y recomendaciones para mejorar las futuras emergencias en salud pública. (2) El Comité independiente para revisar estas Regulaciones actualmente tiene 26 miembros seleccionados de la base de expertos con que cuenta esta instancia.

IMPACTO GLOBAL DE LA SALUD

Estas Regulaciones existen como un primer instrumento para prevenir la dispersión de enfermedades infecciosas y para minimizar las alteraciones al comercio y tráfico internacional. Sin un robusto sistema de vigilancia de las enfermedades, antiguas y nuevas enfermedades tienen el potencial de surgir y diseminarse sin poderse registrar, causando dolor y muerte en los humanos, así como un tremendo impacto económico. Es por lo tanto, crítico que cada Estado- Miembro implemente de manera completa y oportuna estas Regulaciones revisadas.

EL ROL DE LA DIPLOMACIA

Los esfuerzos internacionales serán necesarios para asegurar que los países de ingresos bajos y medianos estarán de acuerdo con las Regulaciones revisadas. Muchos países de escasos recursos requerirán recursos y ayuda técnica para desarrollar medidas de cumplimiento. Los Estados- Miembro tienen hasta el 2012 para cumplir con los requerimientos estipulados en estas Regulaciones.

INTRODUCCIÓN

El Comité Independiente de Revisión se ha reunido por tercera vez del 27 al 29 de septiembre y tal como en las dos reuniones previas, las sesiones plenarias fueron accesibles a miembros de la prensa, en un esfuerzo por ser lo más transparentes posibles. El Comité de Revisión que solicitó información de una amplia gama de actores, ha escuchado en su segunda y tercera reunión, declaraciones de 40 individuos y delegaciones de Estados- Miembro, la industria y varias organizaciones (2). Los entrevistados dieron la oportunidad de presentar una declaración inicial, antes de responder las preguntas de los miembros del Comité. En la tercera reunión, el Comité de revisión, escuchó declaraciones de la OMS por

primera vez. La Directora General Dra. Margaret Chan agradeció la necesidad de revisar, haciendo notar que la evaluación del desempeño de la OMS y la operación de esta Regulaciones Internacionales, “están siendo tomadas muy en serio”. La Dra. Chan negó firmemente alegatos de influencias indebidas de parte de la industria farmacéutica en la OMS y en su declaración inaugural al Comité dijo que “nunca, ni por un momento logré ver un detalle de influencia de la industria farmacéutica o de sus intereses, de forma que se opusieran a las preocupaciones de la salud pública o que hayan influenciado decisiones o asesoramiento de los científicos y expertos que ayudaron a la OMS” El Comité de Revisión se reunió por 3 días, escuchando una amplia variedad de testigos o declarantes. Esta fue la primera reunión del Comité que prosiguió luego de las declaraciones de la Directora General emitidas en agosto de 2010, que el mundo ya no estaba bajo los efectos de la influenza pandémica. Se espera que el Comité finalice su reporte a tiempo para la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2011.

DEBATES A LA FECHA

En su trabajo, el comité independiente de revisión debe de mantener un balance. Mientras que está evaluando la respuesta de la Secretaría a la reciente experiencia de la pandemia del AH1N1, debe de evaluar además la forma en que las Regulaciones Internacionales han facilitado esta respuesta a una emergencia pública en salud dentro del escenario internacional. Tempranamente se decidió que el comité determinara algunos de los temas más cercanos y controversiales a la OMS en referencia al manejo de pandemias, incluyendo las preguntas un tanto suspicaces de qué tanto ha influido la industria farmacéutica en la definición de pandemia y del sistema usado para caracterizar las diferentes fases de una pandemia. El coordinador del comité, el Dr. Harvey Fineberg puso énfasis en el doble mandato del comité, haciendo ver que el informe final mostraría ambos aspectos, derivando de éste: lecciones aprendidas de la experiencia de esta pandemia de A H1N1 específicamente y también del impacto de las Regulaciones Internacionales en Salud de forma más general. Este comité se reunirá dos veces más antes de remitir el Informe a la Dirección General (3).

Algunas críticas esbozadas por el Consejo Europeo de Parlamentarios y remitidas a periodistas que escriben en el Boletín Médico Británico, han elevado el nivel de acusaciones con la indebida influencia de la industria farmacéutica, acompañadas de una falta de transparencia alrededor del manejo de la pandemia por la OMS. En el mes de junio, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE) aprobó una fuerte resolución (Nº1749),

señalando en parte “los graves defectos que se han identificado en relación con la transparencia en los procesos de toma de decisiones en esta pandemia, que ha generado preocupaciones acerca de la posible influencia de la industria farmacéutica en algunas de las decisiones más importantes de esta pandemia. La Asamblea teme que esta ausencia de transparencia y de rendición de cuentas dé como resultado un descenso en la confianza hacia la asesoría brindada por las más importantes entidades de salud pública.” (4)

Un artículo publicado por el Boletín Médico Británico, plantea ciertas interrogantes acerca de cómo la OMS maneja los conflictos de intereses entre los científicos que han tenido un papel activo en el planeamiento de acciones de esta pandemia en la década pasada (5). La Dirección General ha defendido de manera vehemente la OMS, haciendo ver que “La línea clave... es que las decisiones conducentes a elevar el nivel de alerta en la pandemia estuvo basado en un claro criterio de definición virológica y epidemiológica” (6). El Dr. Fineberg ha confirmado que el comité independiente de revisión va a tomar muy en cuenta las ideas expresadas en el artículo del Boletín Médico Británico y en el informe PACE.

En contraste con críticas anteriores, la mayoría de la gente que se ha dirigido al comité en esta tercera sesión del comité de revisión, extendió sus parabienes por todos los esfuerzos hechos y por la coordinación con la OMS. Las Regulaciones Internacionales en Salud (2005) son relativamente nuevas y varios testigos han expresado que le tomará su tiempo a los miembros de la OMS para estar en completa concordancia con este instrumento legal.

COMUNICACIONES Y DEFINICIÓN DE LA PANDEMIA

Ahora más que nunca, la reciente pandemia A H1N1 demostró la importancia de lo efectivo que es la comunicación en riesgos y lo útil que son los medios de comunicación masiva. La señora Feig, Directora del Departamento de Comunicaciones, hizo ver que la OMS tiene limitada capacidad de respuesta a las nuevas formas de los medios de comunicación social, como por ejemplo, las redes sociales. Señaló que “...fuimos a la guerra con un arsenal vacío.”

Por ejemplo, ha habido un significativo debate alrededor de la definición de pandemia que ha usado la OMS. En una conferencia de prensa realizada el 29 de septiembre de 2010, el Dr. Fineberg reiteró que el comité considerará con sumo cuidado el uso de algunas expresiones y las implicaciones de ciertas definiciones. El comité considerará los aspectos de severidad y dispersión. Él reconoce que una lección para el futuro que las definiciones deben ser claras y consistentes.

La OMS confía en un sistema que señale claramente la forma de abordar, en cuanto a preparación y respuesta, una pandemia desde una perspectiva global. Ha sido revisado últimamente (2009) un sistema de seis fases, que agrupa y describe los niveles de la pandemia. “Las fases 1 a 3 se relacionan con la preparación, incluyendo la capacidad de desarrollo y las actividades de planificación de la respuesta, mientras que las fases 4 a 6 claramente señalan la necesidad de las respuestas y los esfuerzos de mitigación”. La declaración de la fase 6 indica que hay una pandemia global en camino. (7) En la reciente reunión del comité, la Directora General Dra. Chan admitió que “el acercamiento de la fase a la declaración de la pandemia fue realmente rígido y confinado”. En su testimonio al comité de revisión, ella hizo ver que las diferentes fases fueron lanzadas para frenar la ansiedad, pero que, en algunos casos, en realidad contribuyeron a incrementar la ansiedad entre el público.

Actividad de las Regulaciones Internacionales en Salud
El artículo 43 de la Regulaciones le permite a los Estados- parte tomar medidas adicionales en salud como respuesta a riesgos específicos o debido a preocupaciones internacionales de emergencias en salud pública. El texto de este artículo 43 señala que las medidas no deben ser más restrictivas para el tráfico internacional y no más invasivas hacia personas que las alternativas disponibles que alcancen apropiados niveles de protección a la salud. Sin embargo, algunos testimonios revelan la preocupación de que algunos estados – miembro han implementado estas medidas de manera inconsistente con las Regulaciones Internacionales.

El Dr. Claude Thibeault, consultor de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA), representante de la industria aérea, hizo ver que sus miembros se desenvuelven en un ambiente rápidamente cambiante de forma tal que estos países han introducido tarjetas o formularios de declaración en salud. El Dr. Thibeault afirmó que no hay formularios estandarizados de salud y que en algunos casos ciertas aerolíneas no pudieron encontrar información acerca de las rápidas y cambiantes medidas de salud en los aeropuertos de entrada. Hizo ver además, que algunos países no siguen las medidas señaladas por la OMS y que por lo tanto esto se prestaba en este campo, a la improvisación. El Dr. Anthony Evans de la Organización Internacional de Aviación Civil se hizo eco de las expresiones emitidas por el Dr. Thibeault. Este testimonio pone en el tapete principal el aspecto relevante del cumplimiento de los Estados Miembros de estas Regulaciones Internacionales en Salud. A menos que los Estados cumplan como debe ser, las desigualdades en la implementación de éstas, continuarán.

Bajo la óptica del artículo 48 de las Regulaciones Internacionales de Salud, los miembros del comité de emergencia son seleccionados de una renombrada lista de expertos, o de cualquier otro panel de expertos suministrado por la OMS. Representantes de las regiones afectadas son también llamados a formar parte. La Directora General convoca al comité y el comité reporta a ésta. El anonimato de los miembros de este comité de emergencia provoca reacciones encontradas y críticas hacia la misma OMS, como por ejemplo lo expresado por los periodistas del Boletín Británico de Medicina. La Directora General hizo ver en su testimonio que las Regulaciones Internacionales en Salud no expresan mayor cosa en este aspecto y que ellos han tomado la decisión de no exponer a los miembros del comité de emergencias de influencias externas.

El comité escuchó al Dr. John MacKenzie, profesor de enfermedades infecciosas tropicales en la Universidad Curtin de Australia y ex miembro del comité independiente de revisión. (8) Él además fue parte del comité de emergencia; desde su punto de vista, es esencial que los miembros del comité de emergencia permanezcan anónimos debido a las tremendas presiones externas de los gobiernos, de la industria y de otros sectores. Él sugirió que el artículo 48 de las Regulaciones Internacionales no es lo claro que debería ser en términos del mandato del comité de emergencias. El Dr. Mike Osterholm, Director del Centro para la Investigación de Enfermedades Infecciosas y Políticas de la Universidad de Minnesota manifestó que el comité realizó un buen trabajo y agregó que en términos de las percepciones podría haber sido útil definir que la membresía fuera pública.

PRÓXIMOS PASOS

El comité se reencontrará a principios de noviembre de 2010 y realizará una Plenaria Final en enero de 2011. El Dr. Fineberg, coordinador del comité, enfatizó que el trabajo futuro continuará de aquí en adelante; agregó que el comité espera terminar un borrador de informe hacia enero de 2011 y de que aún queda tiempo para escuchar próximas evidencias por el comité. Luego de completar el informe, la Directora General estará cercana a enviar el informe final al comité de revisión para la 64° Asamblea General de la Salud en mayo de 2011. Para ese entonces los Estados Miembros ya sabrán qué hacer con las recomendaciones provistas por el comité independiente de revisión.

REFERENCIAS

- [1] World Health Organization. Homepage on internet.
- [2] World Health Organization. Report of the Third Meeting of the Review

Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009. 2010, September 29.

[3] World Health Organization Press conference. 2010, September 29.

[4] Council of Europe, Parliamentary Assembly. Resolution 1749. 2010, June 24.

[5] British Medical Journal 2010; 340:c.2912.

[6] World Health Organization. WHO Director-General's letter to BMJ editors. 2010, 8 June.

[7] World Health Organization. Homepage on internet

[8] World Health Organization. Report of the Second Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009. 2010, July 2.

CONSULTAS SOBRE EL FUTURO FINANCIAMIENTO DE LA OMS



Photo: <http://transfer-factors.info>

Mark Pearcey mark_pearcey@carleton.ca
 Investigador Asociado, Centro para Política y Legislación Comercial

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La OMS confía obtener recursos de dos fuentes de financiamiento: 1) contribuciones estimadas que son cotizables por los Estados- miembro y que comprenden los fondos del presupuesto general, y 2) contribuciones voluntarias, que provienen de fondos donados para específicamente actividades o asuntos no contemplados en el presupuesto regular. (1) Hoy el 80% de las contribuciones que recibe la OMS son ingresos voluntarios y el 90% de esos fondos están destinados específicamente para propósitos específicos. (1; 2). La OMS condujo una consulta informal que involucró participantes de 27 países- miembro el 12 y 13 de enero de 2010 (1). Los participantes fueron solamente funcionarios de experiencia y ministros, que intervinieron en su condición personal (2; 3). Dos temas clave dominaron el debate: a- Cómo alinear las prioridades de la OMS con los fondos disponibles y b- cómo asegurar una mayor predicción y estabilidad financiera de la organización. (2; 3).

IMPACTO GLOBAL DE LA SALUD

La discusión sobre el financiamiento revela dos asuntos importantes: la legitimidad de la OMS y su rol en la gobernanza global de la salud. En los años 90, por

ejemplo, la contribución voluntaria en amplias donaciones provenientes de un pequeño grupo de países ricos, produjo preguntas acerca de la imparcialidad de la Asamblea General de la Salud (AGS) y su legitimidad democrática. (1) Además, se han formulado preguntas ahora sobre la influencia de la contribución de partes no miembros de la OMS. De 2008 a 2009, por ejemplo, un estimado de 31% de contribuciones voluntarias fueron aprobadas por el sector privado y por organizaciones no gubernamentales. (1).

Donde sea requerida la gobernanza, el aspecto de financiamiento levanta importantes preguntas sobre las funciones medulares de la OMS y las prioridades que deben llevarla adelante. Sesenta años después de que fuera redactada su Constitución o Carta Magna, vale la siguiente pregunta: ¿De qué forma debe ser entendido el mandato de la OMS referido al papel fundamental de ser la autoridad mundial para coordinar y dirigir las acciones internacionales en salud, en el marco de una geografía cambiante? (1,2) En su intervención en la consulta informal, la Directora General de la OMS Dra. Margaret Chan, agradeció que “la OMS no deba encargarse más de dirigir de manera directa o de coordinar las múltiples acciones y políticas en los muy diversos sectores de influencia de la salud pública de hoy día” (4)

PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La diplomacia ejercerá un rol muy importante en establecer un financiamiento sostenible para la OMS y el establecimiento de prioridades- clave para su futuro ordenamiento en esta materia. Lo más crítico en este proceso será el elemento de ingreso generado en dos fuentes: (1) una consulta por internet con sus estados-miembro, que sea lanzada poco tiempo después de la consulta informal; y (2) re-alimentación de los comités regionales de la OMS, que tienen ubicado este tema en sus agendas de trabajo del 2010. (3)

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA CONSULTA INFORMAL

Hubo un acuerdo general de que las discusiones sobre el futuro financiamiento de la OMS no se pueden realizar sin un previo acuerdo acerca de las competencias y funciones medulares de la OMS. Los participantes en esta consulta informal identificaron funciones vitales que únicamente la OMS está en condiciones de desarrollar o conducir. Lo anterior incluye normas globales y ambientes estándar, seguimiento y respuesta a las emergencias de la salud pública (por ejemplo: epidemias), la facilitación de negociaciones entre estados-miembro y su rol de coordinar los núcleos de salud en situaciones de emergencia humanitaria. (2) Sin embargo, surgieron algunas preguntas acerca de la capacidad de actuación

de la OMS in las áreas de desarrollo, alianzas con otros organismos, apoyo de países y colaboración técnica. (2)

Donde la financiación es un asunto clave, los participantes identificaron como insostenible el modelo actual; en particular, los 8 niveles de fondos voluntarios. La discusión resaltó hasta aquí elementos para una reforma de la agenda. Esto incluyó una “definición y una alineación ajustadas de un financiamiento medular con prioridades y negocios medulares: un acercamiento más coordinado y disciplinado para la movilización de recursos; la exploración de nuevos procesos para buscar y levantar fondos, la identificación de nuevos donantes y fuentes de financiamiento así como una mejor comunicación de la OMS, igualmente de su impacto y éxito” (2).

Los estados miembro de Europa han demostrado alto nivel de interés en este asunto y se perfilan como importantes actores en la agenda reformada que se mueve hacia adelante; en total, los Estados- miembro de Europa contribuyen con el 53% de los fondos voluntarios de la OMS y 43% de los fondos fijados de previo. (3) A la fecha, los estados- miembros europeos han levantado su voz para apoyar el sostenimiento de la OMS, pero pareciera que se alejan cada vez más de las cantidades fijadas para hacer un acercamiento más flexible a los mismos. (5). El Consejo de la Unión Europea

“...convocó a los países miembros del Consejo de Europa y a la Comisión para apoyar e incrementar el liderazgo de la OMS en los diferentes niveles globales, regionales y locales, así como su normativa y funciones directrices para manejar los retos de la salud pública global y de igual forma apoyar el tema técnico de la gobernanza de los sistemas de salud y las políticas de salud, basado en su mandato global (...) y moverse gradualmente fuera de los fondos que se habían definido inicialmente para el presupuesto general de la OMS. (1; 6)

Igualmente, el futuro financiamiento de la OMS se discutió en la Sexta Sesión de los Comités Regionales para Europa (ERC) en Moscú, del 13 Al 16 de septiembre de 2010. (3) Una fuente cercana a los ERC indicó que se dieron francas conversaciones entre las delegaciones y la Dra. Margaret Chan quien agradeció que la OMS tuviera dificultad en revertir los fondos voluntarios, aun cuando éstos no estén alineados con las prioridades de la Organización. Los estados miembros respondieron con un llamado en la OMS para rechazar estos fondos en un esfuerzo por mejorar la credibilidad, contabilidad y transparencia. En adición, los estados miembros hicieron un llamado para regresar a las funciones primarias de la OMS, como resultado de su Constitución.

LA EVOLUCIÓN DE LA DISCUSIÓN FUERA DE LA ARQUITECTURA DE LA OMS

En un evento de alto nivel, auspiciado por la Unión

Europea del 10 al 11 de junio de 2010, oficiales de alto rango hablaron acerca del futuro de la OMS en la gobernanza global de la salud. (7) Se dieron ideas en un amplio rango, como producto de dos días de esta actividad, todas propugnando hacia su futuro financiamiento y sus funciones esenciales. Hablando en términos personales, el señor Lliu Peilong, Asesor de alto rango del Ministerio de Salud de China, emitió una firme voz de apoyo para una OMS fuerte de manera que pueda alcanzar las cinco funciones esenciales: “alcanzar el consenso en valores compartidos en los cuales los roles y responsabilidades de los diferentes actores ; comprometer a más socios y asegurar su coherencia, alineamiento y armonización; establecer marcos regulatorios que incluyan tratados, normas, directrices y lineamientos; y movilizar suficientes recursos para alcanzar las prioridades predefinidas y distribuirlas apropiadamente.” (7)

LA CONSULTA POR MEDIO DE LA WEB Y LOS PRÓXIMOS PASOS

Respuestas oficiales a la consulta realizada en la web serán consolidadas a finales de octubre y formará el sustento para un documento del Comité Ejecutivo (EB) en enero de 2011. (2) En términos de los nuevos pasos, las respuestas han generado diversas opciones. Dentro de éstas, Noruega y Suiza han sugerido dos opciones, que han provocado un intenso interés en este ejemplar, ambas han sugerido dos opciones, respectivamente. Primero, los noruegos han propuesto el establecimiento de una Comisión en línea con la Comisión de Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (PI) (8) De acuerdo con la respuesta basada en la consulta en la web:

“...los aspectos (del financiamiento de la OMS) son amplios y se interconectan con la gobernanza de la salud global. Siguiendo una discusión preliminar en el Comité Ejecutivo de la Asamblea Mundial de la Salud, sugerimos que la Comisión sea establecida para facilitar el desarrollo de los aspectos en una forma comprensiva. El trabajo de la Comisión debería entregarse a los órganos de gobierno de la OMS. Ellos deberían sin embargo ser una necesidad para un proceso intergubernamental de manera que pueda alcanzar un resultado final. (8)

En segundo lugar, los suizos han propuesto definir el rol de la OMS en el contexto de una gobernanza mundial en la agenda de la sesión 128 del EB de la OMS, bajo la premisa de “rol de la OMS en una gobernanza mundial y el futuro del financiamiento de la OMS” (9) Sin embargo, Suiza no cree que se necesiten cambios algunos en la Constitución de la OMS y señala que las materias del financiamiento y gobernanza podrían parcialmente ser manejadas por la Asamblea Mundial de la Salud y el EB (9). Efectivamente, “Suiza espera que la sesión 128 del EB defina claramente la hoja de ruta para este

necesario proceso de reforma. Luego de un detallado debate durante la sesión 128 del EB, esto probablemente requerirá más consultas a fin de alcanzar una resolución en el 64 período de reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2011”. (9). La resolución sugerida debería de definir detalles y modalidades para este proceso de reforma (9).

Referencias

- [1] Gleicher, David. 2010. [Europe and the future financing of the World Health Organization](#). Global Health Europe. July.
- [2] _____. 2010. [The future of financing for WHO: Report of an informal consultation convened by the Director-General](#). WHO. 12-13 January.
- [3] _____. 2010. [The future of financing for WHO](#). WHO: Regional Office for Europe. 13-16 September.
- [4] Chan, Margaret. 2010. [The future of financing for WHO](#). WHO. 12 January.
- [5] _____. Resolution: [The future of financing for WHO](#). WHO: Regional Committee for Europe. 13-16 September. EUR/RC60/R8.
- [6] General Secretariat. 2010. [Council Conclusions on the EU role in Global Health](#). Council of the European Union. 10 May.
- [7] Gleicher, David. 2010. [EU event a starting point for a new era in global health governance](#). Global Health Europe. 15 June.
- [8] Norway. 2010. [The Future of Financing for WHO](#). WHO.
- [9] Switzerland. 2010. [Swiss Contribution To Web-Consultation on Future of WHO Financing](#). WHO. 20 October.

OTHER SOURCES CONSULTED:

- [I] _____. 2010. [The future of financing for WHO: Comments received from Member States and other stakeholders](#). WHO.
- [II] _____. 2010. [Discussion on the future financing of the WHO](#). Global Health Europe. 18 August.

REGIÓN EUROPEA DE LA OMS BAJO NUEVA ADMINISTRACIÓN



Photo: World Health Organization Europe Offices

David Gleicher

davidgleicher@globalhealthurope.org

Instituto para Estudios de Posgrado en Estudios Internacionales para el Desarrollo

TRASDONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La reciente 60° sesión del Comité Regional Europeo, celebrada en Moscú del 13 al 16 de septiembre de 2010, fue la primera realizada bajo la batuta del nuevo Director Regional de la OMS para la región europea. La profundidad de los temas tratados incluyó las propuestas

de este Comité en cuanto a la nueva visión que debe de tener la dirección de esta oficina del Comité Regional y aspectos relacionados con la gobernanza y la salud en la política exterior, como una nueva área de la acción regional de la OMS.

IMPACTO GLOBAL DE LA SALUD

La región europea de la OMS: EURO está constituida por 53 estados, que resumen un conjunto de países con algunos de los estados más saludables del mundo, con sus avanzados modelos de salud pública y con sus generosos donantes. Esta región encierra algunas de las más emergentes economías, algunas largas otras pequeñas, con diversas trayectorias hacia la salud y el bienestar. La esperanza de vida de esta región puede variar arriba de los 17 años. (1) Las prioridades en salud de EURO incluyen: cáncer, enfermedades crónicas y coronarias, pero comprende una agenda infinita de enfermedades transmisibles como malaria, rubéola y viruela, así como riesgos emergentes como la resistencia de la tuberculosis a las multi drogas, resistencia anti microbial y un reciente brote de polio que amenazó a regiones libres de polio así definidas en 2002.

PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Mientras que los observadores están familiarizados con el cuartel general de la OMS en Ginebra, la estructura descentralizada de la OMS delega una autoridad y responsabilidad crucial a las seis oficinas regionales de la OMS y a sus respectivos Directores Regionales. Las seis regiones: EURO, AFRO, PAHO, EMRO, SEARO y WPRO, se reúnen anualmente en un Comité Regional en donde los aspectos regionales específicos son discutidos ampliamente y son exploradas posiciones sobre asuntos globales. Cada Comité Regional elige un comité coordinador de los Estados Miembros los que sostendrán negociaciones para dinamizar sus regiones así como desarrollarán un trabajo en estrecha coordinación con los Estados Miembros para su Región los que se sientan en el EB de la OMS. De esa forma las negociaciones globales están ligadas de manera crítica a las negociaciones regionales, y relatan la activa participación de sus Estados Miembros.

LA NUEVA DIRECTORA GENERAL REVELA SU VISIÓN

La reunión del Comité Regional que tuvo lugar en septiembre, fue la primera liderada por la Directora Regional Zsuzsanna Jakab, quien fue electa en 2009 y confirmada como tal en el Comité Ejecutivo que se reunió en enero de 2010. Esta reunión fue crucial para los planes de ella para la región EURO.

Siete iniciativas estratégicas le sirvieron como columna vertebral a esta visión de la señora Jakab. La primera es

el desarrollo de una nueva Política Europea de Salud, llamada "Salud 2020". Ésta será desarrollada a través de alianzas revitalizadas con estados miembros y otros socios estratégicos, sostenida en los principios de la salud pública, la prevención, con un fuerte enfoque multisectorial de la salud y considerando los determinantes de la salud. Al final, ella comisionó el hacer una nueva revisión europea de los determinantes de la salud y la división de la salud, al profesor Sir Michael Marmot, con miras a ir alimentando lo que será la estrategia Salud 2020 (2).

Los restantes seis componentes de su visión se enfocan ampliamente en la gobernanza de la salud en la región. En sus indicaciones al Comité Regional, la señora Jakab enfatizó su objetivo de convertir la Oficina Regional en Copenhague en un verdadero centro de excelencia para la política de salud así como fortalecer el Comité Regional como la primera arena de discusión de las políticas de salud y de decisiones para moldear el trabajo de la OMS en Europa, manteniendo su promesa a los Estados Miembros de que ellos estarán sentados en los asientos de la conducción del vehículo cuando se trate de plasmar las políticas de la OMS en la región. Mientras que su predecesor había adoptado un acercamiento más descentralizado, los objetivos de la señora Jakab se enfocan en invertir y traer más capital intelectual a la oficina regional. La nueva Directora ha iniciado un proceso de revisión sobre la necesidad de mantener oficinas nacionales en todos los 53 países de esta Región.

Los Estados Miembros le dieron una calurosa bienvenida a estas iniciativas de la señora Jakab. Muchos países europeos del Este trataron de poner más énfasis en sus problemas nacionales, como fue el caso de Turkmenistán, que quería asegurarse que se asignarían buenos recursos para combatir la malaria en la región; Kazakstán que resaltó la necesidad del fortalecimiento de los sistemas de salud, así como una fuerte y consistente red de evaluación de estos sistemas y Bielorrusia que se manifestó sobre la necesidad de tomar en cuenta los estándares locales de salud y elevarlos a estándares mundiales y asegurar así un acceso equitativo de la salud. Algunos países de la Unión Europea apoyaron con entusiasmo las iniciativas de Finlandia en relación con el control del abuso de ingesta de licor y de Latvia con el financiamiento de los sistemas de salud. El representante de Polonia manifestó su complacencia por "el retorno del enfoque en salud pública", mientras que Eslovenia dijo que "se podían sentir los vientos de cambio".

Otras naciones europeas pusieron énfasis en los detalles de la agenda de gobernanza. Suiza, que brindó un sustantivo apoyo económico para el comité de revisión de estado de la gobernanza de la salud en Europa

(3), subrayó la importancia del debate en el futuro financiamiento de la OMS y de qué forma la discusión no debe ser separada del debate sobre el rol que los Estados Miembros jugarán dentro de la OMS. El delegado suizo agregó que la OMS debe de jugar un papel más activo en la coordinación de la salud global.

Bélgica por su parte, habló en nombre de la Unión Europea y expresó su entusiasmo por la nueva política regional de salud y la reforma de la agenda de gobernanza. La Unión Europea hizo un llamado por aclarar exactamente de qué manera el proceso participativo implica en su visión, como Directora Regional, que será organizado y además de qué forma se plasmará en realidad lo que ella mencionó sobre la autoridad y la eficiencia de los Estados Miembros a través de las discusiones que se dieron; la Unión Europea hizo un llamado por agregar las expresiones: “con absoluto respeto a las competencias nacionales” así como “mientras se toma ventaja de las sinergias y se evita la duplicación del trabajo” en el texto de la resolución de esta visión de la Directora Regional (4).

UN ENFOQUE REGIONAL SOBRE GOBERNANZA Y POLÍTICA EXTERIOR

Siguiendo una concepción tradicional de las reuniones de los comités regionales de la OMS, uno esperaría discusiones técnicas durante el devenir de crisis médicas que involucrarían básicamente expertos técnicos; pero lo cierto es que estas reuniones regionales se han incrementado más políticamente, accesibles más allá de círculos técnicos y ciertamente manejadas por expertos en negociación. En Europa, muchos países, Suiza y Noruega en particular, han mostrado un tremendo liderazgo en esta transición mediante el incremento de la provisión diplomática y el entrenamiento de sus delegaciones en negociación. Por ejemplo, la delegación suiza en este Comité Regional estuvo integrada tanto por el Ministro de Salud como por el personal del Ministerio de Asuntos Exteriores. Como resultado, el interés en el concepto de diplomacia en salud ha ido creciendo en toda la región, de forma que la Directora General ha hecho arreglos para sostener una sesión técnica sobre salud global y diplomacia de la salud, en el Comité Regional (5). Los puntos clave presentados en esta sesión, se centraron alrededor del cambio de estructura de la política pública, que requiere más y más compromiso e involucramiento en los niveles internacionales para manejar adecuada y exitosamente los objetivos nacionales; el advenimiento de la “diplomacia de la salud global” y el incremento de este fenómeno detrás de estas negociaciones que significa dirigir y concretar los asuntos de salud dentro de la OMS y en otros escenarios como la Asamblea Mundial de la Salud, el G8 y la misma Organización Mundial del

Comercio.

Ligado a la adopción de resoluciones en Salud Global y Políticas Exteriores en la Asamblea General de la ONU (6), la Región europea asimismo apoyó una integración más fuerte de la salud en materia de las agendas de políticas exteriores, mediante la adopción de su propia resolución en esta materia. La resolución puesta en el tapete por el secretariado regional, reconoce que los sistemas globales de salud son componentes integrales del logro de seguridad, prosperidad, equidad y dignidad en los niveles nacionales, a través de la región europea de la OMS así como a través de la comunidad internacional y como tal, es un interés estratégico de las políticas globales exteriores y de salud (7).

La resolución insta a los Estados Miembros y les solicita que el secretariado Regional de la OMS haga más por crear una fuerte coherencia entre las políticas de salud, de relaciones exteriores y de desarrollo en general; que incremente el entrenamiento de los diplomáticos y los oficiales de salud en esta área y que estimule la investigación y un entendimiento más amplio por las innovaciones en las estrategias nacionales intersectoriales que ya están empezando a aparecer en las políticas nacionales en la región europea. Se entiende que el abordaje de este tema está en un estadio primario y por lo tanto, esta resolución es una firme señal de los Estados Miembros de Europa que le dan una fuerte señal a la OMS para que actúe. La resolución EURO es similar a la emitida por la Asamblea General de la ONU (UNGA) en la que se señala que este es un punto inicial y ambas solicitan con urgencia el mejoramiento del entendimiento de esta nueva área de relaciones internacionales así como la necesidad de iniciar la construcción de capacidad en los niveles nacionales. Las resoluciones de EURO son en gran medida una respuesta al llamado de las resoluciones de la Asamblea General de la ONU en el sistema de Naciones Unidas y sus estados miembros a fin de explorar de qué forma la coherencia y las políticas de coordinación en salud pueden ser fortalecidas en los niveles: nacional, regional e internacional.

Suiza, Francia y Noruega en particular han apoyado con entusiasmo el avance en las políticas exteriores de salud, como una nueva área de discusión donde la ONU y la OMS-Europa deben ser muy activas. Cada vez más países de la Europa del oeste o Europa central, como GB, Holanda y Suecia han empezado a innovar en cómo manejan su acercamiento y su comprensión de la salud global y la forma en cómo ellos articulan con la oficina regional de la OMS – EURO. Esto traslada la pregunta de si es no un asunto de países ricos con poco por hacer al respecto, con el interés de las economías menos

menos desarrolladas –pregunta que en todo caso fue expresada en la sesión del Comité Regional por parte del delegado de Israel-. La respuesta a esta interrogante provino del representante de Kazajistán, quien señaló que con complicaciones reflejadas en las nuevas tendencias de inmigración y conflictos violentos en las zonas limítrofes de Afganistán, por ejemplo, el tema de la coherencia entre la salud y la política exterior es en realidad un tema de mucho interés para todos los países de la región mencionada.

CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS PASOS

Lo fácil cuando las resoluciones parecieron ser adoptadas por el Comité Regional fue algo realmente impresionante. Para la gran mayoría, las proposiciones no parecieron ser un reto. Algunos pequeños cambios se propusieron, a menudo direccionados por la Unión Europea para incorporar un lenguaje moderadamente fuerte a favor de la autoridad de los Estados Miembros. Fue además notable el nivel de transparencia y accesibilidad que reinaron en la reunión. Antes del Comité Regional, la Directora General puso a disposición una línea abierta de consulta sobre la propuesta de su visión –la primera de las acciones de una Directora electa de la oficina de EURO- y la reunión fue una sesión por la web, en vivo con el público en general, otro evento de primera línea para la región europea.

En los meses venideros, EURO- OMS estará demasiado ocupada planeando la implementación de una plétera de solicitudes que han surgido como resultado de las resoluciones referidas a la nueva visión de la Directora General, incluyendo unas extensas reformas sobre gobernanza en la Oficina Regional per se, las cuales la Directora espera informar en cuanto a su avance, en la reunión 61 del comité Regional que se realizará en Bakú, Azerbaiyán del 12 al 15 de septiembre de 2011 (8).

Para definir la nueva política de salud regional, la Oficina de EURO está actualmente manteniendo discusiones internas con el fin de aclarar la forma en que será conducida la dinámica del desarrollo de Salud 2020, incluyendo alianzas con países socios, instituciones pan-europeas, la sociedad civil y la comunidad científico-académica. El tema de las alianzas para la salud en la región europea de la OMS se extiende más allá de la misma política regional y una estrategia separada sobre alianzas de cooperación será también desarrollada en los próximos meses y presentada en al Comité Regional. (9)

REFERENCIAS

- [1] Data taken from [Gapminder](#)
- [2] [Speech by Zsuzsanna Jakab](#), WHO Regional Director for Europe World Health Summit, Berlin, Germany 10 October 2010

[3] Kickbusch, Ilona and van Schaik, Louise. Challenges for health governance in Europe: the role of the WHO Regional office for Europe: An analysis for the Standing Committee of the WHO EURO Regional Committee and its subgroup on Health Governance in Europe. May 2010

[4] [Better Health for Europe, EUR/RC60/R2](#)

[5] Global Health and Health Diplomacy. Technical Document EUR/RC60/TD.1

[6] [United Nations General Assembly Resolution 63/33](#). Global health and foreign policy / [United Nations General Assembly Resolution 64/108](#). Global health and foreign policy / [Report A/64/365 Global health and foreign policy: strategic opportunities and challenges](#): Note by the Secretary-General

[7] [Health in foreign policy and development cooperation: public health is global health](#). WHO EURO Resolution EUR/RC60/R6

[8] [RC 60 WHO EURO Resolutions](#)

[9] [EUR/RC60/R4 Partnerships in the European Region](#)

LA 61ª REUNIÓN DE LA OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EL PACÍFICO OESTE (WPRO)



Photo: Flickr

Jenilee Guebert

Robin Lennox

Global Health Diplomacy Program & G8 Research Group,
Munk School of Global Affairs

jenilee.gubert@utoronto.ca

robin.lennox@utoronto.ca

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

La sesión regional 61ª del comité de la OMS para el Lejano Pacífico se realizó en Putrajaya, Malasia del 11 al 15 de octubre de 2010. Esta fue una reunión muy significativa principalmente porque varias estrategias – clave para la salud regional fueron revisadas y asumidas para su gestión. Esta cita incluyó la Estrategia Regional de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y de la Atención Primaria en Salud; la Estrategia Asia- Pacífico para Enfermedades Emergentes 2010 con la idea de combatir la dispersión de enfermedades infecciosas y el Marco para las Políticas Nacionales de Salud, Estrategias y Planes.

IMPACTO DE LA SALUD GLOBAL

La Oficina Regional del Lejano Pacífico (WPRO) actualmente comprende a 37 países miembros. Aunque

esto es técnicamente una de seis de las oficinas regionales de la OMS, hay que tener en cuenta que incluye a la República Popular de China que tiene una población equivalente a la quinta parte de la población mundial, lo cual repercute en el posible impacto desproporcionado en las resoluciones sobre salud global.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

La oficina de WPRO es el principal foro para plantear las iniciativas de avance en salud humana en la región de Asia- Pacífico, sobrepasando en mucho, otros cuerpos regionales y subregionales como la Asociación de Naciones Asia Pacífico (ASEAN) y la Comunidad Económica de Asia Pacífico (APEC) en términos de su experticia e influencia.

LA REUNIÓN 61° DE LA OFICINA WPRO

La sexagésima primera reunión de la oficina regional de la OMS para el Pacífico Occidental (WPRO) se llevó a cabo en Putrajaya, Malasia del 11 al 15 de octubre de 2010, con la asistencia aproximada de 140 oficiales de la salud de esa región, para un total de 37 países participantes. La reunión en sí, abarcó una serie de sesiones plenarias y grupos técnicos de trabajo, donde los representantes tuvieron la oportunidad de hacer cortas presentaciones y/o contribuciones en cada uno de los temas de la agenda definida, con traducción simultánea a tres de los idiomas oficiales de la región: inglés, francés y chino. Un enfoque medular de la reunión fue la revisión de los documentos de tres estrategias- clave para la región, que incluyó:

- La Estrategia Regional en el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y la Atención Primaria en Salud (APS);
- La Estrategia Asia- Pacífico para las Enfermedades Emergentes; y
- El Marco para los Planes y estrategias Nacionales en Políticas de Salud.

LA ESTRATEGIA APS

El proceso de consulta para desarrollar una estrategia regional amplia en el fortalecimiento de los sistemas de salud y de Atención Primaria en Salud (APS) empezó a finales del 2008 luego de una solicitud del Comité Regional de WPRO; esta solicitud se emitió bajo el código de resolución WPRO/RC59.R4 inmediatamente después de la publicación del Informe Mundial de la Salud 2008 que enfatizó en la necesidad de desarrollar un robusto y fortificado sistema de salud basado en los principios de la APS, de manera que logre cumplir con los puntos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

(ODM) (1). En septiembre de 2008, el Comité Regional le solicitó a la oficina WPRO iniciar un proceso sistemático para desarrollar la estrategia, basada en “los valores fundamentales la atención primaria en salud”, a fin de fortalecer los sistemas de salud a través de la región (2). Un borrador de Estrategia se produjo y se distribuyó para que los estados miembros hicieran sus comentarios, con el apoyo y conducción del secretariado de la WPRO, que abarcó un total de 240 entrevistas a informantes- clave con representantes de 28 de los 37 países de esta Región para obtener una realimentación y futuras contribuciones al documento- borrador de Estrategia. Luego la Estrategia fue revisada por un experimentado comité que se reunió en febrero de 2010 y después de revisiones ulteriores, un borrador final de la estrategia regional fue sometido a la consideración de la 61° reunión del Comité Regional para su consecuente aprobación (3).

Los representantes que atendieron la sesión del Comité Regional manifestaron su aprecio por el trabajo realizado por la Secretaría en el desarrollo de la Estrategia e hicieron la observación de que es doblemente importante en tiempo y por el peso del documento para mejorar los sistemas de salud pública en toda la región. El Dr. Lokman Hakim bin Sulaiman, Director de la División para el Control de Enfermedades en Malasia manifestó:

“Vemos esta Estrategia como algo particularmente importante para Malasia en la medida en que nos movilizamos hacia el ideal de ser un país de altos ingresos por el 2020. La estrategia es además muy oportuna para nosotros, ya que el Gobierno está revisando y reestructurando el actual sistema de salud para responder al reto de asegurar una cobertura universal en salud basada en la solidaridad y la equidad, con un enfoque puesto en la construcción de una red social segura para los grupos más vulnerables. Nosotros creemos firmemente en que la atención primaria en salud nos ayudará a asegurar que nuestros sistemas de salud sean más eficientes y efectivos” (4).

LA ESTRATEGIA PARA ENFERMEDADES EMERGENTES DE ASIA PACÍFICO (APSED)

La APSED fue originalmente desarrollada y aprobada en 2005 para servir como un marco de referencia para el fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales en el manejo de enfermedades emergentes (5, 6). El primer documento de esta estrategia, que recibió un amplio y efusivo apoyo, fue también utilizado para ayudar a los países en la preparación de sus acciones de manejo de la pandemia del virus A H1N1, y luego su entrada en vigor para satisfacer los requerimientos de capacidades medulares de las Regulaciones Internacionales de la Salud (RIS) (2005). La estrategia estableció 5 áreas

prioritarias de trabajo que incluyeron: a) Vigilancia y respuesta, b) Capacidad de los laboratorios, c) Colaboración entre los sectores de salud animal y salud humana: zoonosis, d) resaltar la magnitud del control de la infección y e) Comunicación en momentos de riesgo (5). El acuerdo original definió un plazo de 5 años para desarrollar esta estrategia y luego expiraría en 2010. Un progreso considerable se hizo en subrayar la alerta del brote regional y la respuesta, bajo los términos del marco de la APSED (2005) (7,8). En realidad cierto número de países establecieron un sistema de vigilancia basado en evidencias para determinar los eventos de esta enfermedad, una rápida respuesta por parte de los equipos encargados de desarrollar las investigaciones en los cuales fueron entrenados y programas de entrenamiento en epidemiología de campo fueron desarrollados en Viet- Nam, la República Democrática de Laos, Camboya y Mongolia (7). En resumen, el marco de APSED para 2005 devino en una visión amplia por parte de oficiales gubernamentales y profesionales en salud que lo consideraron como altamente beneficioso. Hasta aquí, en julio 2009, la Cuarta Reunión del Grupo Asesor Técnico en Enfermedades Infecciosas Emergentes, le recomendó a la OMS comprometerse a revisar el marco definido en 2005 con una visión para desarrollar una nueva APSED. En el decurso del año siguiente, WPRO condujo una serie de consultas a través de la región, tanto país por país, así como en el contexto de reuniones bilaterales y multilaterales. El resultado de este proceso fue el nuevo borrador de este proyecto – APSED (2010)- y en julio de 2010 la Quinta Reunión del Grupo Técnico Asesor en Enfermedades Infecciosas Emergentes aprobó este nuevo marco de acción.

El nuevo marco de la APSED (2010) pretende construir el progreso para estimular de manera sostenible las capacidades nacionales y regionales, creando nuevas alianzas y mejorando las existentes para asegurar la salud pública a través de la preparación del planeamiento, la prevención y la detección temprana y de la respuesta rápida ante las emergencias de salud pública. Para alcanzar este objetivo, las originales cinco áreas de trabajo prioritarias de la estrategia de 2005 han sido fortalecidas y tres nuevas áreas fundamentales se han agregado: preparación ante emergencias de salud pública; preparación regional, alerta temprana y respuesta y finalmente: monitoreo y evaluación (7). Basada en las recomendaciones del Quinto Grupo de Asesoría Técnica, la estrategia fue luego remitida a la reunión regional 61° donde los estados miembros fueron oficialmente invitados a revisar y a validar para su ejecución la nueva APSED (2010).

Los delegados expresaron su gran satisfacción por la nueva estrategia APSED (2010), haciendo notar que se han hecho avances en relación con la antigua estrategia. El Dr. Tasheki Kasai, Director de Emergencias y Seguridad en Salud de WPRO resumió lo que ha sido la percepción de la mayoría en la reunión:

“La APSED original, que fue aprobada en 2005, fue probada como un marco útil para los estados miembros, para la OMS y para socios- clave para poder trabajar colectivamente y asegurar una región mejor preparada, así como un buen progreso en general para fortalecer la capacidad requerida en el manejo los retos de las enfermedades emergentes en la región. La influenza A H1N1 de 2009 demostró claramente el valor de invertir en el fortalecimiento de la capacidad y en la implementación de unas mejores actividades sustentadas en una buena preparación”. (9)

El Dr. Kasai enfatizó un poco más, con lo siguiente:

“Construyendo una buena base, como la que ha sido hecha, los Estados Miembros han hecho un compromiso durante esta Reunión del Comité Regional para ir mejorando las capacidades de manera que los baches persistentes en desarrollo de capacidad, puedan ser llenados. La adopción unánime de esta actualización de la estrategia Asia Pacífico para Enfermedades Emergentes por parte de los representantes de los Estados Miembros fue un paso vital, independientemente de los esfuerzos que más adelante se vayan a dar para seguir impulsándola a fin de tener una región más segura mediante los esfuerzos colectivos. La OMS continuará trabajando colectivamente con los Estados Miembros y los socios- clave, en concordancia con el mandato y las responsabilidades definidas y contribuir de esta manera de forma positiva a la seguridad de la salud regional. (9)

EL MARCO DE LAS POLÍTICAS NACIONALES EN SALUD

El ímpetu por desarrollar un Marco para las Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Salud se inició en marzo de 2009, seguido de una reunión de la OMS, específicamente del Grupo de Política Global (GPG) que está compuesto por la mayoría de los altos funcionarios de las seis oficinas regionales de la OMS y de la sede central en Ginebra. El GPG decidió enfocarse en incrementar la atención en las estrategias y políticas nacionales de salud, lo cual se basó en la percepción de la necesidad de crear una mayor coordinación y consistencia a través del cuerpo directivo, con el fin de alcanzar las metas de ODM 4, 5 y 6 (10). La decisión reflejó además, preocupaciones acerca del futuro financiamiento de la OMS en el contexto de la actual crisis financiera y el cambiante sentido de su función primaria de apoyar a los países (11). El 24 de

mayo de 2010, la decisión fue tomada por el GPG para “urgir desarrollar un marco común para las estrategias, planes y políticas nacionales de salud” así como proveer la guía de las oficinas nacionales y regionales de la OMS para apoyar a sus respectivos países miembros para que aceleren las acciones conducentes a alcanzar los ODM 4, 5 y 6 mediante nuevo financiamiento posible a través del Fondo Global para VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. (Ronda 10) (12). La producción del borrador del marco en referencia fue la culminación de este trabajo y cada oficina regional de la OMS sucesivamente ha estado solicitando revisiones y comentarios en el texto propuesto previo a la 127° reunión del Comité Ejecutivo que está propuesta a realizarse en enero de 2011. Aunque está pendiente el producto de esta revisión, se ha propuesto que se remita el Marco para las Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Salud a la 64° Asamblea Mundial de la Salud por realizarse en mayo de 2011 para su consideración.

Los delegados que han atendido las reuniones del Comité Regional para la WPRO le dieron la bienvenida al documento borrador y expresaron su satisfacción general al apoyar éste para su revisión por parte del Comité Ejecutivo en la próxima Asamblea Mundial de la Salud el año próximo. En su calidad de país anfitrión de la reunión, Malasia estuvo dentro de los países que se manifestó con efusión sobre este particular al decir: “Malasia recibe con mucho agrado el llamado para una mayor coordinación y consistencia a través de un marco común para las políticas, estrategias y planes relacionados con el alcance de los ODM 4, 5 y 6” dijo el Dr. Lokman Hakim bin Sulaim, Director de la División para el Control de Enfermedades en Malasia (9). En las conclusiones de la reunión el Dr. Henk Bekedam, Director de la División de Desarrollo del Sector Salud, hizo la siguiente observación:

“Los estados miembros reconocen que un fuerte y robusto proceso de planificación de la política nacional de salud es una de las mejores maneras para un país y sus sistema de salud de:

a) expresar su visión y valores y b) darle mayor coherencia al sector Salud” (13). Teniendo en consideración que la 61° reunión del Comité Regional fue la última de las seis reuniones de las oficinas regionales de la OMS para el calendario de actividades de este año, el borrador del documento será ahora referido a la 127°reunión del Comité Ejecutivo en enero para su consecuente discusión y consideración”

PRÓXIMOS PASOS

Aunque pareciera que varios Estados Miembros de la región estarán participando en otras reuniones de negociación relacionadas con la salud en los próximos

meses (por ejemplo, la Reunión Abierta del Grupo de Trabajo sobre la Pandemia del Virus de la Influenza a mediados de diciembre), la próxima reunión oficial de todos los Estados Miembros será en la 64° Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2011.

REFERENCIAS

- [1] WHO. 2008. World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization.
- [2] WPRO. 2008. 'WPR/RC59.R4 Health Systems Strengthening and Primary Health Care'.
- [3] WPRO. 2010. Regional Strategy On Health Systems Strengthening And Primary Health Care. Document: WPR/RP61/5.
- [4] Personal email correspondence with Dr Lokman Hakim bin Sulaiman, Director, Disease Control Division, Malaysian Ministry of Health, dated 27 October 2010.
- [5] WPRO. 2005. Asia-Pacific Strategy for Emerging Diseases. Document: WPR/RC56/7
- [6] WPRO. 2005. 'WPR/RC56.R4 Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases'
- [7] WPRO. 2010. Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases and The International Health Regulations (2005) Document: WPR/RC61/9
- [8] Kamradt-Scott, A. 2009. 'Disease outbreaks and health governance in the Asia-Pacific: Australia's role in the region'. Australian Journal of International Affairs. 63(4): 550-570.
- [9] Personal email correspondence with Dr Ailan Li, on behalf of Dr Takeshi Kasai, Director of Health Security and Emergencies, dated 22 October 2010.
- [10] SEARO. 2010. Development of national health plans and strategies. Document: SEA/RC63/9.
- [11] PAHO. 2010. 'Regional Consultations on National Health Policies, Strategies and Plans and The Future Financing for WHO'
- [12] WHO. 2010. 'Guidance note: Supporting Countries to Maximize Health Outcomes Related to MDGs 4, 5 and 6 in Alignment with National Health Policies, Strategies and Plans'.
- [13] Personal email correspondence with Dr Henk Bekedam, Director of Division of Health Sector Development, dated 27 October 2010.
- [14] WHO. 2010. Resolution of Appreciation. WPR/RC61.9.

¿SALUD EN LA CUMBRE DE SEÚL DEL G20?



Photo: blogspot.com

Jenilee Guebert

jenilee.guebert@utoronto.ca

Robin Lennox

robin.lennox@utoronto.ca

Programa de Diplomacia en Salud Global & Grupo Investigador del G8, Escuela Munk de Asuntos Globales

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

Los líderes del Grupo de los 20 (G20) se reunirán en su quinta cumbre del 11 al 12 de noviembre de 2010 en Seúl, Corea. Estos líderes se han enfocado principalmente en los aspectos económicos y financieros, pero continuamente han estado ampliando su agenda para tratar otros tópicos. Mientras que ellos aún no han procesado el tema de salud directamente, sí lo han hecho de manera tangencial al tratar temas como el envejecimiento de la población, el cambio climático, la seguridad alimentaria y el desarrollo. Pareciera que el tema Salud será tramitado en la reunión de Seúl de la misma manera en cómo se ha hecho en el pasado y por ende, se presupone que el enfoque se mantendrá incierto.

IMPACTO GLOBAL EN LA SALUD

El relacionado Grupo de los Ocho (G8) ha jugado un mayor papel en el tema de la Salud, particularmente desde 2000 – con el establecimiento del Fondo Global, para erradicar la poliomielitis y para proveer acceso universal a los tratamientos de VIH-SIDA. Hasta el momento de la realización de la reciente Cumbre de Muskoka en junio, los líderes se comprometieron con US \$5 billones para atacar los problemas de las enfermedades materno- infantil, neonatales y la salud de los infantes en general. Se han hecho serios avances como resultado de este compromiso de los líderes. El G20 está en posición de tener un impacto similar.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

El G20 es un ejemplo de alto nivel de la diplomacia, en donde líderes de los más significativos países han materializado sus acuerdos y hecho compromisos en una gran variedad de temas. Las reuniones informales, flexibles, del G8 y el G20, tienen la ventaja de ser un buen escenario para derivar consenso e implementar decisiones. En ellas se alimentan también las negociaciones que luego son tratadas en las Naciones Unidas y en otros foros, como los de Asia Pacífico para temas económicos y de cooperación.

LA SALUD GLOBAL EN EL G8

El G8 ha influenciado la salud global desde los finales de la década de los 70 y se ha incrementado a partir del 2000. En su más reciente reunión de Muskoka en junio pasado, la salud ha tenido una prioridad preponderante. Los líderes agradecieron lo mucho que se ha avanzado en los ODM 4 y 5 para los cuales se habían comprometido con 5 billones de USD e incrementar de esa forma el apoyo a las enfermedades materno- infantil, neonatales y la salud de los infantes en general (1-3). Corea, un miembro del G20 también contribuyó a esta iniciativa. Los líderes del G8 también se comprometieron a reaprovisionar el Fondo Global para enfrentar de la mejor forma las enfermedades tropicales, el VIH-SIDA y la polio, así como a enfocar sus esfuerzos en el entrenamiento de los profesionales en medicina y ciencias de la salud en general. Ellos le dieron mucha importancia a los temas de contabilidad y emitieron un informe que le ha dado seguimiento a un total de 56 compromisos hechos para asuntos de desarrollo (4). Hicieron notar que el G8 ha cumplido en su gran mayoría los propósitos que se ha planteado. En 2011, se dará un segundo reporte de contabilidad, que se enfocará específicamente en salud y seguridad alimentaria (5).

LA AGENDA EXPANDIBLE

El G20 es un conglomerado de las más poderosas naciones del planeta y de aquellas que se consideran economías emergentes (como la brasileña), que han cooperado y coordinado el tratamiento de asuntos que evidentemente trasciende fronteras. Este grupo se creó en una reunión de ministros de finanzas en 1999 “como un mecanismo de diálogo informal...para promocionar la cooperación a fin de alcanzar un crecimiento estable y sostenido del mundo que nos beneficie a todos” (6). Desde ese momento, diferentes actores como académicos, políticos e individuos de la OMS, han argumentado que el grupo debería tramitar los grandes retos globales de la salud (7-10). En noviembre de 2008, el G20 subió de estatus en cuanto al manejo de estos temas globales cuando sus líderes tuvieron que atacar la crisis financiera mundial.

En el nivel de liderazgo que maneja, el G20 ha permanecido principalmente enfocado en los temas financieros y económicos. Muchos miembros, incluyendo Canadá, han argumentado que mientras ellos están en el centro de la crisis económica-financiera, la agenda del G20 no se debería de expandir. En vez de eso, debería de mantenerse en el enfoque que se ha creado en el reto que significa gobernar (11). Sin embargo, como el G8, el G20 ha empezado a manejar otros tópicos que incluyen: la corrupción, energía, cambio climático, alimentos y agricultura y el desarrollo. Pero más que

promesas para alcanzar los ODM para el 2015 –fecha tope-, el fortalecimiento de las redes de seguridad social, incluyendo el financiamiento de la atención primaria de la salud no han sido desarrolladas para superar los retos de la salud global en una forma sostenible (12).

Los líderes han progresado en algunos temas relacionados con la salud, por ejemplo, en seguridad alimentaria. En la Cumbre de Pittsburgh, el G20 aprobó la Iniciativa de Seguridad Alimentaria L'Aquila del G8 – 2009 (13). En la Cumbre de Toronto, los líderes acordaron cerrar “la brecha de la productividad agropecuaria, incluida en la cooperación sur- sur, en medio de crecientes demandas y el repunte del estrés ambiental, especialmente en África” (12). Ellos se comprometieron a explorar nuevas iniciativas de solución para resolver los retos alimentarios y agrícolas y se han fijado informar sobre estos avances en la Cumbre de Seúl.

Los líderes igualmente establecieron un Grupo de Trabajo sobre el desarrollo el cual ha sido co- dirigido por Corea y Sudáfrica. La primera reunión tuvo lugar en Seúl del 19 al 20 de julio (14). El grupo ha sido encargado de establecer una agenda y un plan de acción que será remitido a los representantes y líderes del G20 para su adopción e implementación. (15)

LA SALUD EN LA CUMBRE DEL G20 EN SEÚL Y MÁS ALLÁ

Cuando los líderes se encuentren para su quinta cumbre en noviembre, es posible que los problemas globales de salud sean discutidos; sin embargo, pareciera más que ampliarán el listado de temas relacionados con salud, sobre todo con aquellos referidos a la seguridad alimentaria y el desarrollo. Los coreanos han confesado que ellos desearían usar esta Cumbre para expandir la agenda de desarrollo del G20. Ésta será una de las ideas- clave para desarrollar en la agenda de Seúl. Ellos han presionado mucho para hacer una diferenciación sobre el abordaje del desarrollo, enfocado en crecimiento económico, que ha sido concebido como un complemento adicional a diferencia de lo que se ha manejado en otros foros de la ONU o del G8. Los coreanos están explorando sobre innovadores mecanismos de financiamiento que podrían ser usados para este fin. Tales mecanismos apoyarán los ODM y otras iniciativas relacionadas. Todos los miembros han apoyado esta iniciativa.

En 2011, Francia será la que lidere el G8 y el G20. La Salud como tema en sí, estará en la agenda del G8. Pareciera que estará en una posición relevante en la agenda del G20 también, particularmente si los líderes logran controlar los factores adversos de la crisis económica mundial. La agenda de temas relacionados de salud será ampliada, en el tanto los franceses han

dicho que ellos auspiciarán una reunión de ministros de agricultura, en camino a la preparación de la G8 en junio. Hasta este punto, la seguridad alimentaria será un punto importante tanto en la G8 como en la G20.

REFERENCIAS

- [1] Guebert, J. 2010. [What Happened to the Maternal and Child Health Initiative at the 2010 G8 Muskoka Summit?](#) G8 Information Centre. 29 June 2010.
- [2] Kirton, J. 2010a. [A Big Baby Step Forward: The Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Children's Health.](#) G8 Information Centre. 26 June 2010.
- [3] Kirton, J. 2010b. [From Muskoka to Toronto to Seoul in G8-G20 Global Health Governance.](#) G8 Information Centre. 29 June 2010.
- [4] G8. 2010. [Muskoka Accountability Report: Assessing action and results against development-related commitments.](#)
- [5] G8. 2010. [Muskoka Declaration: Recovery and New Beginnings.](#) G8 Information Centre 26 June 2010
- [6] G20. 1999. [G20 Communiqué.](#) G20 Information Centre.
- [7] Evans, T. 2004. The G20 and Global Public Health. [Presentation prepared for a meeting on “The G20 at Leaders’ Level”](#) 29 February 2004. Ottawa, Canada.
- [8] Bradford, Cl. Reaching the Millennium Development Goals. In Andrew F. Cooper, John J. Kirton and Ted Schrecker, eds. *Governing Global Health: Challenge, Response, Innovation.* Aldershot: Ashgate; 2007.
- [9] Chand, S. et al. 2010. [From G8 to G20, is health next in line?](#) The Lancet. 23 June 2010.
- [10] The Lancet. 2010. G8-G20: standing at a crossroads. The Lancet 376 (9735): 70.
- [11] Scoffield, H. 2010. [‘Prime minister rejects Paul Martin’s advice to expand limited G20 agenda.’](#) 1 June 2010. CIGI.
- [12] G20. 2010. G20 Toronto Summit Declaration. G20 Information Centre.
- [13] G20. 2009. [G20 Leaders Statement.](#) G20 Information Centre.
- [14] The Presidential Committee for the Seoul Summit. 2010. The G20 Sherpa Meeting & High-Level Development Working Group Meeting. 19 July 2010
- [15] [G20. 2010. Agenda.](#)

EL IMPACTO DE LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO (TLC) EN LA SALUD DE LA REGIÓN AFRICANA



Photo: <http://dfafie.wordpress.com/2009/01/>

Rangarari Machedze
Sub Director de SEATINI

machedze@seatini.org

TRASFONDO

EN ESTE EJEMPLAR

Los países africanos están negociando actualmente un acuerdo económico con la Unión Europea para reemplazar los acuerdos comerciales preferenciales que han guiado su relación en los pasados 30 años desde 1975 al 2007. Los propuestos TLC cubren una amplia gama de temas, incluyendo el comercio de bienes, servicios, agricultura, pesquería, inversiones, políticas de competencia, propiedad intelectual y otros temas relacionados con el comercio. Como resultado, los TLC pareciera que impactarán la salud, los ingresos públicos para seguridad social y la atención propia de la salud, inclusive el acceso a medicamentos y afectarán otros determinantes de la salud como seguridad alimentaria. Sin un cuidadoso análisis durante las negociaciones, los TLC pueden tener impactos negativos en la salud de la población y en los sistemas de salud en África.

IMPACTO GLOBAL EN LA SALUD

Los países del África Sub- Sahariana han experimentado crisis sanitarias como resultado de los mecanismos del Fondo Monetario Internacional/ Banco Mundial a finales de los 80 y comienzos de los 90, específicamente con los Programas de Ajuste Estructural (PAE) que se juzga debilitaron los sistemas de salud (1). Los PAE ocasionaron reformas comerciales en las economías africanas que incluyeron al sector salud. Estas reformas resultaron en un incremento del costo de atención de los servicios de tratamiento y recuperación en salud, un crecimiento de la provisión privada y voluntaria, caída de los presupuestos para atención en salud, un cambio en las acciones de prevención a los servicios de curación, incremento de la comercialización de los servicios públicos y pagos extraordinarios para servicios públicos de salud, un cambio en los roles gubernamentales: lejos de la provisión de servicios, la contratación con proveedores externos de estos servicios y liberalización de los seguros de salud para ser manejados por grupos privados, planes pre-

- pagados y cargas económicas pagadas por los usuarios, en vez de ser financiadas con impuestos (1). Ha habido preocupaciones sobre los asuntos comerciales de los TLC, específicamente porque se convertirán en reformas basadas en el comercio y los efectos negativos que se pueden asociar a estas.

EL PAPEL DE LA DIPLOMACIA

Los países africanos todavía están negociando los TLC con la Unión Europea; por lo tanto, existe una oportunidad de firmar un acuerdo que contenga cláusulas que expliciten la protección a los temas de salud, o cuando menos, no crear barreras para alcanzar los objetivos y compromisos de salud.

INTRODUCCIÓN

Los TLC que han sido negociados por los países de África, el Caribe y el Pacífico (ACP) por un lado y por la Unión Europea por otro lado, son esencialmente Áreas de Libre Comercio que cubren asuntos de comercio de bienes, servicios y otros aspectos no relacionados con el comercio. Las negociaciones de los TLC empezaron en septiembre de 2002 con la idea de establecer un nuevo set de arreglos compatibles con la Organización Mundial de Comercio (OMC) y se supone que iban a entrar en vigor el 1° de enero de 2008. Sin embargo, esta fecha límite fue descartada y los países africanos en su mayoría iniciaron TLC interinos con la UE para “evitar la interrupción comercial” en el tanto que otros, ya los han firmado y ratificado. (2) Los TLC provisionales sólo cubren el comercio en bienes pero tienen cláusulas de específicas que ordenan negociaciones que cubran todos los otros asuntos mencionados anteriormente en un TLC completo, inclusivo, que debió ser concluido para finales del 2008 y extendido hacia finales del 2010.

Los países africanos están negociando los TLC en las siguientes regiones: África Occidental, África del Este y del Sur, África Central, África Sureña. No obstante, hacia finales del 2007, la comunidad de países de África del Este ha sido constituida como África Occidental, África del Este y del Sur.

Ha habido preocupaciones en relación con los impactos negativos de los TLC que puedan tener sobre las poblaciones y los sistemas de salud en África. Este debate ha sido enfocado en tres áreas: el impacto de la liberalización comercial sobre los ingresos públicos, la apertura de los servicios de salud a la inversión extranjera y el impacto de la liberalización comercial sobre la seguridad alimentaria y la pobreza.

LOS TLC PUEDEN REDUCIR LOS INGRESOS PÚBLICOS

Los TLC provisionales favorecen la remoción de tarifas al 80% de las importaciones de la UE. Esto podría tener

un significativo impacto en los ingresos del fisco en África, dada la importancia de los impuestos al comercio como una mayor fuente de ingresos en la mayoría de las regiones africanas. En 2005, tal cual fue apuntado por el FMI, cerca del 32% de las importaciones sub-saharianas se hicieron de la UE, “sugiriendo que –en el largo plazo– cerca del 1/3 de los actuales ingresos de tarifas definidas (o cerca del 10% de los ingresos no definidos por recursos) se perderían por la completa liberalización con la UE” (3) En el Mercado Común para los países africanos del Este y del Sur (COMESA), los impuestos en esos países totalizan el 4.2% del total referido al PIB, mientras que en los países de la Comunidad de Desarrollo de los países de África del Sur (SADC) los impuestos totalizan el 6.1% del PIB. En los países del centro del continente y de África Occidental, los impuestos representan el 1.8 y el 3.9%, respectivamente, del PIB (4). En países más pequeños como Lesoto, Namibia y Suazilandia este rubro llega al 50% de su ingreso fiscal (4). Aunque los programas de liberalización previa han resultado en algunos ingresos para los países de medianos ingresos que podrían estar dispuestos para paliar ingresos perdidos de impuestos y movilizar recursos adicionales internos, otros aún se estima que provengan de los impuestos al comercio relativamente altos como Namibia y Suazilandia.

Los efectos en el largo tiempo de los TLC pueden ser altamente significativos, en la medida en que las tarifas de la UE provenientes de las importaciones disminuyen y se gravan más los impuestos de los bienes y servicios de fuera de la UE, mismos que han sido desplazados. El sector Salud, entre otros servicios sociales aparentemente estará sujeto a recibir menos recursos como resultado de la pérdida de ingresos a bienes gravados a importaciones de fuera la UE. La gran parte de este financiamiento ha sido direccionada a financiar la atención en salud, incluyendo los compromisos para alcanzar los ODM relacionados con Salud. Estos Objetivos son los que parecen tener menos financiamiento cuando muchos de los países africanos están en serios problemas para lograr los compromisos de la Declaración de Abuja sobre todo en destinar el 15% de su presupuesto nacional para Salud.

RIESGOS ASOCIADOS A LA LIBERALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Todos los cinco países africanos de las regiones de los TLC se han comprometido a negociar el comercio en salud bajo la influencia de los mecanismos del TLC en donde ya ha sido ratificado. Algunas de las regiones, como ESA (África Oriental y del Sur) ya está, junto con la UE, en el proceso de desarrollar reglas sobre las negociaciones en servicios. De los 12 servicios de salud incluidos en el Acuerdo General de Tarifas y Comercio (GATS), por

lo menos cinco están directamente relacionados con la atención de la salud. Los servicios profesionales bajo el sector de servicios, están vinculados con la provisión de servicios de profesionales en salud. El sector de servicios de distribución se restringe a la parte de productos farmacéuticos. El sector de servicios educativos involucra tanto el entrenamiento como la educación en sí para profesionales en salud, en el tanto en que el sector financiero se refiere más a los seguros en salud y el flujo de capital para establecimientos hospitalarios privados. El sector de servicios sociales y de salud incluye los servicios en hospitales, los servicios médicos y dentales, los diagnósticos y el manejo de las facilidades de los servicios de salud. (5) Las negociaciones de los TLC todavía se están dando aunque aún no se ha llegado a conclusiones afines en el sector de servicios. Una preliminar negociación, tipo borrador, entre los países africanos del Este y del Sur, confirma que el rango y cobertura de los servicios de los TLC serán aquellos “enlistados en la cláusula 120 de la OMC” (6).

Habiéndose dado este amplio arreglo de servicios relacionados en Salud, hay preocupaciones en el sentido de que lo servicios de salud podrían ser liberalizados a futuro si se pone la atención primaria en manos de operadores privados. La OMS y la OMC han notado que el comercio y los servicios de salud acarrear riesgos y en algunos casos, han exacerbado problemas existentes en relación con el acceso y la equidad de los servicios de salud y su financiamiento, especialmente si se piensa en los pobres y en los países menos desarrollados. Por ejemplo, este comercio puede ser asociado a lo que se denomina “fuga de cerebros” en el sector de profesionales en salud hacia países más desarrollados o para el establecimiento de una especie de servicio “catering” para pacientes en el exterior. Igualmente a situaciones donde los servicios de salud sean lucrativos y por ende reciban fondos para “ofrecer servicios a mercados más redituables y hacia regiones donde la atención médica no se haya brindado antes o haya sido deficitaria, así como a grupos en desventaja social.” (7) Todo este panorama nos muestra el problema de acceso y de equidad en los servicios de salud.

Las negociaciones con los TLC deberían de tomar en consideración este panorama, seriamente. Los TLC se supone que son compatibles con los dictados de la OMC y los desarrollos de las negociaciones en servicios deberían de informar, por lo menos sobre estos trámites en los niveles regionales para mantener su consistencia. Existen preocupaciones expresadas por investigadores africanos de que, dada la ausencia de progreso en las negociaciones de la OMC en servicios en Ginebra, los

países africanos deberían de correr el riesgo de ir tras lo que esta Organización requiere, lo que la OMC ha llamado obligaciones adicionales, cuando ellos continúan negociando con la UE. Muy pocos países africanos han comprometido sus servicios de salud para liberalizarlos bajo la óptica de GATS. Solamente Burundi, Malawi, Ruanda, Zambia y la República Democrática del Congo han hecho compromisos en el sector salud. Haciendo un balance de beneficios de estos compromisos y los costos, debería de plantearse un profundo análisis –por parte de estos países- cuando ya se vayan a plasmar en la realidad. (8)

LOS TLC Y LA SEGURIDAD NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA

Otro riesgo asociado con los TLC es su impacto en la liberalización de la agricultura en el tema de alimentación y seguridad alimentaria en África. La liberalización comercial en la agricultura puede tener un tremendo impacto en los precios locales de los alimentos y el acceso a éstos, en el sentido de que todo esto afecta los precios de los alimentos importados y el ingreso de los agricultores y finqueros (9) Varias regiones africanas como los países africanos del Este y del Sur, la Comunidad Africana y otras regiones han estado de acuerdo en negociar con la UE las provisiones para la liberalización del comercio en la agricultura. La UE ha interpretado la liberalización de la agricultura como la acción que permitirá remover totalmente las tarifas y aranceles del 80% de los productos que provengan de la UE. La UE por su parte recíprocará con la remoción total de las tarifas y aranceles del 100% de los productos originados en África con la excepción del azúcar y el arroz que han sido beneficiados con períodos transicionales hasta el 2015. Sin embargo, en el tanto se ha demostrado el acuerdo en las negociaciones en bienes, la UE no ha mostrado igual flexibilidad en permitir la protección a una industria primaria o en estado larvario o por lo menos una salvaguarda a ésta. Lo mismo es temido que ocurra en la agricultura, donde países como Sudáfrica han reiterado la necesidad por una salvaguarda a la agricultura para acompañar los esquemas de liberalización.

Los subsidios a la agricultura que hace la UE, con el monto acordado de USD \$56 billones en 2009, pareciera que ayudará a que la liberalización de la agricultura se revierta en los países africanos, en la pérdida de su autonomía para producir sus alimentos y satisfacer sus propias necesidades, debido al masivo ingreso de productos alimentarios de Europa. La mayoría de los productores o agricultores africanos producen para un consumo local. Investigaciones hechas por la FAO han demostrado que los granjeros que se dedican a producir para exportar se benefician de la liberalización comercial. (11). Sin embargo, aquellos que se dedican a producir para el mercado local se enfrentan a la competencia de los productos subsidiados que a menudo vienen con precios rebajados y en ciertos casos, éstos sacan del

mercado a los producidos localmente. Esto afecta la salud en dos vías. Primero, los finqueros encuentran que es muy difícil producir en esas condiciones y por lo tanto esto incide directamente en su autosuficiencia alimentaria y la del país en general. Dejar este tema en manos de la producción externa expone al país en cuestión, a la volatilidad de los precios de estos productos alimentarios extranjeros; tal situación expone a los habitantes a una limitación al acceso a alimentos nutritivos de su dieta básica lo que es esencial para su salud. En segundo lugar, la misma competencia de lo producido localmente contra lo importado puede reducir los precios de lo producido nacionalmente, afectándose con ello su propia economía, que de por sí, ha sido baja históricamente. Los jefes de familia con reducidos ingresos han fallado en sus intentos de acceder a los servicios de salud, especialmente en situaciones donde los servicios han sido liberalizados y son ofrecidos por entidades privadas. Con una pobre nutrición mucha gente en África, especialmente los niños y las poblaciones vulnerables, están en la mira de varias enfermedades.

PRÓXIMOS PASOS

Tanto la UE como los países africanos están determinados en concluir los TLC. Pero los países africanos argumentan que ellos sólo pueden concluir los TLC que apoyen sus estrategias de desarrollo y que no afecten sus iniciativas de integración regional. La provisión de los servicios de salud es una de las mayores preocupaciones de desarrollo que sin duda se verán afectadas con los TLC. Las diferentes regiones africanas se encuentran en diferentes estados de negociación con la UE y la fecha tope de cumplimiento, cifrada para 2010, que culminará 8 años de negociaciones, pareciera que no se podrá alcanzar. Hay ciertas evidencias de que en varias de estas regiones las negociaciones darán al traste en el 2011. La reunión conjunta de ministros de comercio de las naciones africanas, caribeñas y del Pacífico (ACP) con sus contrapartes europeas en octubre de 2010 no le dio ningún ímpetu a estas negociaciones. Los países ACP demandan el desarrollo de los TLC. Se deja ahora en manos de la cumbre de Jefes de Estado y Gobiernos la programación para finales de noviembre de 2010, de nuevas estrategias que le den un fuerte impulso a estas negociaciones. Sin estos impulsos, los acuerdos técnicos quedarán entrampados y atascados.

REFERENCIAS

- [1] EQUINET-SEATINI (2007) 'Trade and Health in east and southern Africa,' EQUINET policy brief 18. EQUINET: Harare; Lobe, J (2002) [World Bank, IMF held responsible for health crisis in Africa](#); Kamara, E. K. (1997) 'SAPs and Female Reproductive Health in Kenya,' A Journal of Opinion Vo. 25 No. 2,
- [2] Machededze. R. (2009). *The tragedy of EPAs in Eastern and Southern Africa: signing away people's livelihoods*, ANSA, Harare

[3] Keen M and Mansour, M (2009) [Revenue Mobilization in Sub-Saharan Africa: Challenges from Globalization](#), IMF working paper WP/09/157

[4] African Economic Outlook (2010) [Tax mix in Africa](#), AEO ; [Agriculture and the Fiscal Impact of EPAs / News / General / EPA Negotiations / Key Topics](#)." Home - Agritrade.; Odhiambo, Allan. "AllAfrica.com: Africa: [Bid to Merge Three Trading Blocs Faces Disparity Threat](#)." AllAfrica.com: Home. 2010.

[5] Mabika A, Makombe P, Chizarura L, Loewenson R (2007) 'Health implications of the proposed Economic Partnership Agreement (EPA) between east and southern African countries and the European Union,' EQUINET Discussion paper 41, EQUINET: Harare

[6] ESA Draft services negotiating paper ESA/EPA/Draft working text/ August/2008

[7] WTO/WHO (2002) [WTO agreements and public health](#)

[8] Munyuki E, Machededze R, Mabika A, Loewenson R (2009) 'Protecting health and health services in the services of the ESA-EU EPA,' EQUINET, SEATINI, TARSC Policy brief 21, EQUINET, Harare

[9] FAO, Trade Reforms and Food Security: Country Case Studies and Synthesis, Rome, 2006.

[10] [Activities of the European Union - Budget](#)." EUROPA – The Official Website of the European Union.

[11] FAO, *Trade Reforms and Food Security: Conceptualizing the Linkages*, Rome, 2003a.

HEALTH DIPLOMACY MONITOR

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

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

The Health Diplomacy Monitor is made possible in 2010-2011 thanks to the financial support of the Rockefeller Foundation. The editors would also like to acknowledge the in-kind contributions of the Graduate Institute for International and Development Studies' Global Health Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine and University of Toronto's G8 Research Group. Special thanks to Federico Paredes for translation of this issue.

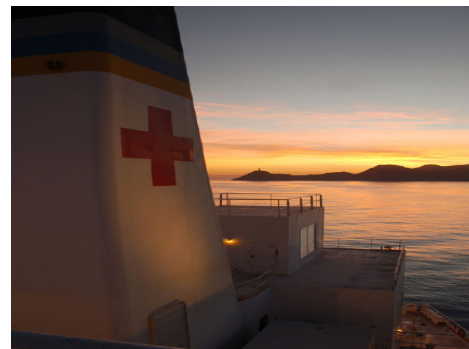


Photo: conflicthealth.com



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 editors 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 editors 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



Carleton
UNIVERSITY