



Health for All Now!
People's Health Movement

Informe de políticas sobre un tratado para afrontar nuevas pandemias

NATALIE RHODES

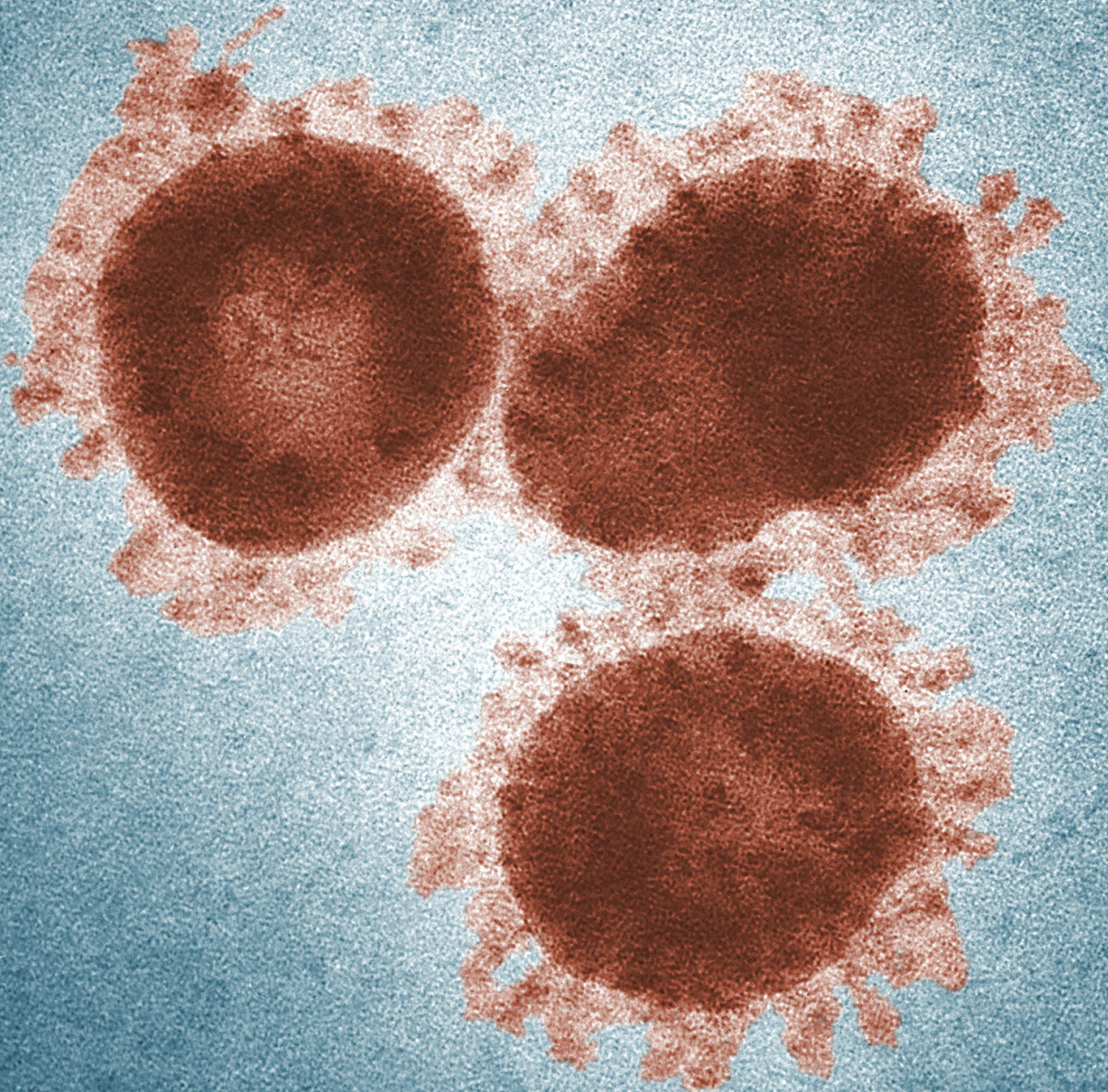




Photo by Anna Shvets/ Pexels

Muchos aspectos, que se deben abordar para fortalecer como es debido la preparación y respuesta internacional frente a emergencias sanitarias, nacen de nuestra injusta sociedad internacional neoliberal. La perspectiva dominante sobre la seguridad sanitaria mundial ha significado un enfoque del Norte Global para “protegerse” del Sur Global que es visto como un “zona problemática”. Esta perspectiva es palpable en la mayoría de las iniciativas de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, incluyendo las discusiones actuales en torno a un tratado pandémico. Estos aspectos exigen la reinención de estructuras mundiales que adopten un enfoque de derechos humanos y se fundamenten en una justicia e igualdad genuinas. En este momento hay interrogantes válidos referentes a la idoneidad de un nuevo instrumento, un tratado pandémico. Este informe de políticas explora algunas preguntas que han surgido por la propuesta de un tratado para afrontar nuevas pandemias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y evalúa las limitaciones de los instrumentos vinculantes vigentes, como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005.

Este informe de políticas empieza con el contexto del tratado pandémico y el RSI, y las circunstancias en las que surgieron. Le sigue un examen de los aspectos principales: criterios legales de un tratado pandémico, fragmentación de la preparación y respuesta a emergencias sanitarias, la necesidad de financiamiento no condicionado y sostenible, y brechas en la preparación y respuesta a emergencias sanitarias. La última sección concluye con recomendaciones para la Reunión Extraordinaria de la Asamblea Mundial de Salud sobre el tratado pandémico programada del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2021. ■

CONTEXTO



Desde el establecimiento de la OMS, la seguridad sanitaria mundial ha sido un programa de trabajo esencial. [El Reglamento Sanitario Internacional](#) se implementó primero en 1969 y se enmendó considerablemente al adoptarlo después de varias revisiones en 2005. Estas enmiendas están dirigidas a prevenir, proteger, controlar y responder a la propagación internacional de enfermedades. Después del brote de ébola en África Occidental, el [Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS](#) se creó en 2016 para responder a las deficiencias de la respuesta mundial al brote. Sin embargo, una limitación principal de los enfoques de seguridad sanitaria, como se reconoce en los nuevos [Sistemas de salud para la seguridad sanitaria](#), es que el enfoque principal de la propagación internacional de enfermedades infecciosas no logra atender adecuadamente la importancia de contar con sistemas de salud fortalecidos que puedan facilitar una preparación y respuesta más efectivas a emergencias sanitarias.

Un nuevo instrumento legal destinado a

fortalecer la preparación y respuesta a las pandemias [se recomendó](#) en varios informes que evaluaron la respuesta pandémica y contaron desde el inicio con apoyo explícito del [Consejo Europeo](#), que llamó primero a establecer un tratado en noviembre de 2020. En marzo de 2021, estos llamados tuvieron eco en una [carta conjunta](#) publicada por la OMS con 26 jefes de Estado que representan a un grupo mixto de países de ingresos altos, medianos y bajos, aunque con una falta notable de apoyo inicial de Estados Unidos, Rusia y China. Algunas [preguntas](#) iniciales planteadas tenían que ver con el tiempo, en vista de que la pandemia estaba y sigue estando en desarrollo, con los sistemas de salud y ministerios centrados en la respuesta a la COVID 19. Además, el Movimiento para la Salud [de los Pueblos expresó](#) inquietudes relacionadas con el papel de coordinación posiblemente débil de la OMS y la comprensión limitada de la preparación y respuesta a la emergencia sanitaria basada en un marco limitado de seguridad sanitaria que beneficia a los países

Las negociaciones del tratado pandémico

- La [Resolución de la A74.7](#) de mayo de 2021, *Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias*, [A74/16](#), decidió establecer un Grupo de Trabajo de los Estados Miembros (referido como WGPR por sus siglas en inglés) para examinar las “ventajas de elaborar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias” y que presente un informe para que sea examinado en una reunión extraordinaria de la AMS convocada por la Secretaría.
- Antes de la reunión extraordinaria, el WGPR habrá sostenido cinco sesiones. Aunque estas han sido reuniones cerradas, la Secretaría [ha publicado](#) los documentos de cada reunión, que incluyen un informe [preliminar](#) del WGPR.
- La [reunión extraordinaria A74/16](#) se celebrará del 28 de noviembre al 1o de diciembre de 2021. El [informe preliminar del WGPR](#) concluye “en las ventajas de elaborar un nuevo instrumento, al mismo tiempo que reconoce que el RSI (2005) sigue siendo actualmente el principal instrumento legalmente vinculante para la preparación frente a pandemias”. Por consiguiente, se prevé un enfoque mixto que implique la negociación de un tratado pandémico junto con el fortalecimiento y posible enmienda del RSI.
- El informe preliminar del WGPR identificó nueve aspectos principales que el tratado pandémico podría abordar. Son muy bienvenidas las referencias a la propiedad intelectual en relación con aspectos de igualdad, la necesidad de financiamiento sostenible que le permita a la OMS mantener su papel de liderazgo y de coordinación de la salud mundial, y la referencia a la importancia de compartir el muestreo y distribución de beneficios.

con recursos suficientes.

En la 74.a Asamblea Mundial de Salud celebrada en mayo de 2021, [se tomó la](#) decisión de centrar los debates formales en torno a los beneficios de un posible tratado pandémico, e informar de los resultados en una reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en noviembre de 2021 con [un segundo informe](#) previsto para principios de 2022, que incluirá posibles enmiendas al RSI.

Temas principales

Ninguna brecha legal que necesite un tratado pandémico

En un documento de trabajo ([A/WGPR/3/6](#)) para la tercera reunión del WGPR, la Secretaría ofreció un análisis legal, de riesgos y beneficios de la creación de un nuevo

instrumento legal y de enmiendas al RSI. En este documento, la Secretaría afirma que hay un antecedente de enmiendas del RSI. Aunque es evidente que el RSI vigente ha sido insuficiente para asegurar una preparación y respuesta efectivas a la pandemia, éste sigue siendo un instrumento importante que se puede enmendar para adecuarlo más a los requisitos en cuestión. El RSI es un instrumento vinculante de acuerdo con el Artículo 21(a) de la [Constitución de la OMS](#), que estipula un marco legalmente vinculante a través de un nuevo tratado. Desde una perspectiva legal, no hay ninguna brecha evidente para la cual se necesite un tratado. Además, en vista de que no se ha logrado una implementación mundial eficaz del RSI, no hay garantía de que un nuevo instrumento legal sea de mejor cumplimiento y la eficacia de los tratados

internacionales puede exagerarse con [tratados de derechos humanos](#) como un ejemplo útil.

Asimismo, las enmiendas al RSI constituyen un proceso legalmente más fácil que la implementación de un nuevo tratado. La consecución de un tratado pandémico según el Artículo 19 requiere el voto de dos tercios de los Estados Miembros para su adopción (aunque esta puede lograrse por consenso). Si el tratado va a votación y, por lo tanto, a través de un proceso de opción a participar, esto querría decir que es un tratado adoptado sin el apoyo de un tercio de los Estados Miembros. Además, después de su adopción, el tratado entraría en vigencia en cada Estado Miembro solo después de su incorporación a los procesos institucionales de cada país. Por consiguiente, no hay certeza de que un tratado resultante sería implementado por todos los Estados Miembros y se corre el riesgo de un enfoque fragmentado (véase una sección posterior). En comparación, el RSI según el Artículo 19, y cualquier enmienda futura, que se adopte a través de mayoría simple (aunque es posible la adopción por consenso) con cualquier enmienda que entre en vigencia automáticamente en todos los Estados Miembros en un período de 24 meses después de su adopción. Los Estados Miembros tendrán 18 meses para notificar cualquier rechazo o reserva.

Más fragmentación de la preparación y respuesta a la emergencia sanitaria

Como es evidente incluso antes de la pandemia y en particular en la respuesta a la COVID 19, el poder normativo de la OMS y su posición central en la gobernanza mundial de la salud ha sido cuestionado y debilitado activamente. Un análisis del papel de la OMS en la respuesta internacional a las emergencias sanitarias demostró que la Organización “se ha visto reducida a ser una

institución orientada a recabar información sobre brotes de enfermedades y analizar la situación”. En vez de mantener un papel de genuino liderazgo, la OMS depende más bien de sus miembros para implementar una respuesta de emergencia eficaz. No obstante, como se hizo evidente durante la COVID 19, es la OMS a la que se hace responsable de la respuesta internacional.

La posición de la OMS en la gobernanza mundial de la salud se ha debilitado desde hace tiempo por la creciente complejidad de los actores en este espacio. Otros ejemplos incluyen el [acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID 19 y el mecanismo COVAX](#), por medio de los cuales las instituciones filantrópicas en particular desempeñan un papel central en la gobernanza y la toma de decisiones con mínima participación significativa de la OMS. No obstante, a pesar de las deficiencias de estas iniciativas, y sobre todo de ACT-A y el COVAX, en no prevenir el actual apartheid de vacunas, persiste el apoyo a estas estructuras de colaboración. Por ejemplo, un documento de la Comisión Europea sobre un posible tratado incluyó apoyo a la participación flexible, que no solo permitiría la participación de entidades regionales como la Comisión Europea, sino que podría ampliar las influencias privadas debajo de la mesa. En el contexto actual de apoyo generalizado a la diversidad de partes interesadas se corre el riesgo de que un enfoque así introduzca la fragmentación en un nuevo instrumento, pese a que el RSI es dirigido por la OMS.

Un nivel adicional de fragmentación en un tratado pandémico pertenece al progreso de adaptación legal bajo el Artículo 19 descrito más arriba. Esto podría dar como resultado un paisaje global en el que, a menos que haya objeciones, todos los países adopten el RSI y cualquier enmienda futura, es posible que



menos países opten por un nuevo tratado, e incluso menos integren el nuevo tratado en sus leyes nacionales. Además, [la Secretaría de la OMS](#) también señaló que “un [nuevo] convenio marco podría exponer obligaciones para las partes, que varían de las obligaciones contempladas en el RSI”. Esto aumentaría aún más la complejidad y discordancia en la preparación y respuesta internacionales a las emergencias sanitarias.

Necesidad de financiamiento sostenible y sin restricciones

Un factor clave para entender y, por lo tanto, para abordar la marginación de la OMS y su respuesta inadecuada a las emergencias sanitarias es su precaria situación financiera. El financiamiento sesgado de la OMS, que es minúsculo y desproporcionadamente compuesto de contribuciones voluntarias y asignadas, debilita su autonomía y reduce su capacidad de liderazgo en la gobernanza mundial de salud. Esta es una preocupación [bien establecida](#) y muy discutida. No obstante, si no se aborda adecuadamente mediante la implementación de un financiamiento flexible y suficiente, la capacidad de la OMS de funcionar con eficacia y proporcionar liderazgo tanto en contextos de emergencia

como de no emergencia seguirá sufriendo. En [2018-2019](#) tan solo 2.3% del financiamiento dedicado a la OMS estaba asignado para la preparación de emergencias sanitarias en los países y el RSI en comparación con el 26.51% gastado en la erradicación de la poliomielitis. Cabe señalar que este fue el enfoque prescrito del financiamiento proporcionado por la Fundación Bill y Melinda Gates, lo que vuelve a destacar la influencia externa de actores privados sobre la OMS. El financiamiento inadecuado y condicionado de la salud mundial no está limitado, por supuesto, a la OMS, sino también restringe el fortalecimiento del sistema nacional de salud y el desarrollo de bienes públicos mundiales. La necesidad de financiamiento adecuado y sostenible para la preparación frente a emergencias sanitarias también abarca el nivel estatal en el que [se cita la](#) inversión insuficiente como un desafío importante para la implementación nacional exitosa del RSI.

Brechas en la preparación y respuesta vigentes frente a las emergencias sanitarias

La COVID-19 ha destacado importantes brechas en la preparación y respuesta a emergencias, que se deben abordar



Photo by zydeaosika/ Pexels

para proveer a la OMS de los mejores instrumentos vinculantes y suficiente financiamiento. Además, hay una necesidad de intervenciones significativas en el interés de países de ingresos bajos y medios (LMICs).

Pese a que el RSI vigente aplica un enfoque [de salud única](#), por ejemplo al requerir informes del desbordamiento zoonótico, es insuficiente y es necesario hacer más para prevenir las enfermedades transmitidas por animales. Es necesario más reconocimiento explícito del tipo de [interacciones entre](#) las personas y el planeta. La acumulación de capital a través del aumento de la productividad y el consumo como el extractivismo ecológico desempeña un papel principal en el colapso climático y un [riesgo creciente](#) de pandemias zoonóticas, pero se ignora en gran medida. Las iniciativas de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias surgen del estrecho marco de la salud mundial que no reconoce como es debido la importancia de enfermedades no transmisibles y la necesidad de fortalecer los sistemas de salud nacionales. Es necesario una interpretación mejorada de la importancia de los vínculos entre seguridad sanitaria y sistemas de salud. Los sistemas de salud en particular deben ser públicos y equitativos,

y aplicar servicios comunitarios de atención primaria de salud, con mayor inclusión de iniciativas comunitarias, conocimientos y prácticas, y vigilancia sanitaria ampliada. La importancia de compartir el muestreo y distribución de beneficios se ha destacado en la versión preliminar del informe del WGPR, pero se ha hecho sin hacer referencia al [Protocolo Nagoya](#) sobre compartir el acceso y los beneficios, y al [Marco de preparación frente a la pandemia de gripe](#), se deben tomar disposiciones para asegurar la extensión de estos acuerdos al contexto de preparación y respuesta frente a emergencias de salud.

El acceso desigual a la vacunas contra la COVID-19 es una de las mayores injusticias de esta pandemia. No obstante, es lamentable que no sorprenda la dinámica observada en la actualidad de las vacunas de refuerzo administradas en países de ingresos altos, pese a que la cobertura de vacunación en 50 países está [por debajo de 10%](#). Se trata más bien de un reflejo de la dinámica neoliberal en el ámbito mundial que protege y mantiene el sistema de propiedad intelectual injusto en el mundo. El apartheid de vacunas contra la COVID-19 ha sido impulsado por las restricciones injustas de propiedad intelectual que existen en torno

a la tecnología médica de la COVID 19 y se mantienen activamente en países como el Reino Unido y Alemania, lo cual ayuda a las corporaciones farmacéuticas a generar miles de millones de ganancias a pesar de las muertes indebidas y el sufrimiento causado. Es necesario reestructurar el sistema actual de propiedad intelectual que impide que los intereses corporativos estén por encima de los derechos humanos, junto con la creciente capacidad local de producción y la distribución de beneficios. Existen propuestas e instrumentos para volver a equilibrar el apartheid de vacunas, como el Acceso mancomunado a la tecnología contra la COVID (C-TAP) y la exención de los ADPIC, pero los países de ingresos altos, en su mayoría, y los mercados privados los han bloqueado activamente mediante un statu quo legal favorable al mercado. No obstante, la equidad es un aspecto importante destacado por los Estados Miembros que se debe abordar en un tratado pandémico. Sin embargo, en vista del cruce entre Estados que bloquea la exención de los ADPIC aunque también apoye activamente un tratado pandémico (es digno de mencionar que estos incluyen al Reino Unido, la Unión Europea y Canadá) pone en duda si el tratado permitirá los cambios estructurales necesarios para el sistema de propiedad intelectual de una manera que aborda de manera sustantiva las preocupaciones sobre la equidad.

Enmiendas al RSI originadas en la justicia mundial

La dinámica neoliberal existente en el mundo ha creado una estructura en la que a menudo predomina el interés de los países y mercados de ingresos altos. Como tales, hay una fuerte necesidad de que cualquier enmienda del RSI se centralice en la justicia mundial y refleje como es debido las necesidades de la población mundial. Por ejemplo, los compromisos que

se agreguen a la distribución equitativa de cualquier tecnología médica requerida para la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad en cuestión deben incorporarse al RSI. Este podría adoptar el formato del C-TAP o de la exención de los ADPIC, y por lo tanto asegurar que las corporaciones no puedan monopolizar la producción de tecnología médica. El alcance del RSI para prevenir “la propagación internacional de enfermedades infecciosas” es una manifestación del marco de seguridad de la salud centrada en el Estado y el comercio mediante la ampliación del alcance de las epidemias y endemias que facilitaría una solidaridad y justicia más fuerte para la prevención y el control de todos los brotes de enfermedades graves. La importancia de la asistencia y cooperación internacionales necesita fortalecerse, ante todo la necesidad de compartir el muestreo y la distribución de beneficios que debe ser ordenada con los principios del marco PIP para ampliarlo más allá de solo la gripe.

Mensaje clave

- Hace falta una explicación y justificación precisas para un nuevo instrumento legal sobre la preparación y respuesta frente a la emergencia pandémica.
- Es poco probable que un tratado pandémico produzca el efecto necesario para facilitar la preparación y respuesta eficaces frente a las emergencias sanitarias, por lo tanto se deben hacer (también) enmiendas dirigidas al enfoque centrado en la justicia utilizado por el RSI. Estas enmiendas deben abordar consciente y críticamente las influencias coloniales y neoliberales sobre la interpretación dominante hoy de seguridad sanitaria.
- El papel rector y coordinador de la OMS debe estar centralizado y sostenido con un financiamiento adecuado, sostenible y flexible. La implementación del RSI en el

ámbito nacional y con éste el fortalecimiento de los sistemas de salud deben también contar con suficiente financiamiento.

- En vista de los efectos prominentes y devastadores del apartheid de vacunas contra la COVID 19, se deben hacer compromisos específicos y obligatorios para asegurar la distribución equitativa de tecnología médica y enfoques flexibles a la IP son aspectos importantes de cualquier respuesta a emergencias sanitarias futuras. ■



LECTURAS ADICIONALES

1. *Movimiento para la Salud de los Pueblos - [Comentarios sobre la reunión extraordinaria dos de la OMS \(AMS2\)](#)*
2. *Red del Tercer Mundo - Propuesta de un tratado de la OMS sobre la pandemia provoca inquietudes*
3. *G2H2 - [La política de un tratado pandémico de la OMS con un mundo desencantado.](#)*

@ People's Health Movement, 2021

Cover Image: CDC from Pexels

