

ODS 3

Influencia empresarial en la agenda global de salud

POR K.M. GOPAKUMAR, RED DEL TERCER MUNDO (RTM)

Diversas industrias intentan influir en la agenda nacional y global de salud, descrita en el ODS 3 sobre salud y bienestar, en función de sus intereses comerciales. Algunas de ellas son: (1) las industrias que están en el negocio de fabricación o venta de productos de salud, como medicamentos, vacunas, dispositivos médicos y suplementos de nutrición; (2) las industrias cuyos productos tienen efectos adversos directos en la salud, como tabaco, armas, alcohol, alimentos y bebidas, automóviles y productos químicos; y (3) las industrias que se benefician del aumento de los servicios de salud, como aquellas que se ocupan de seguros y tecnología de información y comunicación. Respecto de las dos primeras, dado su interés proactivo en una mayor venta de sus productos, su influencia puede derivar en arreglos técnicos sin tratar los determinantes sociales de la salud y poniendo obstáculos a las políticas para abordarlos. Respecto de la segunda, su interés defensivo consiste en desacelerar un enfoque integral hacia la atención médica, especialmente las estrategias de prevención, ya que cualquier intento de fomentar la salud pública tendría como resultado la regulación de sus prácticas empresariales. Promueven, en cambio, arreglos supuestamente rápidos con sus productos y servicios.

Las asociaciones mundiales facilitan la influencia empresarial en las políticas públicas

El fomento de las asociaciones mundiales (*global partnerships*) como medio para lograr los ODS obstaculiza la principal responsabilidad del Estado de garantizar los derechos humanos, entre ellos, el derecho a la salud. La participación del sector privado en alianzas entre múltiples interesados “en igualdad de condiciones” con el gobierno y las OSC, como fomenta el Foro Económico Mundial,¹ brinda la oportunidad de influenciar indebidamente la agenda de salud pública. Las empresas pueden influir en las asociaciones, ya sea mediante su participación en la gobernanza o mediante sus contribuciones financieras, o ambas.

El ODS 3 establece nueve metas sobre los siguientes asuntos de salud: salud de la madre y el niño, salud

reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, abuso de sustancias, atención médica universal, accidentes de tránsito, productos químicos y contaminación del aire. En la mayoría de estas áreas, ya existen alianzas entre múltiples interesados con una participación activa del sector privado, en especial, de empresas transnacionales.

Depender de las alianzas entre múltiples interesados para lograr las metas del ODS 3 conlleva el riesgo de facilitar el aprovechamiento por parte de las empresas. Aunque no se las menciona específicamente en las metas del ODS 3, las *partnerships* entre múltiples interesados se consideran un medio importante para lograr los ODS y se indican de manera clara en el ODS 17 sobre los medios de implementación, específicamente, en la meta 17.16 sobre asociaciones entre múltiples interesados y la meta 17.17 sobre asociaciones públicas, público-privadas y de la sociedad civil. Además, la Plataforma de Conocimiento de la ONU (Knowledge Platform) sobre el ODS 17, que trata los medios de implementación, indica lo siguiente:

1 www3.weforum.org/docs/WEF_2NETmundialInitiativeFAQ.pdf.

*“Lograr las ambiciosas metas de la Agenda 2030 requiere una asociación mundial revitalizada y mejorada que reúna a los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado, el sistema de las Naciones Unidas y otros agentes, y que movilice todos los recursos disponibles”.*²

Las asociaciones entre múltiples interesados están diseñadas no solo para movilizar los recursos financieros, sino también para compartir conocimientos, experiencia, tecnologías y recursos financieros con la finalidad de apoyar el logro de los ODS (meta 17.16). Sin embargo, la Agenda 2030 y los ODS se mantienen en silencio en cuanto al riesgo de conflictos de intereses que surge de las asociaciones entre múltiples interesados. Ante la ausencia de protecciones, la agenda global de salud establecida en el ODS 3 conlleva el riesgo de influencia empresarial.

En el área de la salud de la madre y el niño, la iniciativa más importante es “Todas las mujeres, todos los niños” (Every Woman Every Child, EWEC) de la Secretaría General de la ONU, una asociación entre múltiples interesados que abarca varias áreas de la salud. La iniciativa EWEC se describe a sí misma como un movimiento global “que representa una hoja de ruta para poner fin a las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes dentro de una generación, y garantizar su bienestar” y es fundamental para lograr el ODS 3.³ Como asociación entre múltiples interesados con representación del sector privado, fundaciones filantrópicas y ONG en su grupo directivo de alto nivel, la iniciativa acepta recursos financieros de diversas empresas del sector privado, incluidas las empresas farmacéuticas.

De manera similar, en el área de la tuberculosis y el paludismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó dos asociaciones con la participación de fundaciones filantrópicas y el sector empresarial, específicamente, la asociación Alto a la Tuberculosis, que otorga subsidios para “llegar y tratar” a las personas afectadas por la enfermedad mediante la

Fundación de las Naciones Unidas,⁴ y la asociación Hacer Retroceder el Paludismo, lanzada por la OMS en 1998, pero bastante abandonada por falta de fondos.

La mayoría de estas alianzas no impone restricciones respecto de la inclusión de las industrias sobre la base de su interés comercial. Sin embargo, la Asociación para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (ASMRN) dirigida por la OMS impide que las entidades relacionadas con el tabaco y las industrias de armamentos o sucedáneos de la leche materna se unan a las asociaciones, pero, a pesar de los esfuerzos por modificar esta política, no impone restricciones para las industrias farmacéuticas o de alimentación y nutrición, que también pueden afectar negativamente la salud pública.

Además de esto, la voz principal en el área de las enfermedades no transmisibles (ENT) es la Asociación ENT,⁵ una asociación de ONG que no solo recibe apoyo financiero del sector privado y filantrópico, especialmente la Fundación Gates, sino que también ofrece un rol para ese sector en su gobernanza. Algunos críticos han planteado la inquietud de que la participación de la industria farmacéutica y de dispositivos médicos limita el apoyo a los medicamentos y dispositivos médicos asequibles.

A pesar de la necesidad de evitar conflictos de intereses en el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles de la OMS, esta organización permitió que el Foro Económico Mundial copatrocine un desayuno de negocios y una cena para establecer contactos durante el primer encuentro global de gerentes y directores del programa nacional sobre ENT.⁶ Estas prácticas permiten que el sector privado proteja sus principales intereses comerciales evitando medidas integrales en contra de las ENT, entre ellas, la regulación de las industrias de alimentos y bebidas.

En el área de la seguridad vial, mencionada en la meta 3.6, Jean Todt, el enviado especial del Secretario

2 <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg17>.

3 www.everywomaneverychild.org/about/#sect1.

4 www.unfoundation.org/what-we-do/partners/organizations/stop-tb-partnership.html.

5 <https://ncdalliance.org/who-we-are>.

6 www.who.int/nmh/events/2016/forum_breakfast_program.pdf?ua=1.

General para la Seguridad Vial,⁷ es el presidente de la Federación Internacional de Automovilismo (FIA) y ex director ejecutivo de Ferrari. La FIA recibe apoyo financiero de los fabricantes de automóviles. La OMS se está asociando con la FIA para administrar el Fondo de Seguridad Vial. El Grupo de colaboración de la ONU para la seguridad vial, una asociación público-privada (APP) coordinada por la OMS, tiene representación de fabricantes de neumáticos, un fabricante de acero y la International Motorcycle Manufacturers Association (Asociación Internacional de Fabricantes de Motocicletas), así como de la FIA.

De acuerdo con el Movimiento para la Salud de los Pueblos, “[d]esde el punto de vista de la salud pública, existe un campo de acción considerable para unir los objetivos de reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, controlar las ENT y reducir los accidentes de tránsito”.⁸ La participación de la industria puede restringir la posibilidad de fomentar dicho enfoque integral.

En términos de los medios de implementación del ODS 3, una estrategia central es la investigación y el desarrollo de vacunas “contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo” (meta 3.b), una estrategia que también se aplica para poner fin a las muertes de recién nacidos y niños (meta 3.2). La Gavi: Vaccine Alliance (Asociación para las Vacunas, antes denominada Global Alliance for Vaccines and Immunization o Asociación Mundial para Vacunas e Inmunización) es una APP diseñada para “aprovechar no solo recursos financieros sino también conocimientos especializados a fin de ayudar a que las vacunas sean más asequibles y estén más disponibles y que su suministro sea más sostenible, trabajando para alcanzar un punto en que los países en desarrollo puedan pagarlas por sí mismos”, en consonancia con la meta 3.b.⁹

De acuerdo con la Campaña de Acceso de Médicos Sin Fronteras, el compromiso anticipado de mercado de

la Gavi para las vacunas neumocócicas conjugadas¹⁰ otorgó “un subsidio de fase final financiado por el sector público y filantrópico por un monto de 1.500 millones de dólares que, hasta la fecha, benefició a dos fabricantes multinacionales (Pfizer y GlaxoSmith-Kline) que ya se habían comprometido a producir una vacuna rentable”.¹¹ El informe plantea una seria inquietud sobre la sustentabilidad de la estrategia de la Gavi e indica: “Incluso a los precios más bajos a escala mundial, con la introducción de las vacunas más nuevas contra las enfermedades neumocócicas y diarreicas (las vacunas neumocócicas conjugadas y contra el rotavirus, respectivamente) y contra el cáncer de cuello uterino (vacuna contra el virus del papiloma humano), el costo del paquete completo de vacunas aumentó 68 veces de 2001 a 2014”.

De manera similar, los intereses de las transnacionales siguen impidiendo el uso de las flexibilidades incluidas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) administrado por la Organización Mundial del Comercio (OMC). Estas flexibilidades, que equilibran los intereses del público (incluida la salud pública) con los derechos monopólicos temporales conferidos al propietario de una patente, son un importante medio de implementación para garantizar el acceso a productos médicos asequibles. Se sabe que la industria farmacéutica, a través de la Pharmaceutical Research and Manufacturers Association of America (Asociación de Investigación y Fabricantes Farmacéuticos de Estados Unidos, PhRMA), cabildea con el gobierno estadounidense para que ejerza presión política en los países en desarrollo a fin de impedir el uso de las flexibilidades del ADPIC. En 2016, Novartis, un gigante farmacéutico, cabildeó con el gobierno de su país, Suiza, que luego presionó abiertamente al gobierno colombiano para que no emitiera un requisito

7 www.un.org/press/en/2015/sga1565.doc.htm.

8 https://docs.google.com/document/d/1yaXbSISfuoJZL0_RCRaWwD8IUv2l-pUe0yppygd5w/edit.

9 www.gavi.org/about/mission/.

10 Esta vacuna brinda protección contra 13 tipos de bacterias neumocócicas. Existen más de 90 tipos de bacterias neumocócicas diferentes que provocan diversos problemas, entre ellos, infecciones de oído y neumonía. La enfermedad neumocócica también puede provocar afecciones potencialmente mortales, como meningitis y septicemia (bacteriemia). Se produjeron vacunas para brindar protección contra los tipos que provocan más enfermedades (<http://vk.ovg.ox.ac.uk/pcv>).

11 Médecins Sans Frontières (2015), p. 17.

La atención médica no es un bien de consumo, sino un bien público

POR SANDRA VERMUYTEN, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS (ISP)

Necesitamos sistemas de protección social basados en la solidaridad y los riesgos compartidos, y creados a partir de negociaciones colectivas y diálogos sociales, estructuras democráticas y estrategias a largo plazo para combatir la pobreza y contrarrestar las desigualdades y la falta de equidad. La protección social universal es esencial para lograr la igualdad de género. Además, existe una importante conexión entre la prestación de servicios públicos y la capacidad de las mujeres para ingresar en el mercado laboral, para abordar las responsabilidades de trabajo del cuidado no remunerado y para garantizar que los niños tengan acceso a los servicios sociales y de salud.

La presión por la individualización de la protección social ha tenido un importante impacto en la prestación de estos servicios, lo que incluye atención médica y asistencia social, pensiones y beneficios de desempleo, a los cuales los programas de austeridad sumaron efectos perversos que generan exclusión social o exposición a riesgos, en lugar de inclusión y protección. Los planes de pensiones de aportaciones individuales para los cuales el Banco Mundial ejerció presión en Chile y Europa oriental en la década de 1990 ahora están por caducar. Los sindicatos advirtieron muchas veces en contra de esos planes, y nuestras inquietudes se convirtieron

en realidad, ya que estos planes no ofrecen niveles de pensiones decentes.

Un apoyo genuino a la atención médica y la seguridad social universales podría contribuir enormemente a lograr trabajos decentes y una menor desigualdad. Sin embargo, las instituciones financieras internacionales (IFI) siguen fomentando reformas de protección social que se centran en la focalización, que es menos eficaz y más costosa que la cobertura amplia. Además, las inversiones del Banco Mundial en la atención médica privada con fines de lucro a través de su rama del sector privado, la Corporación Financiera Internacional (International Finance Corporation, IFC), no coinciden con el objetivo de priorizar la atención médica universal, promoviendo servicios para quienes pueden pagarlos.

Las encuestas realizadas en 89 países, tanto de altos como de bajos ingresos, que abarcan 89% de la población mundial, sugieren que 150 millones de personas en todo el mundo sufren una catástrofe financiera porque deben pagar los servicios de salud.¹ Los países que introdujeron recientemente la cobertura universal demuestran que la inversión gubernamental genera

mejores resultados sanitarios. No es el porcentaje absoluto del PIB lo que determina los resultados sanitarios, sino cómo se brinda la atención médica. Por este motivo, también demandamos que se evite el fomento de las asociaciones público-privadas (APP) para la prestación de atención médica, ya que, debido a que necesitan garantizar ganancias para el socio privado, por lo general terminan generando más costos para el gobierno y reduciendo los niveles de beneficios.

Las reformas impulsadas por el Banco Mundial, la IFC y los bancos regionales de desarrollo, entre ellas, la mercantilización, la descentralización y la corporativización del sector público, brindan oportunidades para que las empresas transnacionales ingresen al sector público de la atención médica. Mundialmente, las empresas internacionales han obtenido al menos un cuarto de los contratos en servicios de salud, y su influencia en los sistemas de salud pública y asistencia social crece muy rápidamente. Esto ha generado cambios en la combinación de formas diferentes de financiación de la atención médica, como es el caso de algunos países que registran mayores índices de pagos que corren por cuenta de los pacientes y una disminución en la contribución del gasto público en atención médica, en relación con el gasto general en atención médica.

¹ OMS (2013).

Además, el gasto en salud pública está cada vez más sujeto a análisis minuciosos en todo el mundo, particularmente, desde la crisis financiera y económica mundial de 2008-2009. En algunos países europeos, la denominada Troika –la Comisión Europea (CE), el Banco Central Europeo (BCE) y el Fondo Monetario Internacional (FMI)– impuso recortes a gran escala en el gasto público y reformas en el sector público como condición para los paquetes de rescate financiero, por ejemplo, en Grecia, Irlanda y Portugal.

Las medidas de austeridad no se limitan a Europa. Las investigaciones de programas nacionales del FMI demuestran que muchas medidas de ajuste se acatan en los países en desarrollo y algunas, incluso, concluyen que el esfuerzo impulsado por el FMI para recuperar presupuestos equilibrados a través de la austeridad fiscal representa una amenaza inminente para la salud mundial.²

2 Ortiz *et al.* (2015).

Si bien a corto plazo el gasto puede disminuir, a largo plazo, estas medidas perjudicarán la provisión de un sistema de salud eficaz e integrado. En algunos casos, los recortes del gasto en salud tuvieron resultados devastadores.

Los recortes en la financiación del sector público a menudo perjudican a los trabajadores de la salud y derivan en menos servicios, en un momento en que la demanda de dichos servicios es cada vez mayor, ya que la crisis económica afecta la economía en general. Las principales herramientas de política en el enfoque ortodoxo del riesgo de financiación del sector de la salud son contraproducentes. Los esfuerzos por reducir los costos aumentando la competencia han creado estructuras fragmentadas que van en contra de la integración y la coordinación de la atención médica. Con la introducción del sector privado, es probable que se acentúe esta mentalidad compartimentada con respecto a la prestación, en nombre de la confidencialidad comercial y

la maximización de las ganancias. La atención médica no es un bien de consumo, sino un bien público, y deseamos ver un fuerte compromiso tanto del gobierno como de las IFI en la implementación de los ODS, en lugar de presión por imponer políticas que intensifican las desigualdades y la falta de equidad.

Referencias

OMS (2013): The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. Ginebra.
[http://www.searo.who.int/indonesia/documents/research-for-universal-health-coverage\(9789240690837_eng\).pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/indonesia/documents/research-for-universal-health-coverage(9789240690837_eng).pdf?ua=1)

Ortiz, Isabel/Cummins, Matthew/Capaldo, Jeronim/Karunanethy, Kalaivani (2015): The Decade of Adjustment: A Review of Austerity Trends 2010-2020 in 187 Countries. ESS Working Paper 53. Nueva York/Ginebra: The South Centre/Initiative for Policy Dialogue, Colombia University/International Labour Office.
www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53192

Sandra Vermuyten es jefa de Campañas en la Internacional de Servicios Públicos (ISP).

de licencia obligatoria para el mesilato de imatinib, un medicamento para el tratamiento del cáncer que puede salvar vidas.¹²

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU), acordada en la meta 3.8, es otra área de explotación para que las empresas proveedoras de atención médica y la industria de seguros hagan progresar sus intereses comerciales. En lugar de prestar servicios integrales

12 Goldman/Balasubramaniam (2015).

de atención médica financiados públicamente, el concepto original de la cobertura sanitaria universal, en enfoque de la CSU reduccionista, es eliminar los riesgos financieros para los consumidores cuando adquieren servicios de atención médica. Asimismo, la CSU pretende ofrecer un paquete mínimo de atención, en lugar de atención integral. El temor de que las empresas de seguros y los proveedores de atención médica del sector privado sean los más beneficiados del modelo de CSU actual se confirmó cuando se finalizó el indicador del ODS inicial sobre CSU: “Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por

cada 1.000 habitantes” (indicador 3.8.2). Claramente, este indicador ignoró la limitación del seguro para eliminar los riesgos financieros involucrados en la prestación de la atención médica. Este indicador se modificó debido a protestas de las OSC y la academia en octubre de 2016. El nuevo indicador es “Proporción de la población con grandes gastos en salud por hogar como porcentaje del total de los gastos o ingresos de los hogares.”¹³

La OMS y la influencia corporativa indebida

La constitución de la OMS exige que la organización establezca normas y estándares en el área de salud y que proporcione asistencia técnica a los Estados miembros para que implementen dichas normas. Por lo tanto, la OMS desempeña un rol importante en la asistencia a sus Estados miembros para lograr el ODS 3. Sin embargo, su capacidad para protegerse contra influencias indebidas está experimentando algunas limitaciones debido a los intereses de fundaciones y empresas respaldadas por algunos Estados miembros.

En primer lugar, la financiación de la OMS, al igual que todo el sistema de la ONU, ha pasado con el tiempo de basarse en las contribuciones al presupuesto prorrateadas entre los miembros a recibir actualmente una proporción mucho mayor de contribuciones voluntarias especificadas.

En el bienio 2016-2017, aproximadamente 80% del presupuesto de la OMS se financió a través de contribuciones voluntarias especificadas.¹⁴ A diferencia de las contribuciones prorrateadas y las contribuciones voluntarias básicas, las contribuciones voluntarias especificadas tienen una finalidad determinada por el donante y proporcionan poca flexibilidad para que la OMS utilice los fondos a fin de abordar prioridades de salud. Por lo tanto, depender de contribuciones voluntarias hace que la OMS se convierta en una organización impulsada por los donantes, en lugar de ser una organización dirigida por sus miembros. Del total de contribuciones financieras para el bienio 2016-2017, las fundaciones filantrópicas contribuyeron

13,9%, las ONG 4,9%, las asociaciones 4,4% y las empresas, 1%.¹⁵ La contribución voluntaria de la Fundación Bill & Melinda Gates la posicionó como el donante voluntario más grande de la OMS en 2016-2017.

Aunque a simple vista las contribuciones de las empresas son mínimas, su influencia en la OMS se multiplica como resultado del patrocinio político de grandes países donantes como Estados Unidos y el Reino Unido, así como también de donantes privados, incluidas fundaciones filantrópicas, como la mencionada Fundación Bill & Melinda Gates y varios organismos profesionales que proporcionan financiación.

En segundo lugar, la OMS no cuenta con un marco para abordar de manera integral la influencia indebida, en especial con respecto al conflicto de intereses. La organización carece de una política integral sobre conflicto de intereses individuales e institucionales. Si bien el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales (Framework of Engagement with Non-State actors, FENSA), que se aprobó en 2016, menciona el conflicto de intereses, no ofrece ningún detalle que indique cómo evitar y manejar dicho conflicto.¹⁶

Otra área de conflicto de intereses surge de la participación de expertos individuales en varias actividades normativas. La directriz mediante la que se aborda la declaración de intereses establece que recibir una suma de 5.000 dólares de una empresa farmacéutica en un año calendario no constituye un conflicto grave. En otras palabras, significa que si numerosas empresas farmacéuticas pagan a un experto 5.000 dólares cada una, esto no se considera un conflicto grave.

En tercer lugar, existe influencia corporativa indebida en las actividades normativas y de establecimiento de estándares de la OMS. La participación de la OMS en la Conferencia Internacional sobre Armonización de Requisitos Técnicos para el Registro de Productos Farmacéuticos para Uso Humano (ICH, por sus siglas en inglés), un organismo normativo de medicamentos cuya Secretaría se encuentra en la oficina de la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas

¹³ <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>.

¹⁴ <http://open.who.int/2016-17/contributors> (cifras actualizadas al primer trimestre de 2017).

¹⁵ <http://open.who.int/2016-17/budget-and-financing>.

¹⁶ www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/en/.

(IFPMA, por sus siglas en inglés), conduce a normas “más estrictas” que afectan negativamente la industria de medicamentos genéricos.¹⁷ Por ejemplo, la norma de la OMS que trata sobre los biosimilares se basa en gran medida en la norma de la ICH que reduce la competencia en el mercado de biosimilares y, por lo tanto, afecta el acceso a los bioterapéuticos.

Recientemente, el Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios de la OMS ha alentado a organizaciones vinculadas con la industria farmacéutica a diseñar y consultar una directriz sobre buenas prácticas para las autoridades regulatorias de productos médicos nacionales. Uno de los encargados de este diseño, Michael Gropp, es ex vicepresidente de Estrategia Regulatoria Global en Medtronic, una empresa multinacional. Según el Stanford Byer Centre for Biodesign (Centro de Biodiseño de Stanford Byer) de la Universidad de Stanford, “[e]l señor Gropp se retiró de su cargo corporativo en mayo de 2013. Continúa al frente del Consejo Consultivo Mundial de la Sociedad de Profesionales en Asuntos Regulatorios (Regulatory Affairs Professionals Society, RAPS)”, una sociedad entre cuyos miembros se incluyen grandes empresas farmacéuticas mundiales, como Abbott, Gilead Sciences, Pfizer, AstraZeneca, Novartis y Eli Lilly, entre otras.¹⁸

En cuarto lugar, los planes de colaboración entre la Secretaría de la OMS y las ONG, que son un requisito para mantener relaciones oficiales con la OMS, a menudo llevan a promover intereses comerciales. Por ejemplo, el programa de trabajo conjunto entre la Global Medical Technology Alliance (Alianza de Tecnología Médica Mundial) y la OMS señala en uno de los documentos sometidos a consideración del Comité de Organizaciones no Gubernamentales, que uno de sus objetivos es

*“Promover el uso seguro de los dispositivos médicos mediante la recopilación y la distribución de materiales y la capacitación sobre el uso seguro y la eliminación adecuada de dispositivos médicos para los profesionales de atención médica, a través de las asociaciones miembros de la Alianza”.*¹⁹

17 Nagarajan (2014).

18 <http://twn.my/title2/health.info/2016/hi160507.htm>.

19 http://apps.who.int/gb/NGO/pdf/B136_NGO_11-en.pdf.

Esto quiere decir que una asociación comercial trabajará con la OMS para promover el uso de dispositivos médicos a través de la compilación y distribución de materiales, lo que dará claros beneficios económicos a los miembros de la asociación. Puede resultar, también, en una promoción innecesaria de estos dispositivos sin evidencia adecuada, poniendo los intereses comerciales por sobre la salud pública. Otros conflictos de intereses similares pueden encontrarse en los planes de colaboración de Global Diagnostic Imaging, Healthcare IT y de la Radiation Therapy Trade Association.²⁰

En quinto lugar, las discrepancias en la implementación del FENSA debilitan las medidas de seguridad mínimas para combatir la influencia corporativa indebida en la OMS derivada de su involucramiento con agentes no estatales, debido a la autonomía que le confiere a la Secretaría de la OMS. Si bien el FENSA facilita los vínculos con agentes no estatales, también les aporta un mayor grado de transparencia en relación con las entidades involucradas. Además, el FENSA prohíbe la adscripción de personal del sector privado a la OMS y prohíbe también la utilización de recursos financieros del sector privado en actividades normativas.

No obstante, preocupa el alto grado de autonomía del que dispone la Secretaría de la OMS para la implementación del FENSA, ya que esta autoridad le permite implementar el FENSA de una forma que no concuerda con el espíritu del marco. Por ejemplo, en contravención de las disposiciones del FENSA, la Secretaría no les proporciona a los Estados miembros detalles sobre los planes de trabajo colaborativo con algunos de los agentes no estatales que buscan entablar relaciones oficiales con la OMS. Esto evitó que los Estados miembros tomaran una decisión informada sobre las relaciones oficiales de la OMS con la Fundación Bill & Melinda Gates.

Según el FENSA, una entidad que no puede demostrar que está “a una distancia prudente” del sector privado se considera parte de él, independientemente de su personería jurídica.²¹ Las entidades del sector privado no son elegibles como agentes con los que la OMS puede mantener relaciones oficiales. Es sabido que aproximadamente un cuarto de los activos del fideicomiso de la

20 http://apps.who.int/gb/NGO/pdf/B136_NGO_12-en.pdf.

21 Documento de la OMS, resolución WHA 69.10, p. 7.

Fundación Gates se invierte en Berkshire Hathaway Inc., una sociedad de inversiones que posee acciones por un total aproximado de 18.000 millones de dólares en la empresa Coca-Cola con sede en Estados Unidos y un interés de 30.000 millones de dólares en Kraft Heinz Inc., una de las empresas de alimentos y bebidas más grandes del mundo (desde junio de 2017). Asimismo, las declaraciones tributarias del fideicomiso de 2015 muestran que posee acciones y bonos corporativos en empresas farmacéuticas, como Pfizer (valor de mercado de estas participaciones estimado en 719.462 dólares), Novartis AG-REG (6.920.761 dólares), Gilead Sciences (2.920.011 dólares), GlaxoSmith-Kline (1.589.576 dólares), BASF (4.909.767 dólares), Abbott Laboratories (507.483 dólares), Roche (7.760.738 dólares), Novo Nordisk A/S B (6.208.992 dólares), y Merck (782.994 dólares). Las declaraciones tributarias también muestran que el fideicomiso posee inversiones en grandes empresas de seguros.²² Dado que la Fundación Gates obtiene sus ingresos del fideicomiso, y ambas entidades son administradas por el mismo grupo de personas, no existe una distancia prudente entre el fideicomiso y la Fundación, por lo que no se le debería haber otorgado el carácter de agente con el que la OMS puede mantener relaciones oficiales.

Mientras tanto, la Resolución 69.10 de la Asamblea Mundial de la Salud, que implementó el FENSA, prohíbe la adscripción de personal de las ONG, la academia y fundaciones filantrópicas en los cargos claves y administrativos superiores. En un documento analizado con los Estados miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2017, la Secretaría de la OMS cambió las palabras “cargos claves” por “validación y aprobación de normas y estándares”. Si este cambio se acepta, las adscripciones serían posibles incluso en la preparación de las normas y los estándares.

Por último, también existe un conflicto de intereses con respecto a la implementación del FENSA. El director encargado de su implementación también está a cargo de la movilización de los recursos y las alianzas, lo que se contradice con su función de vigilancia sobre la participación de agentes no estatales.

Conclusión

Teniendo en cuenta el análisis anterior, está claro que la mayoría de las asociaciones permite libremente la participación del sector privado, en especial, de grandes empresas. Ante la ausencia de un marco claro para evitar la influencia indebida, estas alianzas podrían utilizarse para perseguir intereses corporativos, al tiempo que se proyectan ellas mismas como iniciativas para lograr los ODS. Es importante defender la implementación de dicho marco, ya que el ODS 17 no cuenta con medidas de seguridad contra la influencia indebida del sector corporativo en la implementación de los objetivos.

Además, la OMS, que es un importante organismo que puede proporcionarles asistencia a los Estados miembros para implementar los ODS, tiene problemas estructurales que aumentan su vulnerabilidad ante la influencia corporativa a expensas de la salud y el interés públicos. Si bien el FENSA impone algunas restricciones en la participación de agentes no estatales, en especial del sector privado, existen obstáculos en la implementación del FENSA por parte de la Secretaría. Por lo tanto, se necesitan medidas de seguridad explícitas y controles de vigilancia y de apoyo constantes contra la influencia corporativa.

Referencias

Goldman, Andrew/Balalubramaniam, Thiru (2015): Switzerland Pressures Colombia to Deny Compulsory License on Imatinib. En: *Knowledge Ecology International*, 18/8/2015.
<http://keionline.org/node/2312>

Médecins Sans Frontières (2015): *The Right Shot: Bringing Down Barriers to Affordable and Adapted Vaccines*. 2ª edición. Ginebra.
www.msfaaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/Vaccines/Docs/VAC_report_TheRightShot2ndEd_ENG_2015.pdf

Nagarajan, Rema (2014): Conflict of Interest in Setting Norms for Pharmaceuticals in WHO. En: *Times of India*, 17/5/2014.
<http://timesofindia.indiatimes.com/city/delhi/Conflict-of-interest-in-setting-norms-for-pharmaceuticals-in-WHO/articleshow/35261958.cms>

22 www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Financials

K.M. Gopakumar se desempeña como asesor legal e investigador principal en la Red del Tercer Mundo (RTM).