

Movimiento Popular por la Salud

Antecedentes y comentarios sobre los puntos antes del EB154 de enero de 2024

Este análisis y comentario sobre los puntos que se presentarán al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2024 ha sido preparado por el [Movimiento para la Salud de los Pueblos](#) como parte de WHO Watch, una iniciativa de la sociedad civil dirigida a la democratización de la gobernanza sanitaria mundial ([más información sobre WHO Watch](#)).

Este Comentario ha sido elaborado por el equipo de analistas políticos de PHM en consulta con una red mundial de consultores. El comentario está diseñado para ser leído junto con los documentos de la Secretaría; no duplica el material tratado en los documentos oficiales.

Esta versión en PDF del Análisis y Comentario de PHM está extraída del [Rastreador de PHM para EB154](#), que proporciona enlaces directos a los documentos de la Secretaría, así como a los comentarios de PHM sobre los temas.

Esta versión del comentario de PHM se publica el 15.01.2024. Las actualizaciones se publicarán en el Rastreador.

Se aceptan comentarios y opiniones. Escriba a editor@phmovement.org.

Para acceder de forma continua a las alertas, actualizaciones y comentarios de WHO Watch, suscríbese a la alerta Tracker (suscríbese [aquí](#)).

Contenido

Punto 5. Informe del Comité Permanente de Prevención de Emergencias Sanitarias, Preparación y Respuesta (SCHEPPR)	1
Tema 6. UHC.....	3
Punto 7 del orden del día. Seguimiento de la declaración política de la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio	
prevención y control de las enfermedades no transmisibles	7
Tema 8. Proyecto de plan de acción global para la prevención y el control de las infecciones	12
Tema 9. Agenda de Inmunización 2030	16
Tema 10. Estrategia para acabar con la tuberculosis	20
Tema 11. Hoja de ruta para las ETD 2021-2030	24
Tema 12. Aceleración hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para salud materna y mortalidad infantil	27
Tema 13. Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales	33
Tema 14. Labor de la OMS en situaciones de emergencia	37
Tema 15. Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)	42
Tema 13. Iniciativa Mundial por la Salud y la Paz	44
Tema 17. Polio	47
Tema 18. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico.....	49
Tema 19. Determinantes sociales de la salud.....	52
Tema 20. Nutrición materna, infantil y de la primera infancia.....	59

Tema 21. Bienestar y promoción de la salud	65
Tema 22. Cambio climático, contaminación y salud	69

Tema 23. Economía y salud para todos.....	75
Tema 24.1 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2022-2023 y perspectivas de financiación del presupuesto por programas 2024-2025	80
Punto 24.2 Proyecto de decimocuarto programa general de trabajo	82
Punto 24.3 Financiación sostenible: Ronda de inversiones de la OMS	87
Punto 25.3 Asuntos planteados por el Grupo de trabajo de los Estados miembros de Agile sobre Fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS	.91
Tema 25.4 Compromiso con los actores no estatales	96

Punto 5 Informe del Comité Permanente de Prevención, Preparación y Respuesta a Emergencias Sanitarias (SCHEPPR)

En el punto de mira

El informe de la DG sobre la tercera reunión del Comité Permanente de Prevención, Preparación y Respuesta a Emergencias Sanitarias (SCHEPPR), celebrada los días 13 y 14 de septiembre de 2023, se presenta al Consejo Ejecutivo para que tome nota del mismo ([EB154/5](#)). Dado que la reunión del Comité se celebró antes del 7 de octubre, el informe no contiene ninguna referencia a los conflictos en curso en Gaza y Cisjordania, ni a las recientes catástrofes naturales, por ejemplo el reciente terremoto de Japón. El informe se presenta en un contexto en el que, según las estimaciones de la secretaría, existen actualmente "42 emergencias clasificadas", incluidas "enfermedades infecciosas, catástrofes naturales y emergencias humanitarias", y "más de 340 millones de personas que necesitan ayuda humanitaria".

El informe señala un cambio en la composición del comité permanente: El Profesor Christian Rabaud (Francia) fue elegido Vicepresidente del SCHEPPR, cargo que ocupará hasta la clausura de la AMS77. El Dr. Abdelkrim Meziane Bellefquih (Marruecos), que también había presentado su nombre para este puesto, retiró su candidatura y, a su vez, expresó su interés en ocupar la presidencia del Comité a partir de junio de 2024.

El informe señala que la secretaría de la OMS proporcionó al SCHEPPR:

- Presentación de la situación de tres emergencias de salud pública de importancia internacional (PHEIC), una en curso (poliovirus) y dos recientemente finalizadas (mpox y Covid-19);
- Información actualizada sobre el grupo de trabajo encargado de modificar el RSI (2005);
- Una descripción de los criterios para convocar reuniones extraordinarias del SCHEPPR tras la declaración de un PHEIC, y las modalidades propuestas para dicha reunión;
- Una sesión informativa sobre el marco para reforzar la preparación, respuesta y resiliencia ante emergencias sanitarias, destinado a responder a pandemias, así como a "crisis multidimensionales y plurianuales"; y
- Una "revisión del número de señales de eventos que se gestionan actualmente en la sede de la OMS".

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre Emergencias

[Página web del índice de](#) la WHE

Comentario de PHM

El informe señala con preocupación "la disminución de la vigilancia y el aumento de la transmisión de COVID-19" y "los retos actuales de la respuesta al mpox".

Los estados subrayaron la necesidad de garantizar "la vigilancia, las pruebas y la notificación continuas del mpox y la eliminación de la transmisión de persona a persona como objetivo clave de salud pública". Se trata de un objetivo encomiable, aunque resulta irónico que la eliminación de la transmisión de persona a persona del mpox sólo haya alcanzado visibilidad política después de que la enfermedad se convirtiera en un problema de salud pública en el norte global. En diciembre de 2023, el NY Times informó de una "oleada" de viruela símica en la República Democrática del Congo, donde la viruela símica es endémica y el acceso a las vacunas contra la viruela símica sigue siendo extremadamente limitado.

Acogemos con satisfacción el informe de la comisión sobre la necesidad de que los Estados miembros "estudien las condiciones post-COVID (incluida la COVID prolongada) y el impacto futuro de las infecciones repetidas", aunque lamentablemente la comisión no da ninguna orientación sobre cómo se puede gestionar esto a la luz del "espacio fiscal cada vez menor" que se asigna a Covid-19 ahora que la pandemia ha disminuido.

Se debatió la eliminación de la poliomielitis, y el comité volvió a señalar la dificultad de alcanzar el objetivo de la erradicación en el contexto de las emergencias humanitarias provocadas por la poliomielitis.

La petición del SCHEPPR de una mayor consulta con los Estados miembros, sobre una plataforma provisional de mecanismo de coordinación de contramedidas médicas (i-MCM), es bienvenida, como lo es su reconocimiento de la "desigualdad experimentada durante la pandemia COVID-19" y de "las limitaciones de COVAX". Dado que los países miembros en desarrollo fueron marginados en las estructuras de toma de decisiones de COVAX, que no los involucró activamente en las decisiones sobre los tipos de MCM (vacunas en particular), los plazos de entrega, y los volúmenes y fechas de caducidad de MCM que recibieron a través de Covax, PHM anima a la OMS a desarrollar un mecanismo i-MCM que aborde este fallo de gobernanza.

El SCHEPPR expresó la necesidad de "beneficiarse de un conocimiento más profundo de las finanzas del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, tanto en lo que se refiere al programa básico como a las operaciones de emergencia", y la necesidad de más información sobre "cuestiones de salud mental y psicosociales relacionadas con las emergencias y la respuesta a las emergencias". Estas cuestiones se solapan con otras áreas de trabajo de la OMS, en particular la labor del GTSIH y la Iniciativa Mundial de Salud para la Paz, y queda por ver cómo se comprometerá el comité con los avances en estas áreas .

Tema 6. UHC

En el punto de mira

El Director General presentará un informe ([EB154/6](#)) que resuma la situación actual de la cobertura sanitaria universal y los resultados del septuagésimo octavo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, con la publicación del [informe de seguimiento mundial para 2023](#), publicado conjuntamente con el Banco Mundial, y de la segunda Reunión de Alto Nivel sobre la Cobertura Sanitaria Universal, con la adopción de una [nueva declaración política sobre la cobertura sanitaria](#) universal. El informe ([EB154/6](#)) destacará los compromisos adquiridos para lograr la cobertura sanitaria universal reorientando los sistemas de salud y las inversiones hacia un enfoque de atención primaria. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a determinar formas de aplicar la declaración política antes de la tercera reunión de alto nivel, prevista para 2027.

Fondo

[Enlace a debates anteriores \(OMS y AGNU\) sobre la CSU.](#)

[Establecimiento de prioridades para la CSU \(2016\)](#)

Comentario de PHM

1. Este informe de la DG sobre los avances hacia la consecución de la CSU se realiza en el ecuador del compromiso asumido en 2015 para alcanzar la CSU en 2030. Este Informe es también una repetición y reiteración de la Declaración Política sobre la CSU que se adoptó en la Reunión de Alto Nivel sobre la CSU, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 78th sesión del 5th de octubre de 2023.
2. Según el informe de seguimiento mundial de la OMS para 2023 sobre el seguimiento de la CSU, publicado el 18th de septiembre de 2023, el mundo está muy lejos de la hoja de ruta para alcanzar los objetivos de 2030 y el informe explica claramente lo lejos que está. Casi 2.000 millones de personas, es decir, alrededor de una cuarta parte de la población mundial, experimentaron gastos sanitarios catastróficos o empobrecimiento debido a los costes sanitarios según los datos más recientes disponibles (2019). Cuando se trata de la universalización de los servicios esenciales a los que se puede acceder, se ha producido un estancamiento desde 2015. Esto significa un estancamiento en el objetivo de aumentar el acceso desde 2019 y un empeoramiento constante con respecto a la protección financiera desde el año 2000. El informe añade que esta doble falta de progreso en la cobertura de servicios y en la protección financiera es constante en todas las regiones geográficas y países. (véanse los apartados 3 a 12 del informe). En el párrafo 14 del [documento EB154/INF./1](#) se advierte: "Los nuevos datos muestran un aumento de las dificultades financieras, especialmente entre los más pobres, con una recuperación desigual después de 2020/2021. Una preocupación notable es el mayor gasto público en deuda nacional por encima de la sanidad en los países en desarrollo."

3. Está claro que la pandemia de Covid 19 fue una de las causas de esta falta de progreso. Eso es en sí mismo un problema, ya que una de las razones para lograr la cobertura sanitaria universal es hacer frente mejor a las pandemias. Pero

la pandemia no es toda la historia El empeoramiento de la protección financiera es una característica de antes, durante y después de la pandemia. Está claro que las políticas exigidas, a saber, (a) el aumento de la financiación sanitaria, (b) el uso eficiente y equitativo de la financiación, (c) el refuerzo del personal sanitario y asistencial, (d) la ampliación de los servicios de atención primaria y la orientación de los sistemas sanitarios hacia un enfoque de atención primaria, no se pusieron en marcha o no se adoptaron en la escala requerida.

4. El informe no se detiene en las razones de tal fracaso. Se contenta con un llamamiento a "redoblar los esfuerzos para acelerar el progreso hacia la CSU" y repite todos los llamamientos políticos anteriores y concluye con un informe para la próxima ronda de informes de progreso a la ONU en su sesión de 2024 y la próxima reunión de alto nivel que se convocará en 2027 (en referencia a los párrafos 13 a 21 del informe). Implícitamente, afirma que la OMS y los organismos mundiales han hecho lo que podían hacer y que ahora corresponde a los Estados miembros ir más allá. Pide explícitamente a los Estados miembros que expliquen cómo puede ayudar mejor la OMS. Además, en los párrafos 24 y 26 menciona una serie de mecanismos que está creando en colaboración con otras instituciones mundiales, supuestamente para reforzar la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal.

5. El MSP sostiene que no se trata sólo de un fracaso de la aplicación, sino de un fracaso de la estrategia, tal como se puso en práctica en la mayoría de los países de renta baja y media. Lo que se necesitaba era reforzar los servicios sanitarios financiados y administrados públicamente, donde los servicios se prestan como bienes públicos. Esta estrategia apenas tiene cabida en el discurso de la cobertura sanitaria universal. En su lugar, la "cobertura universal" se ha utilizado para promover el seguro sanitario público con la compra estratégica de un paquete muy selectivo de servicios esenciales a una combinación de proveedores de servicios, complementado por un mercado de planes de seguros sanitarios privados y proveedores privados para los servicios más allá del paquete. El objetivo de la cobertura sanitaria universal (más que el acceso universal) es también restringir la necesidad de gasto público imponiendo límites al paquete básico, lo que a su vez refleja la realidad de una financiación pública muy limitada de la atención sanitaria en general. Una gran parte de la limitada financiación disponible se dedica a programas verticales de control de enfermedades, la mayoría de los cuales implican la compra de grandes cantidades de medicamentos, diagnósticos y vacunas cada vez más caros a las grandes farmacéuticas. Esto deja cada vez menos fondos para reforzar la atención primaria integral. Las consecuencias colaterales de tales políticas son que la atención protegida financieramente a la que pueden acceder los pobres sigue siendo limitada y se produce un enorme crecimiento de un sector privado no regulado. Esta es, pues, la explicación racional de las cifras y tendencias que nos presenta el informe. Lo que necesitamos es un cambio de estrategia, no más de lo mismo.

6. En una aparente respuesta a la falta de financiación de la APS, el párrafo 26 presenta una nueva iniciativa denominada Plataforma de Inversión en Impacto Sanitario. Se presenta como una solución, cuando en realidad lo único que puede hacer es agravar el problema. Esta iniciativa consiste en que cuatro bancos -el Banco Africano de Desarrollo

(BAfD), el Banco Europeo de Inversiones (BEI), el Banco Islámico de Desarrollo (BIsD) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)- unan sus esfuerzos para poner a disposición de los países de ingresos bajos y medios una cantidad inicial de 1.500 millones de euros en préstamos en condiciones favorables y subvenciones para ampliar el alcance y la cobertura de sus servicios de APS. Se está incentivando a las oficinas de la OMS en los países con fondos liberales para proyectos a fin de que redacten propuestas de financiación que los países suscribirán posteriormente. Aunque vienen acompañadas de descripciones muy altisonantes y políticamente correctas de la

importancia de la atención sanitaria primaria, pasa por alto el hecho de que la mayoría de los PBI y los PIM ya están muy endeudados, y esto no hará sino aumentar su endeudamiento. La mayoría de los países pagan más por el servicio de la deuda que por la asistencia social.

7. También recordamos a los Estados miembros la experiencia del ajuste estructural y sus reformas asociadas en el sector sanitario, cuando todos esos préstamos estaban vinculados a condicionalidades manifiestas y encubiertas, muchas de las cuales han conducido a los problemas a los que nos enfrentamos hoy. Después de que las políticas anteriores privatizaran con éxito la atención secundaria y terciaria, ahora el juego consiste en trasladar la atención primaria financiada y administrada públicamente a las mismas opciones de compra estratégica fallidas, que consideramos contribuyentes a la falta de progreso hacia la cobertura sanitaria universal. En su lugar, los Estados miembros deberían pedir la condonación de la deuda, que podría vincularse a que los gobiernos nacionales invirtieran más en atención primaria en sus condiciones. Observamos que algunos de estos bancos apoyan la inversión empresarial en sanidad a través de ramas del sector privado, como la CFI del Banco Mundial. También observamos que en muchos tratados bilaterales y plurilaterales, las cláusulas de solución de diferencias entre inversores y Estados son aplicables a los servicios sanitarios. Esto puede reducir en gran medida el espacio político de que disponen los gobiernos para promover la calidad, la eficiencia y la asignación equitativa de los recursos. En tales condiciones, una puerta abierta a la inversión extranjera con ánimo de lucro en la atención sanitaria primaria, que tiene carácter de bien público, es sumamente indeseable y es necesario oponerse a ella.

8. PHM también advierte contra una serie de agencias internacionales de consultoría, algunas de las cuales también ocupan el espacio de la sociedad civil, como ACCESS - Health International, por ser promotoras de algunas de estas estrategias privatizadoras que consideramos responsables del fracaso en el avance hacia la CSU. El mero hecho de que una plataforma como UHC 2030 (mencionada en el párrafo 26) funcione en colaboración con la OCDE y el Banco Mundial es motivo de cautela. Además, son las agencias multinacionales de consultoría comercial, cuyos principales ingresos proceden de clientes corporativos, las que contratan cada vez más este tipo de iniciativas para planificar la estrategia nacional. Aunque los Estados miembros son los principales responsables de los avances hacia la CSU o de la falta de ellos, también hay que medir y comentar la responsabilidad de los promotores de estas estrategias fallidas, incluso después de que se haya demostrado que han fracasado.

9. El Informe sobre la CSU también destaca por sus silencios. El más notable de ellos se refiere al reto del acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles dentro de la actual estructura política mundial.

PHM hace un llamamiento a los miembros del Consejo Ejecutivo para que reexaminen la retórica de la OMS sobre la cobertura sanitaria universal y sus esfuerzos para que el papel del gobierno deje de ser la prestación de servicios como un bien público y pase a ser la compra de servicios a una combinación de proveedores basada en mecanismos de mercado. Esto no ha funcionado para la atención secundaria y terciaria, y para la atención primaria es un fracaso sin apenas ejemplos de éxito. Advertimos a los Estados miembros de que, dada la experiencia

pasada con los préstamos de los bancos de desarrollo para la atención sanitaria, el Fondo de Inversión para el Impacto en la Salud podría convertirse en un vehículo para persuadir a las naciones de que acepten soluciones basadas en el mercado para la atención primaria, que probablemente no funcionen, pero que podrían allanar el camino para la penetración de las empresas en los servicios públicos. La atención primaria NO es una inversión financiable. Lo que necesitan los PBI y los PIM es condonación y canje de deuda, no más deuda en nombre de la APS y la CSU.

Los EM también deberían pedir a la OMS que trabaje en alternativas que avancen hacia una cobertura universal basada en una conceptualización de la atención primaria de salud como un bien público. Esto requerirá que la prestación de la atención esté dominada por proveedores públicos con responsabilidad pública para promover la calidad, la eficiencia, la asignación equitativa de recursos y la atención sanitaria orientada a la salud de la población. La financiación debe seguir basándose en los impuestos o en formas de seguridad social con un movimiento progresivo hacia una financiación de pago único.

Punto 7 del orden del día. Declaración política de seguimiento de la tercera Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

En el punto de mira

En respuesta a las decisiones [WHA72\(11\)](#) (2019) y [WHA75\(11\)](#) (2022), así como a las resoluciones [WHA66.10](#) (2013), [WHA74.4](#) (2021) y [WHA74.5](#) (2021), el Director General presenta un informe consolidado ([EB154/7](#)) sobre los progresos realizados en el seguimiento de la declaración política en varias áreas prioritarias y, como complemento del EB154/7, un [panorama general](#) de la labor técnica de la Secretaría sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones. El EB154/7 invita al Consejo a proporcionar orientaciones sobre:

- ¿Cómo pueden los Estados Miembros, con el apoyo de la Secretaría, acelerar los progresos hacia la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para 2030, teniendo en cuenta que los progresos mundiales se han ralentizado en los últimos años? ¿Cómo puede optimizarse la hoja de ruta para la aplicación, junto con las orientaciones de la OMS sobre las mejores prácticas y las medidas recomendadas para la prevención y el control de las ENT?
- ¿Cómo puede la Secretaría ayudar a los Estados Miembros a prepararse para la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se celebrará en septiembre de 2025? ¿Qué otro apoyo estratégico de la Secretaría consideran los Estados Miembros que es crucial para garantizar que se presta la debida atención a este acontecimiento fundamental?
- ¿Cómo pueden integrarse más plenamente las ENT en los trabajos en curso sobre fortalecimiento de los sistemas sanitarios, enfoques de atención primaria de salud/cobertura sanitaria universal, paquetes de prestaciones de cobertura sanitaria universal y otros mecanismos para mejorar la protección financiera, y planes de preparación y respuesta ante emergencias?

No está prevista en el orden del día anotado la [Visión general](#) de la labor de la Secretaría sobre las ENT que "complementa el documento EB154/7 y detalla las acciones, los enfoques, las iniciativas y las asignaciones mundiales clave ejecutadas por los tres niveles de la OMS, a través de los tres turnos estratégicos del Decimotercer Programa General de Trabajo, 2019-2025 que apoyan a los Estados Miembros en la aplicación del plan de acción mundial para la

prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la consecución de las nueve metas mundiales voluntarias relativas a las ENT para 2025, y cumplen los compromisos pertinentes asumidos para dicha prevención y control y la promoción, protección y atención de la salud mental por la Asamblea General de las Naciones Unidas, incluida la meta 3.4 de los ODS, así como otras metas clave.4, así como otras metas clave, como los ODS 3.5, 3.8 y 3.A".

En [WHA76\(9\)](#) (mayo de 2023), la Asamblea pidió al DG, *entre otras cosas*, que "incorpore las intervenciones revisadas al apéndice 3 del plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030 de forma continua, cuando se disponga de datos".

Fondo

[A/RES/63/2 \(10 de octubre de 2018\)](#) Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre la Declaración Política de la Tercera Reunión de Alto Nivel sobre las ENT

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre las ENT en general

Comentario de PHM

Visión general

Este informe se presenta de conformidad con la petición realizada a la Secretaría en [la AMS72\(11\)](#) de presentar un informe anual sobre los progresos realizados en la lucha contra las ENT y como seguimiento de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT. También cumple los compromisos de informar sobre el plan de acción mundial sobre salud bucodental y cánceres (párrafos 1 a 4).

La siguiente sección (párrafos 5 a 23) es un análisis de la situación con respecto al programa de ENT y salud mental. Tras una declaración general de que las ENT siguen siendo un problema creciente y que el programa no va por buen camino (párrafos 5 a 7), el informe expone la situación en cada una de las 15 áreas de intervención estratégicas de la OMS con un párrafo para cada una (párrafos 8 a 23), el control de la hipertensión (12), los avances en el tabaco (13), el alcohol (14), la actividad física (15), el sobrepeso y la obesidad (16), la contaminación atmosférica (17), la discapacidad visual (18), las enfermedades bucodentales (19), el cribado de las 4 ENT (20), la salud mental (21), los trastornos neurológicos (22) y las enfermedades poscovídicas (23). En cada uno de estos ámbitos, el informe señala que la carga de morbilidad sigue siendo elevada y que los avances van a la zaga de las expectativas o que la carga de morbilidad está empeorando.

En los apartados 24 a 26 se resume la estrategia global de salud bucodental. Esta cuenta con 100 actividades y un conjunto de 11 indicadores básicos a través de 8 estrategias. El informe presenta los valores de referencia de estos indicadores en 2023 y destaca que, aunque el 45% de la población tiene necesidades de salud bucodental, solo el 31% de los países cuenta con un plan de acción y aún menos (el 21%) ha aplicado los componentes básicos del mismo.

En los párrafos 27 a 79, el Informe presenta las actividades pertinentes de la Secretaría de la OMS. Cada párrafo se refiere a una enfermedad o categoría de enfermedad. Se trata de un resumen de un [panorama](#) mucho más [amplio](#) de la labor técnica de la Secretaría en relación con las ENT. Los tipos de actividad de los que se informa incluyen la celebración de conferencias y consultas, la adopción de resoluciones, la presentación de informes, la elaboración y difusión de estrategias, planes de trabajo y marcos, y la adopción de documentos de orientación técnica.

Los retos

Aunque el informe documenta fielmente las limitaciones en el progreso y las medidas adoptadas, no aborda adecuadamente las razones de los escasos avances, incluso una década después de que el mundo hubiera

aceptado las ENT como un importante problema de salud pública. Enumeramos cuatro retos clave que este informe debería haber abordado:

Fragmentación de la atención y el reto de la integración. Es evidente que, tan variadas y dispersas son estas intervenciones, que el reto de la fragmentación que acosa a los Estados miembros es también un reto para la Secretaría de la OMS. El reto es especialmente evidente en el paso de una atención selectiva a unos servicios sanitarios más integrales. Durante dos décadas, la atención sanitaria selectiva ha descalificado a menudo a los profesionales sanitarios y ha limitado la conceptualización de lo que son las prioridades de la atención primaria e incluso de lo que significa decir atención primaria.

El reto del fortalecimiento de los sistemas sanitarios. La cuestión del fortalecimiento de los sistemas sanitarios es fundamental para alcanzar cada uno de estos objetivos. Tenemos que pensar cómo podría la OMS reforzar los grupos políticos que se preocupan por la exhaustividad, la calidad, la eficiencia, la asignación de recursos y la evaluación de la atención sanitaria. En parte, esto se reduce a los recursos (capacidad fiscal y todas las cuestiones relacionadas), pero también a la organización de la prestación de servicios y la política de recursos humanos. El fortalecimiento del sistema sanitario también debe abordar los valores o la ética sobre los que se organizan los servicios públicos y, como parte de ello, crear un conjunto diferente de incentivos, libres de las presiones del mercado (incluida la presión de centrarse únicamente en la atención episódica a los enfermos), dentro de los cuales puedan trabajar los gestores y los profesionales de la atención sanitaria.

Las dimensiones intersectorial e internacional. Las dimensiones intersectoriales e internacionales del control de las ENT son fundamentales, incluida la regulación de los alimentos ultraprocesados, las dietas malsanas, el tabaco, el alcohol, la contaminación del aire y el agua y la salud laboral. La OMS ha proporcionado gran cantidad de asesoramiento político en este ámbito, pero la tarea de crear grupos nacionales que impulsen la acción intersectorial nacional y aborden los determinantes sociales, comerciales y medioambientales de la salud a través del compromiso de los asuntos exteriores con las finanzas, la política industrial, la urbanización, la gestión de los recursos naturales, etc. y sus marcos de gobernanza va a la zaga. Esto está estrechamente relacionado con el punto del orden del día sobre economía y salud para todos y la promoción del bienestar y la salud. También debe abordar el papel de los determinantes comerciales de la salud y la influencia de las empresas, que anteponen los beneficios a la salud a la hora de configurar las políticas.

El personal sanitario puede desempeñar un papel importante en la defensa del fortalecimiento de los sistemas sanitarios y de una acción intersectorial e internacional eficaz. La espectacular ampliación de la fuerza de trabajo de los CHW que se reclama podría ayudar a reforzar dicha defensa.

El reto de la desigualdad. El informe apenas menciona la cuestión de la desigualdad. La desigualdad influye en las causas, las consecuencias y la respuesta a las ENT. La atención prestada a enfermedades concretas y factores de riesgo específicos ha ocultado la dimensión de la desigualdad. Esto incluye la desigualdad en términos de acceso a una atención sanitaria digna, que incluye la atención a las ENT, pero también incluye la desigualdad social y económica y la discriminación, así como una mayor exposición a todos los factores de riesgo

específicos descritos. Sabemos que los sectores más pobres y marginados son más propensos a las ENT que otros. La aplicación de la perspectiva de la desigualdad apunta también al papel de los entornos sociales y culturales que median en la influencia de la desigualdad y la discriminación sobre las actitudes de la comunidad, que pueden disminuir la utilización de la atención sanitaria y los comportamientos de promoción de la salud. Consideremos el papel de la comida basura para las personas que necesitan consuelo o el papel del alcohol en el olvido de las realidades sociales.

Acciones necesarias

Lograr la integración en la acción intersectorial

Uno de los ámbitos en los que se requiere una actuación integrada es el de los factores determinantes intersectoriales, que exigen cambios políticos y estratégicos, así como una regulación por parte de distintos sectores. Los Estados miembros deben estudiar las medidas intersectoriales necesarias para la salud, que afectan a todas las enfermedades y factores de riesgo. Es lo que se ha dado en llamar "enfoque de la salud en su conjunto". Los instrumentos jurídicos, como las leyes de salud preventiva o las leyes laborales y medioambientales, desempeñan un papel importante.

Sin embargo, los ministerios de sanidad necesitan capacidad institucional para planificar, promover y medir las repercusiones sanitarias de todos estos factores determinantes, y deben rendir cuentas por ello. Los países necesitan un marco institucional bien equipado y capacitado en el ministerio de sanidad para vigilar e intervenir continuamente sobre las consecuencias sanitarias de las políticas de desarrollo en todos los sectores. La creación de capacidad y la rendición de cuentas de los ministerios de sanidad en este sentido es un reto clave que la OMS debe abordar.

Integración en las comunidades locales

La integración también se impulsa a nivel de las comunidades locales. Este es el nivel en el que la lógica burocrática de los "sectores" institucionales tiene menos sentido. La defensa comunitaria es un motor esencial para fomentar la colaboración intersectorial. A menudo son los proveedores de atención sanitaria primaria los que pueden ver más claramente la necesidad de una acción intersectorial, pero suelen trabajar en entornos incentivados que desalientan la defensa necesaria.

Se necesitan leyes de salud pública y seguridad social que faculten a los gobiernos locales para garantizar unas condiciones de trabajo y de vida adecuadas a la población y crear el apoyo social, la seguridad social y las acciones afirmativas necesarias para llegar a los sectores más pobres y marginados. Las intervenciones a este nivel están relacionadas en gran medida con la nutrición, el agua y el saneamiento, la contaminación, el acceso a la salud y a todos los servicios relacionados con la salud, los barrios saludables, la vivienda, etc. La administración local necesita la financiación y la capacidad necesarias para llevar a cabo estas intervenciones. En las comunidades donde dominan las élites locales, el Estado puede tener que intervenir para garantizar la equidad.

Lograr la integración mediante el fortalecimiento de los sistemas sanitarios:

El fortalecimiento y la (re)organización de los sistemas sanitarios son necesarios para garantizar la prestación de los servicios requeridos de forma integrada, incluida la educación sanitaria necesaria y los servicios de atención sanitaria preventiva y promocional, así como la continuidad de la atención en todos los niveles. No es posible ni deseable abordar esta amplia gama de condiciones sanitarias mediante un programa vertical para cada una de ellas. Ni el enfoque 5*5 ni el modelo de las mejores compras se prestan a la integración. Amplían los

actuales paquetes altamente selectivos con unas pocas intervenciones adicionales, pero continúan con la mentalidad selectiva y vertical. Las mejores compras basadas en la rentabilidad de las intervenciones individuales podrían ser engañosas. Los resultados diferirían si se evaluaran como elementos de

una asistencia sanitaria global e integrada que aproveche al máximo los recursos humanos y las instalaciones sanitarias desplegadas.

Reducir la fragmentación de los servicios específicos de cada enfermedad es un objetivo importante. Los esfuerzos de integración en la prestación de servicios sanitarios incluirían medidas para

1. Promover la investigación sobre modelos de sistemas sanitarios y compartir las mejores prácticas en cuanto a la manera de abordar las ENT de forma integrada. Algunas de las preguntas son : ¿Cuál sería la composición y las competencias de los equipos de atención primaria? ¿Cómo apoyaría la logística de consumibles y diagnósticos a los equipos de atención primaria y qué innovaciones tecnológicas serían útiles? ¿Cómo se abordaría la derivación a un grupo más amplio de especialistas diversos y la continuidad de la atención? ¿Cómo se organizaría el seguimiento y la supervisión de manera integrada, sin estructuras de supervisión separadas ni plataformas electrónicas separadas para cada una de estas condiciones de salud y factores de riesgo, de modo que no tengamos un sistema separado para cada condición de enfermedad asumida? La prevención y la atención de la amplia gama de enfermedades que se abordan deben integrarse en las operaciones en curso, incluidos los niveles de recursos, la logística, los perfiles de los trabajadores y las estructuras de incentivos;
2. Animar a los ministerios y departamentos de sanidad a reforzar la participación de la comunidad en la planificación sanitaria, la responsabilidad del sistema sanitario y la promoción de la salud.
3. Ampliar la dotación fiscal de la asistencia sanitaria mediante mecanismos de financiación pública más sensibles que puedan respaldar la expansión de la variedad y la cantidad de los servicios prestados.
4. Centrarse en la desigualdad y la discriminación como motores de la mala salud y barreras a la acción sanitaria, y planificar acciones afirmativas para llegar a las comunidades pobres y marginadas en todas sus necesidades sanitarias. Identificar y reformar los incentivos que actualmente dan prioridad a los sectores más ricos y acomodados, pero excluyen a los sectores más pobres y marginados de la prestación de asistencia sanitaria;
5. Fuerte capacidad de aplicación de políticas, incluidos los resortes reguladores y fiscales; avanzar hacia una financiación única;
6. Invertir en recursos humanos para la salud, especialmente en trabajadores sociales comunitarios y comadronas.

Punto 8. Proyecto de plan de acción global para la prevención y el control de las infecciones

En el punto de mira

En respuesta a una petición formulada en la resolución [WHA75.13](#) (2022) sobre la estrategia mundial de prevención y control de infecciones, la Directora General presentará un proyecto de plan de acción mundial (en [EB154/8](#)) para traducir la estrategia mundial de la OMS, adoptada en la decisión [WHA76\(11\)](#) (2023), en un plan de acción, que incluya un marco para el seguimiento de los progresos con objetivos mensurables claros, para su examen por la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su presente reunión. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a considerar un proyecto de decisión para adoptar el plan de acción.

Fondo

[Enlaces](#) a anteriores debates sobre la CIP en el Consejo de Administración mundial

[Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones](#) y Resumen ejecutivo ([EB152/9](#)).

[Anexos complementarios 1-4](#)

Comentario de PHM

El plan de acción propuesto, presentado en [el documento EB154/8](#), identifica acciones, indicadores y objetivos para cada una de las ocho orientaciones estratégicas de la estrategia global.

El plan de acción propuesto también supone la aplicación de las disposiciones del [plan WASH](#), el [plan de acción mundial para la seguridad de los pacientes](#) y el [plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos](#) (RAM). Los [anexos suplementarios 1 a 4](#) que acompañan a este informe proporcionan más detalles, incluida la teoría del cambio. Los anexos son recursos esenciales para que los Estados miembros formulen y apliquen sus propios planes de acción (véanse los apartados 1 a 11 del informe).

Agradecimiento

El Plan de Acción propuesto es digno de beneplácito. El tema es crítico y las disposiciones del plan son, en general, muy prácticas y útiles. Sin embargo, criticamos el pensamiento vertical que caracteriza gran parte del plan de acción y el hecho de que no se reconozca plenamente la amplia gama de recursos y capacidades genéricos necesarios para la prevención y el control de las infecciones.

Alcance: debe abarcar tanto la comunidad como las instalaciones

Mientras que el EB154/8 se centra en la CIP en el centro, el punto 13 sobre la RAM, que incluye

la CIP como prioridad estratégica clave, aborda la prevención de infecciones tanto en la comunidad como en el centro.

Hay razones de peso para hacerlo, ya que es difícil e inadecuado conseguir agua potable, saneamiento, higiene y eliminación de residuos sólo en las instalaciones, sin tener en cuenta el entorno urbano.

entorno en el que se encuentra. Sin embargo, abordar el control de infecciones en la comunidad exige una legislación de salud pública que pueda hacer cumplir los derechos de los ciudadanos con respecto al agua potable, el saneamiento y las medidas de higiene en la comunidad. Muchos países cuentan con leyes de este tipo, en las que las instituciones gubernamentales locales son sus garantes, pero por lo general no se dota a los gobiernos locales de las capacidades y poderes financieros necesarios para desempeñar este papel. De acuerdo con la mentalidad colonial, en la que se ha originado comúnmente la legislación de salud pública, muchas leyes de salud pública trasladan la responsabilidad a los ciudadanos individuales y, en la práctica, se dirigen a las comunidades marginadas, especialmente a los inmigrantes, como fuentes de infecciones. Dado que estas comunidades son las principales víctimas de la falta de higiene, esta culpabilización de las víctimas no hace sino agravar el problema.

Sin embargo, si se interpreta que esta estrategia sólo se refiere a las instalaciones, el informe se saltaría los problemas de mayor envergadura.

PHM pide a la JE que solicite a la Secretaría que reelabore este Plan de Acción para abarcar la CIP tanto en la comunidad como en las instalaciones.

Pensamiento vertical

La primera dirección estratégica ("compromiso político y políticas") exige un plan de acción nacional para la CIP integrado en los planes nacionales de salud. Sin embargo, la dirección estratégica también exige un presupuesto específico para la CIP y el desarrollo de un plan nacional de inversión financiera para la CIP.

No se justifica una asignación presupuestaria específica para la CIP a nivel nacional y de los centros.

En la mayoría de los países existen mecanismos institucionales creados para abarcar la prevención y el control de la CIP junto con otros fines relacionados. La necesidad de crear estructuras institucionales de novo para la CIP debería depender del contexto. Gran parte del marco normativo para la CIP debe incorporarse en las leyes de salud pública y en los sistemas de gobernanza clínica a nivel de los establecimientos (que van más allá de la prevención de infecciones en sentido estricto, pero que son esenciales para la CIP). Los requisitos de la CIP deben ser un subconjunto de las normas nacionales de salud pública y no deben presentarse como disposiciones independientes.

La prevención y el control de las infecciones en los establecimientos están estrechamente relacionados con la prevención y el control de la RAM, y muchas de las estrategias y actividades necesarias son igualmente necesarias para abordar ambos aspectos.

La necesidad de contar con un "caso de inversión para la CIP" separado y distinto de las cuestiones más generales de las normas de salud pública envía la señal de que los donantes deben invertir en la CIP como algo distinto en lugar de invertir en la mejora de las normas de salud pública.

Los indicadores especificados en relación con la CIP son necesarios para la CIP, pero también serían útiles como elementos dentro de un sistema más amplio de vigilancia y seguimiento.

La Dirección Estratégica 3 trata de la integración y es bienvenida. Los programas con los que se busca la integración incluyen "los de resistencia a los antimicrobianos; salud laboral; seguridad del paciente; emergencias de salud pública; calidad de la atención; agua, saneamiento e higiene y residuos sanitarios; y enfermedades infecciosas específicas (como infección por VIH y tuberculosis)". Esto está bien

pero el problema al que se enfrentarán la mayoría de los PBI y los PIM es que, a excepción del último, sobre la infección por VIH y tuberculosis, actualmente no cuentan con un programa establecido a escala para ninguno de los demás.

Recursos humanos

La orientación estratégica 4 se refiere al desarrollo de capacidades y destaca correctamente la escala de las intervenciones necesarias para ello. La principal limitación sigue siendo su orientación vertical. Por ejemplo, exige un profesional de la CIP a tiempo completo en cada hospital, mientras que muchos hospitales no disponen de una persona cualificada en administración hospitalaria a tiempo completo ni de un microbiólogo a tiempo completo. Sería mejor insistir en estos dos últimos, junto con la estipulación de que todos los programas de administración hospitalaria incluyan una formación adecuada en materia de CIP y que los microbiólogos que trabajen en entornos hospitalarios reciban formación y certificación en CIP, ya sea integrada en su programa de posgrado o por separado.

Datos para la acción

En la Dirección Estratégica 5, el plan hace un llamamiento en favor de los datos para la acción. Sin embargo, el plan debería reconocer que para ello sería necesario contar con sistemas de vigilancia de enfermedades, sistemas de seguimiento de la CIP y sistemas adecuados de información hospitalaria, todos ellos fundamentales para disponer de datos eficaces, asequibles y sostenibles para la acción en materia de CIP.

Reconocimiento de la amplia gama de recursos y capacidades genéricos necesarios para la CIP

La segunda dirección estratégica (Programas activos de CIP) repite el llamamiento a programas y planes para distintos niveles, pero no reconoce la amplia gama de capacidades a las que éstos recurrirán. Incluye un objetivo que mide "la proporción de establecimientos con intervenciones implementadas basadas en estrategias multimodales para reducir las Infecciones Adquiridas en la Atención Sanitaria (IAAS) específicas según las prioridades locales". Esto es mucho más fácil de decir que de hacer. Sin un buen nivel de capacidad de laboratorio microbiológico y de especialistas, y sin sistemas de información basados en los hospitales y centros de salud, esto no es más que una ilusión.

El Plan de Acción Global debe reconocer estos requisitos como condiciones previas. Estas condiciones no pueden cumplirse si la concepción general de la cobertura sanitaria universal se basa en la adquisición de paquetes de servicios esenciales definidos de forma minimalista en función de la rentabilidad.

La Dirección Estratégica 3 pide un indicador, "proporción de infecciones del torrente sanguíneo debidas a *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* spp. y *Pseudomonas* spp. resistentes a los carbapenems". Sin embargo, para ello se necesita un laboratorio, capacidad especializada en microbiología y un sistema de información hospitalaria que pueda adquirir, procesar y proporcionar información sobre los patrones de resistencia, en todos los centros, públicos y privados.

En resumen

Ni la CIP ni la RAM pueden abordarse aisladamente de la necesidad de:

1. Sistemas de información sanitaria que funcionen correctamente y sean capaces de documentar y analizar los patrones y tendencias de las infecciones y la RAM;

2. Programas de vigilancia de enfermedades que funcionen bien y que incluyan el reconocimiento de patrones de infección y resistencia a los antibióticos adecuados para orientar a los proveedores;
3. Sistemas de garantía de calidad que incluyan todos los requisitos, para la CIP y la RAM, incluidas las normas WASH y la adopción y el uso de protocolos de tratamiento estándar;
4. Capacidad microbiológica adecuada para identificar la infección, su origen y los patrones de resistencia; parte de garantizar el acceso a una atención primaria, secundaria y terciaria de buena calidad, a diferencia de la compra de paquetes minimalistas de atención a proveedores privados;
5. Se necesita personal de apoyo adecuado para garantizar las normas WASH (agua, saneamiento, higiene y eliminación de residuos) y para las numerosas funciones asociadas a la CIP, con condiciones de empleo adecuadas que garanticen el rendimiento;
6. Adquisición adecuada de los consumibles necesarios, incluidos los EPI para garantizar una buena higiene y otros aspectos de la CPP;
7. Regulación adecuada de los establecimientos clínicos privados para garantizar que todas las normas anteriores se aplican también en el sector privado; los gobiernos pueden conseguir lo anterior mediante medidas administrativas, pero para el sector privado son esenciales disposiciones legales; éstas también deben incorporarse a todas las compras de asistencia del sector privado;
8. La creación de capacidad institucional para las normas nacionales de salud pública y la garantía y la mejora de la calidad, incluidas disposiciones que garanticen todas las acciones anteriores necesarias para la CIP, pero que también incluyan la seguridad de los pacientes, la RAM, la atención clínica eficaz, la planificación de la salud pública basada en pruebas, la satisfacción de los proveedores y la satisfacción de los pacientes.

Este paquete requeriría sin duda más fondos, pero los fondos se traducirían en mejores resultados. Los Estados miembros deberían considerar la consecución de la CIP como un subconjunto de la consecución de una asistencia sanitaria integral universal de buena calidad, y no como algo distinto de ella.

Tema 9. Agenda de Inmunización 2030

En el punto de mira

En su decisión [WHA73\(9\)](#) (2020), en la que respaldó la Agenda [de Inmunización](#) 2030, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que siguiera supervisando los progresos y que informara cada dos años a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, como punto sustantivo del orden del día, sobre los logros alcanzados en la consecución de los objetivos mundiales de la [Agenda de Inmunización 2030](#).

Este segundo informe sobre los logros alcanzados ([EB154/9](#)) resumirá los progresos realizados en la consecución de los objetivos y metas de la Agenda de Inmunización 2030. Se invitará a la Junta a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones, en particular:

- ¿Qué medidas pueden adoptar los socios mundiales para ayudar a los países a acelerar los avances en las seis áreas prioritarias señaladas?
- ¿Cómo pueden los países reforzar sus compromisos políticos y financieros con la inmunización dentro de los sistemas integrados de atención primaria, que es un factor clave para la cobertura sanitaria universal, la mejora de la salud de la población y la preparación ante pandemias?

Véanse a continuación las respuestas de PHM a estas preguntas.

Fondo

[Enlaces del Rastreador](#) a anteriores debates del Consejo Mundial sobre inmunización.

[Página del equipo de](#) inmunización de la OMS y [página temática](#).

Comentario de PHM

Breve resumen

El informe de la DG resume la visión global de la AI 2030, su estrategia general y los avances hacia la consecución de sus objetivos. El informe identifica el impacto de la pandemia de COVID-19 en la inmunización, incluidos los retrocesos en la cobertura y las interrupciones en los servicios esenciales. Aunque se observó cierta recuperación en 2022, los progresos variaron según las regiones y los países, persistiendo las dificultades para llegar a los niños con dosis cero y las disparidades en la cobertura, especialmente en los países de bajos ingresos y en la Región de África.

El informe subraya la necesidad urgente de una acción coordinada, haciendo hincapié en seis áreas prioritarias (fortalecimiento de los programas nacionales, promoción de la equidad, control del sarampión, defensa de la integración en la atención primaria de salud, introducción de vacunas y vacunación contra el papilomavirus en la adolescencia).

La IA 2030 abarca tres objetivos de impacto y siete indicadores a nivel mundial para el

seguimiento de los progresos. A pesar de algunas mejoras, persisten las dificultades para alcanzar los objetivos de cobertura, eliminar enfermedades como la poliomielitis y el sarampión y prevenir grandes brotes.

El informe destaca los esfuerzos realizados para aplicar la agenda, incluido el desarrollo de estrategias nacionales e iniciativas regionales, con el apoyo de socios mundiales privados y grupos de trabajo. La iniciativa "Big Catch-Up" pretendía colmar las lagunas causadas por las vacunaciones no realizadas durante los años de la pandemia y restablecer las trayectorias de inmunización.

Contexto geopolítico y concepto controvertido de atención primaria

La AI 2030 y su aplicación deben entenderse dentro de un contexto geopolítico más amplio que configura de manera significativa sus estrategias y contenidos. A pesar de los múltiples llamamientos a la integración de la atención primaria de salud y al fortalecimiento de los programas nacionales de inmunización, la AI2030 se basa en una visión de cobertura sanitaria universal (CSU), influida en gran medida por los principales actores mundiales como USAID, el Banco Mundial y la Fundación Gates. Estas entidades abogan por un marco del sistema sanitario que priorice el fortalecimiento del sector privado sobre la sanidad pública.

El concepto de cobertura sanitaria universal tiende a limitar la participación del Estado a la prestación de un paquete definido de servicios básicos a través del sector privado, abriendo oportunidades a los proveedores privados de asistencia sanitaria y a las compañías de seguros médicos. Este enfoque corre el riesgo de debilitar los sistemas sanitarios en general, reduciendo la atención primaria a una mera capa inicial de atención privada, que a menudo actúa como guardián de la atención especializada.

Para las estrategias nacionales de inmunización, una atención primaria de salud pública sólida, centrada en las comunidades y los territorios, tiene una importancia fundamental. Estas estrategias exigen un alto nivel de capacidad estatal para planificar y recopilar datos sobre vacunación, lo que se ve obstaculizado tanto por la privatización como por la erosión de los sistemas de salud pública.

Abordar este punto de la agenda requiere esta perspectiva más amplia y reafirmar el concepto de atención primaria de salud presente en la Declaración de Alma-ata, que es crucial para unas estrategias de inmunización adecuadas. Una buena atención sanitaria primaria es la mejor manera de llegar a las comunidades aisladas y empobrecidas, que son las que normalmente no reciben cobertura vacunal.

Asimismo, la atención primaria de salud centrada en la comunidad es necesaria para evaluar las nuevas tecnologías que se incorporarán a los programas de inmunización. A menudo, un enfoque centrado en la tecnología deja de lado una visión más amplia de los sistemas sanitarios y de los factores sociales y económicos que enmarcan lo que es posible.

Personal sanitario

Los trabajadores sanitarios constituyen la columna vertebral del sistema de salud, especialmente en zonas donde la cobertura de vacunación es baja, como las comunidades no urbanas y empobrecidas. Hay que prestar atención a la falta de énfasis del informe en los trabajadores sanitarios y su papel dentro de la Agenda de Inmunización. Es crucial reconocer la necesidad de construir y valorar esta fuerza de trabajo. Esto es particularmente crítico en

zonas de conflicto, donde las barreras a la cobertura de vacunación se ven exacerbadas por la guerra y el conflicto.

Es esencial comprender la interacción entre guerra y salud en un marco geopolítico más amplio.

Mercado farmacéutico: transparencia de precios y compras conjuntas

La EI 2030 y el informe de la DG no abordan suficientemente las cuestiones relativas al poder de las empresas y a la asequibilidad y disponibilidad de las vacunas. En las últimas décadas, la producción de vacunas ha ido cayendo cada vez más bajo el control de grandes empresas farmacéuticas con sede principalmente en Europa Occidental, Estados Unidos, Japón y, más recientemente, China.

Las estrategias monopolísticas empleadas por estas empresas -utilizando los derechos de propiedad intelectual, incluidas las patentes y el secreto industrial, restringiendo el acceso a las muestras biológicas y abogando por la exclusividad de los datos en los ensayos clínicos- se traducen en precios elevados y escasez. La pandemia de Covid- 19 puso de manifiesto las limitaciones de este modelo, revelando las dificultades para ampliar la producción. La pandemia también dejó claro que la innovación en vacunas se financia en gran medida con recursos públicos.

El análisis de este tema debe incluir cuestiones de asequibilidad y acceso a las tecnologías sanitarias, como las licencias obligatorias de patentes y la transparencia en materia de innovación y costes de fabricación. La transferencia de tecnología, incluido el intercambio de muestras de material biológico, es crucial para el acceso a las vacunas.

Estrategias como la adquisición mancomunada han demostrado su eficacia para reforzar el poder de negociación de los Estados y su capacidad para apoyar las estrategias nacionales de inmunización. Por ejemplo, el Fondo Rotatorio de la OPS en las Américas sirve como un modelo encomiable para fortalecer y replicar en el marco de la IA 2030.

Respuesta a las preguntas de la Secretaría

PHM insta a los Estados miembros a que incluyan en sus comentarios relativos a la primera pregunta que se invita a tratar al EB:

- incluida la capacitación de los Grupos de Asesoramiento Técnico Nacional sobre Inmunización (NITAG) y sus homólogos regionales (RITAG), incluyendo en particular metodologías para estimar los costes de oportunidad de la introducción de nuevas vacunas, teniendo en cuenta los factores sociales y económicos del país y de la región;
- reconocer la necesidad de que la OMS evalúe las posibilidades de aplicar otros mecanismos de adquisición mancomunada más allá del Fondo Rotatorio de la OPS, en asociación con los NITAG y los RITAG.

PHM insta a los Estados miembros a que incluyan en sus comentarios relativos a la segunda pregunta que se invita a tratar al EB:

- exigir a la OMS que se desvincule del defectuoso modelo de "cobertura sanitaria universal" promovido por el Banco Mundial, USAID y la red Rockefeller y del consiguiente concepto de atención primaria de salud orientada al sector privado;
- reconocer la importancia de un IA2030 fuerte teniendo en cuenta los problemas puestos de relieve por el contexto geopolítico más amplio;

- reconocer la necesidad de abordar el poder de las empresas para garantizar un acceso adecuado a las vacunas, incluidas las barreras de propiedad intelectual y el refuerzo de la producción local; y

- la importancia del personal sanitario en las estrategias de inmunización.

Tema 10. Estrategia para acabar con la tuberculosis

En el punto de mira

En la resolución [WHA73.3](#) (2020), la Asamblea de la Salud adoptó la estrategia mundial de investigación e innovación sobre la tuberculosis. En respuesta a una petición formulada en la resolución, la Directora General presentará un informe ([EB154/10](#)) sobre los progresos realizados con respecto a la Estrategia Hacia el Fin de la Tuberculosis, incluida la aplicación de la estrategia mundial de investigación e innovación en materia de tuberculosis, para su examen por la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a anteriores debates del Consejo Mundial sobre la TB

[Página de actividades de](#) la OMS contra la tuberculosis y [página temática](#)

Hoffman (2023) "[Tuberculosis and inequality: how race, caste and class impact access to medicines](#)", HPW 16 dic 2023

[Asamblea](#) General de las Naciones Unidas [sobre TB 2023](#)

Comentario de PHM

Panorama general - lentos avances

El presente informe se presenta en cumplimiento del compromiso de la Dirección General de la OMS de informar cada dos años, hasta 2030, sobre los progresos realizados en relación con la estrategia Fin de la Tuberculosis. Estas estrategias y los informes de seguimiento están refrendados en las declaraciones políticas adoptadas en dos reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis (2018 y 2023) y en dos resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (2014 y 2020).

En sus siete primeros párrafos, el informe aborda los objetivos fijados en la estrategia, el nivel actual de realización y las tendencias. Éstas podrían resumirse afirmando que, en todos los indicadores, los niveles actuales de consecución están muy por debajo de lo necesario para alcanzar los objetivos. La incidencia y la mortalidad siguen siendo elevadas, la cobertura del tratamiento se estanca y el tratamiento preventivo aumenta con demasiada lentitud. Se pasa por alto una proporción considerable de casos sintomáticos. El objetivo de una protección financiera del 100% sigue estando lejos, ya que más de la mitad de los pacientes experimentan gastos sanitarios catastróficos (CHE). En la tuberculosis farmacorresistente, más del 80% experimenta CHE. Ningún país informa de la puesta en marcha de un paquete completo de prestaciones sanitarias y sociales, aunque algunos de los programas nacionales incluyen cierto apoyo financiero y nutricional. El uso de pruebas de diagnóstico rápido, que se preveía que se

convirtieran en la primera línea de diagnóstico para el 100% de los casos, sólo tiene una cobertura de alrededor del 47%. Sólo dos de cada cinco pacientes con tuberculosis farmacorresistente reciben tratamiento. En términos de financiación, el presupuesto actual disponible para la tuberculosis en los PBI y los PIM sería el siguiente

tienen que cuadruplicarse para alcanzar el objetivo de 22.000 millones de financiación, y por ahora más del 80% de esta financiación procede de fondos nacionales.

Ha habido avances en los tres pilares estratégicos, pero el alcance de los progresos es aproximadamente la mitad de lo que se esperaba. El primero de estos tres pilares es la "prevención y atención integradas", bajo el cual se informa de la publicación de directrices técnicas actualizadas, la ampliación de las pruebas y el tratamiento de la tuberculosis como comorbilidad con el VIH y la introducción del régimen totalmente oral de seis meses para la tuberculosis en 40 países. El informe señala que la tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis con VIH fue sólo del 63%. En el segundo pilar se señala la lentitud de los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y la adopción del marco multisectorial de rendición de cuentas.

Investigación e innovación

En cuanto a la estrategia de investigación e innovación, que se denomina tercer pilar, el informe concluye: "En general, el desarrollo de nuevas vacunas, diagnósticos y medicamentos contra la tuberculosis y de proyectos de investigación críticos avanza lentamente debido principalmente a una financiación inadecuada". El Grupo de Acción para el Tratamiento informó de una inversión en investigación y desarrollo de la tuberculosis de 1.000 millones de dólares en 2021-2, muy por debajo del objetivo mundial de las Naciones Unidas de 5.000 millones de dólares anuales para 2027." PHM señala que la proyección de cómo se alcanzarían las estrategias de Fin de la Tuberculosis incluía suposiciones de que se introduciría una nueva gama de tecnologías que mejorarían los resultados. De éstas, la mayor expectativa era la vacuna. Aunque se está trabajando en ello, estos plazos son claramente poco realistas.

En el ámbito de las consecuencias sociales, especialmente el objetivo de una cobertura del 100% con un paquete de prestaciones sanitarias y sociales, no se menciona cuál es la cobertura alcanzada ni siquiera cuántos países han puesto en marcha algún paquete. Esto es especialmente desafortunado porque algunos estudios recientes publicados en Lancet han demostrado que los suplementos nutricionales conducen a mejores resultados en los pacientes y previenen el desarrollo de enfermedades en los contactos ([Bhargava et al, 2023a](#) y [Bhargava et al 2023b](#)).

Razones de la lentitud

El aspecto positivo del informe es su claridad a la hora de describir la situación actual. Su punto débil es la falta de análisis sobre por qué los progresos son tan limitados en la mayoría de los países. Una de las razones de los escasos avances que destaca el informe es el retroceso debido a la interrupción de los servicios a causa de la pandemia. Sin embargo, no se mencionan medidas específicas para evitar tales interrupciones en el futuro.

Una de las razones por las que no se puede ampliar la escala de las nuevas tecnologías son los problemas relacionados con la cadena de suministro y los derechos de propiedad intelectual. El informe lo reconoce. Cito textualmente: "Una mayor disponibilidad de estos (nuevos) regímenes requiere mejorar el suministro y el acceso a los medicamentos fundamentales para ellos, incluso mediante enfoques que armonicen la interacción entre el comercio, la propiedad intelectual y la salud". Sin embargo, carece de un compromiso claro

por parte de la OMS para intervenir en el actual régimen comercial y de derechos de propiedad intelectual o con las grandes potencias para lograr dicha armonización. Estas barreras se presentan al programa como informes de desabastecimiento de medicamentos antituberculosos tanto para el tratamiento preventivo como para la enfermedad activa. El desabastecimiento de fármacos para la tuberculosis farmacorresistente es motivo de honda preocupación. Muchos de los fármacos destinados a la tuberculosis MDR y XDR están bajo patente y la elevada

Los precios son inasequibles tanto para los gobiernos como para las sociedades que trabajan en el ámbito de la atención a la tuberculosis. Aunque existen disposiciones en el marco de las flexibilidades de los ADPIC, es difícil utilizarlas. Sería muy útil una exención de los ADPIC similar a la que se estableció para la pandemia de Covid.

Del mismo modo, el fracaso a la hora de pasar de la microscopía de esputo a las pruebas moleculares rápidas como primera línea de diagnóstico de la tuberculosis y añadir pruebas genómicas para la resistencia a múltiples fármacos en todos los casos puestos en tratamiento, aunque bienvenido, requeriría un considerable refuerzo de los sistemas sanitarios y apoyo financiero para ser ampliado.

Abordar las dos causas principales de la persistencia de la epidemia de tuberculosis

Aunque la introducción de nuevas tecnologías y su despliegue a gran escala son muy bienvenidos, no abordan las dos causas principales de la persistencia de la epidemia de tuberculosis a pesar de tantos cambios periódicos de estrategia.

El primer reto es la necesidad de reforzar y universalizar el acceso a la atención primaria de salud para que se pasen por alto menos casos de tuberculosis infecciosa y para garantizar el seguimiento y el cumplimiento de la medicación. Recientes estudios de prevalencia realizados en distintos países indican que hasta el 50% de las personas con tuberculosis pulmonar sintomática pueden no haber buscado la atención adecuada.

Aunque la búsqueda activa de casos será de gran ayuda, debe realizarse como parte de un trabajo rutinario en el que los trabajadores sanitarios sean solidarios y apoyen a todas las familias mediante visitas periódicas, en lugar de depender de campañas esporádicas. La tecnología mejora la atención a los que han entrado en la cascada asistencial, pero no toca el problema de los muchos que no han entrado en ella.

El segundo gran requisito es una acción eficaz sobre los determinantes sociales llevada a escala. No se trata de una cuestión sectorial. Se trata de un enfoque de todo el gobierno que elija una vía de desarrollo que reduzca las desigualdades e incluya medidas de bienestar que lleguen de forma proactiva a los más pobres y marginados. El gobierno debe elegir programas y vías de desarrollo que eliminen el hambre y la malnutrición en toda la población. Tanto las pandemias como las guerras agravan la crisis alimentaria y crean inseguridad nutricional. Los cambios climáticos empeoran la producción, la adquisición y la distribución de alimentos. Estrategias de mitigación y adaptación que aborden estas crisis. Otros determinantes sociales que la acción intersectorial puede abordar son la vivienda (refugios superpoblados), las malas condiciones de trabajo con salarios bajos y las enfermedades pulmonares profesionales. Aunque la introducción de nuevas tecnologías es bienvenida, la impresión creada de que se podría eliminar la enfermedad sin abordar los determinantes sociales no es probable que funcione para la tuberculosis. Puede que haya funcionado con la viruela o con el Covid, pero no con la tuberculosis.

En conclusión

Los resultados finales van a depender en gran medida de estas dos áreas de intervención. Si no se abordan estas dos dimensiones, la introducción de una nueva ronda de tecnologías mucho más costosas sólo va a ocupar una parte mayor del presupuesto de salud pública

disponible, dando mayores beneficios a la industria médica, pero con la persistencia de un lento avance hacia los objetivos que presenta este informe.

Es posible que la introducción de una vacuna eficaz cambie esta situación. También es posible que no. Pero aún no hemos llegado a ese punto.

Tema 11. Hoja de ruta para las NTD 2021-2030

En el punto de mira

La Directora General presentará un informe ([EB154/11](#)) en respuesta a la decisión [WHA73\(33\)](#) (2020), en la que la Asamblea de la Salud respaldó la hoja de ruta y solicitó informes bienales, a través del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a anteriores debates del CA sobre las DTN

[Actualización mundial sobre la aplicación de la quimioterapia preventiva \(CP\) contra las enfermedades tropicales desatendidas \(ETD\) en 2022 y situación de los medicamentos donados para las ETD en 2022-2023](#)", WER 51(98),681, 29 dic 2023

[Página temática](#) de la OMS sobre las ETD

Comentario de PHM

Este informe bienal sobre las ETD mantiene su conclusión más crítica hasta el párrafo 18, que señala que la financiación para las ETD se ha desplomado desde el inicio de la pandemia de Covid-19 en 2020. Ninguno de los desiguales "progresos" evaluados en el informe conducirá a mejoras en las vidas de casi mil millones de personas susceptibles de padecer ETD si no se invierte la "rápida disminución de la financiación para combatir las ETD".

El Consejo Ejecutivo debe hacer una declaración clara, bien de que las enfermedades tropicales desatendidas deben seguir siendo desatendidas y el sufrimiento de los afectados debe continuar, o bien de que los recursos comprometidos en el pasado para acabar con las ETD no deben ser desperdiciados por el actual recorte en el apoyo financiero, y que la comunidad mundial restablecerá su financiación para apoyar a la OMS en la eliminación de las ETD y proteger a casi mil millones de personas del sufrimiento de enfermedades prevenibles.

Los párrafos 4-5 citan reducciones en el número y porcentaje de personas con ETD, así como en los AVAD relacionados con ETD, pero no evalúan esas reducciones en relación con la hoja de ruta para las ETD ni proporcionan a los Estados miembros información suficiente para evaluar si la tendencia se traducirá en el cumplimiento de las ambiciones de la hoja de ruta, ni si la tendencia varía en función del género, la región o la situación de marginación. En siete de las ETD, ni siquiera se dispone de esta información básica.

La persistencia de las ETD socava los esfuerzos por lograr la CSU, entendida como la consecución del acceso universal a todos los servicios esenciales para satisfacer las necesidades sanitarias sin penurias económicas. Dicho de otro modo, la cobertura universal para cada una de las 21 enfermedades de la lista de ETD, tanto en términos de medidas

preventivas como de tratamiento sin dificultades económicas, es un componente importante del progreso hacia la CSU. Sin embargo, el tratamiento curativo de las ETD incrementa el gasto en salud.

gastos de bolsillo en servicios sanitarios y tratamientos, mientras que la prevención es radicalmente más rentable.

El informe no aborda la necesidad de abordar los determinantes sociales más amplios de las ETD, como el desarrollo urbano, la gestión del agua, la salud laboral y los derechos de los trabajadores. Cada ETD tiene su conjunto de determinantes próximos e intermedios y abordarlos requiere una acción planificada tanto a nivel de atención primaria como comunitario, así como una acción intersectorial. No pueden construirse como 21 programas verticales. Es necesario construir modelos exitosos para abordar las ENT que estén bien integrados con la atención primaria integral (véase el párrafo 7). La priorización de la quimioterapia preventiva traslada una carga a los individuos y hogares que padecen ENT, en lugar de a las intervenciones sociales. Observamos que la cobertura de la quimioterapia preventiva también ha disminuido drásticamente, probablemente debido a la pandemia de Covid (párrafo 8). La migración y los conflictos son amenazas emergentes para el control/eliminación de las ETD, y no se abordan en el informe.

El párrafo 11 describe una política de acceso a los medicamentos que depende en gran medida de los socios farmacéuticos para ampliar las donaciones. Esto puede funcionar cuando la eliminación es un objetivo inmediato, pero en la mayoría de los casos no es sostenible y no sustituye a la fabricación y adquisición local asequible. También es incierto si los llamamientos a las grandes farmacéuticas van a ser suficientes para las innovaciones de nuevos medicamentos o nuevas combinaciones de medicamentos existentes y su progresiva introducción y ampliación. El informe debería haber señalado que los actuales regímenes de derechos de propiedad intelectual obstaculizan la innovación de la próxima generación de herramientas de diagnóstico y medicamentos necesarios para prevenir y responder a las ETD. También existe el peligro de que la estructura actual de la innovación y la fabricación provoque un aumento de los costes, cree dependencia de la financiación de los donantes y niegue a los PBI y los PIM un papel en el desarrollo de la fabricación local de diagnósticos y tratamientos para las ETD. En el caso de las ETD, como las mordeduras de serpiente, tanto el diagnóstico como la atención se basan en enfoques que tienen casi un siglo de antigüedad.

Grandes poblaciones de Asia, África, Sudamérica y el Caribe siguen sin tener acceso a medicamentos, productos sanitarios y tecnologías de diagnóstico pertinentes para la prevención, el tratamiento o la cura de las ETD.

El párrafo 12 afirma que "Se han tomado medidas para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos...". Sin embargo, esta acción ha sido claramente insuficiente en numerosos aspectos. Mientras que [el EB154/11](#) cita el seguimiento de programas para la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo, la vigilancia centinela para la lepra y la concienciación sobre las NTD (en general) durante la Semana Mundial de Concienciación sobre la Resistencia a los Antimicrobianos (WAAW) del 16 al 20 de noviembre de 2022, estas acciones no están respaldadas por acciones específicas para prevenir o tratar las NTD. De hecho, la propia página web de la OMS sobre la WAAW 2022 y la WAAW 2023 no menciona las ETD, ni el Director General las menciona en sus vídeos informativos para la WAAW 2022 o la WAAW 2023. [Nota: EB154/11, se refiere a la WAAW 2022, quizás debido a un error tipográfico, ya que es probable que la intención fuera informar sobre la WAAW 2023].

PHM señala que el 23 de noviembre de 2023, durante la WAAW 2023, la OMS celebró un seminario web que incluyó un debate sobre los efectos de la RAM en las NTD junto con otras pandemias (TB, VIH, malaria, ITS).

Además, la hoja informativa de la OMS incluía notas limitadas sobre las interacciones entre la RAM y las ETD, aunque restringidas sólo a cuatro de las veinte ETD.

(Fuente: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>; consultado el 4 de enero de 2024) Otras citas:

- <https://www.who.int/campaigns/world-antimicrobial-awareness-week/2022#>
- <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/11/18/default-calendar/world-antimicrobial-awareness-week-2022>
- <https://www.who.int/multi-media/details/world-antimicrobial-awareness-week-2023-video>

Los párrafos 13-15 se centran en los enfoques biomédicos para la prevención o el tratamiento de las ETD, pero ignoran las acciones políticas, sociales y comunitarias que son necesarias para la eliminación efectiva de las ETD. Las notas sobre la mejora de la vigilancia de las ETD son útiles, en particular el GNARF, pero no se menciona cómo van a utilizar los nuevos sistemas de datos las autoridades nacionales y subnacionales, ni los actores de la sociedad civil.

El párrafo 18 afirma: "Hay un consenso general en que la rápida disminución de la financiación para combatir las enfermedades tropicales desatendidas desde 2020 es ahora la barrera más urgente para el progreso". Esta cuestión crítica sobre los recursos para las ETD está enterrada dentro del informe, oscurecida por la alternancia de un lenguaje y unas estadísticas positivas y negativas en relación con el progreso en las ETD. En cambio, la erosión de la base de financiación para las ETD es uno de los temas más importantes para el debate de la Junta Ejecutiva, ya que representa un claro despilfarro de los compromisos financieros anteriores y una prolongación del sufrimiento de casi mil millones de personas por enfermedades con prevención y tratamientos conocidos.

Se plantean dos cuestiones para el debate, relativas a los retos operativos/técnicos y a la aplicación de un nuevo conjunto de prioridades estratégicas. En lugar de estas cuestiones, o junto a ellas, el EB debe decidir si se van a seguir desatendiendo las ETD con recursos insuficientes o si se va a apoyar a la OMS con financiación suficiente para la implementación de la Hoja de Ruta de las ETD.

El MSP insta a los Estados miembros a adoptar las siguientes medidas en relación con las ETD:

- Apoyar a la OMS con los recursos necesarios para permitir la eliminación de las 20 ETD para 2030 (21 con la reciente incorporación del Noma) y basarse en la decisión de la AMS73(33) en 2020 relativa a la Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030, de modo que la financiación anterior no se desperdicie por la rápida disminución en curso de los recursos para eliminar las ETD;
- Dar prioridad a las intervenciones sociales para prevenir o tratar las ETD, junto con las quimioterapias y otras intervenciones biomédicas;
- Pedir a la DG que incluya las NTD como acción prioritaria en el Plan de Acción Global AMR, para Garantizar que la resistencia antimicrobiana emergente a los medicamentos disponibles para la prevención o el tratamiento de las ETD no socave los esfuerzos existentes para erradicar esas veinte enfermedades que afectan de manera

desproporcionada a los pobres en todo el mundo, con la consiguiente pérdida de medios de subsistencia y aumento de la pobreza.

Tema 12. Aceleración hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a la salud materna y la mortalidad infantil

En el punto de mira

Los avances para reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para 2030 (meta 3.1 de los ODS) se estancaron entre 2016 y 2020; además, 54 países no están en camino de poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años para ese mismo año (meta 3.2 de los ODS), ni de alcanzar la meta de reducir la mortalidad neonatal a al menos 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años a al menos 25 por cada 1000 nacidos vivos).

Se invitará al Consejo a tomar nota del informe ([EB154/12](#)) y a proporcionar orientación adicional, en particular, con respecto a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué medidas recomiendan los Estados miembros para acelerar los avances hacia la consecución:
 - ¿Objetivo 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (reducir la mortalidad materna)?
 - ¿Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.2 (poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños y reducir la mortalidad neonatal)?
- ¿Cuál proponen los Estados miembros que sea el papel de la Secretaría de la OMS en el apoyo a estas acciones?

Fondo

Enlaces de seguimiento a debates anteriores sobre

los [ODS Observatorio Mundial de la Salud](#) de la OMS

[/ODS](#)

Comentario de PHM

Agradecimiento

La carga absoluta de morbilidad y las desigualdades en salud maternoinfantil descritas en el documento EB154/12 son muy preocupantes. El análisis de las tendencias actuales (párrafos 2 a 12) es muy claro y debería difundirse ampliamente.

PHM señala que las estadísticas presentadas en relación con la mortalidad materna son todas hasta 2020, es decir, antes de la pandemia de COVID 19, que tuvo un impacto notable en el aumento de la mortalidad materna (alrededor del 30% en varios entornos) y las tasas de mortalidad en muchos países. El impacto sobre la vacunación DPT en el párrafo 23 es la

única medida de impacto mencionada.

Las tendencias actuales se describen sobre todo en términos de mortalidad, con una evaluación limitada tanto de la morbilidad materna (por ejemplo, accidentes cerebrovasculares) como de la morbilidad neonatal (por ejemplo, encefalopatía isquémica hipóxica). Estos indicadores deben desarrollarse y medirse en el futuro.

Aunque en el párrafo 3 se describe la falta de progresos en la reducción de los mortinatos, estas muertes siguen sin contabilizarse ni reconocerse en muchos países; es necesario poner remedio a esta situación.

No hay ningún intento de describir el número de mujeres embarazadas, madres, recién nacidos y niños desplazados actualmente debido a la migración y los conflictos, ni de enumerar otros grupos ocultos como los niños de la calle y los niños que trabajan. PHM insta a que se incluyan estas medidas, aunque sólo sean estimaciones.

El documento aborda su análisis de causalidad de dos maneras: en primer lugar, una revisión del alcance de las intervenciones de servicios clave (clínicos y preventivos) necesarios para la salud materno-infantil; y en segundo lugar, una exploración más general de los obstáculos para alcanzar los objetivos de mortalidad materno-infantil.

En los párrafos 13-17, el informe documenta grandes carencias en la disponibilidad de intervenciones clave para la salud materna e infantil, así como grandes desigualdades dentro de los países y entre ellos. Aunque se presentan comparaciones de equidad para la cobertura de las intervenciones, no se muestran datos similares para los resultados, lo que mostraría grandes disparidades entre los quintiles de ingresos superiores e inferiores para la morbilidad y la mortalidad. Entre las carencias destacan los servicios de salud sexual y reproductiva (incluido el aborto seguro gratuito para niñas y adolescentes). La lactancia materna (iniciación temprana y exclusiva durante seis meses) también se cita como una de las mayores carencias.

En su análisis de los obstáculos a la salud materna e infantil (párrafos 18-23), el informe enumera las deficiencias del sistema sanitario, así como barreras socioeconómicas más amplias.

En cuanto a las deficiencias del sistema sanitario, el informe cita:

- sensibilización de la comunidad;
- el pago del propio bolsillo como barrera de acceso;
- barreras de distancia y desplazamiento;
- acceso a medicamentos, equipos y productos básicos de calidad; y
- la escasez de personal sanitario y asistencial competente.

La discusión del informe sobre la escasez de mano de obra (párrafo 18) es particularmente útil, citando en particular la infrautilización y la infraoferta de trabajadores sanitarios comunitarios y comadronas. El párrafo 18 se queda corto al no pedir el pleno reconocimiento de los trabajadores sanitarios comunitarios como trabajadores regulares que deben recibir una remuneración adecuada y la seguridad social correspondiente.

El informe también destaca las deficiencias en cuanto a la calidad de la atención (párrafo 22). Esto debería incluir explícitamente la atención irrespetuosa, que es un problema importante. La

calidad de la asistencia no es sólo una cuestión técnica de competencias, recursos y gobernanza. También es una cuestión de derechos de los pacientes, que deben ser respetados, promovidos y protegidos a lo largo de todo el proceso asistencial y administrativo (por ejemplo, la protección de datos).

El informe reconoce que cada vez hay más pruebas de que las desigualdades persistentes en el desarrollo socioeconómico contribuyen significativamente a la mala salud materna (párrafo 21). Esto subraya la necesidad de disponer de datos desglosados y de utilizarlos en la elaboración de programas.

El informe también señala "un creciente conjunto de conocimientos" que vinculan el cambio climático con resultados adversos para la salud materna e infantil (párrafo 23); no sólo el calor y la contaminación atmosférica, sino otros como inundaciones y corrimientos de tierra.

El documento concluye con un retorno al enfoque de programa/intervención, enumerando una serie de estrategias, hojas de ruta y planes de acción que, si se aplican a escala, podrían volver a encarrilar a los países hacia el logro de los objetivos de mortalidad materna e infantil para 2030.

Crítica

Capacidad del sistema sanitario secundario

Se aprecia el énfasis en los trabajadores sanitarios comunitarios y las comadronas en los párrafos 18 y 19. Sin embargo, también es importante destacar la importancia del apoyo a la derivación y la divulgación desde el nivel secundario del sistema sanitario. ¿Existe una capacidad secundaria para garantizar que los profesionales de atención primaria puedan desarrollar todo su potencial? La disponibilidad de instalaciones de atención obstétrica y neonatal integral (por ejemplo, en hospitales de distrito) es esencial.

La capacidad de apoyo secundario incluye los cuidados de urgencia (incluidos los cuidados intensivos neonatales), la cirugía, la sangre, la anestesia y el apoyo técnico continuado. Esto exige una capacidad global integrada; no la estrecha gama de competencias e instalaciones definidas por los programas de intervención vertical. También requiere transporte entre centros, así como transporte desde el hogar hasta la asistencia. También se necesita capacidad de apoyo secundario para las afecciones mentales, incluidos los trastornos del espectro autista y el TDAH.

Es fundamental mejorar el liderazgo y la gobernanza del sistema sanitario a nivel regional, de distrito y de centro. Esto incluye la comprensión de las necesidades sanitarias de las poblaciones atendidas y la disponibilidad de servicios dentro de su zona de captación. (Comentario de la MSP en el apartado Sensibilización de la comunidad).

Sensibilización de la comunidad

En el apartado 19, el documento EB154/12 hace una vaga referencia al "conocimiento limitado de las necesidades y de la atención disponible", pero sin dar más detalles.

El contexto sugiere que, en algunos entornos, las familias y las comunidades desconocen los riesgos del embarazo y la primera infancia o la eficacia de las intervenciones clínicas y preventivas disponibles. Tal vez la "concienciación" no refleje del todo las limitaciones que impiden la plena utilización de estos servicios. En muchos casos, las comunidades son conscientes de los riesgos y las necesidades, pero se enfrentan a grandes barreras de

acceso. Lo mismo puede aplicarse, en algunos entornos, a la distribución de alimentos en el hogar y la comunidad.

La insistencia en la necesidad de contar con agentes de salud comunitarios y comadronas en otras partes del documento es una parte necesaria de cualquier respuesta a los problemas de la "concienciación limitada". Sin embargo, sería

También convendría tratar de reforzar la comprensión y la sensibilidad de los gestores de los sistemas sanitarios y los responsables políticos en lo que respecta al conocimiento y la demanda de servicios y recursos.

Privatización y comercialización

En su análisis de los obstáculos del sistema sanitario, no se mencionan las presiones para privatizar la prestación de asistencia sanitaria y comercializar los seguros de enfermedad (una consecuencia habitual de las políticas de "cobertura sanitaria universal").

Promover la calidad de la atención, la eficiencia en el uso de los recursos, una distribución más equitativa de los mismos y el desarrollo de una atención primaria de salud integral requiere un marco normativo sólido y una financiación pública de pagador único.

La privatización reduce el alcance de la gobernanza clínica y la promoción de la calidad de la atención. La privatización y la mercantilización debilitan la influencia política de los ministerios de sanidad en el uso eficiente y la distribución equitativa de los recursos. Los seguros de salud competitivos y comercializados se asocian con demasiada frecuencia a niveles estratificados de cobertura sanitaria que van de lo generoso a lo mínimo (con elevados gastos de funcionamiento para los que tienen planes muy básicos).

Especialmente preocupante en relación con la prematuridad es el creciente número de partos por cesárea, que en muchos países es excesivo en el sector privado.

La OMS se ha mostrado demasiado cauta a la hora de criticar la campaña a favor de la privatización de la asistencia sanitaria, impulsada en particular por el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller. La privatización de la asistencia sanitaria y de su financiación también está impulsada por el FMI y los mercados financieros internacionales a través de sus exigencias de austeridad fiscal. La austeridad fiscal es también una consecuencia de la evasión fiscal y de las condicionalidades de la inversión extranjera.

PHM insta a los miembros del Consejo Ejecutivo a que soliciten que se reelabore el documento EB154/12 antes de presentarlo a la Asamblea de la Salud para que se preste la debida atención al desarrollo de sistemas sanitarios sólidos financiados y administrados públicamente y al contexto macroeconómico más amplio que debe abordarse como condición para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

Cambio climático

El informe EB154/12 menciona el cambio climático como un obstáculo para alcanzar los objetivos de salud materno-infantil. Sin embargo, resulta desconcertante que el informe solo mencione el estrés térmico, las enfermedades infecciosas y la contaminación atmosférica como mediadores, pasando por alto cuestiones como el nexo con la seguridad alimentaria.

PHM insta a los miembros de EB a destacar también las inundaciones, sequías, desplazamientos y conflictos en la próxima iteración de este documento. En vista de la continua resistencia a frenar el uso de combustibles fósiles, evidente en particular en la COP28, la OMS debe seguir contribuyendo a la creación de argumentos a favor de una acción

eficaz para la mitigación y la adaptación.

Desigualdades y discriminación

El informe reconoce la persistencia de desigualdades en el desarrollo socioeconómico que contribuyen a la mala salud materna e infantil. Sin embargo, no se profundiza en los obstáculos subyacentes al desarrollo. No se menciona la deuda insostenible, la imposición de la austeridad ni el papel de la liberalización del comercio en el aumento del desempleo, el subempleo y la precariedad laboral. La violencia de género y la discriminación deben ser reconocidas como una prioridad absoluta.

La migración, los conflictos y las guerras son grandes obstáculos para la consecución de los ODS, incluida la mejora de la salud de las madres, los recién nacidos y los niños. Estas perturbaciones han empeorado desde 2020 y siguen siendo una catástrofe de salud pública cada vez mayor.

La violencia obstétrica debe destacarse porque es un factor vinculado a la morbilidad y mortalidad maternas, no sólo por la atención inadecuada, sino también porque impide que las mujeres busquen atención adecuada y oportuna por MIEDO a ser maltratadas. Esto, por supuesto, está sujeto a variaciones según la raza y la clase social.

Malnutrición

Es lamentable que la anemia materna no se mencione en el informe, tanto como reflejo de las deficiencias del sistema sanitario como de la desigualdad y la discriminación. La anemia es un factor importante en los resultados de la salud materna; está relacionada con la mala nutrición infantil y la nutrición de las adolescentes, incluida la falta de atención a las necesidades de salud de las adolescentes, como las hemorragias menstruales abundantes.

El documento EB154/12 menciona la continua prevalencia del retraso del crecimiento en los menores de cinco años, especialmente en el sur de Asia y África. Cabe destacar que el retraso del crecimiento infantil es un indicador indirecto de los niveles de pobreza y refleja la inseguridad alimentaria, que a su vez está determinada por las intersecciones de la desigualdad económica, los acuerdos comerciales no equitativos y el control empresarial de las cadenas de valor agrícolas, así como el cambio climático.

El documento EB154/12 también menciona la emaciación, que es un indicador mucho más agudo del hambre catastrófica, normalmente provocada por catástrofes "naturales" relacionadas con el clima y por conflictos políticos y desplazamientos. Estas asociaciones deben mencionarse como parte del refuerzo de la necesidad de abordar los factores subyacentes con la plena participación de las comunidades afectadas.

La desnutrición es la causa de hasta el 50% de la mortalidad infantil. El sobrepeso y la obesidad en los niños también pueden contribuir a la morbilidad en etapas posteriores de la vida....

Si la OMS se toma en serio los determinantes sociales (incluidos los comerciales) de la salud o la "economía de la salud para todos", estos obstáculos subyacentes deben identificarse y cuestionarse explícitamente.

Aceleración para alcanzar las metas de los ODS

En el párrafo 24, el informe vuelve a la mentalidad de intervención, situando una serie de estrategias, planes de acción y hojas de ruta de la OMS como la clave para acelerar la mejora de la salud materna e infantil.

La aplicación de estas estrategias, planes de acción y hojas de ruta no puede separarse de los retos que suponen abordar la debilidad de los sistemas sanitarios, la desigualdad económica y la discriminación, el calentamiento global y los conflictos.

Se necesitan más detalles sobre la traducción de las iniciativas globales en políticas y prácticas reales a nivel de distrito, centro y comunidad, incluida la provisión de financiación segura (equitativa). Por ejemplo, la hoja de ruta de la OMS para la HPP menciona el enfoque EMOTIVE, según el cual el uso de paños de recogida de plástico para medir con precisión la pérdida de sangre en el parto reduce los resultados graves en un 60%; pero necesita una estrategia de implementación clara sobre cómo se pueden obtener y distribuir las herramientas a bajo coste, y cómo se puede iniciar su uso en todos los niveles de atención.

Sociedad civil

En este informe se echa totalmente en falta el reconocimiento del papel de la sociedad civil en la promoción de la salud materna e infantil, ya sea cuestionando los supuestos de la comunidad, exigiendo cambios en la política sanitaria o pidiendo cuentas a las instituciones. Medidas como las auditorías sociales de los servicios ilustran la contribución potencial de la participación comunitaria.

Como organización de los Estados miembros, la OMS ha sido demasiado cautelosa a la hora de reconocer la contribución potencial de la sociedad civil, incluidos los movimientos sociales, en la lucha por la Salud para Todos. PHM hace un llamamiento a la Secretaría para que asuma un mayor liderazgo en la investigación y documentación de las posibles funciones de la sociedad civil y en el establecimiento de relaciones con la sociedad civil a nivel nacional.

Tema 13. Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales

En el punto de mira

En consonancia con la resolución [WHA72.5](#) (2019) y en preparación de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos, prevista para septiembre de 2024, la Directora General presentará un informe ([EB154/13](#)) sobre las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes, para el periodo 2025-2035. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a anteriores debates del CA sobre la RAM

[Declaración política](#) de la AGNU de 2016 sobre la RAM. [Seguimiento de la SG](#). [Cuatripartito](#)

Comentario de PHM

(Sírvese leer este informe y hacer comentarios junto con los del punto 8 del orden del día sobre Prevención y control de infecciones)

1. Los cinco primeros párrafos del Informe sobre la resistencia a los antimicrobianos (RAM) exponen la magnitud del problema y el daño generalizado que causa en el sistema sanitario y otros sectores, así como la excesiva mortalidad y morbilidad que provoca. A continuación, el Informe señala que, si bien la mayoría de los países han adoptado planes nacionales, sólo el 27% informa de avances en la aplicación efectiva de los mismos (párrafo 6). A continuación, el Informe reitera el llamamiento a aplicar estos planes nacionales y mundiales (párrafos 7 a 10).
2. En 2015, la 68.^a Asamblea Mundial de la Saludth adoptó el [plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos](#) e instó (en [WHA68.7](#)) a los Estados Miembros a elaborar y aplicar planes de acción nacionales similares. Dado que la resistencia a los antimicrobianos requiere una respuesta integral de Una Salud, la OMS y las demás organizaciones cuatripartitas, a saber, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la Organización Mundial de Sanidad Animal, respaldaron el plan de acción mundial y acordaron medidas multisectoriales para su aplicación. Las otras tres han adoptado estrategias sectoriales específicas contra la RAM. En 2023, en la 76th WHA, la DG OMS hizo una propuesta para el desarrollo de un marco estratégico y operativo de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas resistentes a los medicamentos en el sector de la salud humana.
3. En 2024 está prevista una reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el tema de la resistencia a los antimicrobianos. El presente informe ([EB154/13](#)) forma parte de los

preparativos para la reunión de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos prevista para finales de este año.

4. Este informe propone tres prioridades estratégicas urgentes y dos prioridades operativas para una respuesta integral de salud pública a la resistencia a los antimicrobianos en el sector de la salud humana. La primera es la prevención de todas las infecciones que dan lugar al uso de antibióticos, teniendo en cuenta que las infecciones víricas y de otro tipo también contribuyen al uso inadecuado de antibióticos. La segunda prioridad estratégica es el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento adecuado de las infecciones. La tercera prioridad es la información estratégica y la innovación, en particular la vigilancia tanto de la resistencia a los antimicrobianos como de su consumo y uso; el desarrollo de nuevas vacunas, medios de diagnóstico y agentes antimicrobianos; y medidas para hacerlos accesibles y asequibles. Estas estrategias pretenden orientar los esfuerzos para abordar las causas y consecuencias de las infecciones farmacorresistentes para las personas, las comunidades y los sistemas sanitarios. Representan un cambio de enfoque de los patógenos a los sistemas sanitarios.

5. Sin embargo, el cambio a un enfoque de sistemas de salud plantea más claramente los solapamientos con otras intervenciones de los sistemas de salud. En el párrafo 14 se mencionan la prevención y el control de las infecciones; el agua, el saneamiento y la higiene; la inmunización; la salud maternoinfantil; el diagnóstico y el fortalecimiento de los laboratorios; la atención primaria de salud; la cobertura sanitaria universal; la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias; el personal sanitario; y diversas estrategias específicas para cada enfermedad. Todas estas áreas son objeto de resoluciones, estrategias y planes independientes de la OMS, pero a nivel nacional y de los centros de salud es necesario evaluar la génesis de la RAM en relación con estas diferentes áreas, y las medidas deben integrar los principios y requisitos de estas diferentes áreas. En el documento se reconocen los retos que plantea la integración a escala nacional y de los centros de salud, pero no se ofrecen métodos prácticos para afrontarlos. En estas circunstancias, es probable que continúe la falta de avances en los planes nacionales de la que se informa en este documento.

6. Dado el alto grado de solapamiento entre este punto del orden del día y el relativo a la infección, la prevención y el control del punto 8, instamos a la Secretaría a que integre estas dos iniciativas mucho más estrechamente, en lugar de lanzar dos programas verticales y crear confusión en cada región y país. La primera de las tres estrategias propuestas para la RAM es la prevención y el control de las infecciones. Sin embargo, mientras que el punto 8 del orden del día se centra únicamente en la prevención y el control de las infecciones en los centros sanitarios, este punto abarca la prevención de las infecciones tanto en la comunidad como en los centros sanitarios. En nuestro comentario sobre el punto 8 hemos pedido que el Plan de Acción sobre CIP se amplíe para incluir la prevención de infecciones tanto en la comunidad como en el centro. Hay razones de peso para hacerlo, ya que es difícil e inadecuado conseguir agua potable, saneamiento, higiene y eliminación de residuos sólo en el centro, sin tener en cuenta el entorno urbano en el que está situado. Sin embargo, abordar el control de infecciones en la comunidad exige una legislación de salud pública que pueda hacer cumplir los derechos de los ciudadanos con respecto al agua potable, el saneamiento y las medidas de higiene en la comunidad. Muchos países cuentan con una legislación de este tipo, en la que las instituciones de gobierno local son sus garantes, pero por lo general no se dota a los gobiernos locales de las capacidades y poderes financieros necesarios para desempeñar este papel.

7. Este informe guarda un sorprendente silencio sobre el papel del uso de antibióticos en los sectores de la cría de animales/agrícola/veterinario, aunque es bien sabido que gran parte de la resistencia a los antibióticos que surge se debe a las presiones comerciales sobre este sector que conducen a altos niveles de uso inadecuado de antibióticos. Tal vez sea porque esta cuestión se aborda en las estrategias sectoriales de los demás socios cuatripartitos, especialmente la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

de las Naciones Unidas, y la Organización Mundial de Sanidad Animal. Sin embargo, los documentos que se entreguen a los órganos de gobierno de la OMS deben incluir las referencias cruzadas y los vínculos con los documentos pertinentes y mostrar los puntos de convergencia. Ignorar una de las principales fuentes de desarrollo de la RAM no es aceptable; los Estados miembros deben exigir su inclusión.

8. La segunda estrategia de "Acceso universal a un diagnóstico asequible y de calidad y a un tratamiento adecuado de las infecciones" es muy bienvenida, especialmente porque integra las preocupaciones de garantizar el acceso a los antibióticos esenciales con restricciones sobre el uso inadecuado. También acogemos con satisfacción la afirmación de que "esta prioridad requiere la integración de intervenciones específicas, en particular para el diagnóstico y la administración de antibióticos basada en la clasificación AWaRe (acceso, vigilancia, reserva) de la OMS y en el libro de antibióticos AWaRe de la OMS. Incluye garantizar un acceso equitativo entre hombres y mujeres y abordar las necesidades específicas de los grupos vulnerables, incluidos migrantes y refugiados." AWaRe es muy bienvenida. Sin embargo, debemos señalar esta paradoja: por un lado, subgrupos importantes de la población experimentan graves problemas de acceso a antibióticos esenciales (y a otros medicamentos), mientras que, al mismo tiempo, toda la población experimenta altos grados de despilfarro, uso irracional, acientífico e incluso peligroso de los antibióticos. Las raíces de esta paradoja se encuentran en la naturaleza de la producción capitalista, y aunque la acción del Estado puede mitigar este problema y adaptarse a él, no puede eliminarlo por completo.

9. A pesar de las medidas para mitigar el uso inadecuado de antibióticos, el silencio sobre algunas de las causas del uso inadecuado es un punto débil importante de esta estrategia. Gran parte del uso inadecuado de antibióticos se debe a presiones comerciales y al nexo que tiene con comportamientos profesionales. Estas presiones llevan a configurar la demanda pública a favor del uso inapropiado y conduce a un círculo vicioso legitimador. Este informe aborda todo este problema como una cuestión de comportamiento de los consumidores y, de forma algo implícita, de los proveedores, pero deja completamente de lado las consideraciones de economía política que incluyen el marketing comercial y poco ético de los productos farmacéuticos. Este problema no se limita a los antibióticos, sino que en este caso existe un perjuicio derivado de las transacciones individuales entre proveedores y pacientes que repercute en toda la población. En el informe no se menciona la necesidad de controlar la comercialización de antibióticos mediante la restricción reglamentaria de las prácticas poco éticas de comercialización y prescripción. No se menciona la necesidad de mejorar el acceso de los médicos a información de calidad sobre prescripción, procedente de instituciones libres de conflictos de intereses. No se menciona la complicidad de las asociaciones profesionales en esta comercialización poco ética, tanto por razones de poder profesional como de beneficio económico. No se menciona el uso de genéricos como algo diferente de las marcas comerciales. No se menciona la dificultad de restringir el uso de antibióticos de tercera y cuarta generación en un contexto de casi nula regulación del sector privado de la sanidad.

10. En lo que respecta a la gestión, se necesitan soluciones más prácticas y asequibles para elegir las opciones de prescripción adecuadas, en lugar de exigir una expansión masiva de los diagnósticos microbiológicos y genómicos en los que cada episodio de infección individual requiere un gran gasto en diagnósticos. En la actualidad, en la mayoría de los PBI y los PIM, el

principal reto en materia de gestión consiste en garantizar el acceso esencial mínimo a la capacidad microbiológica (es decir, laboratorio, microbiólogos, directrices de tratamiento estándar), así como a una informática de salud pública y una vigilancia de la enfermedad adecuadas. Este problema de acceso a la capacidad bacteriológica sólo se menciona como uno de los indicadores. El informe ni siquiera reconoce los problemas que plantea el desarrollo de estas capacidades.

capacidades. (Para más información sobre el fortalecimiento de los sistemas sanitarios necesario para una gestión eficaz de los antibióticos, véase también el comentario de PHM sobre el punto 8 del orden del día de esta reunión).

11. Los retos actuales de la innovación sustentan la tercera estrategia propuesta en este informe. El actual régimen de innovación y conocimiento es malo para todos los medicamentos esenciales de importancia para la salud pública, pero cuando se trata de antibióticos es terrible. Por definición, los antibióticos de tercera y cuarta generación tienen que tener un uso muy restringido, lo que significa un tamaño de mercado muy limitado y unos márgenes de precios muy elevados. No es posible crear un régimen de propiedad intelectual y un modelo de financiación sólo para los antibióticos más nuevos. La financiación pública de la investigación en antibióticos ayudaría, pero sin control sobre las patentes y la distribución veremos el mismo resultado que vimos con las vacunas Covid, un enorme beneficio para las grandes farmacéuticas con grandes desigualdades en el acceso, a pesar de la financiación pública. Las medidas mínimas para un régimen de innovación eficaz son a) desvincular el precio de la innovación y el desarrollo del precio de la comercialización del medicamento, reflejando este último únicamente los costes de fabricación y b) cuando haya financiación pública, adquisición pública de los DPI y concesión obligatoria de licencias a múltiples fabricantes de genéricos para que se encarguen de la producción, incluyendo cuando sea posible la fabricación en el sector público.

12. En resumen, aunque hay muchas medidas bienvenidas en estas estrategias, son demasiado incompletas para tener éxito. En muchas de nuestras comunidades locales hay un refrán que dice: "es como saltar al otro lado de un pozo y casi tener éxito". Buen intento, pero sigues cayendo. La magnitud del problema está bien descrita, pero necesita una respuesta más global.

Tema 14. Labor de la OMS en situaciones de emergencia

En el punto de mira

La Directora General presentará un informe ([EB154/14](#)) con información actualizada sobre todas las emergencias de salud pública de importancia internacional, las emergencias de grado 3 y las emergencias de nivel 3 del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas en las que la OMS intervino en 2023 (hasta el 30 de septiembre) y sobre los progresos realizados para mejorar la investigación y el desarrollo de enfermedades potencialmente epidémicas. En un segundo informe ([EB154/15](#)) se describirá la labor que la OMS está llevando a cabo a nivel mundial, regional y nacional para reforzar la prevención, la preparación, la respuesta y la resiliencia ante las emergencias sanitarias. Se invitará al Consejo a tomar nota de los informes y a proporcionar nuevas orientaciones.

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a anteriores debates de los órganos rectores sobre Emergencias

[Programa de Emergencias](#) de la OMS

[Atención sanitaria de urgencia en situaciones de crisis](#) (Bull OMS, 2024;102:5-6)

Comentario de PHM

Emergencias de salud pública: preparación y respuesta

Visión general

El informe de la DG sobre "Emergencias de salud pública: preparación y respuesta" ([EB154/14](#)) se centra en las emergencias humanitarias atribuibles a catástrofes climáticas, enfermedades infecciosas y conflictos.

Se trata de un informe periódico anual sobre la participación de la OMS en emergencias de salud pública. El mandato se estableció en la [EBSS3.R1](#) en enero de 2015 y en [la WHA68\(10\)](#) en mayo de 2015. Ambos son documentos importantes para el desarrollo de la labor de la OMS en materia de preparación y respuesta ante emergencias.

El documento EB154/14 identifica las regiones de Oriente Medio y Norte de África como las más afectadas. La inseguridad alimentaria, "el aumento de la inseguridad y el deterioro de la seguridad "de los trabajadores y las instalaciones sanitarias, y "el debilitamiento de los sistemas de salud tras la pandemia de COVID-19" se mencionan como factores adicionales que complican la prestación de servicios de salud en situaciones de emergencia, humanitarias y afectadas por conflictos. Durante el periodo de referencia (1 de enero-30 de septiembre de 2023), el informe señala que la OMS respondió a 66 emergencias clasificadas, incluidas 17 de

grado 3.

El informe constata una escalada e intensificación de las crisis humanitarias durante el periodo que abarca el informe, reconoce que hay pocos indicios de que esto vaya a cambiar y, a la luz de ello, expresa su preocupación por las dificultades que ha experimentado para garantizar la financiación de su labor en el ámbito humanitario.

emergencias. Las catástrofes naturales de Libia (inundaciones), Marruecos, Siria y Turquía (terremotos), así como el conflicto de Gaza, todos ellos ocurridos después del periodo de referencia, se mencionan en el informe como indicadores de que el Programa de Emergencias tendrá que hacer frente a una mayor carga de trabajo en un futuro previsible.

La preocupación de la Secretaría por el hecho de que "el aumento exponencial previsto de la vulnerabilidad y de las personas necesitadas vaya acompañado de una disminución de la financiación de las operaciones humanitarias" se recoge en la primera frase de la sección "Perspectivas": "Las tendencias actuales no son sostenibles". Entre las restricciones de financiación que limitan el compromiso efectivo de la OMS en las crisis humanitarias se incluyen:

- Déficit de financiación en el presupuesto del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (40%) y en el segmento de operaciones de emergencia y llamamientos del presupuesto (25%);
- Aprobación de aumentos presupuestarios excepcionales para el Programa de Emergencias Sanitarias en mayo de 2022, pero aún no hay "aumento[s] material[es] de la financiación" que se corresponda[n] con estos aumentos.

Comentario de PHM

El documento EB154/14 describe un aumento escandaloso de las emergencias mundiales. Merece la pena reiterarlo:

La tendencia general durante el periodo que abarca el informe fue un fuerte aumento de las necesidades sanitarias humanitarias a escala mundial, impulsado por factores agravantes que se solapan e interactúan, como la aceleración del cambio climático, el aumento de los conflictos y la inseguridad, el incremento de la inseguridad alimentaria, el debilitamiento de los sistemas sanitarios tras la pandemia de COVID-19 y los nuevos brotes de enfermedades infecciosas. (párrafo 8)

Año tras año, la OMS responde a emergencias sanitarias más frecuentes, complejas y duraderas que en ningún otro momento de su historia. A finales de 2022, las Naciones Unidas estimaban que 339 millones de personas -casi el 5% de la población mundial- necesitarían asistencia humanitaria en 2023, y que muchas de ellas se enfrentarían a amenazas urgentes para su salud. Esto representa un aumento de aproximadamente el 25% en la escala de las necesidades sanitarias humanitarias en comparación con 2022, y un aumento de más del 100% en comparación con 2018. (párrafo 11)

Las tendencias actuales no son sostenibles. El fuerte aumento de las necesidades humanitarias durante los nueve primeros meses de 2023 refleja un panorama mundial de factores de riesgo y amenazas que se intensifican y refuerzan mutuamente, como los conflictos y el cambio climático. [...] El aumento exponencial previsto de la vulnerabilidad y de las personas necesitadas va acompañado de una disminución de la financiación de las operaciones humanitarias. (párrafo 19)

Las causas de las causas

El informe destaca el cambio climático, el aumento de los conflictos y la inseguridad, la inseguridad alimentaria y la debilidad de los sistemas sanitarios. Todos ellos son importantes, están interrelacionados y se refuerzan mutuamente.

Sin embargo, faltan en esta lista las barreras al desarrollo económico equitativo y sostenible, asociadas a la globalización neoliberal, y las barreras a la autodeterminación social y económica asociadas a la recurrente intervención imperial.

Los principios subyacentes a las políticas de la OMS sobre la determinación social de la salud de la población exigen centrarse en las causas de las causas. La lista de emergencias de grado 3 que figura en el documento EB154/14 ofrece un rico conjunto de datos para explorar los factores que impulsan las emergencias humanitarias y sus consecuencias sanitarias.

Si la política de la OMS como institución de un Estado miembro no le permite indagar en las causas de las causas, al menos debería recopilar y publicar los datos contextuales pertinentes. Sin embargo, el trabajo de la OMS e informar sobre conflictos en curso políticamente delicados (como en Ucrania, Tigray y Gaza) expone a la organización a acusaciones de los Estados miembros (como en el EB152) de que se está desviando de su mandato como "agencia técnica" y adoptando posiciones políticas. Estas acusaciones conllevan la amenaza de desfinanciar el trabajo de la OMS en emergencias sanitarias o, de hecho, otras partidas del presupuesto de la OMS.

PHM hace un llamamiento a los Estados miembros para que reconozcan que la salud es política y que restringir la labor de la OMS a un mandato técnico estrechamente definido equivale a negarle la posibilidad de indagar en las causas de las causas.

(La Secretaría informa, en [EB154/15](#) (párrafo 13), que la OMS está trabajando con el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Europeo de Inversiones como parte del Grupo de Trabajo Conjunto sobre Finanzas y Salud del G20 para desarrollar un marco para las vulnerabilidades económicas y los riesgos de pandemias. Podría ser un paso en la dirección correcta, aunque con los socios equivocados).

Respuesta a las emergencias humanitarias

Acogemos con satisfacción el llamamiento de la Secretaría a "un enfoque más estratégico y holístico en la respuesta a todas las emergencias sanitarias [que] ayude a romper el ciclo de pánico y abandono que a menudo deja a las comunidades en posiciones de vulnerabilidad y fragilidad arraigadas", y a "medidas específicas para reforzar las capacidades básicas en la interfaz de seguridad sanitaria, atención primaria de salud y promoción de la salud". Este tipo de cambios sistémicos, especialmente cuando se centran en la inversión en sistemas de salud pública "resilientes" y funcionales, pueden contribuir a reforzar el acceso equitativo a la atención en contextos normales y de emergencia.

PHM hace un llamamiento a los Estados miembros para que respalden el llamamiento del Comité Asesor de Supervisión Independiente para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en un informe de mayo de 2023 (citado en EB154/14) para que se dote al Programa de Emergencias Sanitarias de "suficiente autoridad y [se le] capacite con todos los recursos financieros y humanos necesarios, para que sea adecuado a su finalidad".

Fortalecimiento de la arquitectura mundial de preparación, prevención y respuesta ante emergencias sanitarias y resiliencia

[El EB154/15](#) informa sobre una serie de iniciativas en curso -normativas, administrativas y

financieras- dirigidas a "Reforzar la arquitectura mundial de preparación, prevención y respuesta ante emergencias sanitarias y la capacidad de recuperación". Muchas de estas iniciativas volverán a examinarse en la AMS77 de mayo,

En el documento EB154/15 se señala que las negociaciones en curso sobre las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional y la negociación de un nuevo "tratado sobre pandemias" tienen por objeto "equilibrar la soberanía con la promoción de la responsabilidad mutua" (párrafo 6) entre los Estados miembros y deben concluir en mayo de 2024. Aunque el documento menciona explícitamente que las revisiones del RSI deben basarse en los principios de "equidad, soberanía y solidaridad" (párrafo 3), estos principios no se reconocen explícitamente en referencia al proceso del INB (párrafo 2).

Véase también TWN (9 de enero de 2024): [OMS: Las próximas negociaciones sobre la enmienda del RSI se centrarán en las propuestas de equidad](#) y TWN (19 de octubre de 2023): [OMS: La Mesa del RSI propone un proyecto de texto de negociación desequilibrado; no hay resultados concretos sobre la equidad](#)

El informe señala el lanzamiento del Fondo Pandémico en noviembre de 2022, su asignación de financiación a los solicitantes en julio de 2023 (el 75% de la cual beneficia a los PBI y los PIM), y el hecho de que la OMS sea el organismo ejecutor de 15 de las 19 propuestas seleccionadas. No obstante, también menciona el reconocimiento del UNHLM de septiembre de 2023 sobre la PPR de que "el alcance y la coordinación de los mecanismos de financiación actuales" para la PPR son inadecuados y que es necesario hacer más para identificar "fuentes de financiación para que surjan rápidamente respuestas más eficaces y equitativas" (párrafo 5). El informe menciona que la OMS está trabajando con el Banco Mundial y el Grupo de Trabajo Conjunto sobre Finanzas y Salud del G20 en estas cuestiones, y con estos socios, así como con el FMI y el Banco Europeo de Inversiones PPR "para desarrollar un marco para [comprender las] vulnerabilidades y riesgos económicos [relacionados] con las pandemias" (párrafo 13).

Como en varios otros documentos para esta reunión, la secretaría reconoce que las emergencias sanitarias a las que se ha enfrentado en los últimos años son mucho más complejas, frecuentes y de mayor alcance. Reconoce que la proliferación de APP y la mayor participación de las OSC en los esfuerzos de respuesta a emergencias "aumenta los riesgos de fragmentación, duplicación y competencia" (párr. 16), pero que "la OMS sigue forjando nuevas formas de conectar y coordinar a los asociados para aprovechar las fortalezas colectivas" para la RMP en emergencias sanitarias (párr. 17).

[El documento EB154/15](#) también informa sobre el trabajo que se está llevando a cabo actualmente en la Secretaría para apoyar las capacidades de los Estados miembros en una serie de frentes relacionados con las emergencias, entre los que se incluyen:

- Refuerzo de la vigilancia mediante la labor del Centro de Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias de la OMS;
- Lucha contra la infodemia a través de la Red de Información de la OMS sobre Epidemias y la Iniciativa de la OMS sobre Confianza y Preparación para las Pandemias;
- Desarrollo de una plataforma provisional de contramedidas médicas (i-MCM); y
- Creación de una plataforma mejorada destinada a garantizar una coordinación eficaz entre los EM y los socios del Cuerpo Mundial de Emergencias Sanitarias durante las emergencias sanitarias.

Se pide al Comité Ejecutivo que tome nota del informe y ofrezca orientación sobre dos cuestiones:

- ¿Cómo puede la Secretaría seguir apoyando a los Estados miembros en el trabajo continuado del GTPDH y el BNI, incluyendo los esfuerzos para facilitar las sinergias y la complementariedad de estos dos procesos?

- ¿Cómo puede la Secretaría trabajar con los Estados Miembros y las organizaciones asociadas para mejorar la coherencia entre todas las iniciativas y estrategias mundiales, regionales y nacionales destinadas a reforzar la preparación, la respuesta y la resiliencia ante las emergencias sanitarias?

El énfasis de la OMS en aumentar la suficiencia, flexibilidad y sostenibilidad de la financiación de la RMP es importante. Sin embargo, las instituciones asociadas mencionadas en el informe (BM, FMI, G20) están dominadas por las voces, las contribuciones financieras y las orientaciones políticas neoliberales de los países desarrollados. Así pues, es poco probable que los países en desarrollo, presumiblemente los beneficiarios previstos de estos nuevos mecanismos de financiación, desempeñen un papel determinante en el diseño de la nueva arquitectura financiera de la PPR.

Tema 15. Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)

En el punto de mira

La 76.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la decisión [WHA76\(8\)](#), en la que pedía a la Directora General que informara a la siguiente Asamblea de la Salud en 2024, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 154.^a reunión, sobre la aplicación de la resolución [WHA75.11](#) (2022), incluida una evaluación de las repercusiones directas e indirectas de la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania en la salud de la población de Ucrania, así como las repercusiones sanitarias regionales y no regionales conexas, incluido su efecto adverso en la consecución del objetivo y las funciones de la OMS.

Entre las peticiones de [WHA75.11](#) a la DG se incluyen:

- apoyo a la respuesta humanitaria y de emergencia;
- prevención y respuesta a la explotación, el abuso y el acoso sexuales;
- apoyo al sector sanitario;
- adquisición de medicamentos y suministros esenciales;
- vigilancia de los ataques a la sanidad
- abordar las necesidades psicosociales y de salud mental
- asignación de recursos.

En el [documento EB154/16](#), la Secretaría proporciona información actualizada sobre el impacto de la guerra en la salud e informa sobre la aplicación de las peticiones formuladas en [WHA75.11](#).

Se invita a la Junta Directiva a tomar nota del informe ([EB154/16](#)) y a proporcionar orientación adicional en relación con las siguientes cuestiones.

- ¿Cuál es la mejor manera de que la Secretaría refuerce la respuesta de la Organización y promueva la transición hacia el desarrollo sostenible en Ucrania y en los países que acogen a refugiados?
- ¿Cómo se puede aprender de esta experiencia para mejorar los conocimientos y las pruebas de las mejores prácticas?

Fondo

[Enlaces de seguimiento a debates anteriores sobre WHA75.11 \(guerra en Ucrania\)](#)

Comentario de PHM

PHM acoge con satisfacción la información detallada sobre el sistema sanitario de Ucrania recogida por el Sistema de Vigilancia de Recursos y Servicios Sanitarios (párrafo 3), como una buena base para los planes de apoyo al sector sanitario a largo plazo. El hecho de que la OMS haya trabajado siempre en estrecha colaboración con el Ministerio de Sanidad ucraniano para apoyar los servicios existentes también significa que están en una buena posición para

trabajar juntos en un plan a más largo plazo y considerar cómo puede reforzarse la atención sanitaria primaria en particular. La primera pregunta al final del [EB154/16](#) implica que habrá

ser una transición clara hacia el desarrollo sostenible, sin embargo, lamentablemente, dada la situación actual, esto es poco probable. Será necesario incorporar elementos sostenibles al sistema a medida que sea posible; por ejemplo, si bien es conveniente suministrar generadores a corto plazo, las instalaciones sanitarias (apartado 3) podrían formar parte del plan nacional de energías renovables de Ucrania.

En [el documento A76/12](#) se mencionaba que "la OMS mantiene conversaciones con el Ministerio de Sanidad y el Servicio Nacional de Salud de Ucrania (el mecanismo de pago único para los servicios sanitarios) sobre las revisiones del Programa de Garantías Médicas, que especifica los paquetes nacionales de servicios sanitarios, para garantizar que los paquetes respondan y reflejen las necesidades sanitarias prioritarias actuales en el contexto de la emergencia y más allá". [El documento EB154/16](#) no informa sobre cómo han progresado estos debates y si se están reduciendo en la práctica los elevados pagos directos.

Antes de la guerra, Ucrania tenía una de las tasas de mortalidad materna más altas de Europa, aunque estaba disminuyendo ([A75/47](#)). La tasa de mortalidad infantil también era relativamente alta en comparación con otros países europeos (alrededor de seis muertes por 1000 nacidos vivos). La cobertura de vacunación no alcanzaba los objetivos de la OMS. Aunque el conflicto ha supuesto un reto para la atención primaria, si la atención prestada por la OMS a la preparación ante brotes epidémicos (párr. 7), el apoyo al programa nacional de inmunización (párr. 15) y la formación del personal de atención primaria (párr. 23), pueden integrarse en un sistema con un fuerte componente de salud primaria en el futuro, esto debería ayudar a mejorar estas cifras.

En [la WHA75.11](#), la Asamblea tomó nota de que el Comité Regional de la OMS para Europa, en su sesión extraordinaria del 10 de mayo de 2022, había adoptado una resolución en la que pedía al Director Regional de la OMS para Europa que considerara la posibilidad de suspender temporalmente "las reuniones regionales en la Federación de Rusia, incluidas las reuniones técnicas y las reuniones de expertos, así como las conferencias y seminarios".... "hasta que se aplique una resolución pacífica del conflicto entre la Federación de Rusia y Ucrania". Esto supondría un paso atrás para las personas que viven en esas zonas. [El EB154/16](#) no informa sobre el resultado del examen de esta propuesta por parte del Director Regional.

En una reciente reunión del Consejo Ejecutivo se expresó frustración por el coste de acoger a refugiados ucranianos. Las peticiones de "compartir la carga" en este caso apuntan a los retos más amplios a los que se enfrentan las personas desesperadas que buscan refugio de los conflictos, la pobreza y la sequía. Véase [EB152/36](#) para más detalles. Se espera para 2025 un informe sobre la aplicación del recién ampliado [Plan de acción mundial](#) para promover la salud de los refugiados y los migrantes.

Tema 13. Iniciativa Mundial por la Salud y la Paz

En el punto de mira

La 76.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota de la hoja [de ruta para la Iniciativa Mundial de Salud y Paz](#). De conformidad con la decisión [WHA76\(12\)](#) (2023), la Directora General presentará a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un informe ([EB154/17](#)) sobre los progresos realizados en el fortalecimiento de la hoja de ruta. En el informe se expondrá la labor que la Secretaría ha realizado para alcanzar ese objetivo, así como el resultado de las consultas que se han llevado a cabo. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones adicionales, en particular con respecto a las siguientes cuestiones.

- ¿Qué prioridades debería seguir la Secretaría en su aplicación y fortalecimiento de las líneas de trabajo de la Iniciativa Global de Salud y Paz?
- ¿Qué experiencias nacionales y/o necesidades y oportunidades deben tenerse en cuenta a la hora de vincular salud y paz en los contextos específicos de los Estados miembros?

Fondo

[Proyecto actual de hoja de ruta](#)

Página principal de la OMS para la [Iniciativa Mundial de Salud y Paz](#), incluyendo, GHPI - [Un enfoque innovador: El enfoque de salud y paz en la programación](#).

[Comisión Lancet sobre sociedades pacíficas a través de la equidad sanitaria y la igualdad de género](#)

[Enlaces de seguimiento](#) a anteriores debates de los órganos de gobierno sobre Salud y Paz

Comentario de PHM

Visión general

La Iniciativa Global de Salud y Paz (GHPI, por sus siglas en inglés) es operativa a nivel nacional a través de dos principios clave que definen la iniciativa. Los dos principios son: "sensibilidad al conflicto" (no hacer daño), y "receptividad a la paz" (contribuir a reforzar las condiciones para la paz, en particular, la cohesión social y la confianza). La Iniciativa avanzará a través de seis líneas de trabajo, empezando por la "Generación de pruebas a través de la investigación y el análisis". Véase [el borrador de la hoja de ruta](#) sobre los dos principios y las seis líneas de trabajo.

Tal como solicitó la Asamblea de la Salud en mayo de 2023, la Secretaría ha llevado a cabo amplias consultas desde entonces. El EB154/17 informa sobre los principales mensajes de las diversas reuniones de consulta. Parece que las respuestas han oscilado entre el entusiasmo y la cautela (cuando no el escepticismo). Parece probable que algunas de las cuestiones planteadas

en las consultas reaparezcan en el Consejo Ejecutivo de enero.

Tras la consulta a los Estados miembros de septiembre de 2023, se habló de la preparación de un documento de referencia (apartado 4). Sin embargo, parece que el documento de referencia ha sido absorbido por el Manual mencionado en el apartado 19.

En el sitio web de la OMS se ofrecen más detalles sobre el GHPI, incluidos algunos ejemplos útiles que ilustran los dos principios clave en funcionamiento.

El documento EB154/17 describe una serie de actividades llevadas a cabo en los últimos meses en el marco de la aplicación del GPHI.

Agradecimiento

PHM acoge con satisfacción la iniciativa Salud Mundial para la Paz. Es evidente que, en la medida de lo posible, los programas y servicios de la OMS en los países deben ser sensibles a los conflictos y sensibles a la paz (de acuerdo con los significados explicados en el EB154/17). El trabajo realizado hasta ahora y previsto a través de las seis corrientes de trabajo parece bien orientado al desarrollo y la aplicación de la Iniciativa.

PHM aprecia el énfasis en la generación de pruebas a través de la investigación y el análisis, incluido el análisis de estudios de caso. En el [sitio web de la OMS](#) se pueden encontrar varios estudios de casos. El análisis continuado de los casos dará lugar a principios y directrices más claros. Esta investigación y análisis también generará información útil sobre los factores que impulsan los conflictos y la paz en diferentes contextos.

El acceso desigual a instalaciones básicas como los servicios sanitarios, las instalaciones educativas, los esfuerzos de desarrollo, las oportunidades económicas, las oportunidades laborales, los servicios tecnológicos, la falta de agua potable, la electricidad, llevan a la gente a la ira y pueden provocar conflictos. La pobreza, los desplazamientos forzados, la marginación, la estigmatización, la exclusión, la injusticia, la inseguridad, los problemas comerciales, las disputas por la tierra, las diferencias étnicas, religiosas y culturales, los estereotipos de género, la influencia colonial, la privatización, las desigualdades políticas, la tensión entre grupos armados y miembros de la comunidad, los discursos de odio, la desconfianza, la inseguridad alimentaria, los problemas relacionados con el clima, como la escasez de agua para la agricultura, también contribuyen a los conflictos en entornos frágiles y vulnerables.

Aunque la Iniciativa Global de Salud y Paz parece estar dirigida principalmente a informar el trabajo de la OMS en situaciones de conflicto, los principios deberían incorporarse a la formación del personal sanitario en general. Incluso cuando no hay un conflicto abierto, existen divisiones dentro de las comunidades en las que la sensibilidad al conflicto (no hacer daño) y la receptividad a la paz (crear cohesión social y confianza) pueden contribuir al bienestar y la salud.

PHM aprecia el párrafo 31 de la hoja de ruta:

Como tal, la Iniciativa Global de Salud y Paz se centra en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables, pero también es pertinente en cualquier entorno en el que sea necesario crear, mantener o reforzar la cohesión social, la resiliencia o la confianza a petición y con la aceptación de los gobiernos. Como demostró la pandemia de COVID-19, la escasa cohesión social o los bajos niveles de confianza

pueden socavar los resultados sanitarios positivos y la cobertura sanitaria universal.

Gran parte del trabajo de la OMS durante la pandemia de Covid incorporó la esencia de la "capacidad de respuesta ante la paz", aunque no se etiquetara como tal.

Sin embargo, es evidente que existen limitaciones a lo que puede lograrse a través del GPPI, como se puso de manifiesto durante el EBSS7, que exploró la devastadora situación de Gaza.

Riesgo de titulización

Aunque el MSP acoge con gran satisfacción esta iniciativa, hay que tener cuidado de que la paz no se convierta en una cuestión de seguridad en interés de actores externos.

El concepto de titulización en este caso puede ilustrarse con el acoso de los países ricos a los L&MIC en torno a las Capacidades Básicas del RSI: insistir en el desvío de fondos al cumplimiento de las normas sobre capacidades básicas -como bienes públicos- esencialmente para garantizar la seguridad de los países ricos (que disponían de los recursos para alcanzar las normas sobre capacidades básicas). Véase [el comentario de PHM sobre el punto 12.4 en WHA70](#) para más detalles.

El hecho de que la Iniciativa se centre en el ámbito nacional contribuirá a garantizar la autonomía nacional, y los representantes de la OMS podrán apoyar a los ministerios de sanidad nacionales, incluso contra influencias internacionales indebidas y la posible securitización de la sanidad en situaciones de conflicto.

Sin embargo, la programación de la paz no debe entenderse como contenida en un solo país. La mayoría de los conflictos en los que interviene la OMS son internacionales, y los agravios relacionados con la exclusión o la discriminación podrían estar claramente relacionados con cuestiones internacionales. La atención prestada a la prestación equitativa de servicios como medio de promover la paz es bienvenida y debería aplicarse tanto a escala internacional como nacional.

PHM insta a los Estados miembros a apoyar el desarrollo continuo de esta iniciativa.

Tema 17. Polio

En el punto de mira

Erradicación de la poliomielitis

La Directora General presentará un informe sobre la aplicación de la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026 ([EB15418](#)), incluidos los avances en la interrupción de la transmisión tanto de poliovirus salvajes como de poliovirus circulantes derivados de vacunas, con una actualización sobre la situación de la financiación a finales de 2023. Se invitará a la Junta a tomar nota del informe y a centrar sus debates en formas concretas de garantizar la plena aplicación y dotación de recursos de la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026. Cuestiones específicas sugeridas por la Secretaría para su consideración por la Junta Directiva:

- ¿Qué medidas deberían adoptarse para garantizar que todos los niños con dosis cero que quedan en las zonas geográficas más afectadas reciban la vacuna antipoliomielítica oral, en medio de las emergencias humanitarias más amplias que afectan a estas zonas?
- ¿Qué medidas deberían adoptarse para garantizar la movilización de los recursos financieros necesarios para aplicar plenamente la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026, incluida la rápida puesta en marcha de las promesas de contribuciones, y movilizar compromisos adicionales a través de recursos internacionales y nacionales?

Planificación de la transición y poscertificación de la poliomielitis

De conformidad con la decisión [WHA70\(9\)](#) (2017), la Directora General proporcionará información actualizada ([EB154/19](#)) sobre la aplicación del Plan de Acción Estratégico de la OMS para la Transición a la Poliomielitis (2018-2023), centrándose en las enseñanzas extraídas y la orientación estratégica propuesta para el periodo posterior a 2023. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientación sobre la dirección estratégica posterior a 2023. Cuestiones específicas sugeridas por la Secretaría para su consideración por la Junta Directiva:

- ¿Aborda el marco estratégico propuesto para después de 2023 las necesidades de los Estados Miembros, en el marco general de la creación de sistemas de salud fuertes, resilientes y equitativos y del mantenimiento de los logros en materia de salud pública conseguidos gracias al esfuerzo de erradicación?
- ¿Qué medidas deberían adoptarse para garantizar la responsabilidad y la apropiación de la puesta en práctica del marco estratégico propuesto para después de 2023 a escala nacional, regional y mundial?

Fondo

[El rastreador enlaza](#) con anteriores debates de los órganos rectores sobre la poliomielitis y anteriores comentarios del MSP sobre la erradicación de la poliomielitis y la transición (véase

en particular el [comentario del MSP sobre el punto 17.3 en la AMS75](#), gran parte del cual sigue siendo pertinente).

[Página temática](#) de la OMS sobre la poliomielitis con enlaces a varias páginas útiles

Comentario de PHM

Erradicación de la poliomielitis

El informe EB154/18 expone la situación actual y las respuestas actuales a nivel nacional y mundial. La OMS y sus asociados, así como el personal de lucha contra la poliomielitis a todos los niveles, son dignos de elogio por su buena labor.

El informe describe la situación de la transmisión de la poliovirus salvaje en los países endémicos e informa de que las recomendaciones (de la [reunión de junio de 2023](#) del Grupo de Asesoramiento Técnico para Pakistán y Afganistán) dirigidas a abordar las lagunas subnacionales de inmunidad y vigilancia se están aplicando ahora. Es desconcertante que en el documento EB154/18 no se mencione la Iniciativa Mundial de Salud y Paz de la OMS (sensibilidad a los conflictos y respuesta a la paz).

El informe describe brotes en regiones no endémicas, incluida la poliomielitis derivada de la vacuna. Describe el uso más amplio de la nueva opv2 y la plena autorización y precalificación de la vacuna, así como la mitigación de las limitaciones del volumen de producción.

Entre otras iniciativas, se ha informado del desarrollo de capacidades específicas de género y de nuevos trabajos para integrar la vacunación antipoliomielítica en las campañas generales de inmunización.

El informe es bastante optimista en cuanto a la perspectiva de una financiación adecuada para la aplicación de la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-26.

Transición a la polio y postcertificación

EB154/18 resume el marco estratégico post-2023 para la transición a la poliomielitis, incluida la continuación de los trabajos sobre la estrategia postcertificación de la poliomielitis, incluida la notificación y regulación de la contención y el desarrollo de criterios para verificar la eliminación.

El EB154/19 informa sobre el marco estratégico posterior a 2023 para la transición a la poliomielitis. Comprende una Visión Mundial (descrita con más detalle en el EB154/19), planes estratégicos regionales y planes de acción nacionales en Afro, SEARO y EMRO. La rendición de cuentas y la apropiación se consideran fundamentales para la realización de la Visión.

La transición está en marcha. Los costes de las funciones esenciales de la poliomielitis a cargo de las oficinas regionales y nacionales de la OMS se han integrado en el segmento básico del presupuesto por programas 2022-23 y del PP 2024-25. La transferencia de recursos del programa de lucha contra la poliomielitis al segmento básico del presupuesto por programas ha ido acompañada de una reducción progresiva de la dotación de personal del programa de lucha contra la poliomielitis (puestos financiados por la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis).

Tema 18. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico

En el punto de mira

En la resolución [WHA60.1](#) (2007), la Asamblea de la Salud autorizó la retención de virus variólico en dos repositorios con fines de investigación de duración limitada y actividades conexas para el desarrollo de medios de diagnóstico, agentes antivíricos y vacunas contra la viruela, a fin de alcanzar un consenso mundial sobre una fecha para la destrucción de las existencias de virus restantes. La Directora General presentará un informe ([EB154/20](#)) que ofrece una visión general de estas actividades en consonancia con el Decimotercer Programa Mundial de Trabajo de la OMS (2019-2025) para proteger mejor a las personas de las emergencias sanitarias.

Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientación adicional en torno a las siguientes cuestiones:

- ¿qué vías de investigación, en su caso, deberían priorizarse para el desarrollo en curso de contramedidas contra la viruela y otros orthopoxvirus?
- ¿qué acciones pueden proponer los Estados miembros para avanzar en la preparación ante brotes debidos a orthopoxvirus (que incluyen la viruela y la viruela símica)? .

Fondo

[Enlaces](#) a debates anteriores [de](#) los órganos de gobierno sobre la viruela

[Página temática](#) de la OMS sobre la viruela

Comentario de PHM

Visión general

PHM ha solicitado en repetidas ocasiones la destrucción definitiva de las reservas restantes del virus de la viruela, pero como se indica en el párrafo 1 del [documento EB154/20](#), la Asamblea de la Salud ha aplazado dicha acción y ha autorizado la continuación de la investigación sujeta a las condiciones descritas en el párrafo 2.

Según consta en el documento [A72/28](#) (4 de abril de 2019), el Comité Consultivo

- juzga que no es necesario conservar el virus variólico vivo para el desarrollo de vacunas más seguras contra la viruela más allá de los estudios ya aprobados
- tiene dudas sobre si la retención del virus de la viruela vivo sigue siendo necesaria para el desarrollo de ensayos de diagnóstico esenciales para la salud pública; y
- juzga que el virus variólico vivo seguía siendo necesario para seguir desarrollando agentes antivirales contra la viruela.

Véase el acta del debate en [la AMS72 \(B7\)](#) para la explicación de las posiciones de los países sobre la destrucción de las reservas restantes de virus de la viruela.

El presente informe (EB154/20):

- resume las conclusiones y recomendaciones de las últimas reuniones del Comité Consultivo de Investigación sobre el Virus Variola, que se refieren al diagnóstico, las vacunas y la terapéutica;
- proporciona información actualizada sobre las inspecciones bienales de bioseguridad y bioprotección de los dos depósitos autorizados del virus de la viruela (en Rusia y EE.UU.);
- ofrece información actualizada sobre las recomendaciones de la OMS en materia de inmunización contra la viruela y sobre las reservas de vacunas de la OMS;
- Respuesta de la OMS al brote multinacional de mpox desde 2022.

Cuestiones

Viruela sintética

El Comité Asesor ha recomendado que las secuencias genómicas sean de dominio público. La Secretaría señala que "los avances de la biología sintética y la tecnología de reconstrucción del genoma pueden aportar tanto beneficios como riesgos para la preparación frente a la viruela" y subraya la importancia de que los Estados miembros apliquen las directrices recomendadas por la OMS en la legislación nacional.

(Resulta irónico que si las últimas reservas del virus de la viruela se hubieran destruido en 1996, como se ordenó en un principio, el riesgo de síntesis no surgiría porque el virus no se había secuenciado en ese momento).

Seguridad en los dos depósitos autorizados

Los equipos de inspección siguen sugiriendo formas de mejorar las instalaciones, los protocolos y las prácticas. Estos depósitos no están exentos de riesgos y sus disposiciones en materia de gestión de riesgos son susceptibles de mejora continua.

Reservas y protocolos de vacunas

Las reservas de vacunas que poseen la OMS y los Estados miembros abarcan desde vacunas basadas en el virus vaccinia derivado de la linfa hasta vacunas de cuarta generación desarrolladas recientemente y basadas en el virus vaccinia del que se han eliminado los genes de virulencia. No está claro que, en caso de brote de viruela, esas reservas de vacunas fueran suficientes, tuvieran todas una eficacia y seguridad comparables, se distribuyeran equitativamente y se suministraran de forma eficiente y adecuada.

Mpox

Se describen el desarrollo y la respuesta a la emergencia del mpox; "las perspectivas siguen siendo preocupantes".

La página temática de la OMS sobre el mpox aconseja:

Después de 1970, el mpox apareció esporádicamente en África Central y Oriental (clado

I) y África Occidental (clado II). En 2003, un brote en los Estados Unidos de América se relacionó con

animales salvajes importados (clado II). Desde 2005, cada año se notifican miles de casos sospechosos en la RDC. En 2017, el mpox reapareció en Nigeria y sigue propagándose entre personas de todo el país y en viajeros a otros destinos. Los datos sobre los casos notificados hasta 2021 están disponibles [aquí](#).

En mayo de 2022, un brote de mpox apareció repentinamente y se extendió rápidamente por Europa, las Américas y luego por las seis regiones de la OMS, con 110 países que notificaron unos 87 mil casos y 112 muertes. El brote mundial ha afectado principalmente (pero no solo) a homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y se ha propagado de persona a persona a través de redes sexuales. Puede encontrar más información sobre el brote mundial [aquí](#), así como datos detallados sobre el brote [aquí](#);

El mpox es endémico en la RDC desde 2005 y en Nigeria desde 2017, pero hasta un mes después del brote mundial, en mayo de 2022, no se declaró emergencia de salud pública de importancia internacional (junio de 2022). La declaración de emergencia finalizó en mayo de 2023.

La Secretaría ha expresado su especial preocupación por las interacciones entre el SIDA y el mpox debido a los efectos inmunosupresores del primero. En su quinto y último informe, el Comité de Emergencia señaló:

El Comité hizo hincapié en la necesidad de establecer asociaciones a largo plazo para movilizar el apoyo financiero y técnico necesario para mantener la vigilancia, las medidas de control y la investigación para la eliminación a largo plazo de la transmisión entre humanos, así como la mitigación de las transmisiones zoonóticas, siempre que sea posible. Se reiteró que la integración de la prevención, preparación y respuesta al mpox en los programas nacionales de vigilancia y control, incluidos los del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, es un elemento importante de esta transición a largo plazo. En particular, el Comité observó que los avances en el control del brote multinacional de mpox se han logrado en gran medida en ausencia de apoyo financiero externo y que el control y la eliminación a largo plazo son improbables a menos que se proporcione dicho apoyo.

[El EB154/20](#) señala que "la financiación para la respuesta al mpox sigue siendo extremadamente limitada".

Tema 19. Determinantes sociales de la salud

En el punto de mira

El próximo [Informe Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Equidad en Salud](#) presenta una actualización de la situación de la equidad en salud y sus determinantes sociales, los progresos realizados hasta la fecha para abordarlos y las recomendaciones para seguir actuando. En el informe sometido a la consideración del Consejo Ejecutivo ([EB154/21](#)) se presenta un avance del Informe Mundial y se señalan las repercusiones de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y de otras crisis y transiciones sociales interrelacionadas que afectan a la equidad sanitaria, y se destaca la creciente importancia de abordar los determinantes sociales en todos los sectores.

Se invita al Consejo a tomar nota del informe presentado por el Director General y a proporcionar orientaciones adicionales sobre:

- cómo deben abordar los Estados miembros los determinantes sociales de la equidad sanitaria para moderar los efectos de las actuales crisis interrelacionadas y transiciones sociales sobre la salud y la equidad sanitaria; y
- sobre las recomendaciones propuestas en el próximo Informe Mundial de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Equidad en Salud.

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre SDH

[Informe de la Comisión](#)

[Página temática](#) de la OMS sobre el SDH

Comentario de PHM

Anteproyecto de comentarios. Envíe sus comentarios y sugerencias por correo electrónico a editor@phmovement.org.

Agradecimiento

PHM agradece el compromiso del Dr. Tedros, del personal de la Secretaría (en Ginebra y en las oficinas regionales y nacionales) y de los expertos que han contribuido a la elaboración del informe en los últimos años. Han pasado 15 años desde el lanzamiento del Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y hubo momentos en los que parecía que todo el proyecto había quedado archivado.

El MSP agradece también a los Estados miembros que han insistido en que se avance en la determinación de las desigualdades sanitarias y que han aportado recursos para apoyar esta labor. El MSP también agradece a los activistas de la salud (en el mundo académico y en los movimientos sociales) que se han negado a permitir que se descuiden las desigualdades en los

resultados sanitarios.

Los datos resumidos en el documento EB154/21 son confrontadores; tanto los niveles de inequidad como la lentitud de los avances en la corrección de las inequidades sanitarias desde 2008. Cabe esperar que los resultados y análisis más detallados arrojen nueva luz sobre los retos más acuciantes, las causas y las prioridades.

El documento EB154/21 reflexiona sobre la (falta de) progreso desde el Informe de la Comisión de 2008. Concluye que "no se ha prestado suficiente atención ni se ha actuado lo suficiente sobre los determinantes estructurales clave, como los sistemas económicos no equitativos, la discriminación estructural, incluidos el racismo y la desigualdad de género interrelacionados, y las deficiencias de las infraestructuras sociales". Concluye que "los esfuerzos para reducir las desigualdades sanitarias se han centrado a menudo en los esfuerzos necesarios para una prestación de servicios sanitarios más justa", pero se han hecho menos esfuerzos en la defensa y colaboración intersectorial.

El EB154/21 señala el impacto de múltiples crisis que se entrecruzan (climática, Covid, conflictos, coste de la vida) y apunta a importantes transiciones sociales y técnicas que parecen destinadas a exacerbar las desigualdades sanitarias.

El documento EB154/21 prevé 14 recomendaciones específicas que abordan cuatro objetivos generales. Las metas de estas recomendaciones son:

- "abordar los efectos sobre la salud de las jerarquías de poder y la distribución de recursos; abordar los sistemas y políticas que impulsan la discriminación estructural, incluidos el racismo y la desigualdad de género entrecruzados; y reconstruir las infraestructuras sociales débiles para mejorar las condiciones de vida y de trabajo y reforzar la conexión social" y
- proporcionar puntos de entrada para que "el sector sanitario actúe como facilitador e impulsor de la acción a nivel estructural".

¿Cuál es la teoría del cambio en la que se basan estas recomendaciones?

Las preguntas críticas que deben plantearse al evaluar estas recomendaciones se refieren a la teoría del cambio subyacente que ha informado su desarrollo.

- ¿Quiénes son los agentes cuya práctica cambiará a raíz de este informe?
- ¿Cuáles son los motores fundamentales de la desigualdad, la discriminación, la austeridad y la alienación, y cómo abordan estas recomendaciones esos motores fundamentales?
- ¿Por qué las recomendaciones facilitarían la adopción de políticas de equidad y la aplicación de programas de equidad; cuáles fueron los obstáculos a tales políticas y programas en el pasado (incluido el informe de la Comisión de 2008) y cómo contribuirá este Informe a superar esos obstáculos?

Estrategia

Hay una estrategia evidente en este documento, aunque no esté claramente articulada en el EB154/21. Esta estrategia implica el refuerzo y la alineación de varios impulsores de políticas y programas favorables a la equidad. Estos impulsores incluyen:

- la articulación de una serie de políticas en favor de la equidad, con el imprimátur de la

OMS, que sean pertinentes para los debates internacionales y nacionales en torno a políticas y programas sociales y económicos;

- el énfasis en el compromiso de la comunidad y la participación social en los procesos políticos y la creación de condiciones que maximicen las capacidades de una sociedad civil independiente e integradora para abordar los determinantes sociales de la equidad sanitaria; y
- reforzar la atención prestada a los determinantes sociales en los sistemas de salud y las plataformas políticas; y desarrollar la capacidad humana en los ámbitos de la salud, la protección social, la educación, el trabajo, la administración local y las organizaciones de servicios para potenciar los esfuerzos intersectoriales encaminados a abordar los determinantes sociales de la equidad sanitaria
- el énfasis en la medición, investigación y publicación de los diversos indicadores de desigualdad sanitaria, discriminación y servicios humanos deficientes;

El Informe Mundial como intervención en la formación de políticas globales

El EB154/21 sugiere que el Informe Mundial adoptará una posición progresista (a favor de la equidad) en una serie de cuestiones muy controvertidas en el debate político mundial. Se trata de una intervención directa en la formulación de políticas mundiales y, dado que viene acompañada de la autoridad de la OMS, es una intervención significativa.

La articulación autorizada de tales posiciones políticas proporciona una palanca que pueden ejercer los defensores de la equidad sanitaria.

Algunos ejemplos de estas posiciones políticas favorables a la equidad son:

- Utilización de impuestos progresivos y transferencias de ingresos para promover la equidad y ampliar el espacio fiscal nacional para los servicios públicos universales;
- Dotación de fondos públicos suficientes para infraestructuras y prestación de servicios en los ámbitos de la sanidad, la educación, el transporte, la vivienda, el agua, el saneamiento y los sistemas alimentarios;
- Destacar el concepto de determinantes comerciales de la salud y la necesidad de regulación para maximizar la capacidad promotora de la salud del sector privado; destacar el papel de la contratación pública en el fomento de "productos sostenibles, seguros y saludables y normas laborales seguras y justas";
- Reforzar las consideraciones de equidad sanitaria en los procesos comerciales mundiales y regionales;
- Destacar la importancia del espacio fiscal para la inversión pública en favor de la equidad en ámbitos como el alivio de la deuda, la financiación del desarrollo y la cooperación internacional en materia fiscal;
- Lograr la cobertura sanitaria universal mediante una financiación sanitaria progresiva y enfoques de atención primaria; minimizar el gasto de bolsillo y financiar los servicios sanitarios con recursos públicos mancomunados;
- Destacar la necesidad de abordar y proteger los determinantes sociales de la equidad sanitaria en situaciones de emergencia, migración y conflicto; garantizar los derechos de las personas desplazadas a acceder a los servicios sanitarios y sociales.

El Informe Mundial como intervención en la formulación de políticas

nacionales

Asimismo, el informe adoptará una posición progresista (a favor de la equidad) en una serie de cuestiones que son muy controvertidas en el debate político nacional (en algunos casos, cuestiones que son objeto de controversia a nivel internacional y nacional). Se trata de una intervención directa en la formulación de las políticas nacionales, y es importante porque hace uso de la autoridad de la OMS. Entre los ejemplos de posiciones políticas favorables a la equidad cabe citar:

- Garantizar que la planificación urbana, rural y territorial, el transporte y las inversiones en vivienda se apoyen en planteamientos que garanticen que la vivienda y los entornos construidos sean saludables y accesibles;
- Destacar la importancia de las "comunidades adaptadas a las personas mayores" para combatir el aislamiento social y la soledad;
- Destacar la importancia de la protección social universal;
- Ampliar los derechos laborales básicos a los trabajadores precarios e informales;
- Reconocer y reparar la discriminación, incluida la relativa al género, la raza y la discapacidad, y abordar las repercusiones de la colonización, y reconocer la indigenidad como factor determinante de la salud y la equidad sanitaria;
- Articular los beneficios para la equidad sanitaria de la acción sobre el cambio climático, la biodiversidad y la seguridad alimentaria;
- Reforzar el apoyo a las comunidades indígenas en su gestión de la tierra y los recursos naturales;
- Destacar la importancia de orientar la transformación digital en favor de la equidad sanitaria y el bien público;
- Lograr la cobertura sanitaria universal mediante una financiación sanitaria progresiva y enfoques de atención primaria; minimizar el gasto de bolsillo y financiar los servicios sanitarios con recursos públicos mancomunados.

Documentación y análisis inadecuados de los motores fundamentales de la desigualdad, la discriminación, la austeridad y la alienación.

Del resumen que figura en el documento EB154/21 se desprende que, a pesar de las referencias ocasionales, el Informe no proporcionará una documentación y un análisis completos de los motores fundamentales de la desigualdad, la discriminación, la austeridad y la alienación. Entre ellos se incluyen:

- la evaporación del empleo decente asociada a la liberalización del comercio, el desarrollo tecnológico y la aparición de grandes corporaciones, sentadas a horcajadas en las cadenas de valor mundiales, con el poder de extorsionar diversas concesiones de los países como condición para la inversión extranjera;
- el impacto en los pequeños agricultores de la protección y subvención de la agricultura del Norte y el poder de la agroindustria gigante a través de las cadenas de valor alimentarias mundiales (incluida la distinción entre seguridad alimentaria y soberanía alimentaria, que tiene implicaciones clave para el comercio en la agricultura);
- el impacto de la liberalización financiera en la capacidad de los gobiernos nacionales para gestionar sus propias economías, incluyendo una fiscalidad progresiva y un espacio fiscal adecuado para el desarrollo social;
- el impacto de la profundización de la desigualdad económica y la evaporación del empleo decente en la depresión y la ira de la comunidad, que a veces se manifiestan en movimientos neofascistas.

La falta de una documentación y un análisis completos de estos factores debilita la plataforma política que se propone en el Informe Mundial y disminuye la influencia de

los diversos grupos que abogan por una reforma política en este ámbito.

Documentación y análisis inadecuados de los obstáculos a la adopción de políticas favorables a la equidad.

Del resumen que figura en el documento EB154/21 se desprende que, a pesar de las referencias ocasionales, el Informe no proporcionará una documentación y un análisis completos de los obstáculos a la adopción de políticas favorables a la equidad y a la aplicación de programas favorables a la equidad. Entre ellos se incluyen:

- el poder del "sentimiento del mercado" (la voz del capital internacional) sobre los gobiernos electos en relación con la fiscalidad, el gasto público, la privatización y la mercantilización de los servicios humanos;
- el impacto de la política monetaria y la puerta giratoria (entre empresas y gobierno) en la formación de políticas;
- el papel del Banco Mundial y organismos similares en la promoción de políticas económicas neoliberales (a pesar de sus lustrosos informes que pretenden resolver todos los retos sociales y económicos posibles);
- el papel del FMI y de los bancos privados mundiales en la imposición de la austeridad mientras se niegan a abordar las causas de la deuda insostenible y la vulnerabilidad de las divisas;
- las limitaciones a la formulación de políticas nacionales que se han incorporado a la red mundial de acuerdos multilaterales y plurilaterales de comercio e inversión.

Si no se documentan y analizan exhaustivamente los obstáculos a la aplicación de políticas favorables a la equidad, se debilita el liderazgo político que debe ejercerse a través del Informe Mundial y disminuye la influencia de los diversos grupos que abogan por la reforma de las políticas en este ámbito.

Crear grupos de interés que puedan ejercer presión política en la formulación de políticas nacionales y en el debate político internacional.

Del EB154/21 se desprende que la estrategia subyacente al Informe Mundial, en términos de impulsar el cambio, se basará en tres grupos principales: medición, investigación y publicación; sociedad civil a favor de la equidad; sistemas sanitarios y personal sanitario.

La circunscripción de medición, investigación y publicación

El grupo de medición, investigación y publicación incluye a los investigadores en equidad sanitaria (epidemiología, ciencias sociales, estudios políticos, etc.) y a los organismos de seguimiento de programas y elaboración de informes estadísticos.

El Informe Mundial subrayará la importancia de un seguimiento continuado de la equidad sanitaria y de seguir investigando las tendencias y pautas de la equidad sanitaria (incluidos los factores de inequidad y los obstáculos a la acción política).

La historia del debate en torno a la equidad sanitaria sugiere que medir y publicar (de Virchow a Marmot) marca la diferencia.

Sociedad civil favorable a la equidad

Del EB154/21 se desprende que el Informe Mundial considera que la defensa de la sociedad civil es un importante motor de cambio, desde las comunidades locales que abogan ante el gobierno local hasta las ONG internacionales activas en la equidad sanitaria, pasando por los movimientos sociales de interés público que trabajan con aquellas comunidades que se llevan la peor parte de la inequidad, la discriminación y la falta de servicios.

Es evidente que las posiciones políticas a favor de la equidad mencionadas en el EB154/21, y desarrolladas en el Informe Mundial, servirán de palanca para dicha defensa por parte de la sociedad civil.

Sin embargo, sería importante no subestimar los retos a los que se enfrenta esta defensa de la sociedad civil, sin olvidar los obstáculos legales impuestos por muchos gobiernos a la movilización popular y la expresión democrática.

Los pilares básicos de la incidencia política de la sociedad civil son las organizaciones y redes que reúnen las experiencias y demandas de quienes más sufren las desigualdades. La construcción de una voz coherente capaz de influir en la formulación de políticas nacionales implica la convergencia de diferentes comunidades que trascienden las fronteras, a la luz de los factores estructurales compartidos de sus diferentes desventajas.

A la hora de crear un grupo coherente de la sociedad civil capaz de intervenir con firmeza en el debate político internacional, son muchos los temas que reclaman prioridad y hay que traspasar fronteras lingüísticas, culturales y contextuales. Sin embargo, estas ONG y redes internacionales se ven reforzadas cuando tienen vínculos directos con las organizaciones de base.

Si la OMS aceptara el reto de trabajar con la sociedad civil, podría hacer mucho, desde Ginebra y desde las oficinas regionales y nacionales. Sin embargo, como organización de un Estado miembro, la OMS se ha mostrado muy cauta a la hora de colaborar con la sociedad civil más allá de la esclerosis de las "relaciones oficiales".

Sistemas sanitarios y personal

El documento EB154/21 prefigura un importante impulso político para reforzar la atención a los determinantes sociales en los sistemas sanitarios y las plataformas políticas; para integrar los determinantes sociales de la equidad sanitaria en todas las estrategias y políticas sanitarias, los planes de preparación y respuesta ante emergencias y las leyes de salud pública; para desarrollar la capacidad humana en los ámbitos de la salud, la protección social, la educación, el trabajo, la administración local y las organizaciones de servicios a fin de potenciar los esfuerzos intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la equidad sanitaria.

Esta visión de las agencias y el personal sanitario como defensores de la equidad recuerda la promesa de la Declaración de Alma-Ata de 1978, que proyectaba un escenario de profesionales de la atención primaria y sus agencias trabajando con sus comunidades para abordar los determinantes sociales de su salud ([Newell, 1975](#)). Después de 30 años de intentar enterrar o reinterpretar la visión de Alma-Ata de la atención primaria, es alentador ver

que se reconoce este principio fundamental.

Sin embargo, los gestores de los sistemas sanitarios de todo el mundo se enfrentan a necesidades que superan los recursos, y sus contratos de trabajo les ofrecen poderosos incentivos para concentrar todos sus recursos en esas necesidades.

necesidades programáticas. Los responsables de la financiación de los sistemas sanitarios están igualmente preocupados por el número de pacientes y, aunque a las unidades de promoción de la salud se les ha permitido hablar de desigualdades sanitarias (a veces), rara vez disponen de los recursos necesarios para respaldar su retórica.

Para hacer frente a estos incentivos conservadores se necesitará un electorado externo, ajeno al sistema sanitario, que exija un cambio de política y una acción significativa en favor de la equidad sanitaria. Este electorado externo sólo puede proceder de las comunidades que más tienen que ganar con políticas y programas que favorezcan la equidad. Facilitar esas voces será fundamental para "apalancar el sector sanitario" en favor de la equidad sanitaria.

PHM insta a los miembros del Consejo Ejecutivo a que respalden las políticas y estrategias positivas en favor de la equidad que se anuncian en el documento EB154/21 y a que refuercen aquellos ámbitos en los que el Informe Mundial corre el riesgo de pasar por alto cuestiones clave.

PHM insta a las organizaciones de la sociedad civil de interés público a que aprovechen al máximo la plataforma política progresista prevista para el Informe Mundial y a que lleven a cabo una labor de promoción nacional e internacional en torno al desarrollo y la aplicación de políticas y programas en favor de la equidad.

Tema 20. Nutrición materna, infantil y de la primera infancia

En el punto de mira

Este informe bienal ([EB154/22](#)) actualizará los avances en la realización del [plan de aplicación global](#) sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño y en la aplicación del [Código Internacional](#) de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones adicionales. La Secretaría solicita orientación sobre las siguientes cuestiones:

- Dado que el plan integral de aplicación sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño está llegando a su fin en 2025, ¿qué próximos pasos debería dar la Secretaría en preparación de este plazo y en apoyo de la consecución de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, teniendo en cuenta tanto el plan de aplicación como las metas formuladas?
- En cuanto a las orientaciones sobre medidas reguladoras destinadas a restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna, ¿cómo puede reforzarse su adopción?

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño.

La última vez que se debatió este punto en las reuniones de los órganos deliberantes mundiales fue en la 75ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2022, en el punto [WHA75 18.1](#).

Comentario de PHM

Falta de avances en los objetivos del Plan Global de Aplicación

La meta 2.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible dice lo siguiente: "Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, en particular alcanzando, para 2025, las metas convenidas internacionalmente relativas al retraso del crecimiento y la emaciación en niños menores de 5 años, y atender a las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad".

El Plan integral de aplicación de la OMS para la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño incluye estos objetivos mundiales, pero va un poco más allá al incluir la anemia en mujeres en edad reproductiva, el bajo peso al nacer, el sobrepeso en niños y la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. En el documento [EB154/22](#) describen si van por buen camino para alcanzar estos objetivos en 2025 y 2030, resumidos en la siguiente tabla y codificados por colores para mayor comodidad.

En resumen, actualmente se prevé que el progreso mundial en materia de nutrición materna e infantil no alcanzará los objetivos de retraso del crecimiento, anemia, bajo peso al nacer, sobrepeso infantil y emaciación fijados para 2025, y logrará marginalmente el objetivo de lactancia materna exclusiva. El retraso del crecimiento, el bajo peso al nacer y la emaciación solo se han reducido en menos de un 2% desde la referencia de 2012, y a

Para empeorar las cosas, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso infantil han aumentado desde que se fijaron los objetivos para 2025.

En 2018, UNICEF y la OMS propusieron nuevos objetivos para 2030, proyectando los objetivos de 2025 del plan de aplicación integral a la fecha límite de 2030 para los ODS. Entre ellas se incluían metas más ambiciosas para la lactancia materna exclusiva ($\geq 70\%$ en los primeros 6 meses de vida) y la emaciación ($< 3\%$). Sin embargo, al ritmo actual, el mundo no está en vías de alcanzar estos objetivos, ya que el estado de la nutrición materna, infantil y de la primera infancia está *empeorando*, en lugar de mejorar.

	Progresos desde 2012	¿En vías de alcanzar el objetivo de 2025?	Objetivo 2025	Comentario
Retraso del crecimiento	Disminución del 1,7 al año, pero en 2022 había todavía 22,3% niños con retraso en el crecimiento	Exceso previsto de 31,5 millones de retrasos en el crecimiento, 138,5 millones de euros en total	Una reducción de 50% en número de atrofiado niños menores de 5 años	Sólo europeos y occidental Regiones del Pacífico por buen camino
Anemia	Aumento de 1,4%, ahora 29,9% de edad mujeres anémico	Habrà más mujeres anémicos que en 2012 (31,1% frente a 28,5%), falta el 50% objetivo de reducción	Una reducción de 50% de anemia en mujeres de edad	Falta de avances en visto en todos Regiones de la OMS igual
Nacimiento bajo peso	Disminuido en 0,3% desde 2012, pero el 14,7% de los niños eran todavía nacen con bajo peso al nacer	Habrà un 14,4% de bebés nacidos bajos peso al nacer en 2025, completamente desaparecido la reducción del 30 objetivo	Una reducción del 30 de baja peso al nacer incidencia	Sólo 11 de 157 países con suficiente datos disponibles van camino de llegar a 2025

	en 2020			objetivo
Sobrepeso	Aumentado con 0,1% desde 2012, el 5,6% de los niños son sobrepeso en 2022	Todavía el 5,6% de los niños tendrá sobrepeso en 2025, casi el doble el objetivo que se configure	Reduzca infancia sobrepeso a <3%	Regional disparidades en progreso. Aumentos de las Américas y occidental Pacífico, disminución de la
				Región europea
Exclusivo breastfeeding	Desde 2012 ha habido un aumento de exclusivo lactancia materna, 47,7% de los lactantes menores de 6 meses eran exclusivamente amamantado en 2021	El 53,4% de los lactantes ser exclusivamente amamantados en 2025, marginalmente superando el objetivo	Aumentar exclusivo lactancia materna en primeros 6 meses a $\geq 50\%$	Aunque el progreso global tiene buena pinta, de los 106 países con datos suficientes, 90 países no son proyectado a alcanzar el para 2025.
Desperdiciar	Disminuyó un 0,7% desde 2012, todavía 6,8% de los niños se desperdician en 2022	En 2025, el 6,6% de los niños menores de 5 años desperdiciarse, perderse el objetivo del 5	Reducir y mantener infancia desperdicio a <5	De los 125 países con datos suficientes, 85 alcanzarán el objetivo por 2025

No se analizan los factores estructurales de la malnutrición

El informe de la Secretaría (EB154/22) no proporciona ningún análisis de las causas de la crisis de malnutrición. No describe las causas profundas ni los obstáculos a la aplicación efectiva de las acciones acordadas. La sección sobre las cinco acciones se limita a enumerar diversas actividades que se han llevado a cabo en los dos últimos años, sin reflexionar sobre por qué las cinco acciones no han repercutido en los seis objetivos.

El hecho de que la Secretaría pida a la Junta que considere qué debería sustituir al Plan Integral de Aplicación a partir de 2025 sin ofrecer ningún análisis de los factores que impulsan la malnutrición o de los obstáculos que impiden una acción eficaz, sugiere una profunda disonancia cognitiva. En contraste, véase [Lancet](#) sobre la economía política de la nutrición de lactantes y niños pequeños.

A pesar de la atención prestada por diferentes agencias de la ONU a las cuestiones de nutrición, parece que se ha prestado poca atención a la economía política de los sistemas alimentarios y al papel de la gran agricultura y la gran alimentación en la configuración del suministro de alimentos a nivel mundial. La política nutricional debe abordar los orígenes de los alimentos, su interconexión con la propiedad y el uso de la tierra, su mediación a través de la globalización neoliberal y el comercio, y cómo nuestra desconexión de los orígenes de los alimentos también está contribuyendo a las crisis ecológicas, incluido el calentamiento climático.

El informe no reconoce ni informa de las medidas adoptadas para regular los alimentos con alto contenido en grasa, sal y azúcar (HFSS) o los alimentos ultraprocesados (UPF).

Para frenar el aumento de la obesidad infantil en las distintas regiones de la OMS es necesario un liderazgo mundial que regule eficazmente las bebidas azucaradas y la comercialización de productos poco saludables entre los niños en edad escolar. Esto es importante, ya que la combinación de la desnutrición en los primeros años de vida y la sobrealimentación debida a un entorno obesogénico en etapas posteriores predispone a enfermedades no transmisibles como la diabetes de tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y otros aspectos del síndrome metabólico.

IBFAN/BMA ha [informado recientemente](#) sobre la adopción por parte del Codex Alimentarius de una nueva norma sobre preparados de continuación para lactantes de más edad y niños pequeños que "da luz verde" a productos edulcorados, innecesarios, ultraprocesados y aromatizados.

Seguridad alimentaria, diversidad dietética, soberanía alimentaria

El informe de la Secretaría no ofrece ningún análisis sobre la inseguridad alimentaria y la necesidad de una reforma sustancial del sistema alimentario que aborde las desigualdades estructurales inherentes a los sistemas alimentarios mundiales.

El informe lamenta que la ayuda oficial al desarrollo para intervenciones específicas en nutrición sea insuficiente y PHM comparte este pesar. Sin embargo, las intervenciones específicas en materia de nutrición no abordan las distorsiones arraigadas en los sistemas alimentarios mundiales. Alcanzar los objetivos de 2025 exigirá replantearse la afirmación de que las grandes empresas agroalimentarias pueden aportar soluciones a la seguridad alimentaria mundial mediante su control de las cadenas de suministro mundiales y su dependencia de las soluciones tecnológicas. La soberanía alimentaria debe ser la base de un nuevo enfoque.

Una nutrición sana en el centro de la atención primaria

El documento EB menciona que los servicios de nutrición deben incluirse en la cobertura sanitaria universal. La cobertura sanitaria universal propone un conjunto mínimo de paquetes de prestaciones de servicios que se compran a los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, en un sistema sanitario basado en el mercado.

En cambio, la atención primaria de salud se centra en la prevención y en crear un entorno sano para que los niños crezcan y se desarrollen. Los trabajadores sanitarios comunitarios pueden desempeñar un papel importante en la malnutrición infantil, y su contribución está documentada en países como India, Tailandia y Bangladesh.

El MSP rechaza un modelo en el que la nutrición se considera un "servicio" que puede ser objeto de mercantilización en un sistema de salud despojado y basado en el mercado. Por el contrario, una nutrición adecuada, especialmente en los primeros años de vida, debe considerarse un derecho humano fundamental y la base sobre la que se construye la salud.

Esto incluye prestar atención a la diversidad dietética y a la soberanía alimentaria como parte de un enfoque de participación comunitaria para acabar con la malnutrición.

Existen necesidades nutricionales muy reales que pueden abordarse mediante servicios de nutrición específicos y adaptados al contexto, por ejemplo, las carencias de micronutrientes en las adolescentes y las jóvenes.

y durante la gestación y la lactancia. Sin embargo, estos servicios deben adaptarse al contexto, integrarse en la atención primaria de salud y en programas comunitarios orientados a la diversidad dietética y la soberanía alimentaria.

Lactancia materna

El punto débil más grave de este informe es la falta de énfasis en la lactancia materna, que es la intervención que tiene la mejor relación coste-beneficio para varios resultados, incluida la mortalidad infantil. El documento habla de lactancia materna exclusiva, pero cualquier lactancia es importante. El documento afirma que hubo un aumento significativo de la lactancia materna exclusiva, pero también afirma que de 106 países con datos suficientes, la mayoría (entre 90 y 100 países) no han alcanzado ni es probable que alcancen el objetivo de 2025, lo cual es muy preocupante.

Desde la entrada en vigor del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981, sólo 32 países han adoptado medidas legales para aplicar medidas acordadas con el Código. En 2022, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la decisión WHA75(71), en la que se solicitaban orientaciones a los Estados miembros sobre medidas reglamentarias para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna, lo que ha dado lugar a una [nueva orientación](#) de 11 recomendaciones para la acción de los Estados miembros.

En un [comentario preliminar sobre este punto del orden del día del EB, IBFAN](#) ha destacado el marketing digital, la alimentación infantil en situaciones de emergencia, la mensajería y el comercio mundial. PHM se une a IBFAN en:

- pidiendo a la OMS que adopte una resolución firme exigiendo a los Estados miembros que apliquen plenamente las nuevas orientaciones;
- haciendo hincapié en la importancia de proteger y apoyar a las mujeres que desean amamantar en situaciones humanitarias y de emergencia;
- pidiendo salvaguardias para evitar que los programas humanitarios promuevan productos enriquecidos ultraprocesados como balas mágicas sin mencionar la lactancia materna ni la importancia de los alimentos biodiversos;
- pidiendo a la ONU y a las agencias humanitarias que desafíen el sistema alimentario dirigido por las empresas que tanto daño ha hecho al ecosistema y a los alimentos sostenibles biodiversos.

En respuesta a las dos preguntas de la Secretaría

¿Qué próximos pasos debería dar la Secretaría?

El MSP insta a los Estados miembros a que soliciten a la Secretaría que lleve a cabo un examen exhaustivo de las circunstancias económicas y políticas que sustentan la crisis nutricional (incluidos los sistemas alimentarios mundiales) y de los obstáculos comerciales y políticos a la aplicación efectiva de las cinco acciones del plan integral de aplicación.

Reforzar la adopción de orientaciones sobre marketing digital

PHM se une a IBFAN para pedir una resolución firme que exija a los Estados miembros la plena aplicación de las directrices. Esta resolución debería incluir sólidas disposiciones de rendición de cuentas basadas en los principios de revisión por pares. También debería incluir disposiciones que contribuyan a una

profesionales y comunitarios que animarán a los gobiernos a aplicar las orientaciones.

Tema 21. Bienestar y promoción de la salud

En el punto de mira

La Directora General presentará un informe ([EB154/23](#)) sobre la aplicación de la resolución [WHA75.19](#) (2022), en particular sobre la elaboración de un marco para lograr el bienestar. [El Marco Mundial](#) para el Bienestar comprende seis orientaciones estratégicas para promover el bienestar de la sociedad sobre la base de los principales determinantes de la salud (a saber, ambientales, sociales y económicos), la cobertura sanitaria universal equitativa, la transformación digital y la medición de los progresos, vinculándolas entre sí con las orientaciones normativas eficaces sugeridas a partir de las experiencias de los países. El Marco sienta las bases para mejorar la coherencia y la coordinación de las políticas y los programas destinados a crear sociedades sanas y resilientes.

Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones adicionales. En sus deliberaciones, el Consejo podría centrarse en los siguientes aspectos:

- ¿Cómo debería organizarse a nivel nacional la responsabilidad general de la promoción de las sociedades del bienestar?
- ¿Qué recursos técnicos adicionales deberían desarrollarse para apoyar la aplicación y el seguimiento en los países?
- Dados los crecientes llamamientos para que la sanidad pública se oriente hacia la promoción de la salud, ¿cuáles serían los mejores mecanismos para establecer prioridades que garanticen el bienestar de las sociedades?
- Cómo garantizar/facilitar el compromiso de cooperación para el bienestar y la promoción de la salud manteniendo claras las responsabilidades.

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre promoción de la salud

[Página temática](#) de la OMS sobre

promoción de la salud [Página del equipo](#)

[de](#) la OMS sobre promoción de la salud

Comentario de PHM

Sin teoría explícita del cambio

El Marco Global no articula una teoría explícita del cambio. Los elementos clave de su teoría implícita del cambio parecen ser nuevas métricas, estudios de casos inspiradores, desarrollo de capacidades y orientación política para los Estados miembros.

El Marco proporciona un diagnóstico preciso (aunque a un alto nivel de abstracción) de las "causas subyacentes contemporáneas comunes" (párrafo 5 del [EB154/23](#) y Parte IIb del

[Marco Global](#)). Sin embargo, no se analizan las fuerzas, los agentes y las dinámicas asociadas a esas causas subyacentes, ni los obstáculos que se han encontrado para abordarlas.

A pesar de que en [WHA75.19](#) se pide "un plan de aplicación y seguimiento" como parte del Marco Global, éste no incluye tal plan.

El último párrafo del Marco sugiere una confianza poco realista en el consenso y la responsabilidad:

Este Marco requiere una transición de todo el gobierno y la sociedad. Los socios clave, incluidas las organizaciones no gubernamentales y cívicas, el mundo académico, las empresas, los gobiernos y las organizaciones internacionales, deben participar en asociaciones eficaces basadas en el consenso y la responsabilidad para la aplicación decisiva de estrategias de promoción de la salud y el bienestar.

El EB154/23 aconseja (párrafo 12) que "La Secretaría está creando actualmente un Grupo de Expertos de Asesoramiento Técnico Estratégico multidisciplinar para asesorar y proponer aportaciones a los marcos de seguimiento y aplicación". Sin embargo, no está claro que el mandato del Grupo abarque el Marco Global.

El descubrimiento del buen vivir

El énfasis en el bienestar tanto en la Carta de Ginebra como en el Marco Global de la OMS refleja la influencia del discurso del "vivir bien" o buen vivir, que ha sido muy influyente en la salud pública latinoamericana durante algunas décadas. Sin embargo, el proyecto de marco se beneficiaría de otras dos innovaciones de la escuela latinoamericana de medicina social/salud colectiva.

Una de ellas es la insistencia en distinguir entre *determinantes sociales* (como factores que se ha demostrado que influyen en la salud de la población) y determinación social (que se centra en las fuerzas y dinámicas que reproducen esos factores). El proyecto de marco apenas aborda la *determinación* social y política de la salud, salvo a un nivel muy general.

La segunda innovación es el paso de la *salud pública* a la *salud colectiva*, para evitar sobredimensionar el papel del gobierno en la conformación de la salud de la población y destacar las formas en que la salud de las poblaciones está conformada por las fuerzas, compromisos y dinámicas de las comunidades y la sociedad civil en general.

Ambigüedades en la conceptualización de la promoción de la salud

El párrafo operativo 2(1) pide al DG que identifique el papel que podría desempeñar la promoción de la salud en la consecución del bienestar. Presumiblemente, el propósito de esta petición es aclarar el papel que la promoción de la salud podría desempeñar en el fomento del bienestar si la OMS adoptara y aplicara el marco propuesto.

Sin embargo, la conceptualización de "promoción de la salud" que se ofrece es ambigua, ya que abarca desde la promoción de la salud como sector institucional, formado por expertos y organizaciones, hasta la promoción de la salud como conjunto de principios y prácticas que los profesionales sanitarios, las agencias y las administraciones pueden aplicar en su trabajo, pasando por la promoción de la salud como proceso social, una forma de hablar de la mejora de la salud de la población. Decir que "la promoción de la salud trata de influir en las políticas y los programas" (parte IId del Marco Global)

sugiere la "promoción de la salud" como una entidad singular con agencia propia. Más adelante, el Marco describe la promoción de la salud como un "motor" de la salud pública.

El proyecto de crear una sociedad (o civilización) del bienestar se basa, en diferentes sectores y comunidades, en una amplia gama de principios y paradigmas prácticos. De hecho, la práctica profesional y cívica de los profesionales de la salud se basa en un amplio abanico de principios y paradigmas, entre los que se incluye la "promoción de la salud" (entendida como un sector institucional o un conjunto de principios y prácticas, o como sinónimo de mejora de la salud), pero que va mucho más allá.

El proyecto de marco (Parte IId) aconseja que "la promoción de la salud es *el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla*". Pero está claro que la promoción de la salud no es el único "proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla". Para muchas personas, el uso de medicinas tradicionales o complementarias es un proceso para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. La promoción de la salud no es el único conjunto de principios y prácticas que ayudan a los gobiernos, las comunidades y las personas a "afrentar y abordar los retos de la salud y el bienestar con el fin de promover poblaciones y entornos más sanos" (página 6).

Hay secciones de este Marco que parecen estar dirigidas a promover la promoción de la salud en lugar de explicar su función, como se pide en WHA75.19. La Parte V del Marco declara que:

... la promoción de la salud proporciona la plataforma, los enfoques y las herramientas que permiten esta colaboración intersectorial transformadora, la acción colectiva a través del empoderamiento de la comunidad y, en última instancia, generan la buena gobernanza que es esencial para que se haga realidad el bienestar de la sociedad.

Incumplimiento de mandato

Este punto comenzó con la [Carta de Ginebra para el Bienestar](#), la declaración final de la 10ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ginebra (Suiza) del 13 al 15 de diciembre de 2021.

A continuación, el debate se trasladó a la Asamblea de la Salud, con un [proyecto de resolución](#) patrocinado por Arabia Saudí, Azerbaiyán, Bahréin, Bosnia y Herzegovina, Botsuana, Colombia, Emiratos Árabes Unidos, Irak, Omán, Perú, Tailandia y Vanuatu, que fue adoptado como [WHA75.19](#).

WHA75.19 solicita a la DG

... elaborar, en el marco del mandato de la OMS, un marco sobre el logro del bienestar, basado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, y determinar el papel que desempeña la promoción de la salud en dicho marco.

Esta petición incluye dos tareas separadas: en primer lugar, desarrollar un marco para el bienestar basado en los ODS; y en segundo lugar, explicar el papel que desempeña la promoción de la salud en ese marco.

Sin embargo, el Marco Global que se elaboró se denomina "Alcanzar el bienestar: Un marco

global para integrar el bienestar en la salud pública *utilizando* un enfoque de promoción de la salud".

Se trata de una desviación muy significativa del mandato original: de desarrollar un marco e identificar el papel de la promoción de la salud a desarrollar un marco utilizando un enfoque de promoción de la salud. No está claro cómo se produjo esta transformación del mandato. Es de suponer que fue una decisión deliberada del personal de la Secretaría, pero puede que contara con el apoyo de los Estados miembros patrocinadores, los donantes y los asesores.

La adopción de la decisión [WHA76\(22\)](#), mediante la cual la Asamblea adoptó el marco, acepta y respalda el mandato transformado.

La procedencia de las decisiones y resoluciones de los órganos de gobierno y la procedencia de las publicaciones e iniciativas llevadas a cabo a través de la Secretaría quedan ocultas a la vista del público. Lo mismo ocurre con el papel de determinados Estados miembros, donantes, gestores de programas de la Secretaría, asesores profesionales y entidades del sector privado.

Este secretismo ("comercial en confianza") representa una grave violación de la obligación de rendir cuentas. La falta de transparencia pone en entredicho la integridad de la Organización.

La desintegración de la OMS: un mercado de influencias

Parece que el impulso de un Marco Global para el Bienestar se dirige (al menos en parte) a la promoción de la Promoción de la Salud. La supervivencia de muchas unidades de la Secretaría (y la continuidad de su personal) depende de la continua lucha por captar la atención y la financiación de los donantes.

A pesar de que se habla de movilización "coordinada" de recursos, existe una tensión entre las distintas unidades de atención de los donantes y, con ello, la desintegración del desarrollo coherente de políticas y programas.

Esta dinámica perjudicial es consecuencia directa de la negativa de los Estados miembros a financiar plenamente la Organización mediante cuotas o a desvincular las contribuciones voluntarias estrictamente marcadas.

Posición PHM

El MSP pide un refuerzo radical de la rendición de cuentas de la Secretaría de la OMS en lo que respecta a las relaciones entre bastidores entre los Estados miembros, los intereses especiales, los donantes y los gestores de programas dentro de la Secretaría. El MSP pide que la OMS mencione los organismos de financiación que apoyan cada iniciativa que se presenta ante los órganos deliberantes.

El MSP pide que se ponga fin a la mercantilización de la toma de decisiones y la producción de recursos de la OMS y que la Organización se financie de forma previsible, adecuada y flexible mediante contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias no condicionadas.

Tema 22. Cambio climático, contaminación y salud

Contenido

- [En el punto de mira](#)
- [Fondo](#)
- [Comentario de PHM](#)
- [Notas de debate](#)

En el punto de mira

Impacto de los productos químicos, los residuos y la contaminación en la salud humana

En el [documento EB154/24](#), la Secretaría informa sobre la aplicación de la resolución [WHA76.17](#) (2023). En esta resolución se pedía a los Estados Miembros que apoyaran a la Secretaría en su participación en dos iniciativas de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente: el establecimiento de un grupo científico-normativo para contribuir a la gestión racional de los productos químicos y los desechos y prevenir la contaminación ([UNEP EA.5 RES.8](#)); y la elaboración de un instrumento internacional vinculante para poner fin a la contaminación por plásticos ([UNEA-5.2](#)). El informe presenta opciones para la participación de la OMS en ambas iniciativas.

Se invita a la Junta Directiva a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones, así como del grupo científico-político propuesto y del instrumento que se está elaborando sobre la contaminación por plásticos.

Cambio climático y salud

En el informe [EB154/25](#) se describen las crecientes repercusiones del cambio climático en la salud, las oportunidades de proteger y mejorar la salud mediante la acción climática, las medidas necesarias por parte de la comunidad sanitaria mundial, y el papel singular de la OMS en el liderazgo, la información, la orientación y la aplicación de la respuesta sanitaria al cambio climático. Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

Fondo

Enlaces de seguimiento a debates anteriores sobre el [Medio Ambiente](#) y el [Clima](#) y el [SAICM](#)

Página temática de la OMS sobre [cambio climático](#) y [salud ambiental](#)

Comentario de PHM

Impacto de los productos químicos, los residuos y la contaminación en la salud humana

La Junta estudiará la participación de la OMS en dos iniciativas del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA): el grupo científico-normativo y el instrumento internacional vinculante para acabar con la contaminación por plásticos.

El panel científico-político

El PNUMA ha resuelto que "el grupo debería ser un organismo intergubernamental independiente con un programa de trabajo aprobado por los gobiernos de sus países miembros para aportar pruebas científicas pertinentes para la formulación de políticas sin ser prescriptivo en este ámbito". El PNUMA considera que las principales funciones del panel deberían incluir:

- Realizar una "exploración del horizonte" para identificar cuestiones de interés para los responsables políticos y, en la medida de lo posible, proponer opciones basadas en pruebas para abordarlas;
- Realizar evaluaciones de los problemas actuales e identificar posibles opciones basadas en pruebas para abordar, en la medida de lo posible, esos problemas, en particular los que afectan a los países en desarrollo;
- Proporcionar información actualizada y pertinente, detectar las principales lagunas de la investigación científica, fomentar y apoyar la comunicación entre científicos y responsables políticos, explicar y divulgar las conclusiones para distintos públicos y sensibilizar a la opinión pública;
- Facilitar el intercambio de información con los países, en particular con los países en desarrollo que buscan información científica pertinente.

En [WHA76.17](#) (párrafo 4(8)) se encomendó a la Secretaría que contribuyera activamente a la labor del Grupo de Trabajo Especial de Composición Abierta encargado de establecer el grupo científico-normativo propuesto.

En el párrafo 12 del documento EB154/24, la Secretaría expone seis opciones con respecto a la relación de la OMS con el grupo especial. Estas opciones no se excluyen mutuamente.

En el párrafo 7, el documento EB154/24 señala que la OMS cuenta con procesos estrictos y bien establecidos para identificar y gestionar los posibles conflictos de intereses de los expertos. Se necesitarán procesos comparables para el grupo científico-normativo. PHM señala que los conflictos de intereses han resultado problemáticos en algunas de las organizaciones que participan en el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional.

PHM insta al Consejo a que recomiende una resolución a la Asamblea de la Salud que respalde la participación de la OMS en el panel de forma que abarque las seis opciones.

Dicha resolución también debería:

- prever la presentación de informes periódicos a los órganos deliberantes de la OMS sobre la labor del grupo y la contribución de la OMS al mismo;
- solicitar a la Secretaría que, al preparar su informe para la AMS77, incluya asesoramiento sobre las disposiciones que se están negociando para el grupo que (de conformidad con el párrafo 6(c) de [UNEP/EA.5/Res.8](#)) garanticen que el trabajo del grupo será transparente, imparcial y estará protegido de distorsiones derivadas de conflictos de intereses.

PHM afirma que, tal como se describe en los párrafos 6 y 7 del documento EB154/24, la participación en el grupo científico-normativo entra plenamente dentro del mandato actual de

la OMS y las limitaciones presupuestarias no deberían impedir o restringir la participación de la OMS.

Acabar con la contaminación por plásticos

El PNUMA ha determinado (en [UNEP/EA.5/Res.14](#)) que es necesario un instrumento internacional jurídicamente vinculante sobre la contaminación por plásticos, incluso en el medio marino, y ha resuelto convocar un comité intergubernamental de negociación de dicho instrumento, para que inicie sus trabajos durante el segundo semestre de 2022, con la ambición de completar su labor a finales de 2024.

En los párrafos 16-18 del [documento EB154/24](#), la Secretaría examina una serie de opciones relativas al papel de la OMS en el comité intergubernamental de negociación y en el instrumento jurídicamente vinculante que se está elaborando. En el párrafo 22, la Secretaría informa de que la OMS seguirá participando en los proyectos de disposiciones sobre cuestiones sanitarias y en los trabajos técnicos pertinentes entre las negociaciones oficiales.

PHM insta a la Junta Directiva a respaldar dicho compromiso, abarcando todos los modos de participación discutidos en los párrafos 16-18.

PHM insta a la Junta a que solicite a la Secretaría que, en su compromiso con el comité negociador internacional, preste especial atención a garantizar que el instrumento jurídicamente vinculante incluya disposiciones sólidas que garanticen que su aplicación está protegida de las distorsiones derivadas de los conflictos de intereses.

Cambio climático y salud

Procedencia

El proyecto [de orden del día provisional](#) de la actual reunión del Consejo Ejecutivo, publicado en junio de 2023, no incluía este punto sobre el cambio climático. En ese proyecto de orden del día provisional, el punto 19 era "El impacto de los productos químicos, los residuos y la contaminación en la salud humana". El 16 de noviembre, cuando se publicó el orden del día provisional, este punto había cambiado a "Cambio climático, contaminación y salud". Esto ocurría dos semanas antes de la inauguración de la COP28 en Dubai.

No hay nada en el documento EB154/25 que explique cómo, ante la continua preocupación por el control del orden del día, se aceptó un nuevo punto importante para el orden del día revisado. Especulamos que, ante las temperaturas mundiales récord y la continua resistencia a la acción climática en Dubai, el Secretario General de la ONU puede haber instado a sus agencias especializadas a hacer más para promover una acción eficaz contra el calentamiento global. O quizá uno de los grandes donantes de la OMS haya indicado que podría disponer de fondos para una nueva iniciativa sobre clima y salud.

(PHM acoge favorablemente el punto y acoge con satisfacción el informe del EB154/25, pero lamenta la falta de transparencia en cuanto a la procedencia de este punto y de muchos otros (puntos, resoluciones y decisiones) que figuran en los órdenes del día de los órganos rectores).

Sea cual sea el origen de este informe, el mensaje subyacente es que la OMS debe contribuir más al impulso de una acción eficaz contra el calentamiento global.

Agradecimiento

Se trata de una iniciativa excelente. En vista de la continua resistencia a frenar el uso de combustibles fósiles, evidente en particular en la COP28, la OMS debe hacer más para contribuir a la creación de argumentos a favor de una acción eficaz para la mitigación y la adaptación.

El informe ([EB154/25](#)) ofrece una buena descripción de los problemas. Aporta la dimensión de la equidad, destacando las consecuencias sanitarias del cambio climático a las que se enfrentan los países de renta baja y media-baja (inundaciones, sequías, desplazamientos y conflictos) y los pequeños Estados insulares en desarrollo, al tiempo que reconoce la menor contribución de estos países a las emisiones globales históricas.

[El documento EB154/25](#) también destaca las vías de desarrollo y las opciones económicas que están provocando la crisis climática, y que son las causas directas de los grandes impactos sobre la salud. El documento cita los sistemas energéticos contaminantes, que causan millones de muertes prematuras por contaminación atmosférica cada año; los sistemas alimentarios insalubres y destructivos para el medio ambiente, que contribuyen a las enfermedades no transmisibles; y los sistemas de planificación urbana y transporte, que provocan dependencia del automóvil, inactividad física y lesiones por accidentes de tráfico. Estos efectos paralelos sobre el calentamiento global y directamente sobre la salud son importantes porque sustentan la lógica del argumento de los "beneficios colaterales".

El documento identifica varios elementos de una respuesta del sistema sanitario al calentamiento global:

1. estar preparados (para responder al calor extremo, las inundaciones y las enfermedades infecciosas);
2. ser resistentes al clima (incluyendo agua y saneamiento, sistemas alimentarios sostenibles);
3. reducir las emisiones de carbono del sector sanitario
4. Trabajar para conseguir "beneficios colaterales" para la salud (por ejemplo, salvar vidas gracias a la mejora de la calidad del aire) mediante la mitigación del cambio climático en otros sectores, como la energía, la alimentación, el transporte y los sistemas urbanos;
5. animar a los "agentes de la salud" a trabajar en todos los sectores para salvaguardar conjuntamente los principales factores determinantes del medio ambiente.

A continuación, el documento propone una serie de acciones de la Secretaría que podrían contribuir a impulsar la respuesta del sistema sanitario. Entre ellas se incluye la ampliación de su propio trabajo actual en:

- liderazgo y sensibilización,
- generación de pruebas, recogida de datos, seguimiento de tendencias y producción de recursos técnicos, y
- desarrollo de capacidades y apoyo a los países.

Crítica

Se aprecia el compromiso de impulsar la respuesta del sistema sanitario. Las acciones

propuestas son integrales y estratégicas.

Sin embargo, aunque la retórica de que el cambio climático es "una amenaza fundamental para la salud humana exige una respuesta contundente de la comunidad sanitaria mundial para proteger la salud frente a los crecientes riesgos climáticos, garantizar el acceso a servicios de alta calidad, resistentes al clima y sostenibles desde el punto de vista medioambiental..." no es suficiente.

servicios sanitarios y mejorar la salud, limitando al mismo tiempo el calentamiento global al límite acordado de 1,5°C. (párrafo 7)" es bienvenida, la necesidad de *responsabilidades comunes pero diferenciadas y capacidades respectivas* está ausente de la articulación.

El informe señala el impacto diferencial del calentamiento global, que afecta más a los PBI y los PIM, pero no señala que la mayor parte del esfuerzo de mitigación debe provenir de los contaminadores pasados y presentes, y que mientras los PBI y los PIM necesitan un apoyo considerable para la adaptación, la contribución que pueden hacer a la mitigación es menor. Los países de renta media deben comprometerse a proporcionar ayuda financiera como parte de los fondos comunes.

La referencia a los entornos de bajos ingresos que identifican y despliegan el acceso a la energía renovable para las instalaciones sanitarias (párrafo 9) es engañosa y distrae, cuando la lucha en estos países es establecer las instalaciones sanitarias mínimas requeridas con los niveles mínimos de acceso a la energía garantizado - de cualquier tipo. El argumento de los beneficios colaterales de las tecnologías respetuosas con el clima es importante, pero debe ir acompañado de transferencias de tecnología gratuitas y facilitadas (el argumento de las capacidades respectivas). Todo el informe deja de lado las perspectivas de justicia climática de los países en desarrollo y se pasa con el romanticismo de "el mundo es uno". ¿Qué ha sido del imperialismo?

PHM también insta a la Secretaría a reforzar este documento, en relación con el poder popular y el enfoque de la atención primaria de salud, antes de presentarlo a la Asamblea de la Salud. El documento reconoce claramente la importancia del poder popular para vencer la resistencia a los combustibles fósiles y presionar para conseguir una financiación adecuada y equitativa para la adaptación. También reconoce el poder potencial de la "comunidad sanitaria mundial" para frenar el calentamiento global. También

Sin embargo, no establece la conexión. El enfoque de la atención primaria, elaborado en Alma-Ata, prevé una "asociación sanitaria comunitaria" para la salud; el personal sanitario (a todos los niveles) trabaja activamente con sus comunidades para definir los riesgos y movilizarse contra las causas subyacentes.

Una parte importante de la población trabaja en el sector sanitario; se trata, en su inmensa mayoría, de personas que se preocupan por el bienestar y la salud de su comunidad, incluida la amenaza del calentamiento global. Dentro del sistema sanitario ya han surgido multitud de organizaciones y redes que defienden y se movilizan contra el calentamiento global.

PHM insta a la Secretaría a que explore otras acciones que puedan sacar provecho de esta asociación sanitaria comunitaria en diferentes distritos, a diferentes niveles.

La dinámica física subyacente al calentamiento global es mundial, pero los riesgos específicos son diversos y pueden estar muy localizados. Dentro de un mismo Estado, las distintas regiones o distritos pueden estar expuestos a riesgos diferentes; las consecuencias también varían y las vulnerabilidades difieren. El modelo de APS prevé que los organismos sanitarios locales identifiquen y promuevan medidas de adaptación y mitigación localizadas, en colaboración con sus comunidades, además de abogar por políticas y estrategias universales.

La Secretaría menciona la resiliencia climática como un componente central del desarrollo sanitario en el contexto de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria. Sin embargo, no reconoce las consecuencias de un enfoque mercantilizado de la cobertura sanitaria universal basado en los seguros, con el fomento de la atención hospitalaria privada y la práctica privada. Este escenario impulsa la superespecialización y el consumo excesivo de asistencia sanitaria y plantea nuevas amenazas para la resiliencia climática.

Una atención primaria robusta ha demostrado su capacidad para abordar causas evitables de mortalidad y morbilidad. También tiene el potencial de hacer frente a las diversas amenazas asociadas al calentamiento global, incluida la creciente carga de enfermedades transmisibles. El informe no reconoce la necesidad urgente de reforzar la atención primaria con vistas a garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria y fortalecer la resiliencia para hacer frente a las emergencias y crisis sanitarias (debido a la mayor frecuencia de fenómenos meteorológicos extremos, pandemias, etc.) y a la acción sobre los determinantes sociales de la salud, incluido el calentamiento global.

Reconocer las necesidades locales no significa ignorar las fuerzas y procesos que operan a escala mundial. PHM insta a la OMS a animar activamente a las organizaciones sanitarias (responsables políticos, profesionales y organizaciones de la sociedad civil) a participar en las reuniones del Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico y del Órgano Subsidiario de Ejecución de la CMNUCC para garantizar que se escuchan las perspectivas sanitarias. Esta participación puede dar un contexto global a las luchas localizadas.

Tema 23. Economía y salud para todos

En el punto de mira

La Directora General presentará un informe ([EB154/26](#)) en el que se resumirán las actividades y recomendaciones del [Consejo de la OMS sobre la Economía de la Salud para Todos](#). También proporcionará información en apoyo de un enfoque para la formulación de políticas y la adopción de decisiones que permita un mejor equilibrio entre la economía y la salud y que reconozca que el logro de la salud para todos requiere inversiones económicas y fiscales sostenidas que sean multisectoriales y a largo plazo.

Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones al respecto:

- ¿Cuál es la mejor manera de avanzar en el establecimiento de una economía de la salud para todos, reconociendo los vínculos entre la economía y la salud y el valor de desarrollar ambas de forma equilibrada?
- ¿Cómo puede la Secretaría apoyar mejor a los Estados Miembros en el fomento de una economía de la salud para todos, reconociendo el valor de la acción multisectorial y los enfoques de todo el gobierno?

Fondo

[Health for All: Transforming economies to deliver what matters', informe final del Consejo de la OMS sobre la Economía de la Salud para Todos.](#)

Comentario de PHM

Por favor, escriba a editor@phmovement.org para dar su opinión sobre este comentario.

Necesidad de una teoría del cambio

El informe de la Secretaría (EB154/26) describe el contexto de los trabajos del Consejo como caracterizado por las "crisis interrelacionadas de la salud, la desigualdad y el clima, que [...] perturban la solidaridad y la estabilidad". La necesidad de cambio se ilustra con amplias referencias a la pandemia de Covid.

El informe reconoce que el desarrollo de los sistemas sanitarios (acceso, calidad, eficiencia, etc.) y las condiciones que configuran la salud de la población están complejamente determinados por las actividades y tendencias económicas y por las presiones de los agentes económicos.

En el informe del Consejo se articula claramente la necesidad de una economía alternativa que cambie la forma de concebir el valor y el funcionamiento de la financiación de los servicios sanitarios. Aunque la valoración alternativa se describe positivamente como la necesidad de incluir el papel de los trabajadores sanitarios y la salud como una inversión y no como un coste, no se examina más a fondo cómo podría lograrse.

El informe del Consejo critica la subordinación del gasto sanitario al reembolso de la deuda. Para solucionarlo, recomienda excluir la inversión sanitaria del déficit fiscal soberano. El sitio

El informe también pide que se suspenda el pago de la deuda por parte de los países de renta baja durante las pandemias sanitarias y otras catástrofes.

A nivel nacional, el informe del Consejo critica las políticas de austeridad y se muestra partidario de generar financiación pública mediante impuestos sobre la riqueza y sobre las entidades multinacionales. También promueve la regulación de los agentes del sector privado en aras del bien común.

Las [13 recomendaciones son ideas excelentes](#), un conjunto de orientaciones que, de cumplirse, marcarían una gran diferencia. Todas las recomendaciones son imperativas, es decir, exigen que algo suceda, pero no se identifican los agentes que impulsarán el cambio necesario ni sus porqués y cómo.

Las recomendaciones del Consejo articulan desideratas de alto nivel que se incumplen, en muchos aspectos, en el funcionamiento de las economías nacionales y de la economía mundial. El Consejo no analiza los obstáculos a la aplicación de sus recomendaciones ni explica cómo podrían superarse.

No hay un análisis explícito de las fuerzas y dinámicas que han conducido a las crisis interrelacionadas de la desigualdad sanitaria y el clima, y no hay una teoría explícita del cambio articulada en el informe del Consejo. Sin una teoría del cambio creíble y unas acciones ejecutables que surjan de esa teoría del cambio, gran parte de esto es fantasioso.

Hay dos aspectos de las recomendaciones del Consejo que podrían reflejar alguna teoría implícita del cambio.

La creación del Consejo en sí fue estratégica en el sentido de que poner nuevas ideas en el discurso público y darles el imprimátur de la OMS podría cambiar en cierta medida el discurso en torno a la formación de políticas a nivel nacional y mundial y contribuir al cambio de esa manera. Los llamamientos a la reforma de la normativa sobre propiedad intelectual que figuran en el informe del Consejo ilustran la importancia de las declaraciones autorizadas para contribuir al cambio, pero esas nuevas ideas necesitan encontrar los grupos cuya acción y defensa puedan cambiar las realidades políticas sobre el terreno. Hay poco en este informe que pueda vincular los pronunciamientos de alto nivel sobre la reforma de la política de propiedad intelectual con una presión nacional exitosa en un número suficiente de países miembros de la OMC para efectuar el cambio...

La propuesta de un "Cuadro de mando para una economía sana" puede reflejar la opinión de que la nueva información puede contribuir al cambio social y económico. Sin embargo, como teoría del cambio, la nueva información debe cambiar la distribución de las fuerzas políticas; reforzar la agencia de las circunscripciones que tratan de lograr el cambio social y económico. En el informe del Consejo no hay indicación alguna de tal consideración.

Hay más indicios de una teoría implícita del cambio en el debate ofrecido en el EB154/26 sobre cómo la OMS podría hacer avanzar la agenda del Consejo:

- La OMS debería ampliar su trabajo en macroeconomía y salud y garantizar recursos adicionales para permitir contribuciones exhaustivas de la OMS en este ámbito;

- Los esfuerzos de la OMS para abordar los determinantes sociales y comerciales de la salud deben reforzarse aún más y podrían incluir la defensa de la transición a energías limpias, sistemas alimentarios más sostenibles y sistemas de transporte más limpios;
- La OMS podría promover el refuerzo de las capacidades [...] con el fin de equipar mejor a las oficinas en los países y a los ministerios de sanidad para entablar diálogos con los sectores económico y financiero y mejorar la capacidad pública general para dar forma a las políticas económicas y fiscales e impulsar las colaboraciones público-privadas;
- El informe sugiere que el despliegue de los conocimientos técnicos de la OMS para proporcionar orientaciones normativas y análisis rigurosos sobre la economía de la salud para todos también podría contribuir a la consecución del orden del día del Consejo.

Sin embargo, no se discuten (ni en el informe del Consejo ni en el de la Secretaría) los obstáculos que han limitado la capacidad de la OMS para avanzar en estas direcciones, por ejemplo, las repetidas (e intimidatorias) negaciones por parte de los EE.UU. del mandato o competencia de la OMS en estos campos y las políticas deliberadas de la mayoría de los países de altos ingresos para mantener a la Secretaría a raya restringiendo el crecimiento de las contribuciones señaladas e insistiendo en especificar de forma estricta las contribuciones voluntarias.

Llama la atención que ninguna de las sugerencias del Consejo sobre el alivio de la deuda y las finanzas internacionales tenga cabida en la nota de la Secretaría. De hecho, el término "deuda" está totalmente ausente en este resumen del informe del Consejo. En su lugar, se hace hincapié en la plataforma de inversión y en los préstamos de los bancos multilaterales de desarrollo. Sin el alivio de la deuda, éstos podrían ser contraproducentes, aumentando la presión sobre los países de renta más baja y perjudicando sus finanzas sanitarias.

Del mismo modo, en relación con el sector privado, la nota de la Secretaría se limita a trabajar *con* el sector privado y a fomentar la colaboración, sin hacer mención alguna a la necesidad de regular este sector en aras del interés general.

Aunque el informe de la Secretaría sigue pidiendo "cambios económicos fundamentales", no se explica en qué consistirían. Las 13 recomendaciones se mantienen por sí solas y no requieren ninguna reforma, ni siquiera una crítica sustantiva del orden económico existente. Las recomendaciones de bien común del informe del Consejo (aunque de alto nivel y sin impulso de aplicación) han quedado marginadas en el informe de la Secretaría.

Financiación de la asistencia sanitaria

La sección sobre "Trabajos relacionados de la OMS" del informe de la Secretaría parece haber sido desarrollada en la Secretaría de la OMS y no parece tener relación con el trabajo del Consejo.

El siguiente pasaje de esta sección es bastante engañoso y una versión gravemente distorsionada de la historia.

Sin embargo, en 2001 la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS llegó a la conclusión de que el nivel de gasto sanitario en los países de renta baja era insuficiente para abordar los retos sanitarios a los que se enfrentan, y que con una financiación significativamente mayor se obtendría un alto potencial de retorno para la salud y la economía. El reconocimiento de la interconexión de

economía y salud también ha servido de base para ayudar a frenar el aumento de los costes sanitarios y hacer frente a las desigualdades.

En la misma sección el informe se refiere a la OMS "desarrollando y evaluando políticas fiscales más amplias relacionadas con la financiación de la cobertura sanitaria universal". Esto es jerga corporativa. La realidad es que la OMS ha sido intimidada por el BM, Rockefeller y los EE.UU. para promover el seguro de salud comercializado con el fin de recaudar fondos para la atención sanitaria mixta pública-privada, que es un modelo que, en igualdad de condiciones, hace más difícil promover la calidad, la eficiencia y la distribución equitativa de los recursos sanitarios. La nota de la Secretaría no ofrece nada para invertir las presiones a favor de un sistema sanitario privatizado y mercantilizado.

Cuestiones planteadas a la atención del Consejo

La Secretaría invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientación sobre las siguientes cuestiones.

¿Cuál es la mejor manera de avanzar en el establecimiento de una economía de la salud para todos, reconociendo los vínculos entre la economía y la salud y el valor de desarrollar ambas de forma equilibrada?

PHM insta a los miembros del Consejo a que soliciten más trabajo a la Secretaría, dirigido a:

- Analizar más a fondo la génesis de las crisis interrelacionadas, en particular la crisis de desigualdad y alienación;
- identificar y explorar los obstáculos a la aplicación de las 13 recomendaciones;
- crear el consenso necesario para hacer operativo el alivio de la deuda internacional con el fin de sostener las finanzas sanitarias y garantizar los servicios de salud en los países en desarrollo durante los periodos de crisis;
- reorientar la economía para dar prioridad a la salud como bien público y, por tanto, crear alianzas internacionales en torno al intercambio de conocimientos y tecnología que no se rijan por las exigencias de los beneficios empresariales; y
- elaborar nuevas recomendaciones que sirvan de base a la acción de la OMS en pro de una economía de la salud para todos.

¿Cómo puede la Secretaría ayudar mejor a los Estados miembros a promover una economía de la salud para todos, reconociendo el valor de la acción multisectorial y de los enfoques gubernamentales integrales?

PHM insta a la Junta a:

- solicitar a la Secretaría que diseñe y lleve a cabo una encuesta entre los Estados miembros de la OMS dirigida a identificar y analizar los obstáculos a la aplicación de las recomendaciones del Consejo y a identificar iniciativas que hayan superado con éxito dichos obstáculos;
- solicitan que la Secretaría siga trabajando para explorar el papel de los sistemas sanitarios, como los centros de salud, las unidades de salud pública y el personal sanitario, a la hora de ejercer presión política en favor de una acción intersectorial

hacia una economía de la salud para todos;

- solicitar a la Secretaría que siga trabajando para explorar las posibilidades de un "compromiso público significativo" y de asociaciones entre la comunidad y la sanidad que trabajen en favor de una acción intersectorial en pro de la salud para todos.

Punto 24.1 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2022-2023 y perspectivas de financiación del presupuesto por programas 2024-2025

En el punto de mira

El Director General presentará un informe ([EB154/27](#)) sobre la financiación y ejecución del presupuesto por programas 2022-2023 y facilitará información actualizada sobre la financiación del presupuesto por programas 2024-2025. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones adicionales.

Fondo

Enlaces de seguimiento a debates anteriores sobre [PB22-23](#) y [PB23-24](#).

[Portal web del presupuesto por programas para 2022/23](#)

Comentario de PHM

El presente documento (EB154/27) proporciona información actualizada sobre la financiación del presupuesto por programas para 2022-23, basándose en actualizaciones anteriores de las reuniones del Consejo Ejecutivo de enero de 2023 y de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2023 ([EB152/26](#) y [A76/18](#)).

Al igual que en las actualizaciones anteriores, la EB154/27 es positiva en lo que respecta a la cantidad de financiación disponible o prevista para el presupuesto del Programa. Se prevé que el presupuesto del Programa de 6726 millones de USD para el bienio 2022-23 alcance el 138% (9.315 millones de USD). El aumento se debe a la financiación adicional para segmentos del Programa impulsados por eventos (la financiación de la erradicación de la poliomielitis fue del 246% del presupuesto aprobado, mientras que la financiación de las operaciones de emergencia y los llamamientos fue del 303%). Se prevé que la labor básica de la OMS (es decir, sus programas "básicos") reciba el 96% de su presupuesto aprobado de 4968 millones de USD, y que los Programas Especiales de la OMS reciban el 84% de sus 199 millones de USD.

El Cuadro 2 ofrece un desglose más detallado del destino de los fondos de los programas básicos. Como en informes anteriores, seguimos viendo que algunas zonas prioritarias reciben más dinero del que necesitan, mientras que otras reciben menos. Estas zonas se han denominado anteriormente "bolsas de pobreza". Por poner un ejemplo, el área prioritaria 1.1 (mejora del acceso a servicios sanitarios esenciales de calidad) recibe un 118% de financiación, mientras que la 2.1 (países preparados para emergencias sanitarias) recibe un 55%.

El informe nos informa de que los programas base se financian con 957 millones de dólares en contribuciones asignadas (CA) y 4.012 millones de dólares en contribuciones voluntarias (CV) (es decir, 24% CA; 76% CV). Confusamente, el informe también afirma que "las contribuciones voluntarias (especificadas y temáticas) representan el 62,2% de la financiación total de los programas base, incluidas las provisiones".) La aparente discrepancia entre el 76% y el 62,2% podría deberse a que las contribuciones voluntarias "básicas" no se incluyen en el informe.

total. En el presupuesto por programas de la OMS para 2022-23 (pág. 28) se preveía que estas cadenas de valor "básicas" rondarían los 150 millones de dólares, lo que explicaría la diferencia.

La conclusión es que los programas de base de la OMS (no el presupuesto total del Programa, sino sólo el segmento de base, es decir, su trabajo principal) se financian principalmente con recursos específicos e inflexibles. Esto es importante porque ilustra la necesidad de aumentar la cantidad de financiación flexible destinada al segmento básico. La "aspiración", aprobada por los Estados miembros en la AMS de 2022, es aumentar la cuantía de los CA para el segmento básico hasta el 50% del presupuesto básico de 2022-2023 para el bienio 2028-2029 ([GT sobre Financiación Sostenible](#)).

En cuanto al futuro y al presupuesto 2024-25, ya sabemos por el borrador del 14º PGT que no va a haber un aumento del segmento base: se va a mantener en 4968 dólares. El cuadro 4 del EB154/27 (reproducido a continuación) nos da una idea del déficit de financiación.

Budget segment	Programme budget 2024–2025	AC	VC	Total	Gap (US\$)	Gap (%)
Base	4 968	1 146	1 281	2 427	2 542	51%
Emergency response and appeals	1 000	0	402	402	598	60%
Polio eradication	694	0	657	657	38	5%
Special programmes	172	3	46	49	123	71%
Total Programme budget	6 835	1 148	2 386	3 534	3 300	48%

Cuadro 4 Financiación prevista para el presupuesto del Programa 2024-2025 por segmento a 30 de septiembre de 2023

El cuadro muestra el aumento de las CC.AA. (1.146 millones de dólares) de acuerdo con la "aspiración" señalada anteriormente, y también muestra que ya se están proyectando algunas CC. La nueva Ronda de Inversión, cuyo lanzamiento está previsto para el último trimestre de 2024, tiene que garantizar que el segmento de base esté totalmente financiado para el periodo del 14º PGT (2025-28). A corto plazo, al menos tiene que garantizar un compromiso de los donantes suficiente para cubrir el bienio 2024-25.

PHM insta a la Junta a hacer frente a la urgente necesidad de aumentar el presupuesto para 2024-25 tanto para el segmento básico como para las operaciones de emergencia. La demanda de estas dos categorías en el próximo bienio va a ser mucho mayor en vista del aumento de los conflictos, la profundización de la desigualdad, la aceleración del calentamiento global, los brotes zoonóticos que se avecinan y el creciente número de solicitantes de refugio.

Punto 24.2 Proyecto de decimocuarto programa general de trabajo

En el punto de mira

La Directora General someterá a la consideración del Consejo el proyecto de decimocuarto programa general de trabajo (2025-2028) ([EB154/28](#)). Sobre la base del Decimotercer Programa General de Trabajo (2019-2025), la Agenda de Transformación de la OMS y el Marco de Resultados de la OMS, e incorporando las enseñanzas extraídas, el proyecto de decimocuarto programa general de trabajo establece una agenda de salud y bienestar para todos los agentes de salud, con el objetivo general de promover, proporcionar y proteger la salud y el bienestar de todas las personas, en todas partes. Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones para ultimar el proyecto de programa de trabajo.

En un documento aparte ([EB154/INF./1](#)), la Oficina de Evaluación proporcionará una evaluación de la ejecución del Decimotercer Programa General de Trabajo para información del Consejo.

Fondo

Enlaces de seguimiento a debates anteriores sobre [GPW13](#)

WHO [about page](#) on Financiación de la OMS y [About GPW13](#)

Comentario de PHM

El borrador del GPW14 ofrece adaptaciones incrementales (y quizás mejoras) respecto al GPW13. Es lógico y está bien presentado, y constituirá un marco útil para la planificación de programas y la elaboración de presupuestos.

No menciones el capitalismo

La sección sobre "un mundo cambiante" (párrafos 1-4 de la Parte 1) ofrece una útil visión general de los retos del contexto al que responde el PGT.

Es lamentable que este relato guarde silencio respecto a las dinámicas del capitalismo globalizado que contribuyen a reproducir los retos a los que se enfrenta la humanidad. Estas dinámicas son especialmente importantes:

- el poder y la impunidad de las grandes empresas transnacionales cuyo afán de lucro a menudo va en contra de las condiciones para lograr la Salud para Todos; ilustrado por el papel de los gigantes de los combustibles fósiles en el impulso del calentamiento global y en impedir o retrasar la mitigación y la adaptación;
- el poder que ejercen los propietarios del capital sobre los gobiernos e importantes organismos intergubernamentales como el BM y el FMI; ilustrado por el papel de Europa y Norteamérica a la hora de impedir la aplicación de la propuesta T-TAP de la

OMS

en los primeros meses de Covid y su insistencia en establecer el Acelerador ACT fuera de la OMS, con las consiguientes desigualdades en el acceso a las vacunas;

- la liberalización del comercio y las finanzas mundiales con el fin de apoyar la obtención de beneficios de las grandes corporaciones a través de su control de las cadenas de suministro mundiales, con repercusiones en el desempleo y la desigualdad económica; ilustrado por el impacto en los pequeños agricultores de productos agrícolas baratos subvencionados con una rápida urbanización pero sin infraestructuras urbanas básicas ni empleo digno; y
- la austeridad fiscal exigida a los gobiernos y las exigencias asociadas de privatización de la sanidad y mercantilización de su financiación.

La afirmación de que estas dinámicas no son relevantes para comprender los retos a los que debe enfrentarse el PGT14 es ridícula. Muchas de estas dinámicas estructurales se mencionan (oblicuamente) en el informe del Consejo de la OMS sobre la Economía de la Salud para Todos, pero el presente proyecto de PGT no se ha basado en el informe del Consejo. Sin embargo, no reconocer estas dinámicas tiene la ventaja de evitar el arduo trabajo que supone encontrar la manera de afrontarlas.

Impacto inaceptable

La sección sobre el impacto en la salud de la población del contexto contemporáneo (párrafos 5-12 de la Parte 1) es deprimente pero importante. Esta sección debe compartirse ampliamente, en particular entre el personal sanitario y, a través de él, con sus comunidades.

Solidaridad

El borrador del GPW14 no incluye ninguna mención a la solidaridad, lo que resulta sorprendente tras el periodo pandémico en el que la OMS utilizó la palabra libremente para describir el enfoque que la institución (y los EM) debían adoptar a la hora de gobernar la salud. Resulta especialmente irónico que esta "lente" se haya quedado por el camino, dado el énfasis que se pone en el GPW14 en las múltiples crisis entrecruzadas que estamos viviendo, y la probabilidad de que esto exacerbe su labor en contextos de emergencia/humanitaria. Es probable que gran parte del apoyo financiero y de otro tipo a esa labor requiera solidaridad.

Una visión excesivamente positiva del "ecosistema sanitario mundial"

La sección que describe la **promesa y el potencial de un ecosistema sanitario mundial en evolución** (párrafos 13-19 de la Parte 1) adopta un enfoque de "vaso medio lleno", destacando: "evoluciona rápidamente", "cambios importantes", "conciencia renovada", "compromisos renovados", "reconocimiento creciente", "número cada vez mayor de actores" y "avances en curso". Esto dista mucho de ser una evaluación equilibrada y basada en pruebas de los puntos fuertes y débiles del "ecosistema sanitario mundial", que podría adoptar un punto de vista más sombrío:

- el dominio de la financiación de la sanidad mundial por parte de filántropos estadounidenses con sus propias preferencias y proyectos, incluida la perspectiva de arreglo técnico de Gates y el impulso privatizador de Rockefeller;
- el predominio de la atención al enfermo individual en las comunicaciones entre los

organismos y profesionales sanitarios y sus comunidades, en contraste con la "implicación de la comunidad"

concepto de atención primaria de salud con su potencial de prevención, incluida la actuación sobre los determinantes sociales, la responsabilidad del sistema sanitario y la resiliencia de la comunidad;

- la continua insuficiencia de trabajadores sanitarios comunitarios, que pueden contribuir especialmente a apoyar la participación de la comunidad;

¿Está la OMS preparada para el futuro?

La sección sobre una **OMS cambiante y preparada para el futuro** (párrafos 20 a 27 de la Parte 1) se centra en los tres objetivos clave de la Agenda de Transformación: repercusión a nivel de país; habilitación de todo el potencial de la Organización; y plena participación de la "comunidad mundial".

Las transformaciones previstas son admirables. Sin embargo, el análisis es decididamente "el vaso medio lleno" en lugar de equilibrado y basado en pruebas. Enfrentarse a la realidad con más honestidad tendría que reconocerlo:

- Las contribuciones voluntarias siguen estando estrictamente reservadas;
- La competencia entre unidades por la atención de los donantes sigue fragmentando la Organización;
- las funciones de la OMS se siguen transfiriendo a asociaciones público-privadas de múltiples partes interesadas que no rinden cuentas, como el Acelerador ACT; y
- La OMS tiene una capacidad limitada para comunicarse o trabajar con las comunidades a las que pretende servir.

Las deficiencias señaladas en la evaluación de GPW13 (véanse los apartados 14-21 de [EB154/INF./1](#)) podrían haberse reconocido en estas secciones.

Una "agenda sanitaria mundial" para 2025-2028

La parte 2 del proyecto de PGT establece los seis objetivos estratégicos y los 15 resultados que guiarán la planificación y presupuestación para 2025-28.

Los **resultados de alto nivel** para el proyecto de GPW14 (véase [la tabla](#), véanse también los párrafos 1-17 de la Parte 2) son sensatos aunque con un alto nivel de generalidad. El significado que se pretende dar a estas generalidades se desarrolla en el texto en términos de una serie de compromisos para cada objetivo y resultado. Estos compromisos son admirables y PHM se congratularía de su cumplimiento.

Los compromisos correspondientes a los seis objetivos estratégicos se presentan como orientaciones sin tener en cuenta los motores. El último párrafo de la Parte 2 ([párrafo 18](#)) presenta cinco temas centrales para el éxito de la agenda común y la consecución de un impacto mensurable. Estos temas proporcionan más orientación sobre cómo abordar los seis objetivos estratégicos.

El marco de resultados de la OMS se describe en los párrafos 12-17 de la Parte 2. El Marco ofrece una forma sensata de enfocar la medición y la rendición de cuentas. Se distingue entre (a) la medición del impacto, que evalúa los resultados conjuntos de los Estados miembros, los socios y la Secretaría con respecto al impacto y los resultados globales; y (b) la medición de la

producción, que evalúa y facilita la gestión de la contribución de la Secretaría.

La distinción entre resultados e impacto es útil, pero pone de manifiesto la falta de responsabilidad de los Estados miembros a la hora de aplicar las resoluciones que aprueban y los documentos de orientación que publican.

nota. Mientras que las resoluciones de los órganos de gobierno suelen incluir recomendaciones para los Estados miembros y peticiones a la Directora General, los informes de la Secretaría sobre la implementación suelen evitar ofrecer análisis sustantivos de la implementación por parte de los Estados miembros. Una excepción a esta falta de rendición de cuentas fue la Comisión para la Información y la Rendición de Cuentas sobre la Salud de la Mujer, que incluyó un sólido elemento de revisión paritaria en su marco de rendición de cuentas.

Las promesas son condicionales

Que los compromisos de los seis objetivos clave sean creíbles o no depende de la **teoría del cambio** asociada, que se presenta en los párrafos 10-16 de la Parte 3 y se resume en la [infografía](#) de la página 38. La consecución de los compromisos depende de la acción conjunta de los Estados miembros, los socios y los principales grupos de interés en cuatro áreas principales:

- Es necesario reafirmar y supervisar los compromisos en materia de salud y bienestar y los objetivos acordados internacionalmente;
- las intervenciones y acciones sanitarias prioritarias identificadas en la agenda sanitaria mundial deben reflejarse en las estrategias nacionales, regionales y mundiales, los presupuestos, los planes de acción, los marcos de seguimiento y evaluación y, cuando proceda, en la legislación,
- es necesario aumentar los recursos nacionales y de los socios para la sanidad; y
- Es necesario ampliar el compromiso general intersectorial, de los socios y de la comunidad en favor de la salud y el bienestar, en particular con los sectores clave que "contribuyen" a la salud (por ejemplo, los sectores alimentario, agrícola, medioambiental, financiero, social y educativo) y entre los agentes públicos y privados.

Se valora la articulación de una teoría explícita del cambio. La evaluación de GPW13 comenta que esto no formaba parte de GPW13.

La teoría del cambio incluye los principales facilitadores, hipótesis y riesgos que son fundamentales para hacer realidad el cambio y el impacto que el proyecto de GPW 14 pretende lograr (resumidos en el apartado 16 de la Parte 3).

Los **facilitadores clave** reflejan las condiciones necesarias dentro de la Secretaría para garantizar su capacidad de cumplir sus contribuciones y compromisos en el proyecto de GPW 14. Esto incluye el fortalecimiento de las capacidades y aptitudes de las oficinas regionales y de país de la OMS; una OMS financiada de forma sostenible y flexible; un personal motivado y adaptado a sus funciones; y una OMS más eficaz, eficiente y responsable.

Los **supuestos y riesgos** destacados en la teoría del cambio se refieren principalmente a los factores externos que podrían influir en el grado de apoyo político, compromiso y financiación del proyecto de GPW 14 y la salud mundial. En la próxima versión de este documento se ofrecerán más detalles sobre los riesgos.

En efecto, las promesas de la agenda sanitaria mundial expuestas en la Parte 2 son condicionales y las condiciones para su consecución se resumen en el comentario sobre los

principales factores facilitadores y las hipótesis y riesgos. Los resultados de la evaluación de GPW13 subrayan la importancia de este reconocimiento de facilitadores y obstáculos.

Papel y capacidad de la OMS

La parte 3 del documento se centra en el papel y la capacidad de la OMS en relación con la "agenda sanitaria mundial" propuesta. El borrador propone que la contribución vital de la OMS a la consecución de la agenda sanitaria mundial se basará en su:

1. liderazgo sanitario y función de asociación (convocar, defender, abogar);
2. labor normativa y técnica básica; producción de bienes públicos mundiales para la salud; y
3. apoyo diferenciado a los países y cooperación técnica.

Optimizar" el rendimiento de la OMS (tema tratado en la Parte 4) implicará nuevos enfoques de la gestión del cambio, una ambiciosa estrategia de personal y la ampliación de las colaboraciones y asociaciones existentes de la OMS. También implicará:

- reforzar las capacidades básicas de las oficinas nacionales y regionales para impulsar el impacto;
- reforzar la gobernanza, la rendición de cuentas y las funciones administrativas de la OMS; y
- financiación sostenible.

No se sabe con certeza si la OMS podrá desarrollar sus capacidades en este sentido.

En resumen

El proyecto de GPW14 no supone un cambio radical con respecto al GPW13, sino que ofrece adaptaciones graduales a un entorno cambiante. Es lógico y está bien presentado, y proporcionará un marco útil para la planificación de programas y la elaboración de presupuestos.

Sin embargo, hay algunas lagunas críticas (no menciona el capitalismo) y varias secciones que reflejan ilusiones más que un enfoque equilibrado y basado en pruebas.

Sin embargo, las promesas de este borrador no son absolutas. El texto contiene una serie de advertencias sobre las condiciones que deberán cumplirse para lograr la "agenda sanitaria mundial" propuesta.

PHM insta a los Estados miembros a hacer frente a las lagunas de este GPW y a adoptar un enfoque más equilibrado en la evaluación del ecosistema sanitario mundial y de las capacidades e incapacidades de la OMS.

Evaluación GPW13

[EB154/INF./1](#) ofrece un resumen de la evaluación de la GPW13 realizada entre noviembre y diciembre de 2023. La evaluación se presenta como una aportación al desarrollo de la GPW14, pero parece probable que los resultados de la evaluación llegaran bastante tarde en el proceso que comenzó en agosto de 2023.

No obstante, la evaluación contiene algunos resultados y conclusiones útiles, varios de los

cuales parecen haberse abordado en el actual proyecto de PGT14.

Punto 24.3 Financiación sostenible: Ronda de inversiones de la OMS

En el punto de mira

En respuesta a la petición formulada en la decisión [WHA76\(19\)](#) (2023), la Directora General presentará un plan completo, con modalidades y costes y eficiencias previstos, para la ronda de inversiones de la OMS ([EB154/29 Rev.1](#)). El plan se ha elaborado mediante múltiples consultas con los Estados Miembros e incluye los próximos pasos propuestos. Se invita al Consejo a examinar el informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

Fondo

[Enlaces](#) a debates anteriores sobre la financiación de la OMS

[Retorno sanitario: argumentos a favor de una OMS financiada de forma sostenible](#)

[GHF \(10/1/24\) "La OMS busca recaudar 7.000 millones de dólares en su primera ronda de inversiones en 2024; el Consejo Ejecutivo estudiará la propuesta este mes"](#)

Comentario de PHM

Propósito y visión del éxito

Bajo el epígrafe "Propósito y visión para el éxito", el informe nos dice que "la ronda de inversiones de la OMS tiene por objeto salvaguardar el impulso político mundial en favor de la salud a fin de reunir a las partes interesadas en torno al Programa General de Trabajo 14 y hacer que las finanzas de la Organización avancen hacia una mayor previsibilidad y flexibilidad". Normalmente, el segmento básico se financia en su totalidad. Por tanto, nunca ha sido realmente un problema "reunir" a las "partes interesadas" en torno al PGT. Ahora podría convertirse en un problema, dependiendo de si la IR es un éxito o no. Pero las sumas de dinero en juego son ínfimas, por lo que es poco probable que disuada a los financiadores. Por supuesto, la financiación íntegra del segmento básico es muy rentable.

"El éxito de la ronda de inversiones de la OMS no se medirá únicamente por la financiación obtenida, sino que también se tendrá en cuenta la previsibilidad, la flexibilidad, la ampliación de la base de donantes y el aumento de la eficacia" (párrafo 8).

"En cuanto a la previsibilidad, los marcadores importantes serán la financiación que esté disponible a través de contribuciones voluntarias al comienzo del periodo de cuatro años del GPW 14 (línea de base para el periodo 2020-2023: 17%) y el número de contribuyentes que se comprometan para el periodo completo de cuatro años (línea de base para 2020-2023: siete)" (párrafo 9).

La cantidad de fondos recaudados por las IR es crucial, por lo que da la sensación de que la

Secretaría se está cubriendo las espaldas en este aspecto. Si las IR obtienen menos fondos que con el sistema actual, entonces

debería considerarse un fracaso, independientemente de que la financiación sea más predecible, flexible o tenga una base de donantes más amplia. La probabilidad de que el IR consiga una financiación más flexible es bastante baja, y la flexibilidad se conseguirá sobre todo mediante el aumento de los AC. No obstante, el objetivo sigue siendo (a pesar de los esfuerzos de EE.UU. por escabullirse de sus compromisos) que el segmento de base sea totalmente flexible, por lo que es importante que la calidad de los VC cambie para ser más flexible.

Marcadores/indicadores de éxito

El primer marcador -17% del total de CV al principio del periodo. Sabemos por el borrador del GPW 14 que la "dotación financiera indicativa" es de unos 11.130 millones de dólares para el periodo 2025-2028, de los cuales 7.140 millones de dólares en capital riesgo tendrán que obtenerse a través del IR. El 17% equivaldría a 1.210 millones de dólares. Sabemos por la tabla 4 del EB154/27 que las previsiones de capital riesgo para 2024-25 son de 1.280 millones de dólares, por lo que conseguir 70 millones de dólares más no parece demasiado difícil.

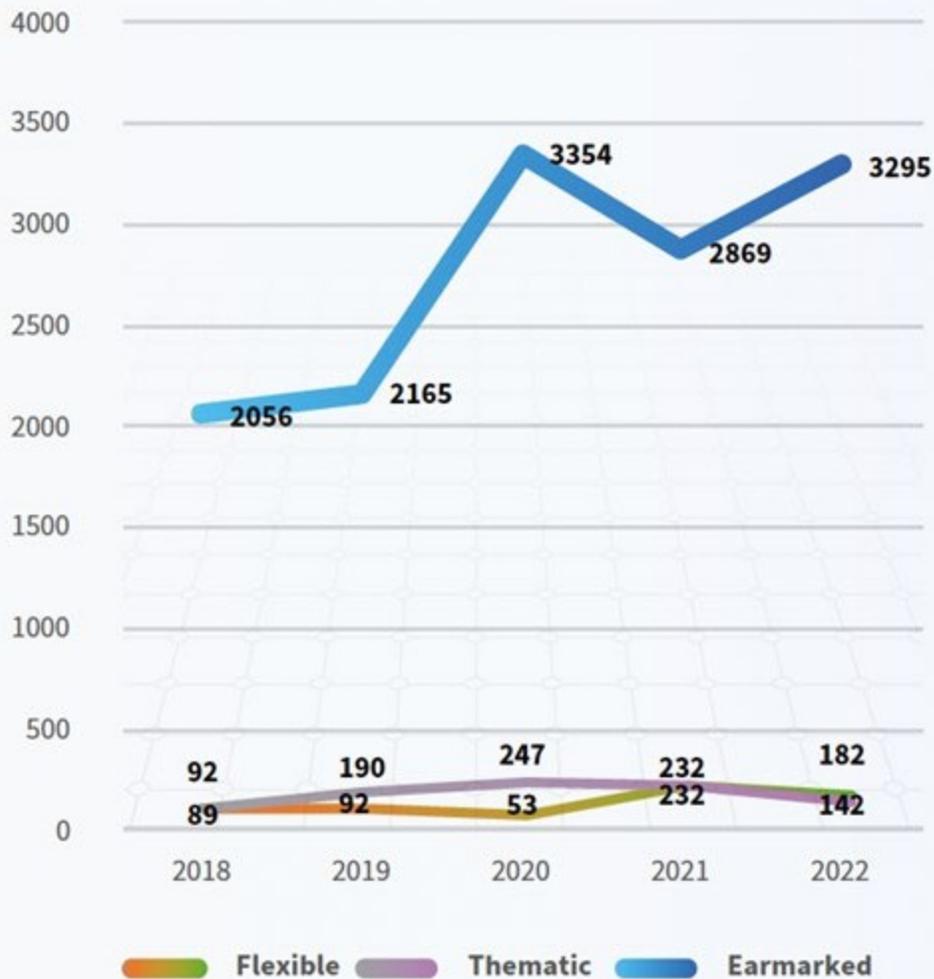
El segundo marcador, siete contribuyentes, también parece a primera vista relativamente fácil de asegurar. De hecho, los compromisos plurianuales de los donantes con el presupuesto del Programa van en aumento.

- pasando de 818 millones de dólares en 2022 a 964 millones en 2023 (A76/17, p10). El gráfico 5 del informe enumera los diez principales contribuyentes al segmento básico. Será muy interesante ver quiénes de ellos se comprometerán mientras dure el GPW. Dada la cantidad de dinero que aporta cada uno de los cinco principales, no conseguir su compromiso significará que la cantidad de dinero asegurada para el periodo será relativamente baja, lo que socavaría la utilidad potencial de los fondos predecibles.

El tercer marcador: "Con respecto a la flexibilidad, el indicador será el porcentaje de financiación flexible voluntaria disponible para el presupuesto base del cuatrienio (base de referencia para 2020-2023: 16%)". De nuevo, a menos que esté familiarizado con los diferentes tipos de CV, esto puede resultar confuso. Las CV menos flexibles son las "especificadas" o "asignadas", que aportan la mayor parte de las CV al segmento base. También hay cadenas de valor "temáticas" y "centrales". Las cadenas de valor básicas son las más flexibles y, por ello, suelen denominarse cadenas de valor "flexibles".

Para hacerse una idea de la ponderación relativa de estas CV, véase la siguiente figura de A76/17. El marcador del 16% es todo un reto. Como señala A76/17 "La proporción de financiación flexible y temática disminuyó en 140 millones de dólares, pasando de 464 millones en 2021 a 324 millones en 2022, lo que representa tan solo el 9% del total de las contribuciones voluntarias". Esta es en parte la razón por la que se ha creado el IR. Le costará alcanzar este objetivo.

Fig. 6. Voluntary contribution revenue (Programme budget) for 2018-2022 (US\$ millions).



El cuarto marcador o indicador de éxito: la ampliación de la base de donantes. Este es el texto "Por último, el número de contribuyentes que aumenten el importe de sus aportaciones demostrará no sólo la ampliación de la base de donantes, sino también el compromiso de los donantes existentes". A primera vista, "ampliar la base de donantes" no significa necesariamente aumentar el número de donantes. Más bien, la condición de "ampliación" se cumple si más donantes existentes aumentan sus contribuciones. Esto puede demostrar un aumento del compromiso, pero no una ampliación de la base de donantes.

Modalidades

El informe nos da más información sobre cómo procederá la IR. He aquí la descripción: "El evento, que brindará a todos los Estados miembros y otros contribuyentes la oportunidad de participar, virtual o presencialmente, y de hacer promesas financieras al presupuesto base de la GPW 14".

Tedros introdujo los "casos de inversión" cuando tomó las riendas de la DG como forma de garantizar el apoyo de los donantes. Lanzó [el primer](#) caso de inversión en 2018 y articuló claramente el caso económico en el informe de 2022 [A Healthy return](#). Se está desarrollando un nuevo caso de inversión para las IR basado en casos anteriores. Es difícil ver por qué esto es necesario. No hay mucha necesidad de que la DG presente otro "argumento de inversión" a los donantes. La OMS es un bien público mundial y es necesaria para la cooperación sanitaria internacional. El "caso" de la OMS es evidente.

Movilización de recursos

Sabemos cuánto dinero tendrá que conseguir la IR (recordemos que la IR sólo se ocupa de financiar el segmento básico del presupuesto). Del total de 11.130 millones de dólares para 2025-28, 7.130 millones deberán proceder de fondos de capital riesgo. Garantizar los resultados de las RRII dependerá del alcance y la intensidad de la promoción. Será posible ampliando la definición de financiación "temática" para incluir una mayor flexibilidad programática y geográfica; una revisión de las operaciones del Comité de Asignación de Recursos; y la implantación de un modelo de informe normalizado.

Costes y beneficios de las IR

Se realizó un ACB (pero no parece que se haya publicado). Dado que "las capacidades de movilización de recursos de la OMS ya son escasas", no habrá muchos costes adicionales, pero "el potencial de eficiencia organizativa y aumento de la eficacia es significativo". En términos monetarios, el coste global de las IR oscilará entre 3,25 y 5,55 millones de dólares. Por otra parte, el ahorro en eficiencia oscilará entre 15 y 40 millones de dólares, más los beneficios no cuantificados de la retención de personal gracias a una financiación más previsible.

Riesgos

Los tres riesgos con mayor impacto y probabilidad son: (a) el riesgo financiero de no alcanzar el objetivo; (b) el riesgo reputacional de que la ronda de inversión se presente como un fracaso; y (c) el riesgo estructural de que el enfoque de movilización de recursos de la OMS no esté optimizado para una ronda de inversión.

Se trata de riesgos graves, incluso existenciales. La estrategia de mitigación no es especialmente convincente: "tener un conjunto claro de indicadores de éxito que vayan más allá de la cantidad total recaudada; aprovechar la fuerza única del enfoque de movilización de recursos de la OMS; y tener un marco de resultados sólido y un caso de inversión con un plan de comunicación claro". Los indicadores no dependen deliberadamente del total de dinero

recaudado (aunque esto sea realmente importante).

Punto 25.3 Asuntos planteados por el Grupo de Trabajo de los Estados Miembros Ágiles sobre el fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS

En el punto de mira

El Director General presentará una serie de informes, que abarcan algunos de los mandatos otorgados y las peticiones formuladas por los órganos rectores en respuesta a la labor del Grupo de Trabajo sobre los Estados Miembros Ágiles y el plan de aplicación de la reforma de la Secretaría. También transmitirá dos informes de los antiguos cofacilitadores del Grupo de Trabajo. Se invitará al Consejo a tomar nota de los informes, proporcionar nuevas orientaciones y examinar el correspondiente proyecto de decisión (en [EB154/34](#)).

[EB154/32](#): Plan de aplicación de la reforma de la Secretaría

[EB154/33](#): Fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS: seguimiento de la aplicación de la decisión EB152(15) (2023)

[EB154/33 Add.1](#): Propuestas para mejorar la eficacia de los órganos deliberantes de la OMS

[EB154/33 Add.2](#): Plan de proyecto: aplicación de soluciones digitales para las interacciones entre la Secretaría y los Estados miembros en asuntos relacionados con los órganos rectores

[EB154/33 Add.3](#): Mecanismos de recuperación de costes para las contribuciones voluntarias - actualización [EB154/34](#) Informe de los antiguos cofacilitadores del Grupo de Trabajo de Estados Miembros Ágiles

[EB154/34 Add.1](#) Seguimiento de la decisión [WHA69\(8\)](#) (2016), párrafo 10 de la parte dispositiva: Mejora de la transparencia del proceso de selección de subdirectores generales

[EB154/35](#) Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra Directores Generales de la OMS

Fondo

El documento [EB152/33](#), que transmite el informe del grupo de trabajo Agile MS, explica los antecedentes:

El Grupo Especial Ágil de los Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la

gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS celebró tres reuniones mixtas entre julio y noviembre de 2022, bajo la cofacilitación del Sr. José Acacio, de Australia, y la Sra. Philomena Bawelile Simelane, de Eswatini. En cumplimiento del mandato de la Task

Grupo de Trabajo, los cofacilitadores también convocaron una sesión informativa y una profundización en temas relacionados con la labor del Grupo de Trabajo.

En su 151.ª reunión, celebrada en mayo de 2022, el Consejo Ejecutivo decidió, mediante la decisión [EB151\(1\)](#) (2022), y teniendo en cuenta los resultados de la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, en particular la adopción de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible mediante la decisión [WHA75\(8\)](#) (2022), y tomando nota del párrafo 40 de esas recomendaciones, establecer el Grupo de Trabajo Ágil de los Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS.

El mandato del Grupo Especial consistía en: (a) centrarse en el fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y de financiación de la OMS; (b) analizar los retos que plantea la gobernanza en materia de transparencia, rendición de cuentas, cumplimiento y eficiencia; y (c) elaborar recomendaciones encaminadas a introducir mejoras a largo plazo, basándose en las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible, adoptadas por la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud en la decisión [WHA75\(8\)](#) (2022).

Comentario de PHM

El párrafo 38(e) de [las recomendaciones](#) del Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible (WGSF), que fueron aprobadas por los Estados miembros en la 75ª WHA, mayo de 2022 ([WHA75\(8\)](#)), subrayaba que

todo aumento de las cuotas de los Estados miembros debe ir acompañado de reformas adecuadas de la gobernanza, que habrán de acordar los Estados miembros, junto con un mayor fortalecimiento de la transparencia, la eficiencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento en la Organización".

El WGSF recomendó el establecimiento de un "grupo de trabajo ágil de los Estados Miembros" para proporcionar recomendaciones que ayuden a la implementación de estas reformas por parte de la Secretaría de la OMS (párrafo 39(e)(i) y párrafo 40).

El Grupo de Trabajo Ágil de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Gobernanza Presupuestaria, Programática y Financiera de la OMS (en adelante, el Grupo de Trabajo) fue debidamente establecido en la reunión del Consejo Ejecutivo de mayo de 2022 ([véase la decisión EB151\(1\)](#)). El primer informe del Grupo de Trabajo (en el que se proponían 11 recomendaciones y 27 subacciones para mejorar el desempeño de la Secretaría y reforzar sus procesos presupuestarios, programáticos, financieros y de gobernanza, así como su rendición de cuentas) se presentó, debatió y aprobó en el Consejo Ejecutivo de enero de 2023 (EB152/33; EB152/34; EB152(16)), en el PBAC y también en la AMS de mayo de 2023 (A76/31).

Aplicación del Plan de Reforma de la Secretaría

La Secretaría debe presentar informes de situación sobre la aplicación de su Plan de

Implementación de Reformas. El plan (véase [EB152/34](#)) contiene 98 acciones en las siete categorías temáticas (función y sistemas de rendición de cuentas; impacto a escala nacional; financiación; gobernanza; recursos humanos; presupuesto por programas; movilización de recursos). (Véase el [comentario de PHM](#) sobre el Plan de implementación en el punto 23.1 del EB152).

El documento [EB154/32](#) ofrece información actualizada sobre los avances del plan de ejecución, incluidos los progresos realizados para completar las acciones pendientes. A finales de 2022 se habían ejecutado 38 acciones y las 60 restantes avanzaban en 2023. "Entre enero y noviembre de 2023, el número de acciones ejecutadas aumentó progresivamente de 38 en enero de 2023 a 42 en marzo de 2023. Desde marzo de este año, la Secretaría ha implementado 25 acciones adicionales" (párrafo 10).

Los párrafos 5-7 dan una idea de las exigencias a las que se enfrenta la Secretaría y un reconocimiento de los riesgos asociados a tales exigencias. Por ejemplo, la Secretaría tiene que asegurarse de que un total de 269 acciones separadas de su propio plan de implementación, el Grupo de Trabajo, la iniciativa de transformación y el plan de acción del ARG "encajan entre sí". Los riesgos asociados a estas exigencias se deben a que "no hay una asignación específica de fondos para llevar a cabo el plan de implementación, y a un aumento sin precedentes de las negociaciones de los órganos de gobierno, las reuniones de los órganos intergubernamentales y las consultas y sesiones informativas de los Estados miembros" (p2).

El documento enumera ocho puntos destacados (presupuesto por programas, transparencia, PRSEAH, financiación, rendición de cuentas, movilización de recursos, impacto a nivel nacional y gobernanza). La Secretaría ha creado un [portal para los Estados miembros](#) que incluye [un panel de control específico](#) para supervisar el plan de ejecución y la comunicación transparente de los avances, así como varias plataformas digitales para supervisar el presupuesto por programas y acceder a los documentos pertinentes relacionados con el presupuesto. Se trata de un esfuerzo significativo por parte de la Secretaría y de un recurso realmente útil.

El informe señala la importancia para el impacto a nivel de país de la "selección y colocación de los jefes de las oficinas de país y las delegaciones de autoridad revisadas a las oficinas de país". Es importante que la OMS reflexione sobre [la polémica suscitada en torno a la](#) reciente elección del Director de la OR de SEARO, y sobre si ello podría afectar al nivel de los países.

Progreso de las acciones de la Secretaría en apoyo de las recomendaciones específicas del Grupo de Trabajo, tal como se indica en la decisión EB152(15) (2023)

[EB154/33](#): Fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS

Revisa los avances en:

- Asesoramiento en materia de costes a los Estados miembros sobre proyectos de resolución y decisión;
- Organigrama de la Secretaría,
- Análisis de la asignación voluntaria de contribuciones,
- Reforzar el papel del Consejo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración;
- Elaboración de informes para las reuniones de los órganos rectores
- Preparación de proyectos de resolución y decisión

En enero de 2023, el EB revisó el 1er informe del Grupo de Trabajo y, basándose en el informe, hizo algunas peticiones específicas a la Secretaría ([EB152\(15\)](#)). El documento EB154/33 es una actualización de los progresos realizados en el cumplimiento de dichas peticiones. La Secretaría ha facilitado ya un [organigrama](#) de la Organización y los datos de contacto de todos sus altos funcionarios.

El informe señala que "en el verano de 2023 se llevó a cabo un análisis de la flexibilidad y las limitaciones de la asignación de contribuciones voluntarias" (no se proporcionan detalles) que concluyó que "las entidades con cantidades sustancialmente mayores de contribuciones voluntarias flexibles y no asignadas tienden a utilizar un modelo de "reposición" para la movilización de recursos, para el que la financiación no asignada es un parámetro clave (por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; y Gavi, la Alianza para las Vacunas)".

Esto no es persuasivo: ambas "entidades" tienen mandatos bastante específicos (a diferencia de la OMS) y tienen "modelos de negocio" (a diferencia de la OMS). Además, ambas fueron financiadas -y siguen siéndolo- por la Fundación Gates, lo que habría influido significativamente en sus modelos de negocio para incluir muchos (si no todos) de los "incentivos" descritos en el párrafo 32. El documento señala: "La Secretaría ha observado las mejores prácticas de otras entidades, adaptando las lecciones aprendidas al contexto de la OMS en la planificación de la Ronda de Inversión" (p10).

Véase el [comentario de PHM](#) sobre el punto 24.3 (Ronda de inversiones) en este EB.

EB145/33Add1: Propuestas para mejorar la eficacia de los órganos deliberantes de la OMS (¿un "comité técnico"?)

El plan de aplicación de la reforma de la Secretaría (EB152/34) incluía una petición para que la Secretaría presentara propuestas de reforma de los órganos deliberantes de la OMS. En el documento EB154/33Add1 se exponen 10 problemas relacionados con el funcionamiento de los órganos deliberantes (párr. 2) y se formulan siete propuestas para resolverlos:

- A. Creación de un nuevo comité del Comité Ejecutivo sobre asuntos técnicos
- B. Nuevas disciplinas para la elaboración de los órdenes del día de los órganos rectores
- C. Al transferir los debates sobre estos temas a los comités del Consejo, éste puede dedicarse a debates más estratégicos.
- D. Centrar la AMS en los resultados del EB en lugar de considerar todos los temas técnicos
- E. Nuevas disciplinas relativas a la preparación y presentación de documentos al Consejo
- F. Nuevas disciplinas sobre el tiempo de uso de la palabra en los Estados miembros
- G. Mayor apoyo a la participación de los Estados miembros en los procesos y reuniones de los órganos rectores

La recomendación A (y las recomendaciones relacionadas D y D) son controvertidas.

No está claro cómo la creación de un nuevo Comité va a resolver la inmanejabilidad de la documentación de los órganos de gobierno. Cambiar el lugar de examen de los documentos no reducirá la carga documental de la Secretaría.

En la actualidad, el Consejo Ejecutivo permite a las organizaciones de la sociedad civil que mantienen relaciones oficiales con la OMS hacer declaraciones. ¿Continuará esta oportunidad a través del nuevo comité? El PBAC no permite este nivel de interacción, por lo que existe una preocupación real de que la Recomendación A limite la participación de las OSC a un debate del informe del nuevo comité sin oportunidad de "rediscutir" cada punto del orden del día por

separado (párrafo 17).

La Secretaría está preparada para empezar a redactar los términos de referencia de este nuevo Comité. La Secretaría debería aclarar la situación a la sociedad civil antes de seguir adelante con esta recomendación. Lo irónico es que la Recomendación G del documento se titula: Participación efectiva en los procesos y reuniones de los órganos de gobierno. Sin embargo, la "participación efectiva" se refiere a la TI en lugar de alentar y facilitar la diversidad de puntos de vista.

La APM insta a los Estados miembros a rechazar el comité técnico propuesto

EB145/33 Add.2: Aplicación de soluciones digitales para las interacciones entre la Secretaría y los Estados miembros en asuntos relacionados con los órganos rectores

La Secretaría propone cuatro iniciativas prioritarias en este apartado:

1. Base de datos en línea de resoluciones y decisiones de la OMS,
2. Sistema de gestión de contactos y directrices,
3. Herramienta de correspondencia oficial
4. Portal comunitario de los Estados miembros.

EB154/33 Add.3: Mecanismos de recuperación de costes de las contribuciones voluntarias

Las cadenas de valor asignadas se suman a los costes administrativos (administración, gobernanza, infraestructura) que soporta la Secretaría, pero los mecanismos de recuperación de costes existentes no cubren estos costes.

Recomendaciones sensatas.

EB154/34: Informe de los antiguos cofacilitadores del Grupo de Trabajo Ágil de los Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS (y proyecto de decisión)

Se propone un modelo informal inclusivo para los debates sobre la reforma en curso dirigida por los Estados miembros, abierto a todos ellos.

Se presentan propuestas para mejorar la transparencia en la creación y provisión de puestos de alto nivel en la OMS

Se presentan propuestas para reforzar las consultas de los Estados miembros sobre las prioridades del presupuesto por programas y la asignación de recursos.

EB154/34 Add.1 Seguimiento de la decisión [WHA69\(8\)](#) (2016), párrafo dispositivo (10): Mejora de la transparencia del proceso de selección de Subdirectores Generales

EB154/35 Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra Directores Generales de la OMS

Para los antecedentes véase el Informe Anual de la OEIAC de mayo de 2023 en [EBPBAC38/2](#)

Punto 25.4 Compromiso con los actores no estatales

En el punto de mira

Informe sobre la aplicación del Marco de compromiso con los agentes no estatales

De conformidad con la resolución [WHA69.10](#) (2016) y el Marco para la colaboración con agentes no estatales (apartado a) del párrafo 68), la Directora General presentará el octavo informe anual sobre la aplicación del Marco por la OMS ([EB154/36](#)), en el que se ilustrarán las colaboraciones con entidades y se informará sobre los diferentes aspectos de la aplicación del Marco en los tres niveles de la Organización. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe.

Actores no estatales en las relaciones oficiales con la OMS

En consonancia con las disposiciones del Marco para las relaciones con agentes no estatales, el Consejo Ejecutivo tiene el mandato de examinar, a través de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, las solicitudes de admisión de agentes no estatales en las relaciones oficiales y de revisar la colaboración con un tercio de los agentes no estatales en relaciones oficiales para decidir si mantener, aplazar la revisión o interrumpir sus relaciones oficiales. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe ([EB154/37](#)) y a examinar un proyecto de decisión ([EB154/37 Add.1](#)).

Fondo

FENSA ([Anexo 5, WHA69/2016/REC/1](#) y [WHA69.10](#), mayo de 2016))

Enlaces de seguimiento a debates anteriores sobre [las ANE](#) y [la FENSA](#)

Comentario de PHM

Este comentario se refiere al informe sobre la aplicación de la FENSA (EB154/36).

Es hora de una evaluación en profundidad

Ha llegado el momento de evaluar la FENSA. ¿Qué está aportando a la salud pública mundial y con qué eficacia? En el párrafo 2 de la FENSA se afirma que "la OMS colabora con los agentes no estatales, habida cuenta del importante papel que desempeñan en la salud mundial, para fomentar y promover la salud pública y alentar a los agentes no estatales a que utilicen sus propias actividades para proteger y promover la salud pública".

¿Cómo gestiona estratégicamente la OMS su compromiso con los ANE para optimizarlo en beneficio de la salud pública?

El EB154/36 promete (en el párrafo 3) informar sobre los "logros clave" durante 2023, pero lo

que describe es una serie de actividades en las oficinas regionales y en Ginebra que se han llevado a cabo bajo el mandato de la FENSA.

La FENSA fue evaluada en 2019 ([EB146/38 Add.2](#)), pero esa evaluación se centró únicamente en la aplicación del Marco, no en si estaba aprovechando su relación con las ANE de la manera más eficiente y eficaz en términos de protección y promoción de la salud pública.

Informes por regiones en lugar de por categorías y tipos de interacción

El documento EB154/36 informa sobre las actividades realizadas en el marco de la FENSA en las regiones y en Ginebra. Sin embargo, una característica clave del diseño de la FENSA fue la identificación de cuatro categorías distintas de ANE y seis tipos de compromiso que caracterizan la relación de la OMS con cada una de las cuatro categorías distintas.

Las cuatro categorías son: organizaciones no gubernamentales, entidades del sector privado, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas. Los cinco tipos de interacción son: participación, recursos, pruebas, promoción y colaboración técnica.

Informar sobre las actividades de FENSA por regiones y sedes colapsa las cuatro categorías diferentes y sus interacciones en un todo indiferenciado que impide centrarse en los beneficios y riesgos asociados a los diferentes tipos de interacciones con los diferentes tipos de actores no estatales.

Gestión de riesgos

Parece que la principal carga de trabajo de la "unidad especializada" consiste en evaluar nuevas relaciones y nuevas actividades. No está claro que se esté dando prioridad a las oportunidades de maximizar los resultados de salud pública y minimizar los riesgos.

Riesgo (para la integridad y la reputación) asociado a la movilización competitiva de recursos

Uno de los riesgos más destacados para la integridad y la reputación de la OMS se deriva de la competencia entre unidades organizativas, especialmente en la sede central, por captar la atención de los donantes. En vista de la continua insuficiencia de las contribuciones señaladas y del carácter estrictamente reservado de las contribuciones voluntarias, el éxito de los acuerdos puede marcar la diferencia entre la supervivencia o el cierre de la unidad y el empleo o el despido de su personal.

En la mayoría de las AMS se barajan iniciativas que han sido generadas por los gestores de los programas, negociando con los donantes, a menudo con la facilitación de los ANE y los Estados miembros interesados. En el mejor de los casos, estas iniciativas permiten explorar nuevas ideas y enfoques. En el peor, infringen las disposiciones sobre conflicto de intereses de la FENSA, fragmentan el trabajo de la OMS y hacen perder el tiempo a los Estados miembros en las reuniones de los órganos deliberantes. No hay transparencia sobre estas relaciones y negociaciones y la "unidad especializada" no parece capaz de darse cuenta de que se están produciendo.

PHM ha llamado la atención sobre un caso anterior relacionado con [la psoriasis](#) y ha expresado su preocupación por la procedencia del punto sobre Bienestar y Promoción de la Salud (punto 21) en esta reunión del Consejo Ejecutivo ([aquí](#)). En el caso [del chocolate](#), un Estado miembro

abogaba por que las "partes interesadas" (en este caso, una entidad del sector privado) participaran en el establecimiento de las directrices de la OMS.

Conflictos de intereses asociados a las asociaciones público-privadas con múltiples partes interesadas

Existe una contradicción entre centrarse en la integridad de las "relaciones oficiales" y transferir las funciones sanitarias mundiales fuera de la OMS a diversas asociaciones de múltiples partes interesadas (como el Acelerador ACT) en las que las fundaciones filantrópicas (Gates, Wellcome) y las asociaciones empresariales (IFPMA) desempeñan funciones de gobierno y en las que no existen marcos reguladores como la FENSA.

El Acelerador ACT fue impuesto a la OMS por poderosos Estados miembros que pretendían gestionar Covid al tiempo que protegían a sus propias corporaciones. La escandalosa mala asignación de vacunas y otros recursos médicos durante Covid tuvo un enorme impacto en términos de mortalidad evitable por Covid y fue en parte consecuencia de la deliberada marginación de la OMS.

La atención prestada a los conflictos de intereses en el marco de la FENSA parece un tanto vacía ante la aparición del nuevo multipartidismo.

Beneficios

Las relaciones de la OMS con los ANE son de vital importancia para su labor. Existen ejemplos que abarcan todas las modalidades de compromiso para cada uno de los cuatro tipos de ANE. Sin embargo, la administración de la FENSA se ha centrado poco en maximizar los beneficios de dichas relaciones.

La asociación sanitaria comunitaria

La Declaración de Alma-Ata de 1978 proyectó una visión de los organismos y el personal de atención primaria de salud trabajando con sus comunidades para mejorar su atención sanitaria y comprometerse intersectorialmente para mejorar la salud de la población. La alianza entre la APS y la comunidad es uno de los motores más poderosos de la Salud para Todos. Aparte de los estudios de caso de [Health by the People \(1975\)](#), de Ken Newell, los campos de la salud ocupacional, la salud de la mujer, la salud indígena y el medio ambiente y la salud ilustran el poder de las alianzas entre los profesionales sanitarios y sus comunidades para lograr el cambio.

La asociación sanitaria comunitaria sigue estando presente en la retórica de la OMS, pero está prácticamente ausente de su programación. Ciertamente, en el pensamiento estratégico de la OMS se hace poco hincapié en cómo establecer compromisos que puedan contribuir a crear un movimiento social en favor de la equidad sanitaria.

PHM acoge con satisfacción las nuevas iniciativas de las partes interesadas mencionadas en el párrafo 22 del EB154/36 y reconoce la diferencia entre estas iniciativas y las asociaciones público-privadas de múltiples partes interesadas creadas fuera de la OMS, mencionadas anteriormente. Sin embargo, estas iniciativas no están diseñadas para crear el tipo de asociación comunitaria de la que hablaba Ken Newell.

PHM pide

- la adopción de un marco para informar sobre la aplicación de la FENSA que preste atención a las formas de interacción asociadas a las distintas categorías de ANE;

- una evaluación de la FENSA centrada en la eficiencia y eficacia con que la Secretaría aprovecha sus relaciones con las ANE para la consecución de resultados de salud pública;
- total transparencia en cuanto a la procedencia de los asuntos e iniciativas que se presentan ante los órganos rectores;
- el desarrollo de un nuevo marco para el compromiso de la OMS con las asociaciones público-privadas de múltiples partes interesadas establecidas fuera de la OMS;
- un nuevo enfoque sobre el poder estratégico para la salud mundial de la "asociación sanitaria comunitaria" prevista en la Declaración de Alma-Ata.