

Movimiento por la Salud de los Pueblos

Este análisis y comentario sobre determinados temas que se presentarán a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2024 ha sido preparado por el Movimiento por la Salud de los Pueblos

Este análisis y comentario sobre determinados temas que se presentarán a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2024 ha sido preparado por el Movimiento [por 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 se produce a través del equipo de analistas de políticas del MSP en consulta con una red global de consultores. El comentario está diseñado para leerse conjuntamente con los documentos de la Secretaría; no duplica el material cubierto en los documentos oficiales. Esta versión en PDF del Análisis y Comentario del MSP está tomada del [Rastreador del MSP para la AMS77](#), que proporciona enlaces directos a los documentos de la Secretaría, así como a los Comentarios de los Temas del MSP. Esta versión del comentario del MSP se publica el 22 de mayo de 2024. Las actualizaciones se publicarán en el Rastreador. Los comentarios y opiniones son bienvenidos. Escríbele a editor@phmovement.org. Para tener acceso continuo a las alertas, actualizaciones y comentarios de WHO Watch, suscríbese a la Alerta de seguimiento (suscríbese [aquí](#)).

Contenido

11.1 CSU	3
11.2 Declaración política de seguimiento de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	9
11.3 Prevención y control de infecciones	17
9. Agenda de inmunización 2030.....	23
10. Estrategia para poner fin a la tuberculosis	26
11.6 Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas, 2021-2030	30
11.7 Aceleración hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a la salud materna y la mortalidad infantil	36
11.8 Resistencia a los antimicrobianos	40
12. Estrategia técnica mundial y metas para el paludismo 2016-2030.....	47
13.1 IOAC para WHE	52
13.2 Aplicación del RSI	54
13.3 Grupo de Trabajo sobre Modificaciones del RSI.....	57

13.4 Órgano Intergubernamental de Negociación para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias.....	59
14.1 Labor de la OMS en situaciones de emergencia sanitaria.....	66
14.2 Aplicación de la Resolución WHA75.11 (Guerra Rusia-Ucrania)	72
14.3 Iniciativa Mundial para la Salud y la Paz	74
14.4 Poliomielitis: erradicación, planificación de la transición, posterior a la certificación.....	77
18 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus de la viruela	80
15.1 Determinantes sociales de la salud	83
15.2 Nutrición materna, lactante y del niño pequeño	92
15.3 Bienestar y promoción de la salud.....	98
15.4 Cambio climático, contaminación y salud.....	106
15.5 Economía y HFA	113

11.1 CSU

En el punto de mira

Extracto editado del Informe de Síntesis de la DG ([A77/4](#)):

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre la cobertura sanitaria universal ([EB154/6](#)). Adoptó la decisión [EB154\(6\)](#) sobre la elaboración de una estrategia mundial y un plan de acción para la atención integrada de emergencia, crítica y operativa, 2026-2035, en la que recomendó a la Asamblea de la Salud la elaboración de dicha estrategia para su examen por la septuagésima novena Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158ª reunión.

En el documento A77/4 (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la decisión recomendada por el Consejo Ejecutivo en la decisión [EB154\(6\)](#).

La Junta también examinó el texto de un proyecto de resolución presentado por los Estados Miembros sobre la participación social para la cobertura universal de salud, la salud y el bienestar ([EB154/CONF./10](#)). La Junta acordó que las consultas sobre el proyecto de resolución continuarían entre períodos de sesiones.

En los debates (véanse [M5, página 2](#) y [M6, página 2](#)), los miembros de la Junta reconocieron la declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal y el papel central de la reorientación de los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de la salud para lograr la cobertura sanitaria universal. Afirmaron que la cobertura universal de salud y la solidez de los sistemas de salud deberían sustentar el proyecto de decimocuarto programa general de trabajo.

Fondo

Consulte los [enlaces de Tracker](#) a discusiones anteriores sobre la cobertura universal de salud

Comentario del MSP

Informe de la Secretaría sobre la cobertura sanitaria universal (EB154/6)

EB154, celebrada en enero de 2024, tomó nota del informe sobre la CSU ([EB154/6](#)). Véase [el comentario del MSP sobre el documento EB154/6](#) (enero de 2024). Reiteramos los siguientes comentarios importantes sobre el [documento EB154/6](#):

El debate sobre la cobertura sanitaria universal en la 76ª Asamblea Mundial de la Salud, en la Declaración Política sobre la cobertura sanitaria universal que se adoptó en el Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en octubre de 2023, y en el informe presentado en el documento EB154/6, apuntan a los mismos problemas y está claro que los Estados miembros son incapaces de forzar un debate sobre algunas cuestiones críticas. El mundo NO

está en camino de alcanzar la cobertura sanitaria universal con un empeoramiento en algunos parámetros, especialmente en la protección financiera. En el informe se pide que se

1. un aumento de la financiación de la salud,
2. el uso eficiente y equitativo de dicha financiación,
3. el fortalecimiento del personal sanitario y asistencial, y
4. la expansión de los servicios de atención primaria de salud y la orientación de los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de la salud.

El hecho de que no se siga logrando la cobertura sanitaria universal no es sólo un fracaso en la aplicación, sino también un fracaso en la estrategia. Lo que se requiere es fortalecer los servicios de salud financiados y administrados públicamente, donde los servicios se prestan como bienes públicos. Esta estrategia encuentra poco espacio en el discurso de la CSU. En su lugar, se ha utilizado la "cobertura universal" para promover el seguro de salud patrocinado por el sector público con la compra estratégica de un paquete selectivo de servicios esenciales de una combinación de proveedores de servicios, complementado por un mercado de planes de seguro de salud privados y proveedores privados de servicios más allá del paquete.

El impulso a favor de la cobertura sanitaria universal (en lugar del acceso universal) también consiste en restringir la necesidad de gasto público mediante la imposición de límites al paquete básico, lo que a su vez refleja la realidad de una financiación pública muy limitada para la atención sanitaria en general. Una gran parte de la limitada financiación pública 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 fortalecer la atención primaria de salud integral. Las consecuencias colaterales de estas políticas son que la atención financieramente protegida a la que pueden acceder los pobres sigue siendo limitada y hay un enorme crecimiento de un sector privado no regulado. El sistema está entregando lo que está diseñado para ofrecer. Lo que necesitamos es un cambio de estrategia, no más de lo mismo.

Algunos de los cambios estratégicos clave que se requieren son:

1. **Hacer retroceder la privatización:** Hacer retroceder los esfuerzos para privatizar la educación médica y profesional en salud, para introducir programas de seguro de salud financiados con fondos públicos y otras formas de contratación de atención privada que utilizan las finanzas públicas para fortalecer las ganancias privadas y medidas que limitan el paquete público de servicios, a fin de empujar otras necesidades de atención médica al sector privado.
2. **Fortalecimiento y democratización de los servicios de salud pública:** Invertir más en el fortalecimiento de los servicios públicos para proporcionar paquetes integrales de servicios de atención primaria, secundaria y terciaria y aumentar el nivel de participación social y democratización para que brinde una atención aceptable y de buena calidad y responda a las necesidades de la población.
3. **Precauciones con las finanzas internacionales:** Revertir la Plataforma de Inversión de Impacto en la Salud y dejar de utilizar los préstamos de los bancos

de desarrollo como medio para financiar la atención primaria de salud. En su lugar, opte por canjes de deuda y condonaciones de deuda, y mejores términos de intercambio que puedan garantizar que los países puedan invertir en salud. La mayoría de los países están pagando más por el servicio de la deuda que por la asistencia social. En particular, garantizar que las instituciones financieras mundiales y los tratados comerciales no obliguen a los gobiernos a privatizar la atención sanitaria ni fomenten una puerta abierta a la inversión extranjera con fines de lucro para la atención primaria de la salud o las organizaciones de gestión integrada de la salud.

4. **Precauciones con las consultorías corporativas:** Limitar y advertir contra el papel de las agencias internacionales de consultoría, que son promotoras activas de algunas de estas estrategias privatizadoras y que tienen serios conflictos de intereses no declarados cuando asesoran a los gobiernos sobre políticas de salud. Si bien los Estados miembros son los principales responsables de los avances hacia la cobertura sanitaria universal 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.
5. **Aumentar el acceso a las tecnologías esenciales:** El proyecto de cobertura sanitaria universal debe romper su silencio sobre el acceso a medicamentos esenciales a precios asequibles y pedir políticas e informes de progreso que garanticen este componente esencial del progreso hacia la cobertura sanitaria universal. La 76ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó algunas decisiones de gran alcance con respecto al acceso universal a los diagnósticos, pero tampoco se ha informado sobre los progresos realizados al respecto. Un mayor acceso tanto a los medicamentos como a los diagnósticos exigiría necesariamente una mayor capacidad de fabricación nacional, controles de precios y contratación pública. Por ejemplo, en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, el acceso universal a la atención de la diabetes no será posible a menos que la insulina humana y los sistemas de administración de insulina y los diagnósticos diabéticos sean mucho más asequibles. Esto también requiere un enfoque diferente de la innovación de productos, que se base menos en regímenes de patentes restrictivos y más dependiente de la financiación pública y la cooperación entre el mundo académico, la industria y los gobiernos del Sur global.
6. **Medir mejor el progreso:** Las métricas actuales para la cobertura son inadecuadas e incluso podrían ser engañosas. Esto hace que la medición de los avances hacia la cobertura sanitaria universal sea poco fiable y difícil de comparar. Los indicadores de cobertura se refieren únicamente a un conjunto muy selectivo de servicios, e incluso estas lecturas no proceden de fuentes fiables y objetivas. Debe darse seguimiento a la propuesta de incluir la medición de las dificultades financieras, la calidad de la atención y la atención perdida (necesidad insatisfecha) como indicadores importantes del progreso hacia la cobertura sanitaria universal (párrafo 35 en [A76/6](#)). También pedimos que se

midan y presenten informes desagregados de estos indicadores para que podamos medir y abordar mejor las desigualdades en la atención médica. Todo ello requiere un esfuerzo paralelo en la línea de las encuestas demográficas y de salud. Es necesario garantizar una medición y publicación sólidas y oportunas de los datos e indicadores de mortalidad en los países de ingresos bajos y medianos sobre la base de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales (CRVS) de cada país, que se reforman para que sean más transparentes y fiables. Las estimaciones actuales de la mortalidad y la carga de morbilidad de los países de ingresos bajos y medianos a menudo se basan únicamente en modelos a partir de datos muy escasos o inexistentes de los países, y sólo una o dos instituciones mundiales están facultadas para realizar estos cálculos. Esto desautoriza a los Estados miembros a medir y planificar la cobertura sanitaria universal.

- 7. Reducción del papel de los programas verticales separados:** Muchos programas de salud verticales anteriores continuaron fortaleciéndose a medida que se introducían silos verticales y se introducían otros nuevos, lo que fragmenta los servicios de salud pública. Gran parte de este problema surge de la propia sede de la OMS, donde las iniciativas específicas sobre enfermedades, incluidas las enfermedades no transmisibles, están mal integradas con la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal y con el fortalecimiento de las iniciativas de servicios de salud. La integración debe tener lugar a nivel de planificación y gestión de recursos humanos, fortalecimiento de las instalaciones, gestión de la cadena de suministro, financiación, digitalización, supervisión y gobernanza y participación de la comunidad. Esta falta de integración es otro obstáculo para el logro de la APS y la CSU. Incluso entre la cobertura sanitaria universal, como se indica en el punto 11.1 del orden del día, y la iniciativa sobre el fortalecimiento de la atención primaria de salud, que se presenta en el punto 28.3 (bajo el epígrafe de un informe sobre la aplicación del Marco de la OMS sobre los Servicios Integrados de Salud Centrados en las Personas, como se establece en la resolución WHA72.2), parece haber poca o ninguna coordinación. El punto 28.3 del orden del día, relativo a la atención primaria de la salud, bajo el nombre de IPCHS, parece estar en un silo propio.

Atención integrada de emergencia, crítica y operativa para la cobertura universal de salud

En [EB154\(6\)](#), la Junta recomendó que la WHA77 resolviera desarrollar una estrategia global y un plan de acción para la atención integrada de emergencia, crítica y operativa, 2026-2035, para su adopción en 2026.

Este proyecto de decisión está dirigido a la implementación de [WHA76.2](#). El MSP acoge con beneplácito este desarrollo dentro de la agenda de la CSU, pero tiene las siguientes precauciones:

1. Debería formar parte de un fortalecimiento integrado de los sistemas de salud y no de un programa aislado
2. La gran limitación para reforzar esta atención hospitalaria es que las políticas de recursos humanos con respecto a los especialistas, especialmente para los especialistas que trabajan en ámbitos cada vez más especializados de alta tecnología, no son adecuadas para su propósito. Necesitamos políticas que generen y retengan a los profesionales calificados necesarios en los servicios de salud pública y en las áreas desatendidas. En las últimas dos décadas, el alto grado de privatización de toda la educación profesional y los enormes costos de obtener un certificado profesional han hecho imposible obtener o retener el tipo de profesionales de la salud necesarios para cerrar las brechas. El proyecto actual no incluye este problema en su ámbito de aplicación.
3. Otra gran limitación es que gran parte de estas habilidades, aunque generadas en los países de ingresos bajos y medianos, están emigrando a países de ingresos altos (HIC) y los países de origen no reciben ninguna compensación a cambio. Este problema se ha agravado después del Covid 19. Este problema tampoco está marcado en la resolución WHA76.2.
4. Una tercera limitación importante es que una proporción importante de los especialistas y la prestación de dicha atención están disponibles en hospitales corporativos que operan en un entorno no regulado y ahora están obteniendo superbeneficios. Muchos de ellos ni siquiera se plantean acogerse a los planes de seguro financiados con fondos públicos, a menos que se les proporcione un paquete de reembolso mucho mayor. Estos hospitales también marcan los estándares y las expectativas de este sector. Hay una necesidad urgente de abordar la regulación de este sector privado, y esto debería incluirse en el alcance del proyecto de resolución.
5. Observamos que, si bien se ha abordado la cuestión de la respuesta nacional de emergencia y el transporte de pacientes, los servicios de ambulancia y la atención prehospitales, se ha subestimado. Habría que trabajar mucho en este ámbito.
6. Un desafío específico es la tensión entre la falta de fondos (y de importancia) para la atención primaria de salud y la necesidad de aumentar los fondos para la atención secundaria y terciaria. Esto último tiene que cumplirse sin comprometer lo primero.
7. Por último, tenemos que ir más allá de la ampliación de la disponibilidad de estos servicios para ponerlos a disposición como parte del derecho a la atención sanitaria. Si bien el acceso físico es parte de los requisitos, no lo es todo. Un enfoque basado en los derechos también abordaría los problemas relacionados con la equidad, la asequibilidad y la discriminación.
8. Esperamos que la participación y representación de la sociedad civil en los sectores más débiles y de los profesionales sensibilizados sea lo suficientemente fuerte en el proceso para garantizar que estas preocupaciones se aborden adecuadamente.

Participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar

La Junta también examinó un proyecto de decisión ([EB154/CONF./10](#)) para recomendar que la Asamblea adoptara una resolución sobre la participación social para la cobertura sanitaria

universal, la salud y el bienestar. La Junta no llegó a un consenso sobre este proyecto de resolución propuesto y se acordó que se celebrarían nuevos debates entre períodos de sesiones con miras a lograr un consenso sobre un proyecto final que se presentaría a la 77^a reunión de la Asamblea Mundial de la Salud. Todavía no se ha publicado ningún borrador de este tipo.

En la resolución propuesta sólo hay unas pocas referencias entre corchetes. Una de ellas (PP6) refleja la resistencia a aplicar una perspectiva de género o sensible al género en la elaboración de políticas y planes relacionados con la salud. En dos párrafos (PP6 y OP1(2)) la elección de [personas/personas/aquellos] fue el obstáculo para el consenso.

El MSP apoya firmemente el propósito y la dirección de la resolución propuesta. Es desconcertante que algunos Estados miembros no piensen que las políticas y los programas relacionados con la salud deban responder o ser sensibles a las diferencias de género en las necesidades de las personas.

11.2 Declaración política de seguimiento de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

- [En el punto de mira](#)
- [Fondo](#)
- [Comentario del MSP](#)
 - [Comentario sobre EB154/7](#)
 - [Observación sobre el proyecto de resolución relativo a los trasplantes](#)

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre la prevención y el manejo de las enfermedades no transmisibles, la promoción de la salud mental y el bienestar, y el tratamiento y la atención de las afecciones de salud mental ([EB154/7](#)). Adoptó la decisión [EB154\(7\)](#) sobre el aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos, en la que recomendó a la Asamblea de la Salud, entre otras cosas, la elaboración de una estrategia mundial sobre donación y trasplante para su examen por la septuagésima novena Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158ª reunión. A77/4 (párr. 22) invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva en el documento EB154(7)

La Junta también examinó el texto de un proyecto de resolución presentado por los Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la salud mental y el apoyo psicosocial antes, durante y después de los conflictos armados, los desastres naturales y las emergencias sanitarias y de otro tipo ([EB154/CONF./11](#)). La Junta acordó que las consultas sobre el proyecto de resolución continuarían entre períodos de sesiones. En los debates, los miembros de la Junta destacaron la necesidad de incluir las enfermedades no transmisibles y la salud mental en la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal.

Los miembros de la Junta acogieron con beneplácito el plan de acción mundial sobre salud bucodental 2023-2030 y la elaboración prevista de un informe sobre la situación mundial del cáncer en 2025, y pidieron que se actualizara periódicamente la información para ayudar a los Estados Miembros a prepararse para la cuarta reunión de alto nivel de

la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Fondo

Consulte [los enlaces de Tracker](#) a discusiones anteriores sobre las ENT

Acta del debate en EB154: [M6, página 14](#) y [M7, página 2](#).

Comentario del MSP

Comentario del MSP sobre el informe EB154/7 de la Secretaría

Visión general

Este informe se presenta de conformidad con la solicitud formulada a la Secretaría en el [artículo 72\(11\) de la Asamblea Mundial de la Salud de que](#) presente un informe anual sobre los progresos realizados en la lucha contra las enfermedades no transmisibles y como seguimiento de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles. También cumple los compromisos de informar sobre el plan de acción mundial sobre salud bucodental y cáncer (párrs. 1 a 4).

La siguiente sección (párrs. 5 a 23) es un análisis de la situación con respecto a la agenda de ENT y salud mental. Después de una declaración general de que las enfermedades no transmisibles siguen siendo un problema creciente y que el programa no va por buen camino (párrafos 5 a 7), el informe detalla la situación en cada una de las 15 áreas estratégicas de intervención de la OMS con un párrafo para cada una (párrafos 8 a 23). Las mencionadas son diabetes (8), cáncer, cuello uterino y mama (9, 10, 11), el control de la hipertensión arterial (12), el progreso 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 post-covid (23). En cada uno de ellos, el informe señala que la carga de morbilidad sigue siendo grande, y que el progreso está por debajo de las expectativas o que la carga de morbilidad está empeorando.

En los párrafos 24 a 26 se resume la estrategia mundial sobre salud bucodental. Cuenta con 100 actividades y un conjunto de 11 indicadores básicos en 8 estrategias. El informe presenta las lecturas de referencia de estos indicadores a partir de 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 (21%) han implementado componentes básicos del mismo.

En los párrafos 27 a 79 del informe se presentan las actividades pertinentes de la Secretaría de la OMS. Cada párrafo se refiere a una condición o categoría de enfermedad. Este es un resumen de la visión mucho más [completa](#) de la labor técnica de la secretaría sobre las enfermedades no transmisibles. Entre los tipos de actividades sobre los que se informa figuran la celebración de conferencias y consultas, la aprobación de resoluciones, la presentación de

informes, la elaboración y difusión de estrategias, planes de trabajo y marcos, y la aprobación de documentos de orientación técnica.

Los desafíos

Si bien el informe documenta fielmente las limitaciones en el progreso y las medidas adoptadas, no aborda adecuadamente las razones del progreso limitado, incluso una década después de que el mundo aceptara las ENT como un importante problema de salud pública. Enumeramos cuatro desafíos clave que este informe debería haber abordado:

La fragmentación de los cuidados y el reto de la integración. Es evidente que, tan variadas y dispersas son estas intervenciones, que el desafío de la fragmentación que acosa a los Estados Miembros es también un desafío para la Secretaría de la OMS. Durante dos décadas, la atención médica selectiva a menudo ha descalificado a los profesionales de la salud y ha limitado la conceptualización de lo que son las prioridades de la atención primaria e incluso lo que significa decir atención primaria de salud.

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

Las dimensiones intersectorial e internacional. Las dimensiones intersectoriales e internacionales del control de las enfermedades no transmisibles son fundamentales, incluida la regulación de los alimentos ultraprocesados, las dietas poco saludables, el tabaco, el alcohol, la contaminación del aire y el agua, y la salud ocupacional. La OMS ha elaborado una gran cantidad de asesoramiento en materia de políticas en este ámbito, pero la tarea de crear grupos nacionales para impulsar la acción intersectorial nacional y abordar los determinantes sociales, comerciales y ambientales de la salud mediante la participación de las relaciones exteriores en las finanzas, la política industrial, la urbanización, la gestión de los recursos naturales, etc., y sus marcos de gobernanza están rezagados. Esto guarda estrecha relación con el tema del programa relativo a la economía y la salud para todos y la promoción del bienestar y la salud. También debe abordar el papel de los determinantes comerciales de la salud y el papel de la influencia de las empresas que anteponen los beneficios a la salud en la formulación de políticas.

El personal de atención de la salud puede desempeñar un papel importante en la promoción del fortalecimiento de los sistemas de salud y de la adopción de medidas intersectoriales e

internacionales eficaces. El aumento drástico de la fuerza laboral de los TCS que se requiere podría ayudar a fortalecer dicha defensa.

El reto de la inequidad. El informe casi no dice nada sobre la cuestión de la desigualdad. La inequidad impacta en las causas, consecuencias y respuesta a las ENT. El enfoque en enfermedades particulares y factores de riesgo específicos ha oscurecido la dimensión de la desigualdad. Esto incluye la desigualdad en términos de acceso a una atención médica digna, lo que incluye la atención a las ENT, pero también incluye la desigualdad y discriminación social y económica y una mayor exposición a todos los factores de riesgo específicos descritos. Sabemos que los sectores más pobres y marginados son más propensos a contraer enfermedades no transmisibles que otros. La aplicación de la perspectiva de la desigualdad señala también el papel de los entornos sociales y culturales que median la influencia de la desigualdad y la discriminación en las actitudes de la comunidad, lo que puede reducir la utilización de la atención sanitaria y los comportamientos de promoción de la salud. Considere el papel de la comida chatarra para las personas que necesitan consuelo o el papel del alcohol en el olvido de las realidades sociales.

Acciones requeridas

Lograr la integración en la acción intersectorial

Un ámbito en el que se requiere una acción integrada se refiere a los determinantes intersectoriales, en los que se requieren cambios en las políticas y estrategias, así como la reglamentación de los diferentes sectores. La principal responsabilidad de abordar muchos de estos determinantes recae en los diferentes ministerios y los diferentes niveles de gobierno. Los Estados miembros deben examinar las medidas políticas intersectoriales necesarias para la salud, que atraviesan las enfermedades y los factores de riesgo. A esto se le ha llamado el enfoque de la salud para todos. Los instrumentos jurídicos, como las leyes de salud preventiva o las leyes laborales y medioambientales, tienen un papel importante que desempeñar.

Sin embargo, los ministerios de salud necesitan la capacidad institucional para planificar, promover y medir los impactos en la salud a través de todos estos diversos determinantes, y deben rendir cuentas de ello. Los países necesitan un marco institucional bien equipado y capaz en el marco del Ministerio de Salud para supervisar e intervenir continuamente en las consecuencias sanitarias de las políticas de desarrollo en todos los sectores. El fomento de la capacidad y la rendición de cuentas de los ministerios de salud es uno de los principales retos que la OMS debe abordar.

Lograr la integración a nivel de 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 promoción comunitaria es un motor fundamental para fomentar la colaboración intersectorial. A menudo son los proveedores de atención primaria de salud los que pueden ver más claramente la necesidad de una acción intersectorial, pero que a menudo trabajan en entornos de incentivos que desalientan la promoción necesaria.

Se necesitan leyes de salud pública y seguridad social que faculten a los gobiernos locales para garantizar las condiciones de trabajo y de vida adecuadas de la población y crear el apoyo social, la seguridad social y las medidas 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. El gobierno local necesita los fondos y la capacidad necesarios para implementar estas intervenciones. En las comunidades donde dominan las élites locales, es posible que el Estado tenga que intervenir para garantizar la equidad.

Lograr la integración a través del fortalecimiento de los sistemas de salud

Es necesario fortalecer y (re)organizar los sistemas de salud para garantizar la prestación de los servicios requeridos de manera integrada, incluida la educación sanitaria necesaria y los servicios de atención de salud preventivos y de promoción, así como la continuidad de la atención en todos los niveles. No es posible ni deseable abordar esta amplia gama de condiciones de salud a través de un programa vertical para cada una. Ni el enfoque 5*5 ni el modelo de mejores compras se prestan a la integración. Amplíen los actuales paquetes altamente selectivos con algunas intervenciones adicionales, pero continúan con la mentalidad selectiva y vertical. Las mejores opciones de compra basadas en la relación costo-efectividad de las intervenciones individuales podrían inducir a error. Los resultados diferirían cuando se evalúan como elementos de la atención integral integrada de la salud que aprovecha al máximo los recursos humanos y los establecimientos de salud desplegados.

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

1. Promover la investigación sobre modelos de sistemas de salud y compartir las mejores prácticas en términos de cómo se pueden abordar las ENT de manera integrada. Algunas de las preguntas son: ¿Cuál sería la composición y las competencias de los equipos de atención primaria? ¿Cómo ayudaría la logística de consumibles y diagnósticos a los equipos de atención primaria y qué innovaciones tecnológicas ayudarían? ¿Cómo se abordarían las derivaciones a un grupo más amplio de especialistas diversos y la continuidad de la atención? ¿Cómo se va a organizar el seguimiento y la supervisión de manera integrada, sin estructuras de supervisión separadas y 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 que se asuma? La prevención y la atención de la amplia gama de enfermedades abordadas deben incorporarse a las operaciones en curso, incluidos los niveles de recursos, la logística, los perfiles de la fuerza laboral y las estructuras de incentivos;
2. Alentar a los ministerios y departamentos de salud a que fortalezcan la participación de la comunidad en la planificación de la salud, la rendición de cuentas del sistema de salud y la promoción de la salud.

3. Ampliar la dotación fiscal para la atención de la salud a través de mecanismos de financiamiento público más receptivos que puedan apoyar la expansión de la variedad y la cantidad de servicios prestados.
4. Centrarse en la desigualdad y la discriminación como impulsores de la mala salud y los obstáculos a la acción en materia de salud, y planificar la acción afirmativa para llegar a las comunidades pobres y marginadas para satisfacer todas las necesidades de salud. Identificar y reformar los incentivos que actualmente dan prioridad a los sectores más ricos y acomodados, pero que excluyen a los sectores más pobres y marginados para la prestación de cuidados de enfermedad;
5. Sólida capacidad de aplicación de políticas, incluidas las palancas regulatorias y fiscales; avanzar hacia la financiación de pagador único;
6. Invertir en recursos humanos para la salud, especialmente en TCS y parteras.

Proyecto de resolución ([EB154\(7\)](#)) sobre "aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos"

El MSP acoge con beneplácito el proyecto de resolución (transmitido en [EB154/7](#)) e insta a la Asamblea a que adopte la resolución. La OMS ha participado durante algún tiempo en la recopilación de datos mundiales y en la prestación de orientación a los países en este ámbito mediante principios rectores periódicos. Sin embargo, observamos que existe una brecha significativa entre los principios rectores de la OMS y la realidad sobre el terreno.

El campo del trasplante de células, tejidos y órganos ha experimentado importantes avances tanto en la ciencia como en las aplicaciones clínicas en los últimos años. El principal enfoque de salud pública para el tratamiento de las enfermedades crónicas que conducen a fallos orgánicos debe ser una buena calidad y cobertura de la prevención primaria y secundaria. Sin embargo, dada la magnitud de la epidemia de enfermedades no transmisibles y la creciente eficacia de los trasplantes en comparación con otras costosas terapias de mantenimiento, el trasplante es ahora una parte importante del tratamiento de la insuficiencia orgánica en etapa terminal. El campo requiere muchos recursos y costos, y la actividad en este campo se limita actualmente en gran medida a los países de ingresos altos. Dados los riesgos para el "donante vivo", los órganos procedentes de la "donación de fallecidos" deben promoverse como la fuente principal de órganos. Esto ha ocurrido en algunos países de ingresos altos.

Existe una necesidad urgente de que los países del Sur Global cuenten con una legislación que los permita, así como con facilidades para que sus residentes se beneficien de estos avances. Todos los problemas de inequidad en el acceso ocurren en sus formas más graves cuando consideramos el acceso al trasplante. Esto se ve agravado en algunos países por la creciente participación del sector privado, estimulado por márgenes de beneficio mucho más elevados. En algunos países, el sector privado ha ocupado el espacio dejado vacante por el sistema estatal de salud. Dados los altos incentivos de lucro en el sector privado, esto ha dado lugar a actividades poco éticas e incluso delictivas. Este fenómeno no se ha abordado adecuadamente en el documento.

Observamos con preocupación que, a pesar de la legislación de varios países, este ámbito sigue siendo objeto de actividades delictivas y poco éticas generalizadas, incluido el tráfico de órganos. Dada la demanda, la oferta, la falta de disponibilidad de órganos y la vulnerabilidad de ciertos sectores de la sociedad, tanto la coerción como la inducción financiera de los donantes vivos son bien conocidas. Además, dado que el trasplante solo está disponible en unos pocos países, hay viajes a gran escala por razones médicas a través de las fronteras. Esto incluye tanto los viajes legítimos como los viajes con el propósito de donar órganos pagados (turismo de trasplantes). En algunas partes del mundo, el turismo de trasplantes constituye una parte importante de la industria del turismo médico. El documento no señala claramente los peligros de promover los viajes para trasplantes como parte del turismo médico, que podría ser una tapadera para trasplantes ilegales.

Si bien el proyecto de resolución abarca una buena cantidad de terreno, instamos a que adopte una posición más clara y formule recomendaciones sobre las siguientes cuestiones

1. La responsabilidad de los gobiernos de garantizar el desarrollo del trasplante de órganos y tejidos como parte integral de su sistema de salud y desalentar su traslado al sector privado. Esto implica la asignación de presupuestos específicos, así como el fortalecimiento de la capacidad en el sector estatal.
2. La responsabilidad de los gobiernos de proteger a los grupos vulnerables dentro del país de ser coaccionados o incentivados a donar órganos para aquellos que están más arriba en la jerarquía social. Además de las vulnerabilidades históricas de género, clase, casta, etnia, minorías y perseguidos políticos, hay pruebas recientes de que los migrantes son atraídos para donar.
3. Si bien los gobiernos deben promover tanto la donación de personas fallecidas como la de seres vivos, también deben garantizar que los órganos donados, especialmente los de donantes fallecidos, se asignen según criterios transparentes en lugar de la capacidad del receptor para pagar el procedimiento de trasplante. *En otras palabras, tratar el órgano donado como un bien público que se distribuye según el principio de equidad y justicia.*
4. La responsabilidad de los gobiernos de comprometerse con altos niveles de ética y transparencia tanto en su política nacional de trasplantes como en el movimiento transfronterizo de pacientes y órganos
5. El mandato de proporcionar datos completos y fiables a las bases de datos mundiales. Esto incluye datos sobre los viajes para trasplantes tanto dentro como fuera del país, ya que esto es crucial para frenar el movimiento de personas para trasplantes poco éticos.
6. La responsabilidad de las ramas de la ONU, como la UNODC y la Interpol, de prestar asistencia a los reguladores locales y a los organismos encargados de hacer cumplir la ley para tomar medidas enérgicas contra el tráfico de órganos, especialmente el que implica el movimiento transfronterizo.

Por último, observamos que, aunque el trasplante de órganos moderno ha proporcionado un respiro de vida y calidad de vida a quienes sufren de insuficiencia orgánica en etapa terminal, dada la enormidad del desafío, la comunidad mundial debe continuar esforzándose por

prevenir. A pesar de que las cifras de trasplantes pueden aumentar, debe haber una medida clara de las tasas de necesidades de trasplantes por población y por población con enfermedades crónicas disminuyendo.

También nos preocupa que la creciente disponibilidad de donantes fallecidos no se deba a la falta de medidas preventivas, de las cuales quizás la más importante en los países de ingresos bajos y medianos sea la seguridad vial, especialmente los peatones y motociclistas involucrados en accidentes de tráfico debido a las muy deficientes medidas de seguridad vial.

11.3 Prevención y control de infecciones

- [En el punto de mira](#)
- [Fondo](#)
- [Comentario del MSP](#)
 - [Plan de acción mundial](#)
 - [Proyecto de resolución](#)

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe relativo al proyecto de plan de acción mundial para la prevención y el control de las infecciones ([EB154/8](#)). Adoptó la decisión [EB154\(8\)](#) en la que recomendó a la Asamblea de la Salud la adopción del plan de acción mundial y el marco de seguimiento para la prevención y el control de las infecciones, 2024-2030.

En el documento A77/4 (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva en el documento EB154(8)

Fondo:

[El rastreador](#) enlaza con discusiones previas sobre la CIP en todo el mundo

[Estrategia mundial para la prevención y el control de las infecciones](#) y resumen ejecutivo ([EB152/8](#)).

Comentario del MSP

Este punto del orden del día ha adquirido una urgencia considerable después de la pandemia de Covid 19, en la que los hospitales fueron una fuente importante de propagación y porque, debido a este riesgo, se interrumpieron los servicios rutinarios. También es un foco de atención porque está estrechamente relacionado con la agenda de la resistencia a los antimicrobianos, que se ha convertido en una importante crisis sanitaria mundial, y hay una Cumbre de Alto Nivel de las Naciones Unidas que se celebrará en septiembre de este año.

Plan de acción mundial

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

El plan de acción propuesto también supone la aplicación de las disposiciones del [plan de agua, saneamiento e higiene](#), el [plan de acción mundial para la seguridad de](#) los pacientes y el [plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos](#). En [los anexos](#)

[suplementarios 1 a 4](#) que acompañan al presente informe se ofrecen 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 párrafos 1 a 11 del informe).

Apreciación

El Plan de Acción propuesto debe acogerse con satisfacción. La cuestión es crítica 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 gama más amplia de recursos y capacidades genéricas necesarios para la prevención y el control de las infecciones.

Alcance: la necesidad debe abarcar tanto a la comunidad como a las instalaciones

Visto y considerando: Que el proyecto EB154/8 se centra en la prevención de infecciones y prevención de infecciones en el establecimiento, el punto 13 sobre la resistencia a los antimicrobianos, que incluye la prevención de la prevención de infecciones en la comunidad y en el centro. Hay razones de peso para hacerlo, ya que es difícil e inadecuado lograr agua potable, saneamiento, higiene y eliminación de desechos solo en la instalación, sin tener en cuenta el entorno urbano en el que está situada. Sin embargo, abordar el control de infecciones en la comunidad requiere 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, con las instituciones de gobierno local como sus garantes de derechos, pero los gobiernos locales generalmente no cuentan con las capacidades y los 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 migrantes, como fuentes de infecciones. Dado que estas comunidades son las principales víctimas de la falta de higiene, el hecho de culpar a las víctimas no hace más que agravar el problema y agravarlo. Sin embargo, si esta estrategia se interpreta como que solo se refiere a la instalación, excusaría el informe de omitir las preocupaciones más importantes.

El MSP hace un llamado a la Asamblea Mundial de la Salud para que pida 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 orientación estratégica («compromiso político y políticas») exige un plan de acción nacional para la prevención y prevención de infecciones integrado en los planes nacionales de salud. Sin embargo, la dirección estratégica también exige un presupuesto específico para la CIP y la elaboración de un plan nacional de inversión financiera para la CIP.

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

En la mayoría de los países existen mecanismos institucionales que se han establecido para abarcar la prevención y el control de la prevención y el control de la prevención y el control de la prevención de infecciones junto con otros fines conexos. La necesidad de crear estructuras institucionales de novo para la CIP debe depender del contexto. Gran parte del marco regulatorio para la prevención y prevención de infecciones 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 tal como se interpreta en sentido estricto, pero que son esenciales para la prevención de infecciones en sentido estricto). Los requisitos de la CIP deben ser un subconjunto de las normas nacionales de salud pública y no deben presentarse como disposiciones independientes.

La infección, la prevención y el control a nivel de los establecimientos están estrechamente relacionados con la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos, y muchas de las estrategias y actividades necesarias son igualmente necesarias para abordar ambas.

La necesidad de contar con un "caso de inversión para la CIF" separado y distinto de las cuestiones más amplias de las normas de salud pública envía una señal de que los donantes deben invertir en la CIP en lugar de invertir en elevar las normas de salud pública y fortalecer los establecimientos de salud.

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

La Dirección Estratégica 3 tiene que ver con la integración y es bienvenida. Entre los programas con los que se busca la integración se encuentran "los de resistencia a los antimicrobianos; salud ocupacional; seguridad del paciente; emergencias de salud pública; calidad de la atención; agua, saneamiento e higiene y residuos sanitarios; y enfermedades infecciosas específicas (como la infección por VIH y la tuberculosis)". Esto está bien dicho, pero el problema al que se enfrentarán la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos es que, a excepción de la última, sobre la infección por el VIH y la tuberculosis, actualmente no tienen un programa establecido a gran escala para ninguno de los demás.

Recursos humanos

La dirección estratégica 4 se refiere a la creación de capacidad y destaca correctamente la escala de las intervenciones necesarias para la capacidad. La principal limitación sigue siendo su orientación vertical. Por ejemplo, requiere un profesional de IPC a tiempo completo en cada hospital, mientras que muchos hospitales no tienen una persona calificada a tiempo completo en administración hospitalaria o un microbiólogo a tiempo completo. Sería mejor insistir en las dos últimas, junto con la estipulación de que todos los programas de administración hospitalaria incluyan una instrucción adecuada en torno a la prevención y control de infecciones y que se exija a los microbiólogos que trabajan en entornos hospitalarios que estén formados y certificados en prevención y control de infecciones (IPC), ya sea como parte de su programa de posgrado o por separado.

Datos para la acción

En la Dirección Estratégica 5, el plan hace un llamamiento a la acción de los datos. Sin embargo, el plan debe reconocer que esto requeriría contar con sistemas de vigilancia de enfermedades, sistemas de monitoreo de la prevención de infecciones y sistemas de información hospitalaria adecuados, todos los cuales son fundamentales para obtener datos efectivos, asequibles y sostenibles para la acción de la prevención y control de infecciones (IPC).

Reconociendo la gama más amplia de recursos y capacidades genéricos necesarios para la CIP,

La segunda dirección estratégica (programas activos de CIF) repite el llamamiento de programas y planes para diferentes niveles, pero no reconoce la gama más amplia de capacidades que éstos requerirán. Incluye una meta que mide "la proporción de establecimientos con intervenciones implementadas basadas en estrategias multimodales para reducir las infecciones adquiridas en la atención médica (IRAS) específicas de acuerdo con las prioridades locales". Es mucho más fácil decirlo que hacerlo. Sin un buen nivel de capacidad de laboratorio y especialistas microbiológicos y sistemas de información basados en hospitales y centros de salud, esto es solo una ilusión.

El Plan de Acción Mundial debe reconocer estos requisitos como condiciones previas. Estas condiciones *no pueden* cumplirse si la comprensión general de la hoja de ruta hacia la cobertura sanitaria universal se realiza mediante la compra de paquetes de servicios esenciales minimalistas definidos en función de la rentabilidad y la eficacia.

La Dirección Estratégica 3 exige un indicador, "proporción de infecciones del torrente sanguíneo debidas a *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* spp. y *Pseudomonas* spp. resistentes a carbapenémicos resistentes a la meticilina". Sin embargo, esto requiere 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 establecimientos, públicos y privados.

En resumen

Ni la CIP ni la resistencia a los antimicrobianos pueden abordarse aisladamente de la necesidad de:

1. Sistemas de información sanitaria que funcionen correctamente y que sean capaces de documentar y analizar los patrones y tendencias de infección y resistencia a los antimicrobianos;
2. Programas de vigilancia de enfermedades que funcionen correctamente y que incluyan el reconocimiento de patrones de infección y resistencia a los antibióticos adecuados para orientar a los proveedores;
3. Sistemas de aseguramiento de la calidad que incluyan todos los requisitos para la prevención de infecciones y protección contra los antimicrobianos, incluidas las normas

de agua, saneamiento e higiene y la adopción y utilización de protocolos de tratamiento normalizados;

4. Capacidad microbiológica adecuada para la identificación de la infección, su origen y 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 mínimos de atención a proveedores privados;
5. Se necesita personal de apoyo adecuado para garantizar las normas de agua, saneamiento, higiene y eliminación de desechos (agua, saneamiento, higiene y eliminación de desechos) y para las numerosas funciones asociadas a la CIF, con condiciones de empleo adecuadas que garanticen el rendimiento;
6. Adquisición adecuada de los consumibles necesarios, incluidos los equipos de protección personal para garantizar una buena higiene y otros aspectos de los productos fitosanitarios;
7. Regulación adecuada de los establecimientos clínicos privados para garantizar que todas las normas mencionadas se garanticen también en el sector privado; Los gobiernos pueden lograr lo anterior mediante medidas administrativas, pero para el sector privado, las disposiciones legales son esenciales; Estos también deben incorporarse a todas las compras de atención al sector privado;
8. La creación de capacidad institucional para las normas nacionales de salud pública y la garantía y mejora de la calidad, incluidas las disposiciones que garanticen todas las acciones anteriores requeridas para la prevención y el control de la infección, pero que también incluyan la seguridad del paciente, la resistencia a los antimicrobianos, la atención clínica eficaz, la planificación de la salud pública basada en la evidencia, la satisfacción de los proveedores y la satisfacción del paciente.

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

Advertencias y recomendaciones del MSP en la resolución [EB154\(8\)](#)

El MSP acoge con beneplácito y agradece la iniciativa de la OMS en este ámbito. Sin embargo, formula las siguientes observaciones y advertencias sobre el proyecto de resolución en su forma actual:

- a) No existe un vínculo entre la CIP en la comunidad y en la instalación, aunque en el mundo real esto no se puede separar. Incluso la resolución sobre la IMR aborda esto conjuntamente. Abordarlo en la comunidad necesita estándares de salud pública que sean legalmente exigibles. También requiere la participación de la comunidad. También observamos que esta estrategia, tal como está, podría haberse denominado mejor "CIP en el hospital público", que es sólo un subconjunto de "CIP en todos los hospitales" y que esta última es sólo un subconjunto de la CIP a escala en toda la población.
- b) Toda la estrategia, incluso si se limita a los establecimientos de salud pública, es demasiado un enfoque de silos verticales, con muy poca integración a pesar de tener

una de las 8 estrategias denominadas Integración. Requiere comités dedicados a la CIF, mano de obra, flujos de datos, profesionales, planes de inversión, financiación, etc. Cada subcomponente, incluido algo como la higiene de manos, se presenta como una vertical nacional y hay muchos subcomponentes de este tipo. Es poco probable que eso suceda o se mantenga. Cada uno de ellos debe integrarse en los componentes del sistema correspondientes. A título ilustrativo:

- i) RRHH para IPC forma parte de la planificación de RRHH de las instalaciones
 - ii) Los datos de IPC/HAI/WASH forman parte de los sistemas de información hospitalaria y deben incorporarse a los sistemas de vigilancia de datos
 - iii) El monitoreo de las infecciones respiratorias agudas y la resistencia a los antimicrobianos (RAM) forma parte de la capacidad microbiológica y de laboratorio de la instalación
 - iv) La formación, la certificación y las auditorías deben formar parte de los programas de gestión de las instalaciones y de garantía de calidad. La CIF es un elemento del control de calidad y no puede sostenerse como un elemento independiente fuera de otros elementos del control de calidad.
 - v) Los comités y las fuerzas de trabajo podrían formar parte de los comités de desarrollo de instalaciones y de garantía de calidad y no de los comités independientes de CIF, y estos deberían tener una participación social informada y adecuada.
 - vi) La financiación para la prevención y el control de la información no puede ni debe ser distinta de la financiación para el fortalecimiento de los mecanismos y la garantía de calidad.
- c) No se menciona cómo se logrará nada de esto en el sector privado. La regulación del sector privado tiene que incorporar esto, pero en muchos países no existe ninguna forma de regulación de la calidad, la ética o los precios.

En general, aunque es un paso en la dirección correcta, es una propuesta muy incompleta con muchas advertencias. Los objetivos fijados son demasiado modestos y, si están bien integrados, no hay ninguna razón por la que más países no puedan llevar a cabo muchas de las estrategias, que son bastante básicas. Pero por sí solos, es poco probable que incluso estos objetivos se cumplan.

9. Agenda de inmunización 2030

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre la Agenda de Inmunización 2030 ([EB154/9](#)). En los debates, los miembros de la Junta expresaron su apoyo al programa de acción compartido y sus seis esferas prioritarias a corto plazo, y especialmente a la iniciativa "Big Catch-Up". Expresaron su preocupación por el creciente número de brotes, en particular de sarampión, y subrayaron la necesidad de recuperar los niveles de cobertura y ponerse al día con los niños que no han sido alcanzados durante la pandemia de COVID-19.

Fondo

[Informe Global IA2030 2023](#)

[Enlaces de seguimiento](#) a discusiones anteriores sobre inmunización

Comentario del MSP

Se invita a la Asamblea Mundial de la Salud 77 a respaldar el informe sobre los progresos realizados en la consecución de los objetivos mundiales de inmunización y la aplicación de la Agenda de Inmunización 2030. El informe es el mismo que el que se hizo al Comité Ejecutivo y, por lo tanto, la respuesta del MSP sigue siendo la misma. Véase [el comentario del MSP en EB154](#)

En resumen, el informe de las direcciones generales 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. Si bien en 2022 se observó cierta recuperación, los avances variaron según las regiones y los países, y persistieron las dificultades para llegar a los niños con dosis cero y las disparidades en la cobertura, especialmente en los países de ingresos bajos y en la región de África. Persisten las dificultades para eliminar la poliomielitis y el sarampión, y hay brotes de varias enfermedades, especialmente el sarampión y el cólera. En el informe se 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, promoción de la integración en la atención primaria de salud, introducción de vacunas y vacunación contra el virus del papiloma en la adolescencia) y una iniciativa de "Gran Puesta al Día" destinada a cerrar las brechas causadas por la falta de vacunación durante los años de pandemia y restablecer las trayectorias de inmunización.

El MSP hace las siguientes observaciones con respecto al informe y a la evaluación de impacto 2030:

1. Para las estrategias nacionales de inmunización, la atención primaria de la salud pública sólida, centrada en las comunidades y los territorios, es de vital importancia. 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. La actual estrategia de cobertura sanitaria universal, tal como se implementó de facto con su enfoque en las compras estratégicas del sector privado, no es adecuada para este propósito. Su fracaso es particularmente evidente cuando se trata de llegar a las comunidades marginadas o cuando los sistemas se ven sometidos a presión, como sucedió durante la pandemia.
2. Además, 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 atrás una visión más amplia de los sistemas de salud y de los factores sociales y económicos que enmarcan lo que es posible. La inmunización nunca tiene éxito si se mantiene aislada de otras intervenciones de salud pública. Sin embargo, el énfasis en las inmunizaciones sustituye a menudo a todas las demás intervenciones de salud pública que se requieren. En el informe no se menciona esta preocupación.
3. La cobertura de inmunización depende en gran medida de una densidad adecuada de trabajadores de la salud capacitados y motivados en los servicios de salud pública con una distribución geográfica óptima. Es necesario corregir la falta de énfasis en el informe sobre los trabajadores de la salud y su papel en el Programa de Inmunización.
4. Los desafíos asociados con la falta de trabajadores de la salud y cadenas de suministro son peores en las zonas de conflicto, donde las barreras a la cobertura de vacunación se ven exacerbadas por la guerra y los conflictos. Es esencial comprender la interacción entre la guerra y la salud dentro de un marco geopolítico más amplio.
5. El informe del Director General no aborda cuestiones relacionadas con el poder corporativo y la asequibilidad y disponibilidad de las vacunas. La producción de vacunas ha caído cada vez más bajo el control de las principales empresas farmacéuticas, principalmente con sede en Europa Occidental, Estados Unidos, Japón y, más recientemente, China e India. Las estrategias monopolísticas empleadas por estas empresas -la utilización de los derechos de propiedad intelectual, incluidas las patentes y el secreto industrial, la restricción del acceso a las muestras biológicas y la defensa de la exclusividad de los datos en los ensayos clínicos- dan lugar a precios elevados y escasez. La pandemia de Covid-19 puso de manifiesto las limitaciones de este modelo, revelando dificultades para aumentar la producción. La pandemia también dejó claro que la innovación en vacunas está fuertemente financiada por recursos públicos y, sin embargo, el gobierno no tiene ningún derecho sobre la propiedad intelectual creada. Medidas como las exenciones del Acuerdo sobre los ADPIC, la aplicación de flexibilidades en materia de PRT, como la concesión de licencias obligatorias, la transparencia en lo que respecta a la innovación y los costes de fabricación, y la transferencia de tecnología, incluido el intercambio de muestras de material biológico, son fundamentales para el acceso a las vacunas. Estrategias como la adquisición mancomunada han demostrado ser eficaces 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 AI 2030. El informe de las direcciones generales y la evaluación del impacto 2030 no abordan adecuadamente estas cuestiones.

6. El MSP pide transparencia sobre qué parte del presupuesto de salud y, dentro de él, el presupuesto de atención primaria de la salud se destina ahora a las vacunas, y si los objetivos de la OMS sobre la introducción de más vacunas tanto para niños como para adultos son rentables y tienen prioridad científica dentro de los presupuestos actuales y proyectados. Existe la preocupación de que, con los limitados presupuestos de salud pública actuales, el dinero gastado en vacunas beneficie a las farmacéuticas privadas y, al mismo tiempo, desplace otros cuidados clínicos esenciales al sector privado. El hecho de que no se introduzcan algunas de las vacunas aprobadas y promovidas por la OMS puede ser una decisión racional para muchos países, dada la falta de apoyo financiero con el que cuentan. En este contexto, es importante garantizar el fomento de la capacidad de los Grupos Consultivos Técnicos Nacionales de Inmunización (NITAG) y sus homólogos regionales (RITAG), en particular las metodologías para estimar los costos de oportunidad de la introducción de nuevas vacunas, teniendo en cuenta los factores sociales y económicos del país y la región;

10. Estrategia para poner fin a la tuberculosis

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG (A77/4):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre la Estrategia para poner fin a la tuberculosis ([EB154/10](#)). En los debates, los miembros de la Junta expresaron su firme apoyo al liderazgo de la OMS en la lucha contra la tuberculosis. Destacaron la necesidad de aumentar la inversión, la colaboración multisectorial, el acceso equitativo a los servicios de tuberculosis y la investigación e innovación para alcanzar los objetivos y metas acordados en la Estrategia para poner fin a la tuberculosis y la [declaración política de 2023](#) de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis.

Fondo

[Estrategia para poner fin a la tuberculosis](#): Estrategia mundial y objetivos para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015.

[WHA67.1](#): adopción de la Estrategia para poner fin a la tuberculosis

[Comentario del MSP de EB154](#) (enero de 2024)

[Comentario del MSP](#) en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2023

Comentario del MSP

Como si se reafirmara el comentario del MSP de enero de 2024 para el EB154, a pesar del repunte del progreso y la recuperación en 2022, los indicadores siguen estando muy por detrás de los objetivos meta, más aún en los 30 países con mayor carga de tuberculosis. La incidencia y la mortalidad siguen siendo altas, la cobertura del tratamiento se estanca y el tratamiento preventivo aumenta con demasiada lentitud.

Todo esto sigue estando relacionado con el flagrante problema de la falta de acceso al tratamiento, o la escasa facilitación, especialmente en las instituciones públicas. Las deficientes redes de seguridad socioeconómica para las posibles cargas financieras de los pacientes y sus familias, especialmente en las poblaciones vulnerables y en los países con alta carga de tuberculosis, también siguen aumentando la carga de los pacientes. Un número significativo de casos sintomáticos todavía no se detectan, ya sea debido a los costos de la atención que conducen a gastos sanitarios catastróficos, o porque simplemente no buscan intervenciones por miedo a los gastos o no tienen un equipo de atención primaria adecuadamente funcional y aceptable al que puedan acceder. Otro factor es el estigma social que acompaña a la tuberculosis, debido a la escasa participación del programa con las comunidades locales y a la considerable desinformación y temores sobre la enfermedad.

El acceso a las pruebas de diagnóstico rápido apenas cubre la mitad del objetivo del 100 % debido a una serie de barreras del lado de la oferta, incluidas las dificultades en la adquisición de kits y reactivos, los problemas de gestión de la cadena de suministro y el desarrollo de capacidades para las pruebas. Mientras tanto, las formas más tempranas de diagnóstico no logran el acceso y la divulgación necesarios que se requieren para detectar los altos niveles de enfermedad latente en la población.

Tampoco se sabe con certeza alcanzar los objetivos de detección y tratamiento de la infección latente, cuando llegar a la enfermedad en sí misma es un problema.

En el documento de política se pide que se aborden los determinantes sociales, como la nutrición y la salud en el trabajo y el hacinamiento, pero no hay programas que puedan ser abordados por las divisiones de tuberculosis. Se trata de determinantes estructurales, que requieren cambios en las políticas gubernamentales y, muy a menudo, un cambio en el enfoque ideológico del bienestar y los bienes públicos.

La mayoría de los países con una alta carga de tuberculosis siguen siendo zonas con una atención primaria de salud deficiente. Ante la falta de acceso universal a la atención primaria de salud gratuita proporcionada por proveedores públicos o sin fines de lucro, no se ha avanzado en la reducción de los elevados gastos de bolsillo para el paciente común, a pesar de los programas gubernamentales de tratamiento de la tuberculosis y el escaso acceso a los medicamentos y a las modalidades de diagnóstico, que incluyen los medicamentos más nuevos para combatir la tuberculosis multirresistente, sigue siendo un gran problema. El escaso gasto público en instalaciones y la contratación de trabajadores de la salud en los centros de salud locales, especialmente en las zonas remotas, contribuyen a las brechas en la atención primaria de la salud y el acceso a medicamentos y diagnósticos.

La estrategia para poner fin a la tuberculosis se basó en la predicción de que para 2025 se dispondría de un nuevo menú de vacunas, pruebas diagnósticas y regímenes médicos. Ha habido avances limitados en las vacunas contra la tuberculosis, pero están lejos de ser probadas y aún no están aprobadas para su ampliación. Los avances en materia de medicamentos y diagnósticos también son limitados. Parte de las razones de esto es que no se ha alcanzado la escala de inversión en investigación e innovación sobre la tuberculosis. Sin embargo, el régimen actual de innovación y desarrollo, así como las barreras a las patentes, son igualmente sensibles al lento desarrollo de nuevas vacunas, diagnósticos, medicamentos y otros proyectos de investigación críticos contra la tuberculosis. Incluso si se desarrollan en los próximos años, dados los actuales regímenes de derechos de propiedad intelectual y de fabricación, no está claro si estas tecnologías pueden estar disponibles a costos asequibles.

Los países se enfrentan a los problemas anteriores en diferentes grados. Para ello es necesario que la OMS implique a los gobiernos de los países que investiguen las causas concretas que se producen sobre el terreno y que afectan a la prestación de intervenciones sanitarias. Esta política uniforme con respecto a la introducción de las mismas nuevas estrategias y tecnologías en todos los países con capacidades de sistemas de salud, contextos sociales y acceso a las tecnologías muy diferentes no está funcionando.

Esto también es particularmente cierto cuando se toma en conjunto con una implementación defectuosa o inadecuada de la cobertura universal de salud, que busca comprar atención

médica a proveedores privados en lugar de proporcionarla a través de proveedores públicos gratuitos o subsidiados. Atención sanitaria universal basada en la atención primaria de salud universal. son cimientos esenciales para programas como las intervenciones contra la tuberculosis. Es posible que se desarrollen avances en el diagnóstico y los tratamientos, pero todos ellos serán inútiles si las políticas existentes y los sistemas institucionalizados sobre el terreno no llegan a las poblaciones destinatarias para evitar los efectos de esta enfermedad. Los gastos sanitarios catastróficos, especialmente en el caso de la tuberculosis multirresistente, siguen siendo un riesgo importante para los pacientes. La OMS debería preocuparse por interactuar con los países tanto para aumentar los fondos como para garantizar que se dé prioridad a estos para una mejor integración de las formas de atención primaria de la salud no basadas en el mercado.

Además, hay una falta de disposiciones y de compromiso con los gobiernos de los países para reforzar otros determinantes sociales que permiten que la tuberculosis se vuelva más desenfrenada. Estos problemas incluyen la pobreza, la desnutrición, la migración, el desplazamiento, la guerra y los conflictos, la urbanización no planificada, etc., que experimentan las poblaciones minoritarias vulnerables, especialmente en el Sur Global, debido a las cargas financieras exacerbadas por las olas pandémicas de COVID-19 que deben abordarse de manera más integral. Para reiterar el comentario anterior del MSP sobre el EB 154: *"Ningún país informa de que haya puesto en marcha un paquete integral de beneficios sociales y de salud, aunque algunos de los programas nacionales incluyen algún tipo de apoyo financiero y nutricional"*.

Sin redes de seguridad socioeconómicas, los comportamientos de búsqueda de salud subóptimos serán inevitables, especialmente en las clases económicas más bajas. La tuberculosis se considera una enfermedad de la pobreza que se ve afectada por la falta de seguridad alimentaria, la vivienda y los servicios sociales. Aunque este es el caso, y los aspectos curativos deben abordarse, también debe haber medidas para involucrar a los gobiernos a tomar las precauciones necesarias para la prevención, especialmente para los 30 países mencionados con la mayor carga de tuberculosis. También debería haber enfoques correspondientes en los sectores adyacentes que aborden estos determinantes que contribuyen a la propagación de esta enfermedad, en particular en la agricultura, la vivienda apropiada y asequible y los servicios sociales de base.

Por lo tanto, reiteramos nuestros llamamientos para la EB 154: además de los objetivos de "mayor inversión, colaboración multisectorial, acceso equitativo a los servicios de tuberculosis e investigación e innovación", una vez más hacemos un llamamiento a la OMS para que se centre más en los esfuerzos multisectoriales para abordar los determinantes sociales que dan forma a las condiciones que continúan las epidemias de tuberculosis.

En resumen, el MSP hace un llamamiento a la OMS para que reconsidere la Estrategia para poner fin a la tuberculosis haciendo mucho más hincapié en los siguientes componentes.

1. La atención primaria de salud debe fortalecerse, universalizarse y prestarse como un servicio público gratuito, y los programas de intervención contra la tuberculosis basados en la comunidad y administrados por el gobierno deben ser una parte integral de esto.

2. Insistir en un enfoque de todo el gobierno para abordar los determinantes sociales que afectan a la tuberculosis, a través de una mejor seguridad alimentaria, una mayor equidad de género y de ingresos, una vivienda adecuada, el mantenimiento de la acción afirmativa en las poblaciones migrantes y desplazadas, y otros servicios sociales para todos.
3. En relación con el punto #2, es necesario identificar y abordar los obstáculos específicos de cada país que existen en tiempo real, especialmente en los países con una alta carga de tuberculosis, y lograr que los gobiernos de los países formulen soluciones utilizando la combinación adecuada de tecnologías y estrategias. Garantizar también hitos y plazos más apropiados para cada país, teniendo en cuenta al mismo tiempo sus realidades sobre el terreno. Realignar los plazos globales en función de esto, en lugar de proceder de arriba hacia abajo, sobre la base de modelos que parecen basarse en supuestos poco realistas.
4. Garantizar que las políticas mundiales de acceso a las vacunas, los medicamentos y las pruebas diagnósticas contra la tuberculosis estén en consonancia con lo que la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, especialmente el grupo de países africanos, exigen en las negociaciones del tratado sobre pandemias, lo que incluye la exención de las condiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, la transferencia de tecnologías para promover la fabricación nacional y regional, reducciones importantes de los costos de estos productos básicos esenciales y la contratación pública mancomunada, según sea necesario.

11.6 Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas, 2021-2030

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre la hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 ([EB154/11](#)). En los debates, los miembros de la Junta reconocieron el impacto prolongado de la pandemia de COVID-19 en la financiación y el rendimiento de los programas de salud. Señalaron la necesidad de mantener la innovación en medicamentos, diagnósticos y enfoques estratégicos, en particular para hacer frente a amenazas como el cambio climático, que puede tener un gran impacto en la epidemiología de las enfermedades tropicales desatendidas, y reconocieron que persistían las dificultades para acceder a los tratamientos. Los miembros de la Junta tomaron nota de los progresos realizados, incluido el reconocimiento por parte de la OMS del 50º país en eliminar una enfermedad tropical desatendida, y la inclusión del noma en este grupo de afecciones.

Fondo

[Informe mundial sobre las enfermedades tropicales desatendidas 2024](#)

Véase también [Wallace Review of Global Report](#)

[Comentario del MSP](#) de EB154 (enero de 2024)

Comentario del MSP

El informe sobre el progreso realizado en la hoja de ruta para las ETD 2021-2023 se presentó a EB 154 y se ha elaborado en el <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/global-report-on-neglected-tropical-diseases-2024>

Dado el hecho de que las ETD no son un programa, sino un conjunto de 28 programas, cada uno con su propia dinámica respectiva, compartimos una [breve presentación en power point sobre el informe mundial](#) preparado por Aletha Wallance, observadora de la OMS del MSP, para facilitar la consulta del informe completo.

En resumen, en el informe se describe cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado negativamente a la financiación y el rendimiento de los programas de enfermedades tropicales desatendidas, los efectos del cambio climático en la epidemiología de las enfermedades tropicales desatendidas; la persistencia del acceso a las barreras para los tratamientos; y la necesidad constante de mantener la innovación en materia de medicamentos, diagnósticos y enfoques intersectoriales estratégicos. Hizo hincapié en que, incluso en comparación con otros

servicios de salud rutinarios, los programas de enfermedades tropicales desatendidas eran los que más interrupciones, lo que había llevado a descarrilar todo el programa.

Como primer comentario general, es importante reafirmar lo que el [MSP ya dijo durante la EB154](#). Es imposible imaginar un progreso significativo sin una financiación adecuada. Una de las fragilidades clave de la hoja de ruta actual queda muy clara con la pandemia de Covid-19: muchos programas se interrumpieron, la financiación y la fuerza laboral se redujeron, las prioridades de los donantes y las naciones más ricas cambiaron en medio de crecientes tensiones geopolíticas, el aumento del militarismo y la guerra y los escenarios económicos inciertos redujeron aún más un nivel de financiación ya inadecuado. Como dijo el MSP en esa ocasión, aceptar cualquier reducción presupuestaria a los programas de ETD significa renunciar a la construcción de soluciones para enfermedades prevenibles que afectan a los más vulnerables, causan sufrimiento y cuestan muchas vidas en todo el Sur Global. Y es admitir que las enfermedades desatendidas seguirán siendo desatendidas. La dependencia de donantes específicos para una sola enfermedad, cuya financiación es inestable e impredecible, también seguirá frenando el progreso.

Falta de un plan de financiación: La preocupante situación actual es que (sección 3.3.2 del informe: Cálculo de los costos de la hoja de ruta), ni siquiera la OMS tiene una estimación de los costos de la aplicación de la hoja de ruta y el logro del objetivo. Si bien la OMS se enfrenta a grandes dificultades debido a la falta de datos económicos, el número de países que informan sobre el gasto en enfermedades tropicales desatendidas es de sólo seis. Ante la enorme retirada de recursos de los programas, la estrategia de recaudación de fondos y promoción sigue centrándose en convencer a los mismos donantes anteriores de que mantengan sus mismos mecanismos de financiación inadecuados. Esto es demasiado poco para los desafíos que tenemos por delante e incluso para el enfoque limitado propuesto por la hoja de ruta.

La financiación de las enfermedades tropicales desatendidas forma parte del aumento del gasto en salud pública: es necesario revisar completamente la financiación de los programas sobre enfermedades tropicales desatendidas. En primer lugar, debería apoyarse mucho más en el gasto público, lo que a su vez implica la necesidad de justicia fiscal y alivio de la deuda para los países del Sur Global y el fin de las medidas de austeridad que obstaculizan las capacidades locales de financiación y estructuración de enfoques integrados para las ETD. Esto también es clave para ampliar la cobertura de salud y fortalecer los sistemas de salud pública en su conjunto. Esto requiere una mayor prioridad en los esfuerzos de promoción de la OMS. Incluso en los casos en que la ayuda externa y las donaciones sean necesarias, la administración y asignación de los recursos debe ser realizada por el sistema de salud pública y las autoridades sanitarias locales, al tiempo que se integran en las políticas sanitarias, ambientales y sociales integrales.

Romper con el enfoque vertical: Pero el problema va más allá del volumen de financiación y los mecanismos. Un problema clave en la conceptualización de la hoja de ruta es insistir en la vieja fórmula de implementación de programas específicos para enfermedades, basada principalmente en la introducción de soluciones técnicas biomédicas, implementadas verticalmente, financiadas por donantes privados y naciones ricas con el objetivo de llevar

"ayuda" a los países pobres y controlar y eliminar selectivamente las enfermedades que limitan la productividad económica y supuestamente causan pobreza. A lo largo de los últimos 60 años, esta estrategia y concepción han demostrado ser insuficientes, inadecuadas e ineficaces, acumulando muchos más fracasos que éxitos: la historia de los programas de malaria y tuberculosis (y muchos otros) está ahí para contarla. Esto se debe a varias razones. Si el enfoque vertical era un problema para la malaria y la tuberculosis, es absurdo pensar en un enfoque de este tipo para otros en la lista, como la sarna, o la helmintiasis, o el envenenamiento de serpientes o las enfermedades transmitidas por los alimentos. No es posible ni deseable construir 28 programas verticales delimitados, excepto quizás en el área de la investigación. Sin embargo, cada una de estas enfermedades tiene diferentes determinantes sociales próximos y se encuentran en etapas muy diferentes de eliminación.

Fragmentación: Una razón estrechamente relacionada con la inadecuada de la hoja de ruta actual es que la organización de intervenciones verticales basadas en enfermedades específicas conduce a una enorme fragmentación de la atención sanitaria y de los sistemas sanitarios, ya que cada programa tiende a tener su propia estructura, gestión, personal, información, fondos y procedimientos, mientras que otras necesidades sanitarias importantes no están cubiertas. Este enfoque se basa en la suposición errónea de que la mejor manera de abordar cada enfermedad de forma individual y diferenciarse de otras condiciones de salud, y como si las causas biomédicas de las enfermedades pudieran aislarse y tratarse con intervenciones específicas y un tratamiento centrado de los factores de riesgo próximos. Esto es especialmente promovido por los donantes externos en los países de bajos ingresos con sistemas de salud deficientes. Al final, este modelo deja que los ministerios de salud y los sistemas nacionales de salud sean los gestores administrativos de los proyectos privados concebidos desde el exterior. Aunque los nuevos "pilares", como la introducción de "enfoques transversales" y "cambiar los modelos operativos y la cultura para facilitar la apropiación de los países", tratan de aliviar algunas de las consecuencias del modelo, la esencia de la hoja de ruta sigue siendo la misma.

Enfermedades tropicales desatendidas, CSU y APS: el desajuste de la estrategia: La cuestión es que cualquier intento de controlar las enfermedades tropicales desatendidas fracasará si no va acompañado del fortalecimiento de los sistemas de salud públicos y universales basados en la atención primaria de la salud integral y la participación social. Como mínimo, cualquier estrategia de ETD debe estar estrechamente vinculada a estrategias más amplias de los sistemas de salud. Sin embargo, esta estrategia no puede integrarse con el enfoque de la Cobertura Universal de Salud (CUS), en el que el enfoque de la CSU se centra en la promoción de planes de seguro mixtos segmentados. La naturaleza y el alcance limitados de la cobertura sanitaria universal dificultan la integración de los programas de enfermedades tropicales desatendidas en su marco. Un ejemplo de por qué esto fracasa es la admisión en los informes de que no se ha reducido el gasto de bolsillo en las ETD. Esto es muy difícil de lograr enfermedad por enfermedad, especialmente porque la parte terapéutica para abordar la enfermedad grave es solo una pequeña parte de la estrategia general. Ni las medidas preventivas ni las medidas de quimioterapia masiva y vacunación encajarán en el enfoque de los paquetes mínimos esenciales de las CSU.

No es una coincidencia que la OMS siga luchando por obtener el reconocimiento y la inclusión de la cobertura de las intervenciones de las enfermedades tropicales desatendidas como trazadores de los avances en materia de cobertura sanitaria universal (véase la sección "3.2.3 Integración en los sistemas nacionales de salud"). En otras palabras, mientras que los preocupados por las enfermedades tropicales desatendidas señalan que enfrentar esas enfermedades es clave para lograr la cobertura universal, la estrategia de la cobertura sanitaria universal no parece estar preocupada por muchas cosas más allá de lo que miden para la cobertura y la protección financiera. Y en este sentido, como demostró la reciente evaluación de la OMS, el mundo está muy lejos de lograr avances en los objetivos de los ODS relacionados con la cobertura sanitaria universal. Además, en la misma sesión se reconoce la importancia de la APS para el éxito de la intervención de las ETD, pero la hoja de ruta en su conjunto no apunta a ninguna acción coherente para abordar esta necesidad. Al mismo tiempo, la preferencia de la CSU por los servicios esenciales prestados por el sector privado obstaculiza enfoques más integrales de la APS que incluyen no solo las enfermedades tropicales desatendidas, sino un alcance mucho más amplio de las necesidades de salud, con el compromiso de la comunidad, la participación social, la competencia cultural y la acción intersectorial en los territorios.

Determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles: El programa de enfermedades tropicales desatendidas aborda algunos determinantes sociales próximos, como la higiene de las manos o el saneamiento abordados a través del agua, el saneamiento e higiene, pero no aborda ni tiene en cuenta la determinación social de la producción y reproducción de las enfermedades tropicales desatendidas, que se subsumen a otros procesos sociales, económicos y políticos más amplios.

Un buen ejemplo de esta limitación es el actual brote de dengue en América Latina. La incidencia en 2024 es un 243% mayor que en 2023 y un 445% superior a la media de los últimos 5 años. En las últimas décadas, el dengue se ha expandido a nuevos países y áreas que antes no eran endémicas. Los enfoques tradicionales de los programas verticales y el control de vectores han fracasado estrepitosamente, mientras que se concentra en la eliminación del *Aedes aegypti*, incluido el uso cuestionable de plaguicidas. Lo cierto es que la proliferación de vectores se ve impulsada por procesos y condiciones estructurales como la deficiente infraestructura urbana, el saneamiento y las condiciones de vida en las grandes ciudades segregadas, el modelo económico extractivista que devasta los ecosistemas, el aumento de la temperatura media y la intensificación de eventos climáticos extremos como inundaciones, tormentas, sequías, olas de calor, etc. Si bien las nuevas vacunas patentadas contra el dengue con una producción local deficiente comienzan a venderse como la nueva esperanza para mitigar el impacto del dengue y presionarán los presupuestos de salud en toda la región, la OMS y los Estados miembros deberían tener una mirada mucho mejor si el enfoque actual no es solo limpiar el hielo.

Los determinantes también pueden ser muy diferentes. Por ejemplo, la lucha contra la rabia requiere una acción intersectorial muy diferente de la que se requiere para hacer frente a la filariasis, etc.

Al leer el informe, tenemos la impresión de que una dependencia excesiva de la quimioterapia masiva o de las vacunas parece estar disminuyendo el énfasis necesario para abordar los determinantes sociales.

Acceso a las tecnologías: En tercer lugar, a pesar de que la estrategia de la hoja de ruta se basa en gran medida en las innovaciones, los medicamentos y los diagnósticos, se siguen descuidando los determinantes comerciales del acceso a los productos y se ignoran las soluciones que van a la raíz de los problemas. Y los déficits de financiación de los medicamentos y las herramientas de diagnóstico siguen obstaculizando el progreso. Como declaró el MSP en el EB154, la OMS propone una *"política de acceso a los medicamentos que depende considerablemente 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 locales asequibles. Tampoco está claro si las apelaciones a las grandes farmacéuticas serán suficientes para las innovaciones de nuevos medicamentos o nuevas combinaciones de medicamentos existentes y su introducción y ampliación progresivas. En el informe debería haberse señalado que los regímenes actuales 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 enfermedades tropicales desatendidas. También existe el peligro de que la estructura actual de innovación y fabricación conduzca a un aumento de los costos, creando una dependencia de la financiación de los donantes y negando a los países de ingresos bajos y medianos un papel en el desarrollo de la fabricación local de diagnósticos y tratamientos para las enfermedades tropicales desatendidas.*

Conclusión

El MSP observa con preocupación que todavía se avanza lentamente en el logro de las metas e indicadores establecidos en la hoja de ruta mundial de las ETD 2021-2030 y que en muchos de los casos la mayoría de los países están fuera del buen camino. Hay problemas de diseño e implementación que subyacen a este fracaso. A continuación se resumen algunas de ellas:

- La razón más importante de este fracaso es la falta de financiamiento, tanto a nivel mundial como nacional, y el MSP pide un aumento del gasto en salud pública dirigido a fortalecer los servicios de salud pública en los que se integra el programa de enfermedades tropicales desatendidas como la forma de lograrlo.
- Si bien es positivo que la OMS reconozca el descuido de estas enfermedades y los esfuerzos que llaman la atención sobre ellas, el diseño adolece de un enfoque excesivamente vertical poco práctico e ineficiente para cada ETD y para las ETD en su conjunto. El objetivo de la OMS de que cada país tenga que eliminar una ETD a la vez es un axioma de esta falla en la estrategia y debe ser reconsiderado. Los recursos y los esfuerzos deben dirigirse a las enfermedades que causan el mayor sufrimiento para la mayoría, y no a un objetivo abstracto de certificar la eliminación porque es un objetivo. Advertimos que las presiones para declarar y certificar la eliminación pueden estar asociadas con declaraciones prematuras y una serie de otros efectos indeseables. Para muchas enfermedades (la sarna es un buen ejemplo) la enfermedad es un

indicador de un conjunto de disfunciones sociales que deben abordarse en lugar de algo que se puede eliminar sin abordar las disfunciones sociales.

- El programa para la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas no es compatible con ninguna interpretación de la cobertura sanitaria universal que lo haga más basado en los seguros y en las compras estratégicas. Requiere la atención primaria de salud gratuita y universal por parte de una red de proveedores públicos como condición previa para su éxito. Muchas estrategias específicas para la enfermedad del tubo neural se basan en la quimioterapia masiva. En los casos en que no existe la atención primaria de salud universal, estas quimioterapias masivas consumen los escasos recursos de atención primaria de la salud, especialmente los recursos humanos de otras actividades que son de mucha mayor prioridad. La evaluación del éxito de la eliminación de las ETD debe compararse con los efectos nocivos que tiene en otras prioridades de las ETD, al igual que el énfasis en las intervenciones de Covid 19 hizo retroceder todos los programas de ETD.
- En muchas enfermedades tropicales desatendidas se necesita más innovación para encontrar mejores herramientas, y en otras existe un problema de acceso y asequibilidad a las tecnologías necesarias que ya están disponibles. Los actuales regímenes mundiales de innovación, fabricación y cadena de suministro no pueden satisfacer estas necesidades y deben reformarse siguiendo las líneas de lo que han sugerido los países de ingresos bajos y medianos liderados por el grupo de naciones africanas en las negociaciones del tratado sobre la pandemia: exenciones del Acuerdo sobre los ADPIC, transferencia de tecnología, capacidades de fabricación nacionales y recursos mancomunados para garantizar que ningún país necesitado se enfrente a la escasez de suministro.
- Pide que se incluyan las enfermedades tropicales desatendidas en la arquitectura sanitaria mundial de las emergencias sanitarias y la preparación para pandemias y como acción prioritaria en el Plan de Acción Mundial contra la resistencia a los antimicrobianos.
- Necesidad de fortalecer la capacidad en todos los sectores (salud y no salud) centrándose en la agricultura, incluida la ganadería, la gestión de los recursos naturales, la planificación urbana, la política industrial y comercial y la política ambiental para abordar adecuadamente los numerosos determinantes sociales de las enfermedades tropicales desatendidas. Observamos que el cambio climático es un fenómeno que afecta a todos los sectores y que también debe tenerse en cuenta su impacto en las enfermedades tropicales desatendidas y su prevención.
- Los datos dinámicos de incidencia y prevalencia relacionados con las enfermedades tropicales desatendidas son un desafío, tanto en términos de su exhaustividad como de su oportunidad, y existen dificultades asociadas con la recopilación de datos confiables sobre varias enfermedades tropicales desatendidas. Esto requiere medidas para mejorar la calidad y cantidad de la información que deben estar bien integradas con otras fuentes de datos de salud cuyas funcionalidades estén optimizadas, en lugar de optar por sistemas de notificación verticales, digitalizados o no, para cada ETD.

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

- [En el punto de mira](#)
- [Fondo](#)
- [Comentario del MSP](#)
 - [Comentario sobre EB154/12](#)
 - [Observaciones sobre el proyecto de resolución](#)

En el punto de mira

Entre 2016 y 2020 se estancaron 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); además, 54 países están lejos de poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de 5 años para el mismo año (meta 3.2 de los ODS), y de alcanzar la meta de reducir la mortalidad neonatal a por lo menos 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años a por lo menos 25 por cada 1000 nacidos vivos).

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre la aceleración de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a la mortalidad materna e infantil ([EB154/12](#)). Examinó el texto de un proyecto de resolución presentado por los Estados Miembros sobre la aceleración de los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil a fin de alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ([EB154/CONF./4](#)). La Junta acordó que las consultas sobre el proyecto de resolución continuarían entre períodos de sesiones. En los debates, los miembros de la Junta expresaron su preocupación por el hecho de que muchos países no estuvieran en vías de alcanzar los objetivos de reducción de la mortalidad materna e infantil para el año 2030.

Fondo

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

Véase el comentario anterior [del MSP sobre EB154/12 \(de EB154 en enero de 2024\)](#)

Comentario del MSP

EB154/12: Aceleración hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a la mortalidad materna e infantil

[En el documento EB154/12](#) se señala la "importancia crítica del liderazgo gubernamental y de un enfoque que abarque a todo el gobierno y a toda la sociedad para mejorar la salud materna, neonatal e infantil". Si bien esta observación es loable, en el punto de recomendación correspondiente (OP 1.1) se presenta como una "fuerte capacidad de liderazgo y gestión del país", un enfoque que tiende a ser tecnocrático y apolítico. Deben subrayarse las formas no democráticas de gobierno y los crecientes retrocesos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial. La mortalidad materna, al igual que otros problemas de salud de la mujer y de género, adolece de la falta de prioridad por parte de los responsables de la formulación de políticas y de una grave escasez de un enfoque integral transformador de género para construir un sistema de salud equitativo, resiliente y responsable a nivel nacional.

El informe EB 154/12 destaca las muertes prevenibles debidas a una atención médica materna y neonatal inadecuada en todo el mundo, principalmente en países de ingresos bajos y medianos y entornos de salud de bajos recursos. El informe hace hincapié en el impacto de los determinantes sociales en la salud materna, que afectan especialmente a las poblaciones pobres y marginadas, lo que obstaculiza el desarrollo socioeconómico y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A pesar de los avances anteriores, el progreso en el tratamiento de estos problemas se ha estancado en los últimos años.

El informe subraya la necesidad de liderazgo gubernamental y de un enfoque integral e inclusivo para mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Sin embargo, hay que señalar que el punto de recomendación correspondiente (OP 1.1) parece favorecer un enfoque tecnocrático y apolítico. El énfasis actual en el "liderazgo y la capacidad de gestión de los países" puede pasar por alto los aspectos políticos y democráticos de la gobernanza, especialmente frente a los reveses mundiales en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR). El informe hace hincapié en la falta de prioridad de la mortalidad materna y otros problemas de salud de la mujer por parte de los responsables de la formulación de políticas y en la falta de un enfoque integral que transforme el género para establecer sistemas nacionales de salud equitativos, resilientes y responsables.

La salud materna, infantil y los derechos de salud sexual y reproductiva: una cuestión de justicia reproductiva y social

El MSP acoge con beneplácito el enfoque de la EB 154/12 en esta agenda y recomienda encarecidamente que la OMS inste a los Estados miembros a adoptar un marco integral de salud y derechos sexuales y reproductivos y justicia reproductiva para abordar las cuestiones críticas en cuestión.

La agenda EB 154/12 se centra en la salud materno-infantil, que está influenciada por factores socioeconómicos, nutricionales y ambientales. Es crucial apoyar la investigación local en

entornos particulares y para grupos de población particulares sobre los determinantes sociales de las desigualdades en el acceso al parto seguro, el aborto seguro y la atención integral de la salud de las mujeres y adolescentes, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

En la búsqueda de la Cobertura Universal de Salud (CUS), es esencial hacer hincapié en entornos de atención primaria de salud sólidos para evitar la medicalización del cuerpo de las mujeres. Este enfoque integral debe priorizar la creación de una atención primaria de bajo costo durante el embarazo y la promoción del papel de las parteras durante el parto.

Las políticas nacionales deben alinearse con este enfoque holístico, teniendo en cuenta los contextos sociales y geográficos. Es importante reconocer y apoyar a los trabajadores comunitarios de la salud, muchos de los cuales son mujeres de zonas rurales y marginadas. El fortalecimiento de esta fuerza laboral es crucial para mejorar la atención primaria y rutinaria de las mujeres y los niños.

La atención integral de la salud materna requiere un sistema de salud sólido en varios niveles, con vínculos apropiados y derivaciones a centros de diagnóstico, tratamiento y atención. Se necesitan mecanismos de monitoreo para garantizar una atención de calidad y un trato respetuoso, abordando cuestiones como la violencia obstétrica y la discriminación por motivos de raza, etnia, casta, clase y otras identidades.

Los protocolos basados en los centros de salud para garantizar la responsabilidad conductual y sistémica son fundamentales para abordar estos problemas.

El desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia requiere prestar atención a los nuevos desarrollos y políticas existentes que tienen un impacto significativo en el acceso a la atención, la mortalidad y la morbilidad. Las leyes restrictivas sobre el aborto y los embarazos obligatorios a término socavan el consentimiento y los derechos de las mujeres. La falta de recursos para el cuidado de los niños y las medidas de austeridad que limitan las prestaciones de maternidad y los derechos a la seguridad social también obstaculizan estos objetivos.

Las políticas hostiles o indiferentes a la justicia reproductiva perjudican desproporcionadamente a los grupos marginados, incluidas las mujeres negras, dalit, tribales/indígenas y otras mujeres marginadas, así como a las mujeres con discapacidades, las inmigrantes y las personas indocumentadas dentro de sus propios contextos políticos.

Reconocer las desigualdades estructurales como impulsores fundamentales de los problemas de salud materno-infantil

El impacto de la pobreza y la globalización de la comercialización y el comercio pueden comprometer significativamente la salud de los niños y de la población en general (por ejemplo, la comercialización y venta de productos alimenticios infantiles de calidad inferior a la media en varios países, en particular el sur global). Los resultados de salud están muy influenciados por los entornos sociales y económicos en los que se producen, y estos factores pueden variar mucho de un contexto a otro. Como resultado, es crucial reunir evidencia a todos los niveles

para comprender y abordar estas disparidades. En particular, las desigualdades en materia de salud reproductiva se ven directamente agravadas por las injusticias sociales y económicas, incluidas las políticas que limitan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud reproductiva y sus derechos a determinar el curso de sus propias vidas y las de sus hijos y familias.

Del mismo modo, no basta con reconocer la necesidad de políticas de salud materna en contextos humanitarios. Esta demanda debe complementarse con las exigencias y la rendición de cuentas de los Estados miembros para controlar y reducir las situaciones de guerra, conflicto e inmigración. Esto no hace más que demostrar que el establecimiento de programas de salud materna de manera que nadie se quede atrás está inextricablemente vinculado a las políticas mundiales a un nivel más amplio y debe reconocerse como tal

Proyecto de resolución

El proyecto de resolución (en [EB154/CONF.4](#)), patrocinado por Somalia con el apoyo de Egipto, Etiopía, Paraguay, Sudáfrica y Tanzania, tiene como objetivo acelerar el progreso hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil con el fin de alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Sin embargo, de los numerosos corchetes que figuran en el proyecto se desprende claramente que no hay consenso en torno a la resolución propuesta.

Durante el debate (véase [M12, página 6](#)), Irán se opuso al "lenguaje no consentido" que parece haber incluido: "aborto inseguro" (PP2 bis), "igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas" (PP3), "salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos", "que las niñas tomen sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva" (PP5), "matrimonio infantil" (PP6), "matrimonio precoz y forzado" (PP6 ALT). Muchas cláusulas se han puesto entre corchetes por razones que no están claras.

El MSP afirma que el proyecto de resolución de Somalia ([EB154/CONF.4](#)) ofrece un análisis claro e insta a que se avance en varios frentes importantes.

Como se señaló anteriormente, los avances en la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna se han estancado y 54 países están lejos de poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de 5 años.

El MSP deplora las suposiciones sobre las mujeres, las niñas y el sexo que, a juzgar por el extenso paréntesis, parecen haber llevado a la suspensión del proyecto de resolución.

En el momento de redactar el presente informe no se había publicado una versión revisada de este proyecto de resolución.

11.8 Resistencia a los antimicrobianos

En el punto de mira

[A77/5](#): Prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas resistentes a los medicamentos en el sector de la salud humana, 2025-2035.

En su 154ª reunión, celebrada en enero de 2024, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe ([EB154/13](#)) y examinó el texto de un proyecto de decisión presentado por los Estados Miembros ([EB154/CONF./7](#)). La Junta preveía que se celebraran nuevas consultas oficiosas entre los Estados Miembros sobre el proyecto de resolución entre los períodos de sesiones.

En el presente informe (A77/5) se incorporan las observaciones de los Estados Miembros y los asociados sobre el proyecto de prioridades estratégicas y operacionales durante el período de sesiones y a través de la consulta en línea. También se prevé una versión revisada del proyecto de resolución propuesto en el [documento EB154/CONF./7](#).

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 ([A77/5](#)) forma parte de los preparativos para la Reunión de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos, prevista para finales de este año.

Fondo

Véase también [el comentario del MSP sobre EB154/13](#) (enero de 2024).

Véase el acta del debate en EB154 [M12, página 24](#) y [M13, página 9](#)

Comentario del MSP

[A77/5](#), publicado para este punto, es una revisión de [EB154/13](#) considerada por el EB en enero. La revisión se basa en los debates celebrados entre períodos de sesiones.

Prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas resistentes a los medicamentos en el sector de la salud humana, 2025-2035

1. Los cinco primeros párrafos del documento A77/5 (informe de la DG de 11 de abril de 2024) de fecha expone la magnitud del problema y el daño generalizado que causa en el sistema sanitario y en otros sectores, así como la mortalidad y morbilidad excesivas que provoca. A continuación, en los párrafos 6 a 10 del informe, se señalan los esfuerzos anteriores de la OMS en relación con la resistencia a los antimicrobianos y la creación de una alianza cuatripartita para abordarla como parte de un enfoque global de «Una sola salud». Las organizaciones

cuatripartitas están formadas por la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). Todos ellos han respaldado el plan de acción mundial elaborado en 2015 (en [WHA68.7](#)) y han acordado acciones multisectoriales para su aplicación. Los otros tres han adoptado estrategias sectoriales específicas contra la resistencia a los antimicrobianos, y este es el paso de la OMS para hacer lo mismo en el sector de la salud humana. Hasta la fecha, 170 países han elaborado planes nacionales, aunque sólo el 27% informa de progresos en la aplicación efectiva de estos planes (párr. 7) y sólo el 11% ha proporcionado un presupuesto para ello.

2. Acogemos con beneplácito la visión estratégica (párrafo 11) y las cuatro prioridades estratégicas (párrafo 12). Citando "La visión estratégica que subyace en el desarrollo de las prioridades es el control y la reversión de la urgente crisis socioeconómica y de salud pública debida a las infecciones resistentes a los medicamentos en los seres humanos, como una contribución crucial al esfuerzo mundial para construir un mundo más saludable para todos". El MSP espera y llama a una interpretación de un mundo más saludable para todos que incluya todos los elementos de la naturaleza en el sentido del Buen Vivir y no se limite a una interpretación antropocéntrica estrecha y reduccionista de la misma.

3. Las recomendaciones propuestas se presentan como "cuatro prioridades estratégicas urgentes para una respuesta integral de salud pública a la resistencia a los antimicrobianos en el sector de la salud humana". El primero es la prevención de todas las infecciones que dan lugar al uso de antibióticos, teniendo en cuenta que las infecciones virales 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 se denomina información estratégica, ciencia e innovación e incluye la vigilancia tanto de la resistencia a los antimicrobianos como del consumo/uso de antimicrobianos, así como el desarrollo de nuevas vacunas, pruebas diagnósticas y agentes antimicrobianos; y medidas para hacerlos accesibles y asequibles; y el cuarto se denomina gobernanza y financiamiento.

4. Sorprendentemente, este informe guarda silencio sobre el papel del uso de antibióticos en los sectores de la ganadería, la agricultura y la veterinaria, 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 esto se deba a que esta cuestión se aborda en las estrategias sectoriales de los demás asociados cuatripartitos, especialmente la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de Sanidad Animal. Se han proporcionado enlaces a estos informes. Sin embargo, es necesario un breve análisis de cada uno de ellos que muestre los puntos de convergencia.

5. El párrafo 20, en el que se desarrolla la primera estrategia de prevención de la infección, es una declaración de intenciones muy breve que señala algunos determinantes próximos de la infección. Esto es inadecuado para guiar la acción o medir el progreso. Los determinantes estructurales de las altas tasas de infección en los pobres y marginados, así como los

determinantes inmediatos del agua, el saneamiento, la vivienda y el vestido adecuados, y las condiciones de trabajo y de vida decentes, deben abordarse mediante la introducción y el cumplimiento de normas de salud pública. Muchos países cuentan con leyes de salud pública de este tipo, en las que las instituciones de los gobiernos locales son sus responsables, pero los gobiernos locales generalmente no cuentan con las capacidades y los poderes financieros necesarios para desempeñar esta función.

7. La segunda estrategia (párrafo 21), "Acceso universal a un diagnóstico asequible y de calidad y a un tratamiento adecuado de las infecciones", es muy positiva. Integra la preocupación por garantizar el acceso a los antibióticos esenciales con las restricciones al uso inadecuado. También acogemos con beneplácito la afirmación de que "esta prioridad requiere la integración de intervenciones específicas, en particular para el diagnóstico y la optimización de los antibióticos sobre la base de la clasificación AWaRe (acceso, vigilancia, reserva) de la OMS y el libro de antibióticos AWaRe de la OMS. Incluye garantizar un acceso equitativo en materia de género y abordar las necesidades específicas de los grupos vulnerables, incluidos los migrantes y los refugiados". AWaRe es muy bienvenido. Sin embargo, debemos señalar que esta paradoja es que, por un lado, los principales subgrupos de población experimentan graves problemas de acceso a los antibióticos esenciales (y a otros medicamentos) y, al mismo tiempo, toda la población experimenta altos grados de uso derrochador, irracional, no científico e incluso peligroso de los antibióticos. Las raíces de esta paradoja están en la naturaleza de la producción capitalista, y si bien la acción estatal puede mitigar y adaptarse a este problema, no puede eliminarlo por completo.

9. A pesar de las medidas adoptadas para mitigar el uso inadecuado de antibióticos, el silencio sobre algunos de los factores que impulsan el uso inadecuado es uno de los principales puntos débiles de esta estrategia. Gran parte del uso inadecuado de antibióticos se debe a las presiones comerciales y al nexo que tiene con los comportamientos profesionales. Estas presiones conducen a moldear la demanda pública a favor del uso inapropiado y conducen a un círculo vicioso legitimador. Este informe aborda todo este problema como una cuestión de comportamiento del consumidor y, de alguna manera, implícitamente de los proveedores, pero deja completamente de lado las consideraciones de economía política que incluyen la comercialización comercial y poco ética de los productos farmacéuticos. Este problema no se limita a los antibióticos, sino que en el tratamiento de las infecciones, las transacciones individuales inapropiadas entre el proveedor y el paciente tienen un efecto adverso 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 un mejor acceso a información de prescripción de buena calidad para los médicos de instituciones que no tienen conflictos de intereses. No se menciona la complicidad de las asociaciones profesionales en este tipo de comercialización poco ética, tanto por razones de poder profesional como por beneficio económico. No se menciona el uso de genéricos como algo diferente de los nombres de marca. No se menciona la dificultad de restringir el uso de antibióticos de tercera y cuarta generación en un entorno en el que casi no hay regulación del sector privado en la atención sanitaria.

10. En lo que respecta a la administración, se necesitan soluciones más prácticas y asequibles para tomar decisiones 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, el principal reto para la gestión en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos consiste en garantizar el acceso mínimo esencial a la capacidad microbiológica (a saber, laboratorio, microbiólogos, directrices de tratamiento estándar) y a una informática de salud pública y vigilancia de enfermedades adecuadas. Este problema de acceso a la capacidad bacteriológica se menciona sólo como uno de los indicadores. Este informe ni siquiera reconoce los problemas que plantea el desarrollo de estas capacidades. No se menciona cómo lograríamos esta estrategia en el sector privado, sin fortalecer la regulación de los establecimientos clínicos privados.

11. La tercera estrategia propuesta en el presente informe se ha denominado información estratégica, ciencia e innovación. Esta estrategia hace hincapié en la vigilancia tanto de la resistencia como del consumo de antibióticos y de los estudios de prevalencia de resistencia. Hay una línea en el párrafo 22 que dice: "Medidas integrales para promover una mayor investigación y desarrollo de vacunas, diagnósticos y antibióticos (y alternativas) dirigidos a las mayores necesidades de salud pública", pero más allá de eso no se menciona esto en los cuadros o indicadores. Incluso en lo que respecta a la vigilancia, una vigilancia independiente de la resistencia a los antimicrobianos no funcionará. La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos solo sería adecuada si forma parte del fortalecimiento de los sistemas de salud para prestar servicios de salud integrales, con una mejor capacidad de diagnóstico, mejores sistemas de información hospitalaria y un sistema integrado de vigilancia de la enfermedad. Tampoco se menciona cómo estos sistemas se extenderán al sector privado. Un llamado a una mejor regulación del sector privado es esencial para lograr un impacto a nivel poblacional.

12. El régimen actual 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 márgenes de precio muy altos. 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 sobre antibióticos ayudaría, pero sin el control de las patentes y la distribución veremos el mismo resultado que vimos con las vacunas contra el Covid, un enorme beneficio para las grandes farmacéuticas con altas 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 comercialización del medicamento, que refleje únicamente los costes de fabricación, y b) cuando se trate de financiación pública, la adquisición pública de derechos de propiedad intelectual y la concesión obligatoria de licencias a múltiples fabricantes de genéricos para llevar a cabo la producción, incluida, cuando sea posible, la fabricación en el sector público. Hay conciencia de algunos de estos problemas, pero la propuesta de abordarlos, como se indica en el párrafo 36, es falsa. Se describe el papel de la OMS en el seguimiento y la promoción de las opciones de escritura sobre lo que la industria y otros asociados adoptarían en la investigación y el desarrollo, así como algunas medidas de gestión adicionales que tendrían poco impacto si no se abordan las cuestiones centrales.

13. En resumen, aunque hay muchas medidas positivas en estas estrategias, cada una de ellas es demasiado incompleta para tener éxito. Yo

Proyecto de resolución: Acelerar las respuestas nacionales y mundiales y preparar la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos.

En el proyecto de resolución que figura en el [documento EB154/CONF./7](#) se hace referencia frecuente a las prioridades estratégicas y operacionales para acelerar las respuestas nacionales y mundiales. Dado que esas prioridades aún se estaban debatiendo, la Junta no recomendó oficialmente el proyecto a la Asamblea. Sin embargo, la orientación y el marco generales del proyecto de resolución son claros y, suponiendo que se hayan acordado las prioridades incluidas en el proyecto de resolución A77/5, la resolución en su forma enmendada se presentará a la Asamblea. Y lo que es aún más importante, esta resolución también guiará los debates de la Sesión Especial sobre la resistencia a los antimicrobianos de la Asamblea General de las Naciones Unidas que se celebrará a finales de este año.

El MSP acoge con beneplácito las tres estrategias principales que constituyen el Plan de Acción contra los crecientes problemas de la resistencia a los antimicrobianos. Estos son: 1. prevención de infecciones; 2. el acceso universal a un diagnóstico asequible y de calidad y a un tratamiento adecuado; y 3. información estratégica, ciencia e innovación. Estos tres elementos independientes de un enfoque integral de salud pública para lograr un impacto sostenido en la desaceleración de la aparición y propagación de infecciones bacterianas resistentes a los medicamentos y preservar la eficacia de los antibióticos. El MSP también acoge con beneplácito el llamado a fortalecer la gobernanza y el financiamiento y a apoyar los planes a nivel nacional como elementos operativos para lograr avances hacia estos objetivos

Si bien todas estas cuestiones son esenciales, hay una serie de otras preocupaciones que pedimos que se incluyan en esta resolución y en la declaración política de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Resistencia a los Antimicrobianos:

1. Un llamado a los países para que promulguen e implementen legislaciones de salud pública que puedan hacer valer los derechos de los residentes en el Estado para garantizar que el acceso al agua potable, el saneamiento y las medidas de higiene se brinde como un derecho a través de los servicios públicos. Esto tendría que ir acompañado de que los gobiernos autónomos locales cuenten de las facultades financieras, las transferencias de tecnología y otras capacidades necesarias para desempeñar su función. También un llamamiento a los países para que promulguen normas de salud pública para garantizar la calidad en todos los centros de atención de la salud. En conjunto, se trata de medidas concretas que nos permitirán avanzar hacia la prevención y el control de las infecciones y, al menos en parte, corregir las desigualdades en las causas y consecuencias actuales de los altos niveles de infección en los sectores más pobres y vulnerables.

2. Reconocer el papel que los mercados privados mal regulados de los productos médicos y de la prestación de servicios de salud han desempeñado en la propagación

de la resistencia a los antibióticos y pedir un régimen estricto de regulación de la comercialización de antibióticos, acompañado de un suministro de información de buena calidad y una promoción proactiva de mejores opciones de antibióticos. Esto tendría que formar parte de un mejor régimen normativo para la atención del sector privado en los países de ingresos bajos y medianos. Especialmente en la atención primaria de salud, pero en todos los niveles de atención de salud, uno de los principios de la organización de los servicios de salud debe ser que la toma de decisiones clínicas no esté sujeta a las presiones del mercado. La mejor manera de garantizarlo es mediante la prestación pública de servicios y el diseño de contratos con proveedores privados, que se adhieran a este principio.

3. Garantizar la provisión pública de orientación microbiológica, incluidos los servicios de pruebas asequibles y gratuitas para todos los pacientes, independientemente de la elección del proveedor. También debe exigir la disponibilidad local y el uso de la información de la vigilancia microbiana en curso para orientar las orientaciones locales adecuadas sobre el uso de antibióticos.

4. Prohibir el uso de antibióticos con fines preventivos y de promoción del crecimiento en la cría de animales destinados a la alimentación, mejorar la vigilancia microbiana y la información a los ganaderos y veterinarios para orientar la elección de antibióticos, y restringir el uso de algunos antibióticos en algunos sectores.

5. Pedir que la reunión de alto nivel y la declaración política de la ONU se conviertan en un llamamiento convergente de la alianza cuatripartita y no sólo del sector de la salud humana.

6. Acelerar el desarrollo de mejores antibióticos mediante el establecimiento de un régimen de innovación más eficaz para los antibióticos que debería: a) desvincular el precio de la innovación y el desarrollo del precio de comercialización del medicamento, que refleja únicamente los costes de fabricación, y b) cuando se trate de financiación pública, exigir la adquisición pública de derechos de propiedad intelectual y la concesión obligatoria de licencias a múltiples fabricantes de genéricos para llevar a cabo la producción, incluida, cuando sea posible, la fabricación en el sector público.

Estas exigencias se suman a las muchas medidas positivas que la propia resolución ha propuesto.

Referencias:

1. Moss M. Trazando el rumbo de la agenda de la resistencia a los antimicrobianos en 2024. unfoundation.org. Publicado el 28 de noviembre de 2023. Consultado el 4 de febrero de 2024. <https://unfoundation.org/what-we-do/issues/global-health/the-amr-agenda-in-2024/>

2. Ayukekbong JA, Ntemgwa M, Atabe AN. La amenaza de la resistencia a los antimicrobianos en los países en desarrollo: causas y estrategias de control. *Resistencia a los antimicrobianos para el control de infecciones*. 2017; 6(1):47. doi:10.1186/s13756-017-0208-x
3. Koya, S.F., Ganesh, S., Selvaraj, S. *et al.* Determinantes del consumo de antibióticos del sector privado en la India: resultados de un análisis de regresión de efectos fijos cuasiexperimental utilizando datos de series temporales transversales, 2011-2019. *Sci Rep* **14**, 5052 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54250-2>

12. Estrategia técnica mundial y metas para el paludismo 2016-2030

En el punto de mira

En el informe de la Secretaría ([A77/6](#)) se examinan las tendencias mundiales, las amenazas a la lucha contra el paludismo, las medidas adoptadas para contrarrestar las amenazas y las oportunidades para acelerar el progreso en la lucha contra el paludismo. En el párrafo 28. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del informe y a considerar las siguientes cuestiones:

- Aprovechando el impulso de la Conferencia Ministerial sobre el Paludismo que se celebrará en Camerún en marzo de 2024 ([véase la Declaración](#)), ¿cómo puede traducirse en recursos nacionales para la atención primaria de la salud y el control del paludismo el aumento del compromiso político en los países con mayor carga de enfermedad?
- Habida cuenta del estancamiento de los avances en la lucha contra el paludismo en los países con carga moderada y alta (véase [el Informe Mundial sobre el Paludismo](#), 2023), ¿qué deberían hacer los Estados Miembros para garantizar una inversión internacional suficiente que esté en consonancia con los planes y prioridades nacionales?
- ¿Qué apoyo (técnico y financiero) necesitan los Estados miembros para intensificar sus respuestas a las amenazas biológicas, como la resistencia a los medicamentos antipalúdicos?
- ¿Cómo pueden los Estados Miembros garantizar las respuestas más eficientes, equitativas y sostenibles al paludismo?

Parece probable que se presente un proyecto de resolución basado en la Declaración Ministerial de la Conferencia del Camerún.

Fondo

Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 adoptada en [la WHA68.2](#) (2015) y versión actualizada adoptada en [la WHA74.9](#) (2021).

[Informe mundial sobre el paludismo 2023](#). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023

Véanse [los enlaces de Tracker](#) a las discusiones anteriores de los órganos rectores sobre la malaria

Comentario del MSP: El progreso en la Estrategia Mundial contra la Malaria está muy lejos de estar encaminado, al igual que las estrategias de la OMS para corregirlo

El informe de la Directora General sobre los progresos realizados en relación con la Estrategia técnica mundial y las metas para el paludismo 2016-2030 es aleccionador. El punto fuerte del informe es su honestidad. En el párrafo 5 se afirma con franqueza: "El progreso hacia los objetivos de reducción de la incidencia de casos y la mortalidad de la estrategia está muy lejos de estar bien encaminado. Si la trayectoria actual persiste, el objetivo para 2030 de reducir la incidencia de casos se incumplirá en un 89%, mientras que el objetivo de reducir las tasas de mortalidad se incumplirá en un 88%".

En los últimos dos años (entre 2019 y 2022) ha habido un aumento significativo de casos, pasando de 233 millones a 249 millones, y de estos 16 millones de aumentos, 15 millones son solo de África, que ahora representa el 94 por ciento de los casos y el 95 por ciento de las muertes. En 2022 se registraron aproximadamente 608.000 muertes por paludismo, lo que también supone un aumento con respecto a las 576.000 registradas en 2018.

En el lado positivo, el mantenimiento de la condición de eliminación en 102 países y la situación de casi eliminación en otros 21 es una noticia positiva. Todos estos últimos son países con bajas cargas. Si las estrategias de retención están bien integradas con el funcionamiento rutinario de los sistemas de salud, no dependen de la financiación de la deuda internacional y no restan un presupuesto desproporcionado a los desafíos inmediatos de salvar vidas, entonces esas noticias serían aún más bienvenidas. Es necesario advertir que el argumento para mantener la eliminación no se convierta en una excusa para agotar el gasto público en prioridades selectivas y dejar el resto de la atención médica en manos de los mercados y luego culpar al sector público por su bajo rendimiento.

El informe del Director General ofrece las siguientes razones para desviarse de la estrategia global (véanse los párrafos 7 a 15 del informe):

1. Sistemas de salud frágiles con cadenas de suministro débiles y escasez de profesionales de la salud calificados.
2. Escasa supervisión, seguimiento y evaluación, especialmente desde el punto de vista de la equidad.
3. Inequidad en el acceso a los servicios esenciales de salud,
4. Financiación insuficiente de los productos básicos contra el paludismo,
5. Insuficiente financiación nacional y mundial para fortalecer los servicios de salud.
6. Emergencias humanitarias y sanitarias,
7. Resistencia a los medicamentos (especialmente a la artemisina) y a los insecticidas (especialmente a los piretroides),
8. La propagación de *Anopheles Stephansi*, lo que indica el desarrollo de altos niveles de malaria urbana en regiones que no la tenían antes (agregamos: pero donde su llegada podría haberse predicho a partir de patrones pasados), y
9. Cambio climático.

Todos los factores anteriores están correctamente identificados. Sin embargo, en las recomendaciones, la mayoría de ellas no se abordan adecuadamente. Las recomendaciones hacen hincapié en los factores biomédicos, es decir, en abordar la resistencia con mejores medicamentos, una elección mejor y más informada de los medicamentos y mejores mosquiteros. Son necesarias y bienvenidas, pero las cuestiones principales van mucho más allá del impacto potencial de estas medidas. También hay una gran expectativa sobre las dos nuevas vacunas introducidas. Al menos uno de ellos se introduce solo para los niños y hasta ahora muestra una modesta caída del 13 por ciento en las muertes infantiles. Sin duda ayudaría, pero ampliar esta estrategia podría consumir recursos y hay que vigilar cuidadosamente los resultados esperados. Si bien es muy bien recibida como una herramienta adicional de implementación, es poco probable que las vacunas en esta etapa de desarrollo cambien las reglas del juego.

En cuanto a las cuestiones relacionadas con la integración en los sistemas de salud, el informe se limita a señalar que:

Para acelerar el progreso hacia el objetivo de la cobertura sanitaria universal, la OMS está trabajando con los países para reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria de salud, un enfoque que puede ayudar a prestar el 90% de los servicios de salud esenciales, incluidos los relacionados con el paludismo, y salvar 60 millones de vidas para 2030. La atención primaria de salud utiliza un enfoque que abarca a toda la sociedad para organizar y fortalecer eficazmente los sistemas nacionales de salud a fin de acercar los servicios de salud y bienestar a las comunidades.

Esto no es más que un reconocimiento de la estrategia de la OMS para la cobertura sanitaria universal. Sabemos que esta estrategia de cobertura universal no está funcionando muy bien y una de las razones es la falta de integración. Incluso en los puntos del orden del día de la 77ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la cobertura sanitaria universal (11.1) y la atención primaria de salud (28.2- como CIDHP) apenas se menciona el paludismo. También sabemos que, sobre el terreno, los donantes y los líderes de los programas nacionales de lucha contra el paludismo insisten en mantener un silo vertical para el control del paludismo, lo que lo justifica por la debilidad de los sistemas de salud. Este círculo vicioso entre la debilidad de los sistemas de salud y la falta de integración es peor en aquellos países y áreas (como la atención de salud urbana) donde la atención primaria de salud es muy débil.

El fracaso de la estrategia mundial contra el paludismo para comprender y tener en cuenta la atención primaria de salud más allá de un reconocimiento nominal de la misma, es más evidente por la falta total de la agenda de **descentralización, compromiso y participación de la comunidad** en las recomendaciones. Hay alguna referencia a esto con respecto al paludismo urbano, en el que tradicionalmente el programa de paludismo no ha contado con personal ni actividades de divulgación, pero ni siquiera ese nivel de reconocimiento se tiene en cuenta en el resto de la estrategia. Los asentamientos remotos y de difícil acceso en las regiones endémicas de malaria plantean problemas de transmisión perenne de malaria porque en estas áreas la prevalencia de casos asintomáticos de malaria es muy alta. Estas infecciones ocultas no son detectadas ni tratadas por los programas rutinarios de lucha contra el paludismo. Por lo tanto, estas infecciones actúan como reservorios de transmisión de la

malaria. Una vez más, debido a las dificultades de comunicación inherentes y a la debilidad del sistema de salud, estos puntos críticos permanecen alejados de la vigilancia de los programas nacionales de lucha contra el paludismo. Por lo tanto, se necesita una estrategia especial para detener la transmisión del paludismo desde estas zonas y eliminar los reservorios.

Aunque los determinantes epidemiológicos y sociales de la prevalencia, los sistemas determinantes del éxito y el menú de opciones técnicas para abordar la enfermedad son bien conocidos, la combinación exacta de estos tres elementos varía ampliamente entre provincias y distritos e incluso dentro de los distritos. En la tradición de los malariólogos, "la malaria es una enfermedad muy local y focal". Por lo tanto, se requiere un esfuerzo considerable de planificación descentralizada con la comunidad en el centro para poder tener un impacto. La vigilancia y el uso de los datos son más eficaces si se utilizan para orientar la acción local. La acción local es más efectiva si la comunidad participa con una comprensión bien informada de las opciones que tienen y las opciones también son aceptables para la comunidad. Sostenemos que siempre que ha habido éxito en el control, siempre ha seguido esa lógica.

Los asentamientos remotos de difícil acceso en las regiones endémicas de paludismo plantean problemas de transmisión perenne del paludismo, debido a la alta prevalencia del paludismo asintomático. Estas infecciones latentes no son detectadas por los programas rutinarios de lucha contra el paludismo, que de todos modos son más débiles en esas zonas y éstas se convierten en reservorios de transmisión del paludismo. Por lo tanto, se requieren estrategias especiales específicas para estos asentamientos a fin de interrumpir la transmisión del paludismo y eliminar los reservorios. Esto pone de relieve una vez más la necesidad de elaborar planes de acción descentralizados e informados basados en la epidemiología local, la madurez de los sistemas de salud locales y la elección técnica adecuada, incluyendo este último no sólo la eficacia técnica sino también la aceptabilidad por parte de la comunidad.

Comunidad en el Centro; Los mecanismos de mercado no funcionan: la cobertura sanitaria universal como compra de atención a proveedores privados que utilizan los mecanismos de mercado como señales no tiene nada positivo que ofrecer para el control de la malaria. Para los mercados, la comunidad es un consumidor, y no un coproductor. Sin embargo, si el objetivo es la eliminación del paludismo, la comunidad debe participar activamente y toda la eliminación del paludismo, incluido el acceso a la atención profesional especializada para la atención curativa, debe ser un bien público. Y que los servicios de salud pública se democratizen y descentralicen en paralelo con el empoderamiento de las comunidades y los organismos de autogobierno local con los conocimientos y las herramientas necesarias para tomar las decisiones correctas.

Papel de los trabajadores comunitarios de la salud: Otra dimensión muy importante del programa de control de la malaria que su sesgo tecnocrático parece haber pasado por alto por completo en este informe es el enorme papel que los trabajadores comunitarios de la salud están desempeñando en la primera línea del control de la malaria. Tratar a los TCS como un elemento ad hoc y retirarlos prematuramente (o desviarlos a funciones no relacionadas con la atención médica) tan pronto como la incidencia de la malaria comienza a disminuir ha sido un factor importante que ha contribuido al resurgimiento repetido de la malaria.

Estándares de salud pública y determinantes sociales: El hecho de que no se recomienden ni implementen estándares de salud pública de los que los órganos de gobierno local debidamente empoderados y dotados de recursos sean responsables, y de los que los residentes sean conscientes, es otra dimensión que falta en la estrategia global. La Estrategia Mundial debe tener en cuenta los determinantes sociales y ambientales de la lucha contra el paludismo de manera más rigurosa si quiere avanzar.

Dinámica de vectores como parte de OneHealth: Por último, también señalamos que la malaria es una de las muchas enfermedades transmitidas por mosquitos y vectores y, especialmente en África, existe una estrecha relación entre el control de la malaria y otras. En algunas zonas, el control de la malaria es seguido de cerca por el resurgimiento del dengue. En otras zonas, múltiples enfermedades son transmitidas por el mismo vector. También existe una relación entre los vectores en la cría de animales y en las especies animales no domesticadas. La investigación profesional debe abordar la dinámica vectorial de manera integrada y tener en cuenta su relación con la acción humana y el cambio ambiental. Esta comprensión debe servir de base para las intervenciones de los sistemas de salud y la participación de la comunidad en el control del paludismo.

13.1 IOAC para WHE

En el punto de mira

Duodécimo informe: [A77/7](#)

Fondo

[Página web del IOAC](#)

[Términos de referencia](#)

Consulte los [enlaces de Tracker](#) a discusiones anteriores sobre los informes del IOAC

Comentario del MSP

Cuestiones más destacadas del informe del IOA:

- Condena los ataques a la sanidad (apartado 7). 620 muertes en territorios palestinos en 2023;
- Escasez mundial de vacunas contra el cólera, necesidad de aumentar la capacidad de fabricación;
- Impacto del cambio climático en el riesgo de dengue;
- Desastre en Sudán: 6,6 millones de desplazados internos; 1,8 millones a través de las fronteras;
- Crisis humanitarias: "más de 300 millones de personas en 72 países necesitarán asistencia humanitaria en 2024 y la OMS se enfrenta a múltiples desafíos, incluido el acceso humanitario limitado y la disminución de la financiación para las crisis humanitarias";
- El IOAC destaca la necesidad de normalizar la presentación de informes y de realizar un seguimiento independiente de la preparación y preparación de los países; véase el párrafo 38 en relación con los desembolsos del Fondo para Pandemias, en particular para apoyar la mejora de las capacidades básicas;
- El Comité reafirma que la equidad y la solidaridad no son sólo principios morales, sino un requisito previo para prevenir las pandemias y responder eficazmente a ellas. Las instalaciones de respuesta dispares e inequitativas propagan enfermedades". [...] "El acuerdo debe basarse en la equidad y la solidaridad". Lanzado como asesoramiento al INB, pero no como sugerencias operativas;
- Pedir que se refuerce la rendición de cuentas de los Estados Miembros en relación con la explotación, el abuso y el acoso sexuales en las emergencias humanitarias, con más apoyo de las oficinas regionales y de los representantes de la OMS en los países;
- Necesidad de una mayor armonización entre la sede de la WHE y los departamentos pertinentes de las oficinas regionales; por ejemplo, una cooperación más estrecha entre el conjunto de la organización en diversos ejercicios de revisión;

- Es necesario prestar más atención a la contratación y la retención; vacantes 425 de 2290 puestos;
- Necesidad de un aumento sustancial de la financiación de la WHE; La IOAC está profundamente preocupada por la escasez crónica de financiación flexible y sostenible.

El MSP aprecia el trabajo del IOAC.

13.2 Aplicación del RSI

Contenido

- [En el punto de mira](#)
- [Fondo](#)
- [Sinopsis de las cuestiones que se examinan](#)
- [Comentario del MSP](#)
- [Notas de discusión](#)

En el punto de mira

"28. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe ([A77/8](#)), a examinar las recomendaciones permanentes relativas a la COVID-19 y la viruela símica que figuran en los documentos [A77/8 Add.2](#) y [A77/8 Add.4](#), de conformidad con el artículo 53.g) del Reglamento, y a proporcionar orientación sobre la siguiente cuestión:

- ¿Cómo pueden los Estados Miembros de la OMS seguir reforzando la aplicación del Reglamento, incluso en espera de la entrada en vigor de cualquier enmienda al Reglamento que pueda ser adoptada por esta Asamblea de la Salud?"

[A77/8](#): Informe de la Secretaría

[A77/8 Add.1](#): Informe del Comité de Examen relativo a las recomendaciones permanentes para la COVID-19 (véase la [versión original del presente informe](#))

[A77/8 Add.2](#): Recomendaciones permanentes para la COVID-19 emitidas por la Directora General, correspondientes a la terminación de la ESPII declarada a causa de la COVID

[A77/8 Add.3](#): Informe del Comité de Examen relativo a las recomendaciones permanentes sobre la viruela símica (véase la [versión original del presente informe](#))

[A77/8 Add.4](#): Recomendaciones permanentes sobre la viruela símica/viruela símica, emitidas por la Directora General, correspondientes a la terminación de la ESPII declarada debido a la viruela símica.

Fondo

Véanse [los enlaces de seguimiento](#) a discusiones anteriores sobre el RSI

Sinopsis de las cuestiones que se examinan

RSI

[A77/8](#) informa sobre las operaciones en curso del RSI (centros de coordinación, eventos e información, comités de emergencia y examen, apoyo prestado a los países para la creación de

capacidades básicas, puntos de entrada y medidas adicionales). La poliomielitis sigue siendo una ESPII. El Covid y la viruela símica ya no lo son.

Los datos sobre los resultados de las autoevaluaciones de las capacidades básicas, las evaluaciones externas conjuntas y los planes de acción nacionales para la seguridad sanitaria se proporcionan a través del [Marco de Seguimiento y Evaluación del RSI](#). Para ver los perfiles de los países, véase el Portal de la Asociación Estratégica para la Seguridad Sanitaria y la Preparación para Situaciones de Emergencia - [Portal SPH](#).

Covid: situación actual

[A77/8 Add.1](#) ofrece una visión general útil de la situación actual a nivel mundial con respecto a la COVID. Entre las cuestiones más destacadas que se tratan figuran las siguientes:

- los patrones actuales de transmisión, la disminución de las notificaciones, la disminución de las muertes notificadas;
- muertes reportadas semanalmente (finales de 2023) alrededor de 3000PW;
- variaciones significativas en la primovacunación; vacunas de refuerzo inadecuadas e inequitativas;
- la vigilancia y la presentación de informes son insuficientes en muchos países, incluida la reducción del número de secuencias aportadas;

Covid: recomendaciones permanentes

De conformidad con el artículo 16 del RSI (no vinculante), en el [documento A77/8 Add.2](#) se recomienda a los países:

- revisar y aplicar los planes nacionales revisados en consonancia con [el actual Plan de Preparación y Respuesta ante la COVID de la OMS](#);
- mantener la vigilancia colaborativa de la COVID;
- seguir notificando los datos de Covid (morbilidad, mortalidad, secuencias, cobertura y eficacia de la vacuna);
- lograr la cobertura de vacunación recomendada;
- llevar a cabo investigaciones;
- brindar una atención clínica óptima;
- seguir trabajando para garantizar un acceso equitativo a contramedidas médicas seguras, eficaces y de calidad garantizada.

Viruela símica: situación actual

En el informe del Comité de Examen de la Viruela Moderna (en [el documento A77/8 Add.3](#)) se destaca:

- gravedad clínica inferior a la descrita anteriormente, pero preocupante para las personas inmunodeprimidas que viven con el VIH; la letalidad en África occidental y central es peor que en otros lugares;
- incertidumbres sobre los reservorios animales, pero las especies susceptibles incluyen varias especies de ardillas, ratones, ratones y monos;

- Las personas con mayor riesgo incluyen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a los trabajadores sexuales; los modos de transmisión en el contexto africano son inciertos, es probable que haya otros modos de transmisión;
- disminución de la transmisión en Europa y América del Norte; continúa en Nigeria y la República Democrática del Congo y en otras partes de África;
- Esbozo del proyecto de marco estratégico mundial de la OMS (de la página 17)

Viruela símica: recomendaciones permanentes

El comité de examen deliberó sobre la necesidad de formular recomendaciones permanentes, pero llegó a la conclusión (aunque no unánime) de que eran necesarias y apropiadas.

En [A77/8 Add.4](#) se recomienda a los países que:

- elaborar y aplicar planes nacionales de lucha contra la viruela símica; Incluido
 - incluir la viruela símica como enfermedad de declaración obligatoria;
 - fortalecer las capacidades de diagnóstico;
 - garantizar la presentación oportuna de informes a la OMS;
 - garantizar que la secuenciación genética sea accesible y compartir los datos de secuencia;
 - notificar a la OMS los acontecimientos pertinentes;
- desarrollar la capacidad para la participación de la comunidad ... seguir luchando por la equidad y fomentar la confianza en las comunidades;
- llevar a cabo investigaciones adecuadas;
- aplicar medidas en relación con los viajes internacionales;
- Proporcionar orientación para la atención clínica
- trabajar para garantizar un acceso equitativo a contramedidas seguras, eficaces y de calidad garantizada.

El MSP señala que, si bien las recomendaciones incluyen el intercambio de datos de secuencias genéticas, no se menciona la participación en los beneficios (que sigue siendo objeto de debate en las negociaciones en torno a un tratado sobre pandemias).

Comentario del MSP

El MSP aprecia la labor de los comités de examen del RSI y de los asesores de la Secretaría, y reconoce la justificación y la base empírica de las recomendaciones permanentes.

13.3 Grupo de Trabajo sobre Modificaciones del RSI

En el punto de mira

[A77/9](#) (NYP)

[Texto de la Mesa para la Reunión 8 del GTIRDH, 22-26 de abril](#)

Informe del Comité de Examen sobre las enmiendas al RSI ([A/WGIHR/2/5](#))

Fondo

[Sitio web del grupo de trabajo](#)

Véanse [los enlaces de Tracker](#) a las discusiones anteriores de los órganos rectores sobre el RSI

Véanse [los enlaces de seguimiento](#) a los informes publicados recientemente sobre los WGIHR

Comentario del MSP

¿Qué hay (probablemente será) nuevo en el RSI revisado y qué sigue abierto?

- El artículo 3 destaca la equidad y la solidaridad entre los Estados Partes (¿sobrevivirá esto?); ninguna mención a la equidad y la solidaridad dentro de los países;
- Nuevas disposiciones relativas a los «productos sanitarios» (incluye una definición, una referencia a un expediente, el requisito de que la OMS facilite el acceso (artículo 13, aún abierto), que debe incluirse en las recomendaciones (artículos 15, 16 y 17), la preocupación por las cadenas de suministro (artículo 18), las medidas sanitarias adicionales, la colaboración y la asistencia, el «acceso» a una capacidad básica; sigue siendo objeto de debate sobre el carácter «voluntario» frente al carácter obligatorio de diversas disposiciones;
- Nuevas clasificaciones de las emergencias (disposición relativa a la alerta de acción temprana (arts. 11 y 12) y a la inclusión de la declaración de pandemia, incluida una definición más detallada y un árbol de decisiones);
- Nueva disposición relativa a una autoridad nacional del RSI, así como a los actuales coordinadores del RSI;
- Nuevas disposiciones relativas a la comunicación, la consulta y la verificación
- Creación de un nuevo Comité de Implementación y Cumplimiento (Art 54 bis)
- Obligaciones más explícitas en relación con la asistencia financiera (artículo 44), incluidas las capacidades básicas, la posibilidad planteada de un mecanismo de financiación «específico», incluida la financiación como responsabilidad del nuevo Comité de Aplicación y Cumplimiento.

Comentarios adicionales a la espera de la finalización de la labor del Grupo de Trabajo y de la publicación del documento A77/9.

13.4 Órgano Intergubernamental de Negociación para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias

En el punto de mira

[A77/10](#) (NYP)

La Asamblea tendrá ante sí un informe del INB. Esto puede incluir una constitución recomendada por el INB para el tratado propuesto sobre pandemias o un acuerdo con un proyecto de resolución que proponga un plan de acción a partir de ahora (probablemente incluya uno o tres grupos de trabajo intergubernamentales para trabajar en las cuestiones que el INB no pudo resolver).

Alternativamente, el informe puede incluir un proyecto de resolución que autorice al INB a continuar más allá de la WHA77 tratando de encontrar un consenso en torno a las cuestiones pendientes para el tratado/acuerdo propuesto.

Fondo

Véase [el sitio web del INB](#). Véase, en particular, el proyecto de texto que figura en [el documento A/INB/9/3 Rev.1](#) (22 de abril de 2024). Véase el documento revisado A/INB/9/3 Rev.1: [Texto del Acuerdo de la OMS sobre la pandemia que refleja las versiones en pantalla hasta el VIERNES 10 de mayo](#) a las 12:30 CEST

Véanse [los enlaces de Tracker](#) a las discusiones anteriores del órgano de gobierno sobre el acuerdo propuesto sobre la pandemia

Consulte los [enlaces de Tracker](#) a informes publicados recientemente sobre el acuerdo propuesto sobre la pandemia

Informes recientes

[KEI \(0517\)](#): KEI comentarios sobre los borradores del 10 de mayo

[HPW \(0515\)](#): El último borrador muestra progresos, pero queda un largo camino por recorrer

[HPW \(0509\)](#): El consenso por fecha límite parece imposible; ¿cuáles son las opciones?

[GHF \(0503\)](#); niveles de vigilancia y rendición de cuentas; nuevo conjunto de disposiciones de «Una sola salud» (pero ¿qué pasa con los otros tres socios?); Acceso a patógenos y participación en los beneficios

[TWN \(0502\)](#): GT1 Artes 4 (vigilancia) y 5 (Una sola salud); GT2 Artes 10 (producción local y transferencia de tecnología) y 11 (transferencia de tecnología); GT3 Artes 14 (contratación pública) y 15 (fortalecimiento de la reg)Véase el informe sobre las Artes 4 (vigilancia), 10 (producción local), 14 (fortalecimiento de los sistemas de regulación), 17 (todo el gobierno/sociedad)

[HPW \(0502\)](#): algunos detalles sobre el debate sobre el PABS

[TWN \(0430\)](#): discusión de los arts. 4 y 5; El Reino Unido plantea preguntas sobre el uso de One Health; debate sobre la vinculación de la asistencia técnica y de las aletas para la vigilancia (artículo 4); más información sobre OneHealth (Art5)

[GHF \(0430\)](#): función del Grupo Africano en materia de equidad; PABS versus OneHealth (implicaciones de las aletas); la posición conflictiva de los CDC de África; las tensiones entre un fondo pandémico de la OMS, el fondo pandémico del BM y el Fondo Mundial; declaración final de la reunión de África (rechazar el Fondo Pand, el PABS, el PPPR incluye la exención de la propiedad intelectual); Edificio de tope incremental; transferencia de tecnología); análisis útil de PABS vs OH; véase también el disco de problemas de proceso (grupos de trabajo de texto frente a grupos de trabajo paralelos); diagrama útil; Mínimo agrt o aplazar finalización

[PHD \(0429\)](#): "desequilibrio entre el requisito de que los países en desarrollo compartan muestras de patógenos y la falta de disposiciones obligatorias para la distribución equitativa de beneficios como vacunas, diagnósticos y tratamientos"

[TWN \(0429\)](#): comentario sobre el proceso; análisis útil de las contradicciones centrales; necesidad de continuar después de la WHA77

[OSC \(0427\)](#): excelente agenda (qv)

[Fems4PV \(0426\)](#): crítica de procesos;

[MLP \(0426\)](#): disposiciones vinculantes frente a voluntarias; conocimiento no divulgado; exención del Acuerdo sobre los ADPIC; "cláusula de paz" (sin impugnación); adaptar las leyes de PI a la pandemia; La transparencia necesita protección

[SouthCentre \(0425\)](#): antecedentes útiles para el proceso del INB; amplia crítica del proceso adoptado; referencia al proyecto de resolución propuesto por la Asamblea Mundial de la Salud (3 WHA77 o uno); recomendaciones sobre el proceso y el contenido; considerar el aplazamiento de la finalización; recomendaciones específicas qv; reducir los compromisos en el marco de Una Salud; fortalecimiento de la rendición de cuentas; acceso equitativo a los productos de investigación y desarrollo financiados por el gobierno; transferencia de tecnología y conocimientos técnicos; suspensión temporal de los derechos de propiedad intelectual; pabs;

especificación más precisa de la cadena de suministro y marco logístico; adquisiciones de nat; Financiación sostenible

[KEI \(0419\)](#): necesidad de excepciones obligatorias a las obligaciones en materia de propiedad intelectual; disposiciones relativas a la transferencia de tecnología; Anexo CL de la UE

[GHF \(0419\)](#): se refiere al proyecto de **resolución** que se está debatiendo (qv) y a los GTI propuestos; cambios con respecto a la última versión;

[GHF \(0416\)](#): útil resumen de las cuestiones clave

[TWN \(0409\)](#): Enfoque en la presentación de Viroj, PABS en particular

[Nikkei \(0406\)](#): tensiones por la transferencia de tecnología

[Gostin y Watal \(0403\)](#): enfoque en PABS; necesidad de participación obligatoria en los beneficios

[KEI \(0403\)](#): útil sobre la 'cláusula de paz'

[SouthCentre \(0315\)](#): llamamiento a la unidad en el Sur Global y a la posibilidad de votar en el pleno; útil recapitulación de los antecedentes (especialmente acaparamiento de vacunas); útil visión general de las principales disposiciones y debates

[Lancet \(0302\)](#): vergonzoso e injusto

[Gopa-GHF \(0227\)](#): útil panorama general de las cuestiones clave

[Kavanagh-FP \(0205\)](#): La OMC fracasó en Covid; no pueden dejarles la propiedad intelectual

[Político \(0129\)](#): Biden respalda a las farmacéuticas

Comentario del MSP

La campaña de "capacidades básicas"

En los años previos a la pandemia de COVID, aumentó la presión sobre los países en desarrollo, especialmente los países de ingresos bajos y medianos bajos, para que aplicaran plenamente las "capacidades básicas" especificadas en el RSI. Esta presión aumentó después de la epidemia de ébola de 2014 en África Occidental con el paso de la autoevaluación a la "revisión por pares" y las campañas de alto perfil.

En muchos aspectos, esta presión se ejerció con el fin de garantizar la "seguridad sanitaria" del mundo rico frente a las amenazas de enfermedades que se consideraban procedentes de los países en desarrollo.

Esta presión sobre los países de bajos ingresos para que cumplieran con las capacidades básicas era bastante problemática. Las capacidades básicas para la prevención, la vigilancia y la respuesta a las pandemias están íntegramente asociadas con el nivel de desarrollo del

sistema de salud en general. En el caso de los países que sólo gastan entre 40 y 50 dólares per cápita en atención de la salud, el gasto adicional necesario para alcanzar las capacidades básicas sería desproporcionado en comparación con otras solicitudes de fondos limitados. Los costos de oportunidad de esos gastos en términos de reducción de la carga de morbilidad *serían* difíciles de justificar en el contexto de la adopción de decisiones nacionales.

Sin embargo, la imposición de tales obligaciones es plenamente coherente con la desigualdad de poder y las relaciones desiguales de intercambio del imperialismo.

La prioridad que se dio a la "conformidad" por parte de los países ricos fue también, en cierta medida, una maniobra en la guerra de propaganda contra China.

Comprobación de la realidad: la debilidad crítica durante el Covid -predictor de mortalidad evitable- fue la falta de solidaridad, no la falta de "capacidades básicas"

La capacidad básica que más faltaba en todo el mundo era la solidaridad, personificada en las desigualdades de los confinamientos y el acaparamiento de vacunas y otros productos sanitarios.

Una serie de revisiones durante y después de la pandemia centraron la atención en el acaparamiento de vacunas; menos aún en las desigualdades de los confinamientos en algunos países.

Sin embargo, la tensión entre los derechos de propiedad intelectual y el acceso equitativo a diversos productos sanitarios se puso de manifiesto con mayor claridad por el conflicto sobre la conveniencia o no de renunciar a las restricciones de propiedad intelectual previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC durante la pandemia.

Compromiso de desarrollar un acuerdo sobre la pandemia

La propuesta de elaborar un acuerdo sobre pandemias en el marco de las facultades de la OMS para la elaboración de tratados fue apoyada por muchos países, incluidos los de ingresos altos, medios y bajos. Al parecer, los países ricos esperan alcanzar sus objetivos de cumplimiento (fortalecer las capacidades de vigilancia) y los países pobres esperan obtener concesiones en la reducción de los obstáculos de la P.I. al acceso y la producción local en el contexto de pandemias (y emergencias de salud pública de importancia internacional), incluidas las transferencias financieras y técnicas.

Barreras al acuerdo

Después de tres años de negociaciones, siguen existiendo importantes obstáculos para llegar a un acuerdo. Los temas clave en disputa incluyen:

- Acceso a patógenos y participación en los beneficios (participación obligatoria en los beneficios significativos);

- Renuncia obligatoria a los derechos de propiedad intelectual durante las pandemias (o PHEICs), incluida la denominada «cláusula de paz», que permitiría infringir los derechos de propiedad intelectual durante una pandemia debido a un acuerdo de no impugnar dichas infracciones;
- Apoyo a la transferencia de tecnología (incluidos los conocimientos técnicos) para apoyar la producción local;
- Disposiciones de aplicación más estrictas en relación con las capacidades básicas, incluido el fortalecimiento del sistema de salud;
- Disposiciones para la movilización de fondos, controladas por las partes del acuerdo (en lugar del Banco Mundial); incluido el apoyo a la vigilancia y la respuesta;
- Disposiciones relativas a «Una sola salud» (a pesar de que las demás organizaciones intergubernamentales pertinentes (animales, plantas, medio ambiente) no son partes en el acuerdo propuesto).

Llegar a un acuerdo en las negociaciones del INB se ha visto complicado por las desviaciones (por parte de la Mesa del INB) de las normas estándar de elaboración de tratados con respecto al proceso de negociación.

Ante los continuos desacuerdos durante las negociaciones de principios de mayo, los delegados estaban contemplando (i) un acuerdo marco sin disposiciones vinculantes y las cuestiones difíciles que se aplazarían a los protocolos para su posterior consideración; o ii) autorizar la continuación de las negociaciones después de la 77^a Asamblea Mundial de la Salud con miras a su adopción en un período extraordinario de sesiones más adelante en el año; o (iii) negociaciones más intensas de aquí al cierre de la AMS77. La DG parece estar presionando por esta tercera opción.

Pero la falta de consenso también muestra que el equilibrio de poder preexistente ha sido cuestionado. El Consejo Europeo ha sido uno de los firmes defensores de un Tratado sobre pandemias, tal vez porque considera que podría garantizar un mejor cumplimiento de la vigilancia, la notificación y el intercambio de patógenos, al tiempo que tenía que conceder poco a la hora de garantizar el acceso a la financiación y las tecnologías. Antes, sólo había que incorporar a los grandes países en desarrollo de Brasil, China, India y Rusia, y estos países ya tenían capacidades nacionales. Pero en el curso de las negociaciones, los 54 miembros del Grupo Africano y una serie de otras naciones de Asia y América Latina se han negado a ser presas fáciles. Fortalecidos por los altos niveles de discusiones en la sociedad civil y los círculos políticos sobre los temas en juego, estos países se han mantenido firmes en sus demandas "técnicas" y, por lo tanto, han alterado el equilibrio. Esta es una nueva situación a la que el MSP ha contribuido y que necesita ser defendida y construida. Los países más pobres tienen poco que ganar y mucho que perder si se aprueba un tratado sobre pandemias que aumenta sus obligaciones pero no les aporta ningún beneficio. Los países en desarrollo deben mantenerse firmes en el entendimiento de que un acuerdo desigual es peor que ningún acuerdo.

El actual proyecto de acuerdo y los debates en el INB no abordan las desigualdades sociales y económicas que han comprometido la solidaridad en la respuesta a la pandemia dentro de los países. En un momento dado, los países en desarrollo habían presionado para que se adoptara

un enfoque de respuesta común pero diferenciado y de capacidades respectivas, similar a las negociaciones sobre el cambio climático, que también están estancadas. Los países de altos ingresos no sólo rechazaron, sino que incluso impugnaron el uso de la palabra solidaridad. Pero incluso en este sentido, los países en desarrollo deberían mantenerse firmes e interpretar las consecuencias de estos principios de manera más amplia.

Otra esfera que no se ha abordado, y que tanto los países desarrollados como los países en desarrollo se muestran renuentes a hacerlo, es la prevención y reparación de las violaciones de los derechos humanos.

Perspectiva estratégica

Las negociaciones del acuerdo sobre la pandemia pueden analizarse palabra por palabra o a un nivel estratégico más amplio. Ambas son necesarias, pero para los activistas que no pueden (por falta de tiempo o por falta de acceso al proceso de negociación) es particularmente importante extraer las implicaciones para la salud pública, para la geopolítica y para el desarrollo económico sostenible y equitativo (en un momento de crisis ambiental).

En términos de salud pública (prevención, preparación y respuesta ante pandemias) hay algunas perspectivas de mejoras marginales con respecto a la experiencia de Covid. Se esperaba que los países ricos aceptaran reformas relativas a las barreras a la propiedad intelectual, el apoyo a la producción local y las transferencias financieras que podrían evitar las peores características del acaparamiento de vacunas de Covid. Sin embargo, el estado actual de las negociaciones ofrece pocas esperanzas de mejoras significativas en las perspectivas de la pandemia para las personas más pobres en los países más pobres.

En términos geopolíticos, una de las características más llamativas de las negociaciones ha sido la fortaleza del bloque africano (incluido Egipto) en la búsqueda de un acuerdo significativo, incluido el acceso a los patógenos y la participación en los beneficios, y los esfuerzos que se están realizando para dividir al grupo africano, incluso mediante el aumento de la financiación bilateral de Estados Unidos para las capacidades de vigilancia y respuesta.

En términos de la lucha más amplia por un desarrollo económico sostenible y equitativo (en un momento de crisis ambiental), las negociaciones en torno al acuerdo pandémico propuesto pueden considerarse un compromiso significativo, en particular, a través de los desafíos que se plantean al régimen de propiedad intelectual imperante y a las configuraciones globales de investigación, desarrollo y producción de bienes y servicios. Esto debería ser visto como una oportunidad por parte de los gobiernos progresistas para impulsar alternativas al actual DPI y a formas de cooperación y colaboración Sur-Sur, que crearían capacidades a nivel regional y nacional para resistir mejor la dominación de las potencias coloniales formales.

Al evaluar la importancia de las negociaciones sobre la pandemia en relación con este conjunto más amplio de luchas, las condiciones para la aparición de la pandemia y las disposiciones para la prevención y la respuesta deben contextualizarse en relación con la economía política de la profundización de la desigualdad, las relaciones de poder asimétricas y la perpetuación del intercambio desigual, y los desafíos existenciales del calentamiento global.

El MSP hace un llamamiento a una movilización mundial de la sociedad civil en apoyo de los países en desarrollo que están presionando por un acuerdo significativo que haga que el mundo sea más seguro frente a futuras pandemias; que fortalecerá la geopolítica de un orden mundial multipolar; que contribuirá a corregir las relaciones de poder de intercambio desigual (e inseguridad económica); y que contribuirá a corregir la crisis ambiental contemporánea.

14.1 Labor de la OMS en situaciones de emergencia sanitaria

En el punto de mira

Extracto editado del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

Informes. En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de los informes sobre emergencias de salud pública: preparación y respuesta ([EB154/14](#), ahora revisado y presentado de nuevo como [A77/11](#)); el fortalecimiento de la arquitectura mundial para la preparación, la prevención y la respuesta ante emergencias sanitarias y la resiliencia ([EB154/15](#)); y las condiciones sanitarias en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental ([EB154/51](#), revisado y vuelto a presentar como [A77/12](#), aún no publicado).

La Asamblea examinará la labor de la OMS en situaciones de emergencia sanitaria ([A77/11](#)) y el informe sobre las condiciones sanitarias en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén Oriental ([A77/12](#), NYP).

UHPR. (Con información en [el documento EB154/15](#)), en [el documento EB154\(9\)](#) el Comité Ejecutivo propuso un proyecto de decisión de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el examen de la salud universal y la preparación. [En el documento A77/4](#) (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva en el documento EB154(9).

Gestión de riesgos de laboratorio. En [EB154\(10\)](#) (patrocinado por la UE y los EE.UU.), el Comité Ejecutivo propuso un proyecto de resolución de la Asamblea Mundial de la Salud para reforzar la gestión de riesgos biológicos en los laboratorios. [En el documento A77/4](#) (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva en el documento [EB154\(10\)](#).

Palestina. La Junta Directiva también adoptó la resolución [EB154. R7](#) sobre las condiciones de salud en el territorio palestino ocupado, que propuso que la Asamblea adoptara una resolución basada en [EBSS7. R1](#) de EBSS7 con tiempos de presentación de informes diferidos por un año. [En el documento A77/4](#) (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva en el [documento EB154. R7](#).

Riesgos naturales. La Junta también examinó el texto de un proyecto de resolución presentado por los Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la preparación para situaciones de emergencia sanitaria en caso de desastres derivados de peligros naturales ([EB154/CONF./2](#)). La Junta acordó que las consultas sobre el proyecto de resolución continuarían entre períodos de sesiones. Presumiblemente, una versión revisada de este documento de conf se publicará a su debido tiempo.

(Cabe señalar que este punto se refiere a la labor de la OMS en situaciones de emergencia, por lo que el debate sobre el conflicto en los territorios palestinos ocupados se centrará en el papel de la OMS en la prestación de asistencia humanitaria. El debate en el marco del punto 20 se centrará en las condiciones de salud en los Territorios Palestinos Ocupados, de manera más general).

Fondo

Véanse [los enlaces del Tracker](#) a informes anteriores sobre la labor de la OMS en situaciones de emergencia

Véanse [los enlaces de Tracker](#) a las discusiones anteriores de los órganos rectores sobre las condiciones de salud en los Territorios Palestinos Ocupados

[Ver Enlaces de Rastreadores](#) a informes anteriores sobre Palestina

Véanse también varias investigaciones de la OMS sobre la preparación para situaciones de emergencia realizadas por los Auditores Externos ([A77/22](#)) e Internos ([A77/33](#)).

Comentario del MSP

Véase [el comentario del MSP](#) en EB154 (enero de 2024)

Labor de la OMS en situaciones de emergencia sanitaria

En el documento [A77/11](#) se ofrece un resumen de la labor de la OMS:

- en todas las emergencias de grado 3 de la OMS,
- en emergencias humanitarias coordinadas por las Naciones Unidas, y
- en emergencias de salud pública de importancia internacional.,

[A77/11](#) también:

- proporciona un resumen de las tendencias y los desafíos mundiales con respecto a las emergencias sanitarias durante el período que abarca el informe, así como las perspectivas a corto y mediano plazo; y
- informes sobre el Sistema de Vigilancia de Ataques a la Atención de Salud en emergencias humanitarias complejas.

WHE está haciendo un trabajo excelente. Desgraciadamente, está muy infrafinanciada.

Examen de la salud universal y la preparación

En [EB154\(9\)](#), la Junta Directiva propone un proyecto de decisión de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la revisión de la salud universal y la preparación. En la decisión se tomaría nota de los resultados de los proyectos piloto, se pediría al Director General que siguiera desarrollando la fase piloto voluntaria del informe sobre la responsabilidad universal de la pobreza y que informara sobre las lecciones aprendidas.

(Para obtener más información sobre UHPR, consulte [la Nota conceptual de 2022 en A75/21](#) y otros documentos vinculados desde la [página web de UHPR](#)).

Comentario del MSP

Varias disposiciones del [RSI revisado \(2005\)](#) exigen que los Estados Partes establezcan las capacidades enumeradas en el Anexo 1.

En su resolución [WHA59.2](#) (2006), la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que emprendiera varias actividades "para apoyar el cumplimiento inmediato, con carácter voluntario, de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)".

El Comité de Examen del RSI, establecido después de la pandemia de gripe H1N1 de 2009, [llegó a la conclusión \(A64/10, párr. 23\)](#) de que "muchos Estados Partes carecen de capacidades básicas para detectar, evaluar y notificar posibles amenazas para la salud y no están en vías de cumplir sus obligaciones en materia de planes e infraestructuras antes de la fecha límite de 2012 especificada en el RSI".

La presión sobre los Estados partes delincuentes aumentó después del brote de ébola en África Occidental de 2014.

El MSP ha comentado en repetidas ocasiones que los "costos de oportunidad" para los países en desarrollo de invertir en el logro de las capacidades básicas del Anexo 1 son muy diferentes de los costos de oportunidad para los países ricos. En un país que se enfrenta al retraso en el crecimiento de los menores de cinco años o a una alta mortalidad materna, el costo de desviar recursos para lograr las capacidades básicas, en parte para proteger al mundo rico de las enfermedades que se considera que "surgen" en el Sur Global, puede ser muy alto, si se mide en términos de medidas diferidas sobre el retraso en el crecimiento o la mortalidad materna de los menores de cinco años.

La creciente presión sobre los Estados parte morosos se ha expresado en la presión para participar en "evaluaciones externas conjuntas (JEE)" y en 2019 en el establecimiento de la Junta de Monitoreo de la [Preparación Global con el apoyo de la](#) Fundación Gates y el Banco Mundial.

La dolorosa paradoja de la COVID fue que las "capacidades básicas", que habrían marcado una diferencia en la carga de morbilidad y mortalidad -solidaridad nacional e internacional- no están incluidas en el Anexo 1 del RSI.

La iniciativa UHPR es un mecanismo de revisión por pares controlado por los Estados miembros que ayuda a los países a revisar su preparación para emergencias, en el contexto de otras demandas de recursos nacionales. Debe ser apoyado.

Sin embargo, la solidaridad y la equidad nacional e internacional, como recursos clave frente a eventos de emergencia, permanecen en la lista de "cosas por hacer".

Gestión de riesgos de laboratorio biológico

[EB154\(10\)](#) propone que la Asamblea resuelva

- Instar a los Estados Miembros a que refuercen las protecciones nacionales relativas a la gestión de los riesgos de los laboratorios biológicos y a que "aumenten y garanticen la cooperación internacional, el desarrollo de instrumentos técnicos y el intercambio de información sobre laboratorios e incidentes",

y solicitar al Director General que:

- apoyar a los Estados miembros en la gestión de riesgos de laboratorio;
- desarrollar la capacidad de la Secretaría ... "incluyendo, pero no limitado a, convocar debates para proponer líneas de base basadas en el consenso para permitir la evaluación objetiva y la notificación de incidentes en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) de las instalaciones que trabajan con agentes microbiológicos mediante la identificación y promoción de las mejores prácticas..."
- para monitorear la evidencia y las tendencias
- promover la colaboración internacional, incluso con agentes no estatales (presumiblemente filantropías y empresas privadas);
- a fin de permitir un debate continuo entre los Estados Miembros y las organizaciones internacionales pertinentes o las partes interesadas sobre posibles propuestas adicionales para fortalecer la mitigación y la gestión de los riesgos de los laboratorios biológicos de manera integral

Comentario del MSP

[A74/18](#) (2021) proporcionó una revisión útil de la labor de la OMS en materia de bioseguridad de laboratorio y en torno a ella. Señaló que se han producido importantes avances técnicos desde que se aprobó la resolución [WHA58.29](#) (2005), en la que se establecía un mandato para esta labor.

La resolución propuesta, copatrocinada por la UE y los Estados Unidos, podría denominarse «Resolución de Wuhan», en particular la referencia que se hace en el artículo 1, apartado 6, al intercambio de información, que podría dirigirse a criticar a China en torno a la falta de transparencia sobre los orígenes de la COVID-19 y la alegación de que la COVID-1 surgió de la liberación en laboratorios.

No obstante, el proyecto de resolución es sensato y debe ser aprobado.

Desastre en Gaza

En la Resolución [EB154. R7](#) la Junta Directiva propone que la Asamblea adopte una resolución basada en el texto de la [EBSS7. R1](#) de [EBSS7](#), pero con un año de aplazamiento de los plazos de presentación de informes.

EBSS7 fue convocada (en diciembre de 2023) para considerar el desastre humanitario que se está desarrollando en la Franja de Gaza como consecuencia de la guerra de Israel contra Hamas después de la incursión del 7 de octubre. Las deliberaciones de EBSS7 se basaron en

el informe sobre la situación de los [programas de emergencia de la OMS](#) (actualizado por última vez el 10 de mayo de 2024). Vea [el conjunto completo de Informes de Situaciones de Emergencia](#). La discusión en EB154 fue informada por [EB154/51](#).

[EBSS7. R1](#) expresa su profunda preocupación por la grave situación en Gaza, describiendo la situación con cierto detalle y apreciando el trabajo de la OMS. En la resolución se pide que se apruebe sin trabas la ayuda humanitaria y que todas las partes cumplan con el derecho internacional. En la resolución se pide al Director General que informe a la Asamblea a través del Comité Ejecutivo y del SCHEPPR; coordinar con los donantes; evaluar las necesidades y seguir prestando asistencia técnica y material. Hace un llamamiento a la comunidad internacional para que garantice una financiación adecuada para las necesidades inmediatas y futuras. El informe solicitado al Director General en el OP5.a) debía haber sido examinado en esta Asamblea, pero el EB154. R7 propone que esto se difiera hasta WHA78.

Comentario del MSP

No está claro por qué el informe solicitado en EBSS7. R1 no se ha producido de acuerdo con los plazos originales. Sería comprensible que esto se debiera simplemente a que la OMS ha estado demasiado ocupada abordando el desastre humanitario en Gaza.

Sin embargo, la elaboración del informe solicitado podría haber desencadenado una profundización de la urgencia internacional en torno a la necesidad de un alto el fuego permanente, la ampliación de la respuesta humanitaria y la movilización de apoyo para la reconstrucción de la infraestructura y los servicios.

La situación descrita en EB154/51 (que data de enero de 2024) es realmente grave. Los informes actualizados de Situación de Emergencia confirman que ha empeorado desde entonces.

El MSP hace un llamamiento a los delegados a la Asamblea Mundial de la Salud para que se familiaricen con el desastre documentado en el documento EB154/51 y en los informes posteriores, y para que insten a sus ministros de salud a comprometerse con sus colegas de asuntos exteriores en una fuerte promoción intersectorial con miras a desplegar todas las palancas diplomáticas hacia un alto el fuego, el acceso humanitario y la movilización de apoyo para la recuperación y la reconstrucción. Ese impulso diplomático debe incluir el cese del suministro de armas y la acusación a la potencia ocupante de genocidio, depuración étnica y castigo colectivo.

"Peligros naturales"

EB154 examinó un proyecto de resolución presentado por un grupo de Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la preparación para emergencias sanitarias en caso de desastres derivados de "peligros naturales" ([EB154/CONF./2](#)).

La consideración de la Junta Ejecutiva se basó en [el documento EB154/15](#) ("Fortalecimiento de la arquitectura mundial para la preparación, la prevención y la respuesta y la resiliencia ante emergencias sanitarias"). De hecho, el documento EB154/15 no menciona los desastres

resultantes de "peligros naturales", pero en el párrafo 24 se analiza la necesidad de flexibilidad en el desarrollo, la adaptación y la alineación de las capacidades básicas a los diferentes tipos de amenazas y entornos.

No se llegó a un consenso y el proyecto de resolución se aplazó a la espera de nuevas consultas. El debate parece haberse centrado en las referencias a la sensibilidad al género y la edad en los párrafos 14, 8 y 4 del artículo 2.

Comentario del MSP

El término "peligros naturales" es desafortunado en el sentido de que parece descartar el papel del cambio climático en el aumento de la gravedad y la frecuencia de los fenómenos meteorológicos extremos. Sin embargo, el borrador deja claro que los fenómenos meteorológicos extremos asociados al calentamiento global están incluidos en su ámbito de aplicación.

En el párrafo 1 de la parte dispositiva se insta a los Estados Miembros a prepararse adecuadamente para los desastres de diversa índole, con una serie de sugerencias útiles. En el PO2 se pide al Director General que preste apoyo a los Estados Miembros y refuerce la capacidad de la Secretaría (incluido el Fondo para Imprevistos) y que informe al respecto en futuras reuniones.

El proyecto propone lo que sería una resolución sensata que podría reforzar útilmente la preparación y la respuesta a los "peligros naturales". Sin embargo, podría haber sido más útil que los patrocinadores de esta resolución se comprometieran más estrechamente con la cuestión planteada en el párrafo 24 de la EB154/15, a saber, la adaptación y la alineación de las capacidades básicas a los diferentes tipos de amenazas y a los diferentes entornos.

Es desconcertante que algunos Estados miembros parezcan creer que la respuesta a las catástrofes no debe tener en cuenta el género y la edad.

14.2 Aplicación de la Resolución WHA75.11 (Guerra Rusia-Ucrania)

Contenido

- [En el punto de mira](#)
- [Fondo](#)
- [Comentario del MSP](#)
- [Notas de discusión](#)

En el punto de mira

[A77/13](#) (revisión de [EB154/16](#))

Fondo

[El rastreador enlaza con discusiones anteriores sobre WHA75.11 \(guerra en Ucrania\)](#)

Comentario del MSP

El MSP acoge con beneplácito la información detallada sobre el sistema de salud de Ucrania recopilada por el Sistema de Monitoreo de Recursos y Servicios de Salud (párr. 3), como una buena base para los planes de apoyo al sector de la salud a largo plazo. El hecho de que la OMS haya colaborado sistemáticamente con el Ministerio de Salud de Ucrania para apoyar los servicios existentes también significa que se encuentran en una buena posición para trabajar juntos en un plan a más largo plazo y considerar cómo se puede fortalecer la atención de atención primaria en particular. La transición hacia el desarrollo sostenible sigue siendo una perspectiva de futuro. Será necesario incorporar elementos sostenibles en el sistema cuando sea posible; por ejemplo, si bien es apropiado abastecer a los generadores a corto plazo, los establecimientos de salud (párrafo 3) podrían formar parte del plan nacional de energía renovable en Ucrania.

En el [documento A76/12](#) se mencionaba que "la OMS está manteniendo conversaciones con el Ministerio de Salud de Ucrania y el Servicio Nacional de Salud (el mecanismo de pagador único para los servicios de salud) sobre la revisión del Programa de Garantías Médicas, que especifica los paquetes nacionales de servicios de salud, para garantizar que los paquetes respondan y reflejen las necesidades sanitarias prioritarias actuales en el contexto de emergencia y fuera de él". [En el documento A77/13](#) no se informa sobre la evolución de estas conversaciones ni sobre 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 fue relativamente alta en comparación con otros países europeos (alrededor de seis muertes por cada 1000

nacidos vivos). La cobertura de vacunación no cumplió con los objetivos de la OMS. Si bien el conflicto ha supuesto un reto para la atención primaria, si la atención prestada por la OMS a la preparación para los brotes, el apoyo al programa nacional de inmunización y la formación de los trabajadores de la atención primaria de la salud pueden integrarse en un sistema con un fuerte componente de atención primaria de la salud en el futuro, esto debería ayudar a mejorar estas cifras.

En [WHA75.11](#), la Asamblea tomó nota de que el Comité Regional de la OMS para Europa, en su sesión especial del 10 de mayo de 2022, había adoptado una resolución en la que se 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 solución pacífica del conflicto entre la Federación de Rusia y Ucrania". Esto sería un paso atrás para las personas que viven en esas zonas. [En el documento A77/13](#) no se informa sobre los resultados del examen de esta propuesta por el Director Regional.

En una reciente reunión de la Junta Ejecutiva se expresó su frustración por el costo de acoger a los refugiados ucranianos. En este caso, los llamamientos a "compartir la carga" apuntan a los desafíos más amplios a los que se enfrentan las personas desesperadas que buscan refugio de los conflictos, la pobreza y la sequía. Consulte [EB152/36](#) para obtener más detalles. Se espera que en 2025 se publique un informe sobre la aplicación del Plan de [Acción Mundial](#) para la Promoción de la Salud de los Refugiados y los Migrantes, recientemente ampliado.

14.3 Iniciativa Mundial para la Salud y la Paz

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG (A77/4):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre la Iniciativa Mundial para la Salud y la Paz ([EB154/17](#)). También adoptó la decisión [EB154\(11\)](#), en la que recomendó a la Asamblea de la Salud un proyecto de resolución que, entre otras cosas, mantuviera el apoyo a la recopilación de pruebas, la comunicación y el diálogo como parte del proceso consultivo para fortalecer la Hoja de Ruta de la Iniciativa Mundial de Salud y Paz y la presentación de un informe sobre la situación de la Hoja de Ruta a la Asamblea de la Salud en 2029. En los debates, los miembros de la Junta hicieron hincapié en la importancia de proteger la infraestructura de atención de la salud y a los trabajadores en las zonas afectadas por conflictos.

En el documento A77/4 (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva en el documento EB154(11).

Comentario del MSP

Visión general

La Iniciativa Mundial para la Salud y la Paz (GHPI, por sus siglas en inglés) se pone en práctica a nivel nacional a través de dos principios clave que definen la iniciativa. Los dos principios son: "sensibilidad al conflicto" (no hacer daño) y "capacidad de respuesta a la paz" (contribuir a fortalecer las condiciones para la paz, en particular, la cohesión social y la confianza). La Iniciativa avanzará a través de seis líneas de trabajo, comenzando con "Generación de evidencia a través de la investigación y el análisis". Véase [el proyecto de hoja de ruta](#) para el análisis de los dos principios y las seis líneas de trabajo.

A petición de la Asamblea de la Salud en mayo de 2023, la Secretaría ha llevado a cabo amplias consultas desde entonces. EB154/17 informa sobre los principales mensajes de las distintas reuniones de consulta. Parece que las respuestas han variado de entusiastas a cautelosas (si no escépticas). Parece probable que algunas de las cuestiones planteadas en las consultas vuelvan a presentarse en la Junta Ejecutiva en enero.

Tras la consulta a los Estados miembros de septiembre de 2023, se anunció un documento de referencia (apartado 4), que se compartió con las ANS en enero de 2024, y se espera un manual (apartado 19) para 2024. Sin embargo, en el documento de antecedentes es necesario tener cuidado con el contexto y el análisis de riesgos, que incluyen el análisis de la paz y los conflictos, para fundamentar las decisiones correctas.

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 implementadas en los últimos meses como parte de la implementación del GPPI.

Apreciación

El MSP acoge con beneplácito la iniciativa Salud Mundial para la Paz. Es obvio que, en la medida de lo posible, los programas y servicios de la OMS a nivel nacional deben tener en cuenta los conflictos y responder a la paz (de acuerdo con los significados explicados en EB154/17). La labor emprendida hasta la fecha y prefigurada a través de las seis líneas de trabajo parece estar bien encaminada al desarrollo y la aplicación de la Iniciativa.

El MSP aprecia el énfasis en la generación de evidencia a través de la investigación y el análisis, incluido el análisis de estudios de casos. En el sitio web de la OMS se pueden encontrar varios estudios de casos. El análisis continuo de los casos conducirá a principios y directrices más claros. Esta investigación y análisis también generará información útil sobre los factores que impulsan el conflicto y la paz en diferentes entornos.

El acceso desigual a instalaciones básicas como servicios de salud, instalaciones educativas, esfuerzos de desarrollo, oportunidades económicas, oportunidades de empleo, servicios tecnológicos, falta de agua potable, electricidad, lleva a las personas a la ira y puede conducir a conflictos. La pobreza, los desplazamientos forzados, la marginación, la estigmatización, la exclusión, la injusticia, la inseguridad, las cuestiones 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 los grupos armados de la comunidad y los miembros de la comunidad, la incitación al odio, la desconfianza, la inseguridad alimentaria y los problemas relacionados con el clima, como la escasez de agua para la agricultura, también contribuyen a los conflictos en entornos frágiles y vulnerables.

Si bien la Iniciativa Mundial para la Salud y la Paz parece estar dirigida principalmente a informar la labor de la OMS en situaciones de conflicto, los principios deberían incorporarse a la capacitación del personal sanitario en general. Incluso cuando no hay un conflicto manifiesto, hay divisiones dentro de las comunidades en las que la sensibilidad al conflicto (no hacer daño) y la capacidad de respuesta a la paz (fomento de la cohesión social y la confianza) pueden contribuir al bienestar y la salud.

El MSP agradece el párrafo 31 de la hoja de ruta:

Como tal, la Iniciativa Mundial para la Salud y la 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 fortalecer la cohesión social, la resiliencia o la confianza a petición y 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 positivos en materia de salud y la cobertura sanitaria universal.

Gran parte de la labor de la OMS durante la pandemia de Covid incorporó la esencia de la "capacidad de respuesta a la paz", aunque no se etiquetó como tal.

Sin embargo, es evidente que existen limitaciones a lo que se puede lograr a través del GPI, como se evidenció durante EBSS7, que exploró la devastadora situación en Gaza.

Riesgo de titulización

Si bien el MSP acoge con gran satisfacción esta iniciativa, se debe tener cuidado para garantizar que el enfoque en la paz no se titulice en interés de los actores externos.

El concepto de titulización en este caso puede ilustrarse con la intimidación de los países ricos a los países ricos en torno a las capacidades básicas del RSI: insistiendo en el desvío de fondos para cumplir con los estándares de capacidad básica -como bienes públicos- esencialmente para garantizar la seguridad de los países ricos (que tenían los recursos para alcanzar los estándares de capacidad básica). Véase [el comentario del MSP sobre el punto 12.4 en la WHA70](#) para más detalles.

El enfoque de la Iniciativa a nivel nacional ayudará a garantizar la autonomía nacional, y los representantes de la OMS podrán apoyar a los ministerios nacionales de salud, incluso contra la influencia internacional indebida y la posible securitización de la salud en situaciones de conflicto.

Sin embargo, los programas de paz no deben entenderse como contenidos en un solo país. La mayoría de los conflictos en los que interviene la OMS son internacionales, y las quejas relacionadas con la exclusión o la discriminación podrían estar claramente relacionadas con cuestiones internacionales. La atención prestada a la prestación equitativa de servicios como medio de promover la paz es bienvenida y debe aplicarse tanto a nivel internacional como nacional.

Proyecto de resolución en EB154(11)

El proyecto de resolución que figura en [el artículo EB154\(11\)](#) recuerda varios documentos importantes y reafirma principios importantes. A continuación, pide al Director General que siga trabajando en la hoja de ruta de la Iniciativa de Salud Mundial para la Paz y que vuelva a la Asamblea dentro de cinco años para informar sobre el "estado de la hoja de ruta con vistas a una posible hoja de ruta reforzada y consensuada".

El [registro del debate en EB154](#) no explica la demora de cinco años ni la referencia a una Hoja de Ruta "posible y consensuada". El único orador en la EB154 que expresó reservas sobre la Iniciativa fue China.

El MSP insta a la Asamblea a que apruebe la resolución.

14.4 Poliomiélitis: erradicación, planificación de la transición, posterior a la certificación

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

Erradicación de la poliomiélitis

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre la erradicación de la poliomiélitis ([EB154/18](#)). En los debates, los miembros de la Junta destacaron la necesidad de una vigilancia sólida y de medidas específicas para llegar a todos los niños que reciben dosis cero en zonas críticas.

Planificación de la transición a la poliomiélitis y posterior a la certificación de la poliomiélitis

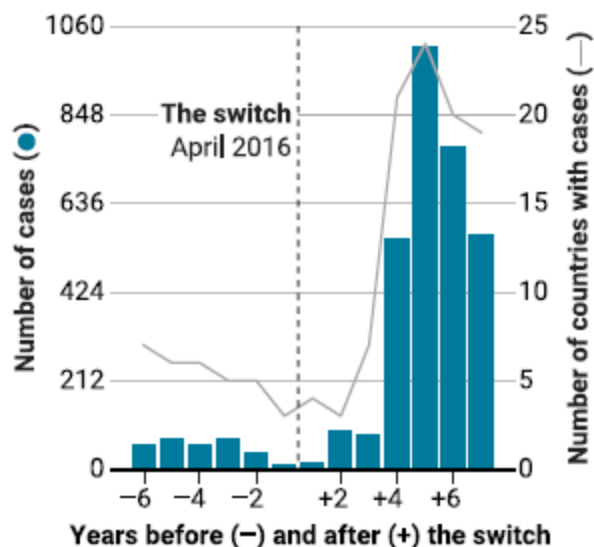
El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre la planificación de la transición a la poliomiélitis y la certificación posterior a la poliomiélitis ([EB154/19](#)). En los debates, los miembros de la Junta destacaron la importancia de adoptar las medidas necesarias para prepararse para un mundo libre de poliomiélitis, incluido el fortalecimiento de la inmunización, la vigilancia, la preparación y respuesta ante brotes epidémicos y la contención del poliovirus.

Fondo

[El rastreador enlaza](#) con discusiones previas sobre la poliomiélitis. Véase el resumen del debate de la EB en [PSR10 de EB154](#).

Véase la declaración de la OMS tras la trigésima octava reunión del Comité de Emergencia del RSI para la poliomiélitis (8 de abril de 2024) [aquí](#).

Véase también: [Roberts, L. \(2024\)](#). "El 'fracaso rotundo' en la política de vacunación contra la poliomiélitis dejó a miles de niños paralizados". *Ciencia* 384(6696): 609-610. El siguiente gráfico de Roberts (2024) demuestra el aumento del número de casos y países afectados por la parálisis de la poliomiélitis de tipo 2 derivada de la vacuna tras la eliminación de la vacuna oral trivalente contra la poliomiélitis.



*Years range from 1 May to 30 April.

Véase también el documento de la GPEI, «Circulating vaccine-derived polioviruses Global update: A new approach to control cVDPV2», agosto de 2020, [aquí](#).

Comentario del MSP

Erradicación de la poliomielitis

El informe que figura en [el documento EB154/18](#) expone la situación actual y las respuestas actuales a nivel nacional y mundial. Hay que felicitar a la OMS, a sus asociados y al personal de todos los niveles por su buena labor.

El informe describe la situación de la transmisión de polívacas silvestres en los países endémicos e informa que las recomendaciones (de la [reunión de junio de 2023](#) del Grupo Asesor Técnico para Pakistán y Afganistán) dirigidas a abordar la inmunidad subnacional y las brechas de vigilancia ya se están implementando. Estos incluyen un enfoque en las visitas casa por casa, la inmunización de recuperación, Es desconcertante que no se mencione la Iniciativa Mundial de Salud y Paz de la OMS (sensibilidad a los conflictos y capacidad de respuesta a la paz) en EB154/18.

En el informe se describen brotes en regiones no endémicas, incluida la poliomielitis derivada de la vacuna. En él se describía el uso más amplio de la nueva OPV2 y la concesión de licencias completas y la precalificación de la vacuna y la mitigación de las limitaciones del volumen de producción.

Entre otras iniciativas de las que se ha informado figuran la creación de capacidad específica en materia de género y la continuación de la labor para integrar la vacunación contra la poliomielitis en las campañas generales de inmunización.

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

Para un análisis más extenso, véase [el comentario del MSP sobre la erradicación de la poliomielitis en EB152 \(2023\)](#)

Transición a la poliomielitis y certificación posterior a la poliomielitis

[En el documento EB154/19](#) se resume el marco estratégico para la transición a la poliomielitis después de 2023, incluida la continuación de la labor sobre la estrategia posterior a la certificación de la poliomielitis, incluida la notificación y la regulación de la contención y la elaboración de criterios para verificar la eliminación.

El marco estratégico posterior a 2023 para la transición a la poliomielitis comprende una visión mundial (descrita con más detalle en el documento 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 costos de las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis desempeñadas por las oficinas regionales y nacionales de la OMS se han integrado en el segmento básico del presupuesto por programas para 2022-23 y el programa ordinario para 2024-25. La transferencia de recursos del programa contra la poliomielitis al segmento básico del Programa de Poliomielitis ha ido acompañada de una reducción progresiva de la dotación de personal del programa contra la poliomielitis (puestos apoyados por la GPEI).

Para un análisis más extenso, véase el [comentario del MSP sobre la transición a la poliomielitis en EB152 \(2023\)](#)

18 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus de la viruela

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre la erradicación de la viruela: destrucción de las existencias de virus de la viruela ([EB154/20](#)). En los debates, los miembros de la Junta sugirieron que la Secretaría siguiera compartiendo información sobre el estado del virus de la viruela y velara por que se realizaran inspecciones periódicas de los laboratorios de los centros colaboradores de la OMS. Acogieron con beneplácito la información proporcionada sobre la situación del brote multinacional de viruela símica para el que se habían adoptado medidas contra la viruela en muchos países. Antes de la septuagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud, se invitó a los Estados Miembros a que examinaran la posibilidad de continuar la investigación sobre los ortopoxvirus y la viruela, y de qué manera.

Fondo

[El rastreador enlaza](#) con discusiones previas sobre la viruela y la viruela símica.

Véase también [A77/8 Add.3: Informe del Comité de Examen relativo a las recomendaciones permanentes sobre la viruela símica](#)

Comentario del MSP

Visión general

El MSP ha pedido en repetidas ocasiones la destrucción final de las existencias restantes del virus de la variola, pero como se relata en el párrafo 1 de [la 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), la Comisión Consultiva

- Juzga que no existe la necesidad de retener el virus vivo de la viruela para el desarrollo de vacunas contra la viruela más seguras más allá de los estudios ya aprobados
- está en conflicto en cuanto a si la retención del virus vivo de la viruela sigue siendo necesaria para el desarrollo de pruebas diagnósticas esenciales para la salud pública; y
- Juzga que el virus vivo de la viruela todavía era necesario para el desarrollo posterior de agentes antivirales contra la viruela.

Véase el acta del debate en [la WHA72 \(B7\)](#) para una explicación de las posiciones de los países sobre la destrucción de las existencias restantes del virus de la variola.

El presente informe (EB154/20):

- resume las conclusiones y recomendaciones de las recientes reuniones del Comité Asesor sobre la Investigación del Virus de la Variola; Estos se refieren a diagnósticos, vacunas y terapias;
- proporciona información actualizada sobre las inspecciones bienales de bioseguridad y bioseguridad de los dos repositorios autorizados de virus de la viruela (en Rusia y los Estados Unidos);
- proporciona información actualizada sobre las recomendaciones de la OMS sobre la inmunización contra la viruela y sobre las reservas de vacunas de la OMS;
- Respuesta de la OMS al brote multinacional de viruela símica desde 2022.

Cuestiones

Viruela sintética

La Comisión Consultiva ha recomendado que las secuencias genómicas pasen a ser de dominio público. La Secretaría señala que "los avances en la biología sintética y la tecnología de reconstrucción del genoma pueden aportar tanto beneficios como riesgos para la preparación contra la viruela" y subraya la importancia de que los Estados Miembros apliquen las directrices recomendadas por la OMS en la legislación nacional.

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

Seguridad en los dos repositorios autorizados

Los equipos de inspección siguen sugiriendo formas de mejorar las instalaciones, los protocolos y las prácticas. Estos repositorios no están exentos de riesgos y sus mecanismos de gestión de riesgos están abiertos a mejoras continuas.

Existencias y protocolos de vacunas

Las reservas de vacunas en poder de la OMS y los Estados Miembros van desde vacunas basadas en el virus vaccinia derivadas de la linfa hasta vacunas de cuarta generación recientemente desarrolladas basadas en el virus vaccinia de las que se han eliminado genes de virulencia. No está claro que, en caso de un brote de viruela, las existencias de vacunas sean suficientes, todas tengan una eficacia y seguridad comparables, se distribuyan equitativamente y se distribuyan de manera eficiente y adecuada.

Viruela símica

Se describe el desarrollo y la respuesta a la emergencia de la viruela símica; "El panorama sigue siendo preocupante".

La página temática de la OMS sobre la viruela símica aconseja:

Después de 1970, la viruela símica 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 silvestres importados (clado II). Desde 2005, cada año se notifican miles de casos sospechosos en la República Democrática del Congo. En 2017, la viruela símica resurgió en Nigeria y continúa propagándose entre personas de todo el país y entre viajeros a otros destinos. Los datos sobre los casos notificados hasta 2021 están disponibles [aquí](#).

En mayo de 2022, un brote de viruela símica apareció repentina y rápidamente se extendió por Europa, las Américas y luego por las seis regiones de la OMS, con 110 países notificando unos 87 mil casos y 112 muertes. El brote mundial ha afectado principalmente (pero no sólo) a hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y se ha propagado de persona a persona a través de redes sexuales. Más información sobre el brote mundial está disponible [aquí](#) con datos detallados del brote [aquí](#);

La viruela símica es endémica en la República Democrática del Congo desde 2005 y en Nigeria desde 2017, pero solo un mes después del brote mundial de mayo de 2022 se declaró emergencia de salud pública de importancia internacional (junio de 2022).

La Secretaría ha expresado especial preocupación por las interacciones entre el SIDA y la viruela símica debido a los efectos inmunosupresores de la primera. En su quinto y último informe, el Comité de Emergencia dijo:

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 de persona a persona, así como para mitigar las transmisiones zoonóticas, cuando sea posible. Se reiteró que la integración de la prevención, la preparación y la respuesta a la viruela símica en los programas nacionales de vigilancia y control, en particular para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, era un elemento importante de esta transición a más largo plazo. En particular, el Comité observó que los avances en el control del brote multinacional de viruela símica se habían logrado en gran medida sin apoyo financiero externo y que era poco probable que se lograra el control y la eliminación a más largo plazo a menos que se proporcionara ese apoyo.

[EB154/20](#) señala que "la financiación para la respuesta a la viruela símica sigue siendo extremadamente limitada".

La declaración de emergencia finalizó en mayo de 2023 y se nombró un comité de revisión en el marco del RSI, que recomendó que el Director General emitiera una serie de recomendaciones permanentes para la viruela símica. Véase [A77/8 Add.3: Informe del Comité de Examen relativo a las recomendaciones permanentes sobre la viruela símica](#)

15.1 Determinantes sociales de la salud

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre los progresos realizados en el Informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en salud ([EB154/21](#)). En los debates, los miembros de la Junta señalaron a la atención varias iniciativas prometedoras para abordar los determinantes sociales de la salud, al tiempo que expresaron su preocupación por la lentitud con que se avanzaba en la aplicación de las recomendaciones de 2008 de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Proporcionaron orientación para la finalización del próximo informe mundial.

Fondo

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

El MSP insta a la Secretaría a que considere el uso de la expresión "determinación social de la salud" en lugar de "determinantes sociales de la salud". El concepto de "determinación social de la salud" centra nuestra atención en las estructuras, fuerzas, procesos y dinámicas que dan forma a las condiciones en las que crecemos, aprendemos, jugamos, trabajamos y envejecemos. Este uso contrasta con el uso común de "determinantes sociales", que centra la atención en las características predominantes de nuestro entorno social que dan forma a la salud de las personas sin prestar atención sistemática a los procesos sociales, políticos y económicos que reproducen esas características.

Comentario del MSP

Apreciación

El MSP 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 los Determinantes Sociales de la Salud y hubo momentos en que parecía que todo el proyecto había sido archivado.

El MSP también agradece a los Estados miembros que han insistido en que se avance en la acción en torno a los impulsores de la inequidad en salud y a los que han contribuido con recursos para apoyar este trabajo. El MSP también aprecia 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 de salud.

Los datos resumidos en EB154/21 son confrontativos; tanto los niveles de inequidad como el lento progreso en la corrección de las desigualdades en salud desde 2008. Es de esperar que

los resultados y análisis más detallados arrojen nueva luz sobre los desafíos más apremiantes, las causas y las prioridades.

El documento EB154/21 reflexiona sobre la (falta de) progresos desde el Informe de la Comisión de 2008. Afirma que "se ha avanzado en la consecución de los tres objetivos, pero las tasas actuales de mejora son insuficientes para alcanzar los objetivos en 2040. La desigualdad persiste entre los países, y dentro de los países, donde se dispone de datos, las tendencias suelen ser desconcertantes. Los subgrupos de población desfavorecidos, como los que tienen un nivel socioeconómico y un nivel educativo más bajos y los afectados por la discriminación racial, experimentan vidas más cortas y menos saludables". Concluye que "no se ha prestado suficiente atención ni se han tomado medidas sobre los determinantes estructurales clave, como los sistemas económicos desiguales, la discriminación estructural, incluido el racismo y la desigualdad de género interseccionales, y la débil infraestructura social". Llega a la conclusión de que "los esfuerzos para reducir las desigualdades en materia de salud a menudo se han centrado exclusivamente en los esfuerzos necesarios para una prestación de servicios de salud más justa", pero se han realizado menos esfuerzos en la promoción y la colaboración intersectoriales.

El documento EB154/21 señala el impacto de múltiples crisis interrelacionadas (clima, Covid, conflictos, costo de vida) y señala importantes transiciones sociales y técnicas que parecen exacerbar las desigualdades en salud.

El documento EB154/21 prefigura 14 recomendaciones específicas que abordan cuatro objetivos generales. Los objetivos de estas recomendaciones son:

- "abordar los efectos en la salud de las jerarquías de poder y la distribución de recursos; abordar los sistemas y las políticas que impulsan la discriminación estructural, incluida la intersección del racismo y la desigualdad de género; y la reconstrucción de infraestructuras sociales débiles para mejorar las condiciones de vida y de trabajo y fortalecer la conexión social" y
- proporcionar puntos de partida para que "el sector de la salud 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 formularse al evaluar estas recomendaciones se refieren a la teoría subyacente del cambio que ha informado su desarrollo.

- ¿Quiénes son los agentes cuya práctica cambiará debido a este informe?
- ¿Cuáles son los impulsores fundamentales de la desigualdad, la discriminación, la austeridad y la alienación, y cómo se relacionan estas recomendaciones con esos impulsores fundamentales?
- ¿Por qué las recomendaciones facilitarían la adopción de políticas de equidad y la implementación de programas de equidad? ¿Cuáles fueron los obstáculos a los que se opusieron esas políticas y programas en el pasado (incluido el informe de 2008 de la Comisión) y cómo contribuirá este informe a superar esos obstáculos?

Estrategia

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

- la articulación de una serie de políticas en favor de la equidad, con el visto bueno de la OMS, que son pertinentes para los debates internacionales y nacionales en torno a las políticas y programas sociales y económicos;
- el énfasis en la participación comunitaria y social en los procesos de formulación de políticas y en la creación de condiciones que maximicen las capacidades de la sociedad civil independiente e inclusiva para abordar los determinantes sociales de la equidad en salud; y
- reforzar la atención prestada a los determinantes sociales en los sistemas de salud y las plataformas de políticas; y el desarrollo de la capacidad humana en los ámbitos de la salud, la protección social, la educación, el trabajo, los gobiernos locales y las organizaciones de servicios a fin de intensificar los esfuerzos intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la equidad en salud
- el énfasis en la medición, investigación y publicación de los diversos indicadores de inequidad en salud, discriminación y servicios humanos deficientes;

El Informe Mundial como intervención en la formulación de políticas mundiales

EB154/21 sugiere que el Informe Mundial adoptará una posición progresista (a favor de la equidad) en una serie de temas que son muy controvertidos en el debate político mundial. Se trata de una intervención directa en la formulación de políticas mundiales y, dado que está dotada de la autoridad de la OMS, es una intervención importante.

La articulación autorizada de tales posiciones políticas proporciona una influencia que puede ser ejercida por los defensores de la equidad en salud.

Entre los ejemplos de estas posiciones políticas a favor de la equidad se encuentran:

- Utilización de la tributación progresiva y las transferencias de ingresos para promover la equidad y ampliar el espacio fiscal nacional para los servicios públicos universales;
- Proporcionar financiación pública adecuada para la infraestructura y la prestación de servicios en los sistemas de salud, educación, transporte, vivienda, agua, saneamiento y alimentación;
- Poniendo de relieve el concepto de determinantes comerciales de la salud y la necesidad de reglamentación para aumentar al máximo la capacidad de promoción 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»;
- Fortalecer las consideraciones de equidad en salud en los procesos comerciales mundiales y regionales;

- Destacando la importancia del espacio fiscal para la inversión pública en favor de la equidad en ámbitos como el alivio de la deuda, la financiación para el desarrollo y la cooperación internacional en materia de tributación;
- Lograr la cobertura sanitaria universal mediante enfoques progresivos de financiación de la salud y atención primaria de la salud; Reducir al mínimo los gastos de bolsillo y financiar los servicios de salud con recursos públicos mancomunados;
- Destacar la necesidad de abordar y proteger los determinantes sociales de la equidad en salud en situaciones de emergencia, migración y conflictos; garantizar el derecho de las personas desplazadas a acceder a los servicios sociales y de salud.

Informe Mundial como intervención en la formulación de políticas nacionales

Del mismo modo, el informe adoptará una posición progresista (a favor de la equidad) en una serie de cuestiones que son muy controvertidas en el debate de política 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 políticas nacionales y es importante porque despliega la autoridad de la OMS. Algunos ejemplos de posiciones políticas favorables a la equidad son:

- Velar por que la planificación urbana, rural y territorial, el transporte y las inversiones en vivienda se basen en enfoques que garanticen que la vivienda y los entornos construidos sean saludables y accesibles;
- Destacar la importancia de las "comunidades amigas de las personas mayores" en la lucha contra el aislamiento social y la soledad;
- Destacando la importancia de la protección social universal;
- Extender los derechos básicos de empleo a los trabajadores precarios e informales;
- Reconocer y reparar la discriminación, incluidas las relacionadas con el género, la raza y la discapacidad, y abordar los impactos de la colonización, y reconocer la indigeneidad como un determinante de la salud y la equidad en salud;
- Articular los beneficios de la acción sobre el cambio climático, la biodiversidad y la seguridad alimentaria en materia de equidad sanitaria;
- Fortalecer el apoyo a las comunidades indígenas en su administración de la tierra y los recursos naturales;
- Destacando la importancia de dirigir la transformación digital en favor de la equidad sanitaria y el bien público;
- Lograr la cobertura sanitaria universal mediante enfoques progresivos de financiación de la salud y atención primaria de la salud; Minimizar los gastos de bolsillo y financiar los servicios de salud con recursos públicos mancomunados.

Documentación y análisis inadecuados de los factores fundamentales de la inequidad, la discriminación, la austeridad y la alienación

Del resumen de EB154/21 se desprende que, a pesar de las referencias ocasionales, el Informe no proporcionará una documentación y un análisis completos de los factores

fundamentales de la inequidad, la discriminación, la austeridad y la alienación. Entre ellas se encuentran:

- la evaporación del empleo decente asociado a la liberalización del comercio, el desarrollo tecnológico y el surgimiento de grandes corporaciones, asentadas a horcajadas en las cadenas globales de valor, con el poder de extorsionar a los países para obtener diversas concesiones como condición para la inversión extranjera;
- el impacto en los pequeños agricultores de la protección y las subvenciones de la agricultura del Norte y el poder de la agroindustria gigante en las cadenas de valor alimentarias mundiales (incluida la distinción entre seguridad alimentaria y soberanía alimentaria, que tiene implicaciones clave para el comercio agrícola);
- el impacto de la liberalización financiera en la capacidad de los gobiernos nacionales para gestionar sus propias economías, incluida la fiscalidad progresiva y un espacio fiscal adecuado para el desarrollo social;
- la feroz oposición de las corporaciones a la regulación que haría que sus actividades fueran menos dañinas, invirtiendo enormes cantidades de dinero en cabildeo e influir en las agendas gubernamentales; influir a través de la filantropía corporativa, estrategias de responsabilidad social corporativa que pueden desviar la atención de sus impactos negativos en la salud y la sociedad, y de la dominación ideológica y la acumulación de poder económico;
- el impacto económico, político y cultural de las fuerzas neocoloniales en las antiguas colonias o en las naciones menos poderosas, a través de mecanismos como la dominación económica y la dependencia de la deuda, los desequilibrios comerciales y las leyes de propiedad intelectual, la influencia política en la gobernanza local, el imperialismo cultural occidental, el control de datos y tecnología, y la explotación ambiental;
- la perpetuación y el clímax de la guerra y el conflicto debido al impacto de los intereses económicos y geopolíticos, promovidos también por las alianzas intergubernamentales;
- la propiedad de las nuevas tecnologías digitales y herramientas tecnológicas por parte de unas pocas empresas privadas, lo que da lugar a prácticas monopolísticas que priorizan el beneficio por encima del interés público, la privacidad de los datos, los problemas de seguridad y los problemas de censura; el capitalismo de vigilancia erosiona la autonomía personal, las libertades civiles y el progreso social, aumentando la influencia que ejercen las empresas en las políticas públicas debido a su importante capital económico e informativo y al imperialismo digital;
- 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;
- el vínculo histórico y persistente entre los sistemas económicos explotadores y otros sistemas de opresión, como el patriarcado, la supremacía blanca y el capacitismo;
- el impacto del sistema económico en la cultura y las relaciones humanas a través del fomento del individualismo, la desconfianza, la pasividad y el consumismo, la erosión de los espacios públicos y la mercantilización y fragmentación del tiempo.

El hecho de que no se documenten y analicen plenamente estos factores debilita la plataforma de políticas que se está promoviendo a través del Informe Mundial y disminuye la influencia disponible para los diversos grupos que abogan por la reforma de las políticas en este espacio.

Documentación y análisis inadecuados de los obstáculos para la adopción de políticas en favor de la equidad

Del resumen de la EB154/21 se desprende que, a pesar de las referencias ocasionales, el Informe no proporcionará una documentación y un análisis completos de los obstáculos para la adopción de políticas a favor de la equidad y la implementación de programas a favor de la equidad. Entre ellas se encuentran:

- el poder del "sentimiento de mercado" (la voz del capital internacional) sobre los gobiernos electos en relación con los impuestos, el gasto público, la privatización, la comercialización y la mercantilización de los servicios humanos, incluida la atención sanitaria;
- el impacto de la política monetaria y la puerta giratoria (entre las empresas y el gobierno) en la formulación de políticas, facilitando la formulación de políticas públicas para servir al interés privado;
- el papel del Banco Mundial y organismos similares en la promoción de políticas económicas neoliberales (a pesar de sus brillantes informes que pretenden resolver todos los posibles desafíos sociales y económicos);
- 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 las vulnerabilidades monetarias;
- las limitaciones a la formulación de políticas nacionales que se han incorporado en la red mundial de acuerdos multilaterales y plurilaterales de comercio e inversión.

El hecho de que no se documenten y analicen plenamente los obstáculos a la aplicación de políticas en favor de la equidad debilita el liderazgo político que se debe proporcionar a través del Informe Mundial y disminuye la influencia disponible para los diversos grupos que abogan por la reforma de las políticas en este ámbito.

La falta de un análisis crítico en profundidad del contexto histórico actual puede aumentar el riesgo de introducir recomendaciones sesgadas para la promoción de la equidad en salud. Un ejemplo relevante en EB154/21 es la recomendación de legislar y regular las actividades comerciales y del sector privado, que repetidamente ha fracasado en producir resultados sostenibles hacia la equidad en salud global.

Construir los grupos de apoyo que pueden ejercer presión política en la formulación de políticas nacionales y el debate político internacional

Del documento EB154/21 se desprende que la estrategia en la que se basa el Informe Mundial, en lo que respecta a impulsar el cambio, se basará en tres grupos principales: medición e investigación; la sociedad civil en favor de la equidad; sistemas y personal de salud.

La circunscripción de medición, investigación y publicación

La unidad de medición, investigación y publicación incluye a los investigadores de equidad en salud (epidemiología, ciencias sociales, estudios de políticas, etc.) y a las agencias de monitoreo de programas e informes estadísticos.

En el Informe Mundial se subrayará la importancia de seguir vigilando la equidad en salud y de seguir investigando las tendencias y pautas de la equidad en salud (incluidos los factores que impulsan la desigualdad y los obstáculos a la acción política).

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

Sin embargo, también es necesario reconocer cómo y por qué tales esfuerzos han tenido resultados limitados en el pasado. Estas razones incluyen:

- La comercialización y mercantilización general de la investigación, que erosiona la libertad académica, la ética y los valores, socava la calidad de la evidencia producida sobre los indicadores cuantitativos de éxito académico, así como deteriora las condiciones de trabajo de académicos e investigadores;
- Intereses políticos y económicos de los que dependen las instituciones académicas y la investigación y que pueden resistir o socavar los esfuerzos de investigación que ponen de relieve las desigualdades sistémicas en salud;
- La financiación insuficiente de la investigación crítica sobre la equidad en salud en comparación con otras áreas de la investigación médica y de salud pública que pueden adoptar una perspectiva menos crítica o pueden ser más rentables, lo que limita el alcance y la escala de los estudios, así como la capacidad de mantener iniciativas de investigación a largo plazo;
- La explotación de la mano de obra investigadora por parte de instituciones y empresas, creando condiciones laborales precarias;
- Problemas de autoría en el campo de la investigación académica global en equidad en salud, caracterizada por la sobrerrepresentación de la mirada de los grupos sociales dominantes en las revistas académicas, provenientes de agentes de origen occidental, colonial y patriarcal.

Sociedad civil a favor de la equidad

Es evidente en el documento EB154/21 que el Informe Mundial considera que la promoción de la sociedad civil es un importante motor de cambio, desde las comunidades locales que abogan hasta el gobierno local; a las ONG internacionales que trabajan en la equidad en salud; a los movimientos sociales de interés público que trabajan con las comunidades que soportan 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 documento EB154/21, y desarrolladas en el Informe Mundial, proporcionarán una palanca para dicha promoción de la sociedad civil.

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

Los componentes básicos de la incidencia de la sociedad civil son las organizaciones y redes que reúnen las experiencias y demandas de quienes soportan la peor parte de la desigualdad. La construcción de una voz coherente capaz de influir en la formulación de políticas nacionales implica una convergencia de diferentes comunidades que trascienda las fronteras, a la luz de los factores estructurales compartidos que impulsan sus diferentes desventajas.

En lo que respecta a la creación de un grupo coherente de la sociedad civil capaz de intervenir con firmeza en el debate político internacional, hay muchas cuestiones que reclaman prioridad y hay que traspasar las fronteras del idioma, la cultura y el contexto. Sin embargo, estas ONG y redes internacionales se fortalecen cuando tienen vínculos directos con organizaciones de base.

Si la OMS asumiera el reto de trabajar con la sociedad civil, podría hacer mucho desde Ginebra y desde las oficinas regionales y en los países. Sin embargo, como organización de los Estados miembros, la OMS ha sido muy cautelosa a la hora de colaborar con la sociedad civil más allá de la esclerosis de las "relaciones oficiales".

Sistemas y personal de salud

El proyecto de ley EB154/21 presagia un importante impulso político para fortalecer el enfoque en los determinantes sociales en los sistemas de salud y las plataformas de políticas; integrar los determinantes sociales de la equidad en salud en todas las estrategias y políticas de salud, los planes de preparación y respuesta ante emergencias y las leyes de salud pública; desarrollar la capacidad humana en materia de salud, protección social, educación, trabajo, gobierno local y organizaciones de servicios para intensificar los esfuerzos intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la equidad en salud.

Esta visión de los organismos y el personal de salud como defensores de la equidad recuerda la promesa de la Declaración de Alma-Ata de 1978, que proyectó un escenario en el que los profesionales de la atención primaria de salud y sus organismos trabajarían con sus comunidades para abordar los determinantes sociales de su salud ([Newell, 1975](#)). Después de 30 años de tratar de enterrar o reinterpretar la visión de Alma-Ata de la atención primaria de salud, es alentador ver que se reconoce este principio fundamental.

Sin embargo, los administradores de los sistemas de salud de todo el mundo se enfrentan a necesidades que superan los recursos, y sus contratos de trabajo les dan poderosos incentivos para concentrar todos sus recursos en esas necesidades programáticas. Los financiadores de los sistemas de salud también están preocupados por el rendimiento de los pacientes y, aunque a las unidades de promoción de la salud se les ha permitido hablar sobre las desigualdades en salud (a veces), rara vez tienen los recursos para respaldar su retórica.

Para hacer frente a estos incentivos conservadores será necesario que un electorado externo, ajeno al sistema de salud, exija un cambio en la política; exigiendo acciones significativas hacia

la equidad en salud. Este electorado externo solo puede provenir de las comunidades que más tienen que beneficiarse de las políticas y programas a favor de la equidad. Facilitar esas voces será fundamental para "aprovechar el sector de la salud" para la acción de equidad en salud.

El proyecto de ley EB154/21 aboga por la cobertura sanitaria universal a través de enfoques progresivos de financiación y APS, reforzando la orientación hacia la APS en los sistemas de salud y aumentando la participación de los gobiernos en el gasto sanitario, especialmente para las poblaciones marginadas. Aunque progresista, esta recomendación omite seguir abordando los principales obstáculos en la capacidad de los sistemas de salud para cubrir las crecientes necesidades de atención médica, incluidas las múltiples formas de privatización de la prestación de servicios de atención médica que socavan la igualdad de acceso a servicios de calidad, integrales, continuos y basados en las necesidades.

El MSP insta a los miembros de la Junta Directiva a respaldar las políticas y estrategias positivas a favor de la equidad que se anuncian en el documento EB154/21 y a fortalecer aquellas áreas en las que el Informe Mundial corre el riesgo de pasar por alto cuestiones clave

El MSP insta a las organizaciones de la sociedad civil de interés público a aprovechar al máximo la plataforma de políticas progresistas prefigurada para el Informe Mundial y a construir una incidencia nacional e internacional en torno al desarrollo y la implementación de políticas y programas a favor de la equidad.

El [Llamamiento a la Acción](#) adoptado por la quinta Asamblea de Salud Popular hace un llamamiento a un mundo libre de control corporativo, resistiendo a la corporativización, la mercantilización y la colonización.

El MSP insta a las organizaciones de la sociedad civil de interés público a ir más allá de la plataforma política prefigurada para el Informe Mundial e insistir en:

- Impuestos progresivos sobre la renta, el patrimonio, la herencia y las sociedades a nivel mundial con todas las lagunas cerradas;
- Regulación vinculante de las corporaciones globales y la introducción de legislación antimonopolio para romper su poder monopólico;
- Eliminación de las barreras a la propiedad intelectual que limitan el acceso a las tecnologías sanitarias como bienes públicos, eliminándolas del Acuerdo sobre los ADPIC; hacer un uso pleno, expedito y amplio de las salvaguardias de salud pública contenidas en los reglamentos internacionales;
- Transformar el actual régimen de investigación y desarrollo de tecnologías sanitarias en uno guiado por las necesidades de salud pública;
- Regulación y legislación de las prácticas de empleo inseguras y la promoción del empleo que aporta satisfacción y bienestar;
- la ratificación de los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre las Empresas y los Derechos Humanos;
- Apoyo total a la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los campesinos y los trabajadores rurales.

15.2 Nutrición materna, lactante y del niño pequeño

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe bienal sobre el plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ([EB154/22](#)), incluidas las orientaciones sobre las medidas reglamentarias destinadas a restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna ([aquí](#)). En los debates, los miembros de la Junta pidieron a la Secretaría que celebrara nuevas consultas sobre la aplicación de las directrices. También solicitaron a la Secretaría que celebrara consultas sobre las opciones para ampliar las metas mundiales de nutrición y el plan de aplicación integral sobre nutrición materna, infantil y del niño pequeño después de 2025.

Fondo

[Orientación sobre medidas regulatorias](#) destinadas a restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023

[El rastreador enlaza](#) con discusiones previas sobre nutrición materna, infantil y del niño pequeño.

Comentario del MSP

Falta de progresos en el cumplimiento de los objetivos del Plan Integral 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, incluido el logro, para 2025, de las metas acordadas internacionalmente sobre el retraso en el crecimiento y la emaciación en niños menores de 5 años, y abordar las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas mayores".

El Plan de Aplicación Integral de la OMS para la Nutrición de la Madre, el Lactante y el Niño Pequeño incluye estas metas mundiales, pero va un poco más allá e incluye la anemia en las mujeres en edad reproductiva, el bajo peso al nacer, el sobrepeso en los niños y la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. En el documento [EB154/22](#) se describe si están en vías de alcanzar estos objetivos en 2025 y 2030, resumidos en el cuadro que figura a continuación 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 en el crecimiento, anemia, bajo peso al nacer, sobrepeso infantil y emaciación fijados para 2025, y alcanzará marginalmente el objetivo de lactancia materna exclusiva. El retraso en el crecimiento, el bajo peso al nacer y la emaciación solo se han reducido en menos de un 2 % desde el valor de referencia de 2012 y, para empeorar las cosas, la anemia en las mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso infantil han aumentado desde que se fijaron los objetivos para 2025.

De los 125 países con datos suficientes, 85 alcanzarán la meta en 2025 *empeorando*, en lugar de mejorar.

	Este análisis y comentario sobre determinados temas que se presentarán a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2024 ha sido preparado por el	On track to reach 2025 target?	Target 2025	Comment
Stunting	Decrease 1.7% per year, but in 2022 there were still 22.3% children stunted	Projected excess of 31.5 million stunted, 138.5 million in total	A reduction of 50% in number of stunted children under 5	Only European and Western Pacific regions on track
Anaemia	Increase of 1.4%, now 29.9% of reproductive age women anaemic	More women will be anaemic than in 2012 (31.1% vs 28.5%), missing 50% reduction target	A reduction of 50% of anemia in women of reproductive age	Lack of progress in seen across all WHO regions alike
Low birth weight	Decreased by 0.3% since 2012, but 14.7% of children were still born with low birth weight in 2020	There will be 14.4% of babies born low birth weight in 2025, completely missing the 30% reduction target	A 30% reduction of low birthweight incidence	Only 11 out of 157 countries with sufficient data available are on track to reach 2025 target

Overweight	Increased with 0.1% since 2012, 5.6% of children are overweight in 2022	Still 5.6% of children will be overweight in 2025, nearly double the target that was set	Reduce childhood overweight to <3%	Regional disparities in progress. Increases in the Americas and Western Pacific, decrease in the European region
Exclusive breastfeeding	Since 2012 there has been a >10% increase in exclusive breastfeeding, 47.7% of infants under 6 months were exclusively breastfed in 2021	53.4% of infants will be exclusively breastfed in 2025, marginally surpassing the target	Increase exclusive breastfeeding in first 6 months to ≥50%	Although the global progress is looking good, of the 106 countries with sufficient data, 90 countries are not projected to reach the target by 2025.
Wasting	Decreased 0.7% since 2012, still 6.8% of children are wasted in 2022	In 2025 6.6% of children under 5 will be wasted, missing the 5% target	Reduce and maintain childhood wasting to <5%	Of the 125 countries with enough data, 85 will reach the target by 2025

No hay análisis de los factores estructurales que impulsan la malnutrición

El informe de la Secretaría (EB154/22) no proporciona ningún análisis de los factores que impulsan la crisis de malnutrición. No se describen las causas profundas ni los obstáculos para la aplicación efectiva de las medidas acordadas. La sección sobre las cinco acciones simplemente enumera varias actividades que han tenido lugar en los últimos dos años, sin reflexionar sobre por qué las cinco acciones no han tenido impacto en las seis metas.

El hecho de que la Secretaría pida a la Junta Directiva que considere qué debería reemplazar al Plan de Implementación Integral a partir de 2025 sin ofrecer ningún análisis de los impulsores de la malnutrición o los obstáculos para una acción efectiva, sugiere una profunda disonancia cognitiva. En contraste, véase [Lancet](#) sobre la economía política de la nutrición infantil y del niño pequeño.

A pesar de la atención prestada por diferentes organismos de las Naciones Unidas 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 industria alimentaria 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 y el comercio neoliberales, 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 sobre la regulación de los alimentos con alto contenido de grasa, sal y azúcar (HFSS) o los alimentos ultraprocesados (UPF).

Se necesita un liderazgo mundial para la regulación eficaz de las bebidas azucaradas y la comercialización de productos poco saludables para los niños en edad escolar a fin de frenar el aumento de la obesidad infantil en las diferentes regiones de la OMS. Esto es importante ya que la combinación de la desnutrición en los primeros años de vida y la sobrenutrición debida a un entorno obesogénico en la edad posterior predispone a enfermedades no transmisibles como la diabetes 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 fórmulas de seguimiento para lactantes mayores y niños pequeños que "da luz verde" a los productos edulcorados, innecesarios, ultraprocesados y aromatizados.

Seguridad alimentaria, diversidad alimentaria, soberanía alimentaria

En el informe de la Secretaría no se analiza la inseguridad alimentaria ni la necesidad de una reforma sustantiva del sistema alimentario que aborde las desigualdades estructurales inherentes a los sistemas alimentarios mundiales.

El informe lamenta que la asistencia oficial para el desarrollo destinada a intervenciones específicas en materia de nutrición sea insuficiente y el MSP comparte este pesar. Sin embargo, las intervenciones específicas en materia de nutrición no abordan las distorsiones inherentes a los sistemas alimentarios mundiales. Alcanzar los objetivos de 2025 requerirá repensar las afirmaciones de que la agroindustria de las grandes empresas puede proporcionar soluciones para la seguridad alimentaria mundial a través de 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.

Situar la nutrición saludable en el centro de la atención primaria de salud

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

Por el contrario, la atención primaria de la salud pone en el centro la prevención y un entorno saludable para que los niños crezcan y se desarrollen. Los trabajadores comunitarios de la

salud pueden desempeñar un papel importante en la malnutrición infantil y sus contribuciones se han documentado en países como India, Tailandia y Bangladesh.

El MSP rechaza un modelo en el que la nutrición es vista como un "servicio" que puede ser mercantilizado en un sistema de salud simplificado 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 la atención a la diversidad alimentaria y la soberanía alimentaria como parte de un enfoque de participación comunitaria para poner fin a la malnutrición.

Existen necesidades nutricionales muy reales que pueden abordarse mediante servicios de nutrición específicos y específicos para cada contexto, por ejemplo, las carencias de micronutrientes en las adolescentes y las mujeres jóvenes, y durante la gestación y la lactancia. Sin embargo, estos servicios deben estar moldeados por el contexto y arraigados en la atención primaria de salud integral e integrados con programas comunitarios dirigidos a la diversidad alimentaria y la soberanía alimentaria.

Lactancia

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

Desde que entró en vigor el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981, sólo 32 países han adoptado medidas jurídicas para aplicar medidas acordadas con el Código. En 2022, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Decisión [WHA75\(21\)](#), en la que se solicitaban orientaciones para los Estados miembros sobre las 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 actuación de los Estados miembros.

En un [comentario preliminar sobre este tema en la Junta Ejecutiva en enero](#), IBFAN destacó el marketing digital, la alimentación infantil en situaciones de emergencia, la mensajería y el comercio mundial. El MSP se une a IBFAN en:

- pidiendo a la OMS que adopte una resolución firme en la que exija 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 fortificados ultraprocesados como balas mágicas sin mencionar la lactancia materna ni la importancia de los alimentos biodiversos;

- haciendo un llamamiento a las Naciones Unidas y a las agencias humanitarias para que desafíen el sistema alimentario dirigido por las empresas que tanto daño ha hecho al ecosistema y a los alimentos sostenibles y biodiversos.

Convocatorias del MSP

El MSP insta a los Estados Miembros a solicitar que el Secretariado lleve a cabo una revisión exhaustiva de las circunstancias económicas y políticas que sustentan la crisis nutricional (incluidos los sistemas alimentarios mundiales) y las barreras comerciales y políticas para la implementación efectiva de las cinco acciones del plan de implementación integral.

El MSP se une a IBFAN para pedir una resolución firme que exija que los Estados miembros implementen plenamente las nuevas directrices. Esta resolución debería incluir disposiciones sólidas sobre la rendición de cuentas basadas en los principios de la revisión por pares. También debe incluir disposiciones que contribuyan a la creación de grupos profesionales y comunitarios sólidos que alienten a los gobiernos a aplicar las directrices.

15.3 Bienestar y promoción de la salud

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG (A77/4):

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre el bienestar y la promoción de la salud ([EB154/23](#)). También adoptó la decisión [EB154\(13\)](#) sobre el fortalecimiento de la salud y el bienestar a través de eventos deportivos. En los debates, los miembros de la Junta acogieron con beneplácito los progresos realizados en la aplicación del marco mundial sobre el bienestar y la promoción de la salud, reiteraron la necesidad de integrar el bienestar subjetivo y social en la salud pública y destacaron la importancia de la conexión social para la salud y el bienestar de las personas.

En el documento A77/4 (párr. 22) se invita a la Asamblea a adoptar la resolución recomendada por la Junta Directiva EB154(13).

Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a discusiones previas sobre la promoción de la salud

Enlace al registro del debate en EB154: [M14, página 8](#)

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

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

Comentario del MSP

Este comentario aborda, en primer lugar, el Marco Mundial descrito en el [documento EB154/23](#) y, en segundo lugar ([aquí](#)) el proyecto de resolución sobre el fortalecimiento de la salud y el bienestar a través de eventos deportivos

Marco mundial "para integrar el bienestar en la salud pública utilizando un enfoque de promoción de la salud"

No hay una 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 con un alto nivel de abstracción) de las "causas subyacentes contemporáneas comunes" (párrafo 5 de [EB154/23](#) y Parte IIb del [Marco Global](#)). Sin embargo, no existe un análisis de las fuerzas, agentes y dinámicas asociadas a

esas causas subyacentes; y ningún análisis de los obstáculos, encontrados anteriormente, para abordar esas causas.

El último párrafo del Marco sugiere una dependencia poco realista del consenso y la rendición de cuentas:

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

A pesar de que en [WHA75.19 se pide](#) "un plan de implementación y monitoreo" como parte del Marco Mundial, no se incluye ningún plan de este tipo en el Marco Global.

En el documento EB154/23 se informa (párrafo 12) que "la Secretaría está estableciendo actualmente un Grupo de Expertos Asesor Técnico Estratégico multidisciplinario para proporcionar asesoramiento y proponer aportaciones a los marcos de seguimiento y aplicación". Sin embargo, no está claro que el mandato del Grupo vaya a abarcar el Marco Mundial.

El descubrimiento del buen vivir

El enfoque en el bienestar tanto en la Carta de Ginebra como en el Marco Mundial de la OMS refleja la influencia del discurso del "vivir bien", 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 *los determinantes sociales* (como factores que se ha demostrado que influyen en la salud de la población) y *la determinación social* (que se centra en las fuerzas y dinámicas que reproducen esos factores). Hay muy poco en el proyecto de marco que aborde la determinación social y política de la salud, excepto a un nivel muy general.

La segunda innovación es el paso de la *salud pública* a *la salud colectiva* para evitar exagerar el papel del gobierno en la configuración de la salud de la población y poner de relieve las formas en que la salud de las poblaciones está determinada por las fuerzas, los compromisos y la dinámica de las comunidades y la sociedad civil en general.

Ambigüedades en la conceptualización de la promoción de la salud

En el párrafo 2(1) de la parte dispositiva de [la WHA75.19](#) se pide al Director General que identifique el papel que podría desempeñar la promoción de la salud en el logro del bienestar. Presumiblemente, el propósito de esta solicitud es aclarar el papel que la promoción de la salud podría desempeñar en la promoción 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 de diversas maneras la promoción de la salud como un sector institucional, compuesto por expertos y organizaciones, *frente a* la promoción de la salud como un conjunto de principios y prácticas que los profesionales de la salud, los organismos y las administraciones pueden aplicar en su trabajo, frente a la promoción de la salud como un conjunto de principios y prácticas que los profesionales de la salud, los organismos y las administraciones pueden aplicar en su trabajo. 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 busca influir en las políticas y programas" (parte IId del Marco Mundial) sugiere que la "promoción de la salud" es una entidad singular con su propia agencia. 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 de práctica. De hecho, la práctica profesional y cívica de los profesionales de la salud se basa en una amplia gama de principios y paradigmas de práctica, que van más allá de la "promoción de la salud" (ya sea entendida como un sector institucional o un conjunto de principios y prácticas o como un sinónimo de mejora de la salud).

En el proyecto de marco (Parte IId) se aconseja que *"la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla"*. Sin embargo, es evidente 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 los trabajadores en lugares de trabajo peligrosos, aumentar el control y mejorar la salud puede implicar afiliarse a un sindicato y declararse en huelga. Para muchas personas, el uso de medicinas tradicionales o complementarias es un proceso de aumento del control y mejora de su salud. La promoción de la salud no es el único conjunto de principios y prácticas que apoyan a los gobiernos, las comunidades y los individuos "para hacer frente a los desafíos de la salud y el bienestar y abordarlos con el fin de promover poblaciones y entornos más saludables" (página 6).

Hay secciones de este Marco que parecen estar dirigidas a promover la promoción de la salud como un sector institucional en lugar de explicar su papel como se solicita en WHA75.19. La Parte V del Marco declara que:

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

Incumplimiento del 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) y de forma virtual del 13 al 15 de diciembre de 2021.

A continuación, el lugar de celebración se trasladó a la Asamblea de la Salud con un [proyecto de resolución](#) patrocinado por Arabia Saudita, Azerbaiyán, Bahrein, Bosnia y Herzegovina,

Botswana, Colombia, los Emiratos Árabes Unidos, los Estados Unidos de América, el Iraq, Omán, el Perú, Tailandia y Vanuatu, que fue adoptado como [WHA75.19](#).

WHA75.19 solicita al Director General

... elaborar, en el marco del mandato de la OMS, un marco para lograr el bienestar, sobre la base de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, e identificar el papel que desempeña la promoción de la salud en este sentido.

Esta solicitud 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 juega la promoción de la salud en ese marco.

Sin embargo, el Marco Mundial que se elaboró se denomina "Lograr el bienestar: Un marco mundial 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; desde el desarrollo de un marco y la identificación del papel de la promoción de la salud hasta el desarrollo de un marco que utilice un enfoque de promoción de la salud. No está claro cómo se produjo esta transformación del mandato. Es de suponer que se trataba de decisiones deliberadas por parte del personal de la Secretaría, pero que puede haber contado 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 rectores y la procedencia de las publicaciones e iniciativas ejecutadas por conducto de la Secretaría están ocultas a la vista del público. Del mismo modo, el papel de los Estados miembros particulares, los donantes, los administradores de programas dentro de la Secretaría, los asesores profesionales y las entidades del sector privado.

Este secretismo ("confidencialidad comercial") representa una grave violación de la rendición de cuentas. La falta de transparencia pone en tela de juicio la integridad de la Organización.

La desintegración de la OMS: un mercado de influencia

La supervivencia de muchas dependencias organizativas de la Secretaría (y la continuidad del empleo de su personal) depende de la lucha continua por la atención y la financiación de los donantes. Parece que el impulso de un Marco Mundial para el Bienestar está dirigido (al menos en parte) a la promoción de la Promoción de la Salud, como sector institucional.

A pesar de que se habla de movilización "coordinada" de recursos, existe una tensión entre las diferentes unidades de atención de los donantes, lo que conlleva la desintegración de la coherencia en el desarrollo de políticas y programas.

Esta dinámica dañina es una consecuencia directa de la negativa de los Estados miembros a financiar plenamente la Organización a través de contribuciones asignadas o a desvincular contribuciones voluntarias estrictamente asignadas.

Posición del MSP

El MSP pide un fortalecimiento radical de la rendición de cuentas de la Secretaría de la OMS en términos de las relaciones entre bastidores entre los Estados miembros, los intereses especiales, los donantes y los directores de programas dentro de la Secretaría. El MSP pide a la OMS que nombre a los organismos de financiación que apoyan cada iniciativa que se presenta ante los órganos rectores.

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 se financie de manera predecible, adecuada y flexible a la Organización a través de contribuciones asignadas y contribuciones voluntarias no condicionadas.

Fortalecimiento de la salud y el bienestar a través de eventos deportivos [\(EB154\(13\)\)](#)

El proyecto de resolución que figura en [el documento EB154\(13\)](#) está patrocinado por China, Egipto, la Unión Europea, Irak, Japón, Malasia, México, Marruecos, Omán, Qatar, Serbia, Sri Lanka, Tailandia, Türkiye, Emiratos Árabes Unidos y Yemen, pero su desarrollo parece haber sido coordinado por Qatar.

La resolución carece de pruebas, hace caso omiso de los principios básicos de salud pública consagrados en políticas adoptadas anteriormente y apesta a intereses creados. El MSP insta a la Asamblea a rechazar la resolución.

Equidad, género, discapacidad, medio ambiente

Es extraordinario proponer una política de deporte y actividad física que no haga referencia al género.

En todas las regiones de la OMS, excepto en la Región del Pacífico Occidental, la prevalencia de la actividad física insuficiente en las mujeres y las niñas es significativamente mayor que en los hombres y los niños, de manera dramática en las regiones de las Américas, el Mediterráneo oriental y el sudeste asiático. (ver Figs. 2 y 3 en el [Informe sobre la situación mundial de la actividad física 2022](#)).

Los datos disponibles a través del Observatorio Mundial de la OMS muestran diferencias de género dramáticas en los diferentes países. En Qatar, el organizador de este proyecto de resolución, el 49% de las mujeres tienen una actividad física insuficiente, en comparación con el 33% de los hombres. Las cifras correspondientes a los escolares muestran que el 91% de las niñas y el 86% de los niños tienen una actividad física insuficiente.

[El Plan de Acción Mundial sobre la Actividad Física de la OMS, 2018-2030](#) identifica la **equidad a lo largo de la vida** como uno de los siete principios en los que se basa el plan de acción mundial.

Las disparidades en la participación en la actividad física por edad, sexo, discapacidad, embarazo, nivel socioeconómico y geografía reflejan limitaciones e inequidades en los determinantes socioeconómicos y las oportunidades de actividad física para diferentes grupos y diferentes capacidades. La aplicación de este plan de acción debe tener en cuenta explícitamente las necesidades en las diferentes etapas del curso de la vida (incluida la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez), los diferentes niveles de actividad actual y la capacidad, dando prioridad a la lucha contra las disparidades y la reducción de las desigualdades.

No solo no hay ninguna referencia al género en el proyecto de resolución, sino que no hubo ninguna mención al género en el debate EB154 ([PSR14](#)).

En el proyecto de resolución no se hace referencia a la equidad y la única mención a la equidad en el debate se hizo en las observaciones del representante del Director Regional de Europa, "en relación con el deterioro del bienestar de las personas en todo el mundo, con marcadas desigualdades que estaban dejando a más personas atrás, a pesar del crecimiento económico, y estaban afectando negativamente a la cohesión social".

En el proyecto de resolución no se hace referencia a las escuelas, a pesar de que en el informe de la [Comisión para Poner Fin a la Obesidad Infantil se hace hincapié en la actividad física en las escuelas](#), por ejemplo, en la Recomendación 2.2 "Velar por que se disponga de instalaciones adecuadas en los locales escolares y en los espacios públicos para la actividad física durante el tiempo de esparcimiento para todos los niños (incluidos los que tienen discapacidades), con la provisión de espacios amigables con el género cuando corresponda".

Las necesidades especiales de las personas con discapacidad se mencionan en el preámbulo de la resolución, pero no hay nada en los párrafos de la parte dispositiva.

Prácticamente no hay nada en esta resolución sobre los entornos que configuran la participación en el deporte y otras formas de actividad física. En el informe de la OMS [sobre la situación mundial de la actividad física 2022](#) se comenta que:

Los entornos en los que las personas viven, trabajan y pasan su tiempo libre pueden ayudar o dificultar sus oportunidades de ser físicamente activas. El entorno construido incluye el diseño y la ubicación de viviendas, escuelas, centros comerciales y minoristas, lugares de trabajo y redes de transporte, así como todos los espacios entre ellos que conforman barrios y ciudades. Los entornos urbanos bien diseñados pueden ayudar directamente a las personas a ser más activas físicamente, y "empujar" a las personas menos activas a ser más activas al hacer que sea una elección fácil. Por el contrario, los entornos mal diseñados y mal mantenidos pueden disuadir o restringir la actividad física, por ejemplo, por la ausencia de la infraestructura necesaria o por la creación de una sensación de inseguridad real o percibida.

No hay nada en el proyecto de resolución que pueda llamar la atención de los gobiernos (o de la OMS) sobre la necesidad de prestar atención a las disparidades en el acceso de las personas a entornos que sean seguros y apoyen la actividad física, incluido el deporte.

Deporte profesional versus deporte comunitario

Al parecer, no se ha tenido en cuenta la posibilidad de que la promoción del deporte profesional como entretenimiento de masas pueda contribuir a descuidar el deporte comunitario, en el que la gente común puede hacer ejercicio.

El artículo 1, apartado 5, reconoce la necesidad de «limitar la comercialización de productos poco saludables» y de «minimizar las consecuencias negativas del juego para la salud y el bienestar». Se trata de disposiciones muy débiles. Parecen dejar espacio para el patrocinio comercial de eventos deportivos, incluida la publicidad limitada de productos poco saludables y los juegos de azar donde se pueden percibir "consecuencias positivas para la salud y el bienestar".

El papel de las tecnologías digitales

En el párrafo 2 del artículo 1 del proyecto de resolución se insta a los Estados miembros a que: *aplicar medidas eficaces y basadas en datos empíricos de promoción de la salud [...] incluso mediante la utilización de tecnologías digitales innovadoras [...] mejorar el impacto en la salud de la población mediante la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y la mejora de la salud mental y social, así como del bienestar;*

En el preámbulo se cita [la WHA71.7](#) como la autoridad para esta afirmación, pero esa resolución no hace referencia a la actividad física o al deporte.

En el proyecto de resolución se reafirman "las resoluciones aprobadas en períodos de sesiones anteriores de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud en las que se hace hincapié en la importancia de la colaboración entre los sectores público y privado para promover la integración de la salud en los acontecimientos deportivos". No se citan resoluciones de este tipo.

¿Está contemplando la OMS la posibilidad de solicitar financiación a Apple y a otros fabricantes de teléfonos inteligentes, relojes inteligentes y aplicaciones de control del ejercicio?

Rechazar el proyecto de resolución

El punto culminante del [debate en la EB154](#) fue la contribución de la Federación Internacional de Estudiantes de Medicina, cuyo representante dijo que:

Los esfuerzos deben centrarse en la construcción de sociedades sanas, más que en estilos de vida saludables. Si la acción sigue centrándose en los estilos de vida individuales sin proteger sistemáticamente a las personas de los determinantes sociales, económicos, comerciales y ambientales de la salud, no será posible proteger a las generaciones futuras. Insta a la Secretaría y a los Estados Miembros a que aborden las

causas profundas de la mala salud y construyan sociedades y estructuras que promuevan y faciliten la salud y el bienestar.

Esta resolución se queda corta cuando se mide con respecto a estos estándares.

El MSP insta a la Asamblea a rechazar este proyecto de resolución.

15.4 Cambio climático, contaminación y salud

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

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

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre los efectos de los productos químicos, los desechos y la contaminación en la salud humana ([EB154/24](#)). En las deliberaciones, los miembros de la Junta expresaron su apoyo a la exploración de las opciones descritas en el informe para la futura participación de la OMS en el grupo intergubernamental científico-normativo a fin de contribuir en mayor medida a la gestión racional de los productos químicos y los desechos y prevenir la contaminación, que estaba negociando el [grupo de trabajo especial de composición abierta](#) convocado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Los miembros de la Junta también subrayaron la importancia de incluir los aspectos sanitarios en las negociaciones del nuevo instrumento jurídicamente vinculante para poner fin a la contaminación por plásticos.

Cambio climático y salud

En su 154ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre el cambio climático y la salud ([EB154/25](#)) y examinó el texto de un proyecto de decisión presentado por los Estados Miembros sobre el mismo tema ([EB154/CONF./12](#)). En los debates, los miembros de la Junta observaron que la crisis climática era una crisis sanitaria y acogieron con beneplácito los esfuerzos de la Secretaría por mejorar la capacidad de los Estados Miembros para responder a los efectos del cambio climático en la salud, promoviendo al mismo tiempo sociedades y sistemas de salud con bajas emisiones de carbono. La Junta acordó que las consultas sobre el proyecto de resolución continuarían entre períodos de sesiones.

Parece que la aparición tardía de este punto en la agenda de la Junta Ejecutiva puede haber sido impulsada por la [Alianza para la Acción Transformadora sobre el Clima y la Salud](#), liderada por la OMS. Véase también [el comunicado de prensa de la OMS de 2 de diciembre de 2023](#), "El FVC, el PNUD y la OMS unen fuerzas para aumentar el apoyo a la salud climática en los países en desarrollo: Nueva alianza para desarrollar el Mecanismo Mundial de Coinversión en Clima y Salud".

El grupo central de gobiernos que respalda el proyecto de resolución sobre el cambio climático y la salud está integrado por el Perú, los Países Bajos, Kenya, Fiji, Barbados y el Reino Unido.

Fondo

El rastreador enlaza con discusiones previas sobre [productos químicos](#) y [contaminación](#)

[Enlaces de seguimiento](#) a discusiones anteriores sobre el cambio climático

Comentario del MSP

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

En enero, el Consejo Ejecutivo examinó 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 poner fin a la contaminación por plásticos.

La Junta tomó nota de la [resolución EB154/24](#) y los miembros de la Junta alentaron a la Secretaría a proceder a explorar opciones con respecto a la participación de la OMS en el panel de política científica y en la negociación del tratado sobre plásticos.

No está claro en las actas del debate ([PSR15](#)) por qué la Federación de Rusia se opuso a profundizar la participación de la OMS en el panel de política científica, en la negociación de los plásticos y en relación con el calentamiento global. Rusia fue el único participante que adoptó esta postura negativa.

El panel de política científica

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

- Llevar a cabo un "análisis del horizonte" para identificar cuestiones de interés para los responsables de la formulación de políticas y, cuando sea posible, proponer opciones basadas en datos empíricos para abordarlas;
- Llevar a cabo evaluaciones de las cuestiones actuales y determinar posibles opciones basadas en datos empíricos para abordar, en la medida de lo posible, esas cuestiones, en particular las que afectan a los países en desarrollo;
- Proporcionar información actualizada y pertinente, identificar las principales lagunas en la investigación científica, fomentar y apoyar la comunicación entre los científicos y los responsables de la formulación de políticas, explicar y difundir los resultados para diferentes públicos y sensibilizar a la opinión pública;
- Facilitar el intercambio de información con los países, en particular los países en desarrollo que buscan información científica pertinente.

El MSP insta a la Asamblea a respaldar la participación de la OMS en el panel de manera que abarque las seis opciones enumeradas en el [documento EB154/24](#). El MSP insta a la Asamblea a solicitar informes periódicos a los órganos rectores de la OMS sobre la labor del grupo y la contribución de la OMS al grupo.

El MSP afirma que, como se describe en los párrafos 6 y 7 de la EB154/24, la participación en el panel científico-normativo se encuentra enteramente dentro del mandato actual de la OMS y las restricciones presupuestarias no deben impedir o restringir la participación de la OMS.

Acabar con la contaminación plástica

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

En los párrafos 16 a 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 relación con los proyectos de disposiciones sobre cuestiones de salud y en la labor técnica pertinente entre las negociaciones oficiales.

La mayoría de los miembros de la Junta Ejecutiva (con excepción de la Federación de Rusia) apoyaron esa participación.

El MSP insta a la Asamblea a solicitar a la Secretaría que, en su compromiso con el comité internacional de negociación, preste especial atención a garantizar que el instrumento jurídicamente vinculante incluya disposiciones sólidas para garantizar que su aplicación esté protegida de las distorsiones derivadas de los conflictos de intereses.

Extractivismo y contaminación

[EB154/24](#) se centra en la contaminación por plomo, pesticidas peligrosos y plástico. Sin embargo, hay que destacar otras formas de contaminación de los residuos químicos sobre la salud. Por ejemplo, en muchos países de ingresos bajos y medianos, las multinacionales de las industrias extractivas son impulsoras de la contaminación ambiental con el consiguiente impacto en la salud. Hay muchos casos de productos químicos y desechos en el medio ambiente que perturban los medios de subsistencia, degradan la biodiversidad y causan cargas incalculables para la salud. Las consecuencias de los productos químicos y los desechos en la contaminación ambiental y la salud son inmensas, a veces no se informan o no se evalúan completamente. Debido a la debilidad de los sistemas de salud, algunos casos siguen sin diagnosticarse. Un liderazgo firme de los países y el fortalecimiento de los organismos nacionales de protección del medio ambiente deberían ayudar a frenar este problema.

El caso Chevron Ecuador pone de relieve también la necesidad de un instrumento internacional vinculante para regular las prácticas de las empresas transnacionales.

Cambio climático y salud

El MSP acoge con beneplácito el tema y acoge con beneplácito el informe que figura en [el documento EB154/25](#). 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 construcción de argumentos a favor de una acción eficaz para la mitigación y la adaptación.

El informe ([EB154/25](#)) proporciona una buena descripción de los problemas. Introduce la dimensión de la equidad, al poner de relieve las consecuencias sanitarias del cambio climático a las que se enfrentan los países de ingresos bajos y medianos bajos (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 mundiales históricas.

[El proyecto de ley EB154/25](#) también destaca las vías de desarrollo y las opciones económicas que están impulsando la crisis climática, y que son las causas directas de los grandes impactos en la salud. El documento cita los sistemas de energía contaminantes, que causan millones de muertes prematuras por contaminación del aire cada año; sistemas alimentarios destructivos para el medio ambiente e insalubres que contribuyen a las enfermedades no transmisibles; y la planificación urbana y los sistemas de transporte que dan lugar a la dependencia del automóvil, la inactividad física y los traumatismos causados por accidentes de tráfico. Estos impactos paralelos sobre el calentamiento global y directamente sobre la salud son importantes porque sustentan la lógica del argumento del "cobeneficio".

El documento identifica varios elementos de la respuesta de un sistema de salud al calentamiento global:

1. estar preparados (para responder al calor extremo, las inundaciones y las enfermedades infecciosas);
2. ser resilientes al cambio climático (incluidos el agua y el saneamiento, los sistemas alimentarios sostenibles);
3. reducir las emisiones de carbono del sector salud; y
4. trabajar para lograr "beneficios colaterales" para la salud (por ejemplo, vidas salvadas gracias a la mejora de la calidad del aire) mediante la promoción de la salud para mitigar el cambio climático en otros sectores, en particular la energía, la alimentación, el transporte y los sistemas urbanos;
5. Alentar a los "actores de la salud" a trabajar en todos los sectores para salvaguardar conjuntamente los determinantes ambientales clave.

A continuación, el documento propone una serie de medidas por parte de la Secretaría que podrían contribuir a impulsar la respuesta del sistema de salud. Entre ellas se incluye la ampliación de su propio trabajo existente en:

- proporcionar liderazgo y sensibilización,
- la generación de pruebas, la recopilación de datos, el seguimiento de las tendencias y la producción de recursos técnicos, y
- el fortalecimiento de capacidades y el apoyo a los países.

La mayoría de los oradores que intervinieron en la reunión del Consejo Ejecutivo celebrada en enero (EB154) apoyaron el impulso de la labor de la Secretaría sobre el cambio climático y la salud ([EB154/PSR/15](#)).

Crítica

Se agradece el compromiso de impulsar la respuesta del sistema de salud. Las acciones propuestas son integrales y estratégicas.

Sin embargo, si bien la retórica del cambio climático como "una amenaza fundamental para la salud humana requiere una respuesta firme de la comunidad sanitaria mundial para proteger la salud de los crecientes peligros climáticos, garantizar el acceso a servicios de salud de alta calidad, resilientes al clima y ambientalmente sostenibles, y mejorar la salud, limitando al mismo tiempo el calentamiento global al límite acordado de 1,5 °C. (párr. 7)" es bienvenida, la necesidad de un *Responsabilidades comunes pero diferenciadas y capacidades respectivas* está ausente en [EB154/25](#).

En el informe se señala el impacto diferencial del calentamiento global, en el que los países de ingresos bajos y medianos se ven más afectados, pero no se reconoce que la mayor parte de los esfuerzos de mitigación deben provenir de los contaminadores pasados y presentes, y aunque los países de ingresos bajos y medianos necesitan un apoyo considerable para la adaptación, la contribución que pueden hacer a la mitigación es menor. Los países de ingresos altos deben comprometerse a proporcionar apoyo financiero como parte de los fondos comunes.

La referencia a que los países de bajos ingresos identifiquen y desplieguen el acceso a la energía renovable para los centros de atención médica (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 garantizado a la energía, 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 excede con el romance de "el mundo es uno". ¿Qué pasó con el imperialismo?

Atención primaria de salud y participación comunitaria

El documento reconoce claramente la importancia del poder de la gente para superar la resistencia a los combustibles fósiles y para impulsar una financiación adecuada y equitativa para la adaptación. También reconoce el poder potencial de la "comunidad mundial de la salud" para frenar el calentamiento global.

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

Una fracción sustancial de la población trabaja en el sector de la salud; 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. Ya hay una miríada de organizaciones y redes que están

surgiendo dentro del sistema de salud que abogan y se movilizan en torno al calentamiento global.

El MSP insta a la OMS a que estudie nuevas medidas que puedan aprovechar estas asociaciones comunitarias de salud en diferentes distritos, a diferentes niveles.

La dinámica física que subyace al calentamiento global es global, pero los riesgos específicos son diversos y pueden ser muy localizados. Dentro de un estado, diferentes regiones o distritos pueden tener diferentes exposiciones; Las consecuencias también varían y las vulnerabilidades difieren. El modelo de APS prevé que las agencias sanitarias locales identifiquen y promuevan medidas de adaptación y mitigación localizadas, en colaboración con sus comunidades, así como la promoción de políticas y estrategias universales.

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

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

Reconocer las necesidades locales no significa ignorar las fuerzas y los procesos que operan a nivel mundial. El MSP insta a la OMS a alentar activamente a las organizaciones de atención de la salud (responsables de la formulación de políticas, profesionales y organizaciones de la sociedad civil) a participar en las reuniones del Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico de la CMNUCC y del Órgano Subsidiario de Implementación para garantizar que se escuchen las perspectivas de salud. Esta participación puede dar un contexto global a las luchas localizadas.

Proyecto de resolución sobre el cambio climático y la salud ([EB154/CONF./12](#))

En los párrafos del preámbulo del proyecto de resolución se articulan claramente la realidad actual y la amenaza futura del calentamiento de la Tierra, incluso para la salud; destaca la necesidad de aumentar las transferencias financieras para apoyar la adaptación en los países en desarrollo (incluida la financiación de pérdidas y daños); y recuerda el párrafo 2 del artículo 2 del Acuerdo de París, que establece que "el Acuerdo se aplicará de manera que refleje la

equidad y el principio de responsabilidades comunes pero diferenciadas y capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales".

En los párrafos de la parte dispositiva de la resolución se insta a que se adopten una serie de iniciativas constructivas para los Estados miembros y para la Secretaría.

En vista de los fracasos logrados hasta ahora para frenar el calentamiento global y la magnitud y urgencia de las amenazas a la salud, el MSP insta encarecidamente a que se apruebe el proyecto de resolución.

Las secciones entre corchetes revelan múltiples obstáculos para el consenso

La versión del proyecto de resolución publicada durante la reunión EB154 ([EB154/CONF./12](#)) tiene muchas cláusulas total o parcialmente entre corchetes. La Junta previó que las nuevas consultas celebradas entre períodos de sesiones darían lugar a un texto consensuado. Todavía no se ha publicado ningún texto de este tipo (20 de mayo).

Muchas de las secciones entre corchetes del borrador parecen reflejar las guerras culturales en torno a cualquier mención de género y la continua resistencia de las economías desarrolladas a cualquier mención de responsabilidades comunes pero diferenciadas. La PP19 del proyecto de resolución está entre corchetes y varios oradores de países en desarrollo destacaron la importancia de este principio en sus contribuciones al debate.

Las CBDR se mencionan en los artículos 3(1) y 4(1) de la Convención Marco de las [Naciones Unidas sobre el Cambio Climático de 1992](#).

Artículo 3.1: "Las Partes deben proteger el sistema climático en beneficio de las generaciones presentes y futuras, sobre la base de la equidad y de conformidad con sus responsabilidades comunes pero diferenciadas y sus capacidades respectivas. En consecuencia, las Partes que son países desarrollados deberían tomar la iniciativa en la lucha contra el cambio climático y sus efectos adversos."

Priti Patnaik, en [Geneva Health Files](#) (28 de enero de 2024), sugiere que la respuesta alérgica a términos como "sensible al género" o "CBDR" refleja la preocupación por la inclusión de tales ideas en los RSI revisados y en el tratado sobre pandemias propuesto.

El MSP insta a los Estados miembros a insistir en reconocer y abordar la equidad de género en la respuesta al calentamiento global y, asimismo, el principio de CBDR en relación con los desafíos de la mitigación y la financiación de la adaptación.

15.5 Economía y HFA

En el punto de mira

Extracto del informe consolidado de la DG ([A77/4](#)):

El Consejo Ejecutivo, en su 154ª reunión, tomó nota del informe sobre economía y salud para todos ([EB154/26](#)) y examinó el texto de un proyecto de resolución presentado por los Estados Miembros sobre el mismo tema ([EB154/CONF./8](#)).

En los debates, los miembros de la Junta reconocieron la estrecha relación bidireccional entre el desarrollo económico y la salud y destacaron la importancia de un enfoque multisectorial de la salud en todas las políticas. Destacaron la necesidad de maximizar el valor público de las inversiones en salud y contrarrestar la influencia comercial que no está alineada con la salud para todos.

La Junta acordó que las consultas sobre el proyecto de resolución continuarían entre períodos de sesiones.

Fondo

Véase el [documento EB154/26](#), en el que se resume el informe final del Consejo sobre la Economía de la Salud para Todos y se examina la labor en curso en la OMS

Véase "[Salud para todos: transformar las economías para lograr lo que importa](#)", [informe final del Consejo de la OMS sobre la Economía de la Salud para Todos](#)

Véase también [el Boletín de la OMS, número del 24 de mayo](#), cuyo tema es la creación de una economía para la salud para todos. Véanse, en particular, los editoriales: el primero, del Primer Ministro de Finlandia y del Director General Tedros, y los dos de la Secretaría del Consejo.

Comentario del MSP

Informe del Consejo

El informe del Consejo de la OMS sobre la Economía de la Salud para Todos proyecta una visión admirable de una economía mundial en la que la economía trabaja para apoyar la Salud para Todos.

Sin embargo, ofrece un análisis muy limitado de las fuerzas y dinámicas subyacentes que operan en toda la economía mundial y que reproducen los obstáculos a la Salud para Todos.

Sobreestima la capacidad de impulsar las métricas de bienestar como alternativas al PIB como puntos de guía para una economía global reorientada.

Se basa en una gama limitada de impulsores del cambio necesarios para hacer realidad la visión; poco más allá de la inspiración y la exhortación.

La mayoría de los oradores que intervinieron en el debate del Consejo Ejecutivo expresaron su satisfacción por el informe del Consejo. Algunas OSC se mostraron menos entusiastas. KEI lamentó que "no se hayan mencionado las propuestas de la OMS de desvincular los incentivos a la investigación y el desarrollo biomédicos de los monopolios y los precios elevados" [en el informe del Consejo]. La ISP "instó a los Estados Miembros a que abordaran los obstáculos estructurales y políticos para la aplicación de las recomendaciones del Consejo".

La resolución propuesta por EB154

La resolución propuesta ([EB154/CONF./8](#)):

- Comienza con párrafos del preámbulo en los que se recuerdan las resoluciones pertinentes y se repiten los argumentos fundamentales del Consejo;
- A continuación, el OP1 insta a los Estados miembros a tomar medidas para reorientar sus economías, fortalecer sus capacidades públicas, reconocer el desarrollo de la salud como una inversión y no como un costo, entre otros cambios;
- El párrafo 1 del PO2 tiene por objeto promover el diálogo entre el sector de la salud y las instituciones financieras internacionales con miras a alentar la consideración de la salud en sus deliberaciones;
- El párrafo 2 del artículo 2 insta a las distintas partes interesadas a que apoyen el intercambio de conocimientos e información sobre política fiscal;
- En el PO3 se pide al Director General que elabore una estrategia, emprenda actividades de creación de capacidad en la secretaría y apoye la creación de capacidad a nivel nacional.

Esta resolución no fue adoptada por el Comité Ejecutivo en enero. De conformidad con el [documento A77/4](#), este proyecto de resolución ha sido objeto de consultas entre períodos de sesiones desde la EB154, pero aún no se ha publicado ningún documento de la Conferencia Conf revisado para la WHA77.

Hay varias referencias a personas que viven bajo ocupación extranjera, que han sido colocadas entre corchetes. También entre corchetes se hace referencia a la igualdad de género (OP3(2)) que puede haber ofendido a algunos países.

En el debate celebrado en la EB154, la mayoría de los oradores apoyaron el proyecto de resolución. Sin embargo, [EE.UU. expresó](#) su preocupación por algunos aspectos del informe del Consejo y solicitó un mayor debate entre sesiones. (Estados Unidos ha reprendido en repetidas ocasiones a la OMS por supuestamente desviarse más allá de su ámbito de especialización, en particular, en relación con la propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos). El [Reino Unido insistió en](#) que "el marco de los derechos de propiedad intelectual no debe ser socavado".

Fortalecimiento del proyecto de resolución

El MSP insta a la Asamblea a que fortalezca el proyecto de resolución especificando la labor futura de la Secretaría, dirigida a:

- analizar más a fondo la génesis de las crisis interrelacionadas, en particular la crisis de desigualdad y alienación, la crisis del calentamiento global y la degradación del medio ambiente;
- identificar y explorar los obstáculos a la aplicación de las 13 recomendaciones; incluida una encuesta de los Estados miembros de la OMS dirigida a identificar y analizar los obstáculos a la aplicación de las recomendaciones del Consejo y determinar las iniciativas que han superado con éxito dichos obstáculos;
- examinar las propuestas anteriores elaboradas por conducto de la OMS para desvincular los incentivos a la investigación y el desarrollo biomédicos de los monopolios y los precios elevados; y
- explorar más a fondo el alcance de la "participación pública significativa" y las asociaciones entre la comunidad y la atención sanitaria que trabajan en pro de la acción intersectorial en pro de la salud para todos.