

La nueva gobernanza global y la trampa de los nuevos estándares mundiales. Cuarta parte.

Cuarta parte. OMS y ONU, Salud y Sostenibilidad

18.06.2024

Von

Michael Kranawetvogl

Índice

Sostenibilidad mundial y salud mundial. No hay salud sin el cumplimiento de los ODS

ODS, One Health, ... Todo es uno

One Health, "el mejor modo de poner en práctica una gobernanza que proteja la salud"

Consecuencias para la política y legislación de atención sanitaria. Gobernanza sanitaria

Estándares del Banco Mundial. Del medio ambiente a la salud

OMS e ISO. El poder de medir el rendimiento de política sanitaria y de los servicios de salud

La tarea de la OMS: Producir "normas y estándares" para "políticas basadas en la evidencia"

La nueva "evidencia", en posesión de las organizaciones World. La "medicina basada en la evidencia", terreno exclusivo de la OMS

Estructuras antidemocráticas mundiales

Consecuencias sociales y psico-sociales

De la Declaración Universal de los Derechos Humanos al "derecho de acceso a servicios sanitarios ...". La deconstrucción clandestina de la dignidad humana

Existen innumerables relaciones entre el medio ambiente y la salud humana. La ONU y la OMS promueven un aparato de alianzas entre ellas para institucionalizar la salud mundial en una sola estructura de "gobernanza".

Dentro del nudo de cooperación, los conceptos de sostenibilidad y salud para el planeta, cobertura sanitaria mundial y estándares medioambientales internacionales, la función de la OMS se ha transformado clandestinamente, pero también visiblemente, en la de una OSM.

Para entender las acciones mundialmente coordinadas hace falta una investigación de carácter detectivesco. Es necesario incluir las reglas del comercio mundial de la OMC, que siempre se han negociado en clandestinidad y sin transparencia, para tener un mínimo de entendimiento del poder mundial de las reglas del comercio de productos y servicios sanitarios,

Sostenibilidad mundial y salud mundial. No hay salud sin el cumplimiento de los ODS

Con los objetivos de la sostenibilidad y salud de la Agenda 2030 y la filosofía adyuvante de One Health, la salud del ser humano está perdiendo su carácter esencial como asunto altamente individual. La responsabilidad del individuo por su salud, se convierte y reduce a su responsabilidad por la

sostenibilidad del medio ambiente, garante de la salud del planeta y de la humanidad.

La plataforma 2030 comunica:

“La salud es un reto central que interactúa con otros, por lo que el logro de los ODS pasa por el impulso de la salud global y ésta no puede verse satisfecha sin aportes integrales de todos los ODS. ... Este enfoque facilita la comprensión y puesta en valor de la naturaleza como base del bienestar y puede proporcionar un marco de análisis y comunicación de la Agenda 2030 claves en el impulso a su logro y a la transición hacia sociedades más justas y resilientes.”

<https://plataforma2030.org>

El objetivo 3 de los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 de la ONU no pretende menos que “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

“Actualmente, el mundo se enfrenta a una crisis sanitaria mundial sin precedentes; la COVID-19 está propagando el sufrimiento humano, desestabilizando la economía mundial y cambiando drásticamente las vidas de miles de millones de personas en todo el mundo.”

Naciones Unidas, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

En la “Declaración conjunta del grupo tripartito (FAO, OIE, OMS) y el PNUMA”, la OMS explica que:

“Dado que la salud, la alimentación, el agua, la energía y el medio ambiente son temas amplios con problemas sectoriales específicos y particulares, la colaboración intersectorial e interdisciplinaria contribuirá a proteger la salud, hacer frente a los desafíos sanitarios tales como la aparición de enfermedades infecciosas y la resistencia a los antimicrobianos, y promover la salud e integridad de nuestros ecosistemas. Además, mediante la vinculación de las personas, los animales y el medio ambiente, «Una sola salud» puede contribuir a afrontar toda la gama de aspectos concernientes al control de enfermedades, desde la prevención hasta la detección, preparación, respuesta y gestión, y mejorar y promover la salud y la sostenibilidad.

<https://www.who.int/es/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health>

“La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2030) es un marco que refleja la planificación estratégica y política de más alto nivel en las Américas. Es un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en el nuevo contexto regional y mundial. ... La salud y el desarrollo sostenible están estrechamente relacionados. No en vano, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas nos permitirá construir sociedades prósperas, según la ONU.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) / OMS, <https://www3.paho.org/>

Estos textos son ejemplos de otros innumerables más en los que las autoridades mundiales explican a la conciencia global lo justo y apropiado de la gobernanza sanitaria mundial, aprovechando en particular los mensajes del desarrollo sostenible de la Agenda mundial y de la crisis sanitaria, a su vez “mundial”.

ODS, One Health, ... Todo es uno

Un ejemplo de cómo se dan apoyo mutuo los grandes conceptos de preocupación mundial de la ONU (desarrollo sostenible, salud: servicios de ecosistemas, etc.) es la publicación siguiente de la UNESCO, cuyo carácter de sensibilización popular y retórica publicitaria no necesitan más comentario.

“Finalmente destacan los aportes de los ODS 14 “Vida submarina” y ODS 15 “Vida de ecosistemas terrestres”, cuya satisfacción es garante directo del bienestar de la población y depende directamente del buen funcionamiento de los ecosistemas a los que hacen referencia (Himes-Cornell et al., 2018). Los ecosistemas marinos, de aguas continentales y terrestres incluso pueden ser reconocidos como una precondition necesaria para el logro de desarrollo sostenible. Todos los procesos que resultan en abastecimiento de alimento, medicinas o materiales, la regulación de tal provisión, y los beneficios culturales, se desarrollan en el seno de la biosfera e impactan en cascada sobre la economía y las sociedades humanas (Reid et al., 2017).

En cuanto a su relación con la salud, son fuente de bienestar físico y emocional. Por ejemplo, para el caso de los ecosistemas terrestres, hay abundantes estudios epidemiológicos que relacionan la presencia y acceso a los espacios verdes con impactos positivos desde el punto de vista físico y psicológico (de Vries et al., 2003; Sandifer et al., 2015; Rojas-Rueda et al., 2019). A mayor escala, y muy en relación con la actual crisis sanitaria mundial, se ha puesto de nuevo en relieve la relación entre los cambios en los usos del suelo, la reducción de la biodiversidad (Díaz, 2006) y la propagación de zoonosis (Gibb et al., 2020), lo que subraya la necesidad de conservar y restaurar hábitats que mantienen controladas las poblaciones de hospedadores y protegen frente a nuevas pandemias.

Coherentemente aplicadas, las decisiones políticas pueden reforzar sinergias entre ODS y evitar grandes costos sociales. Para lograrlo, es necesario no obviar que los beneficios de la naturaleza no llegan a todas las personas por igual, por lo que una Agenda 2030 inclusiva pasa igualmente por no dejar atrás en cuanto a aspectos distributivos de estos aportes. Por todo ello, nos encontramos ante una oportunidad única para la promoción de la salud global y con ello transformar nuestro mundo de manera efectiva hacia otro mejor, más justo e inclusivo, en el que el estado de la salud del planeta y las personas, serán precisamente buenos indicadores de éxito.”

Cátedra UNESCO sobre Desarrollo Sostenible y Educación Ambiental. Universidad del País Vasco: “Objetivos de desarrollo sostenible y salud: una mirada desde el enfoque de servicios de los ecosistemas.”

One Health, “el mejor modo de poner en práctica una gobernanza que proteja la salud”

La palabra mágica que reúne los “estándares mundiales” con el ámbito jurídico-político (las políticas y legislaciones nacionales) es el concepto omnipresente de “gobernanza”.

En el campo de la política sanitaria, el “enfoque” de One Health de la OMS circunscribe la gobernanza sanitaria como la “comunicación, cooperación y coordinación” entre múltiples “sectores” (el sector privado, público y educativo/académico). No mencionados, pero no por eso menos poderosos, son los inversores en salud y servicios de sanidad; estos últimos son los más interesados y los que más interés tienen en que los multistakeholders multisectoriales comuniquen, cooperen se coordinen.

La iniciativa del Sustainable Stock Exchange (Bolsa Sostenible) de la ONU cumple la función de reunir todos los stakeholders a lo largo de los campos de inversión; sin embargo, la misma función la pueden ejercer agencias privadas. Un ejemplo pionero en el campo de la salud es el foro ‘Spain One Health Summit 2022’, en el que se reunieron los “stakeholders” de la política, industria (farmacéutica) y ciencia, por iniciativa de Bamberg Health.

En el Summit, el Ministro de Agricultura, Pesca y Alimentación se declaró partidario de One Health y su concepto de gobernanza sanitaria, afirmando que

“en el Ministerio tenemos muy claro que el concepto One Health es el mejor modo de poner en práctica una gobernanza que proteja la salud ...”

https://www.consalud.es/profesionales/one-health-salud-sin-apellidos_112237_102.html

El impacto de la “definición” de One Health no reside en su revolucionario enfoque de la salud (que posiblemente podía ser formulado por un estudiante de primero de bachillerato), sino en las consecuencias sociales y políticas causadas por las exigencias de la buena gobernanza sanitaria. La cita anteriormente mencionada es un ejemplo de cómo los responsables y tomadores de decisiones en el campo de la salud se someten a conceptos únicos, dados por una supuestamente autoridad superior. Si el pensamiento único de la OMS, con su elemento central de la gobernanza sanitaria, es aplicado de manera uniforme a lo largo de los gobiernos (véase las conferencias de los G20 sobre el compromiso con One Health), tanto más lo serán los estándares de gobernanza promovidos por la organización matriz, la ONU.

Consecuencias para la política y legislación de atención sanitaria. Gobernanza sanitaria

Como anteriormente mencionado, el elemento central de la “definición” de One Health es la de la gobernanza, definida por la dinámica de comunicación, cooperación y coordinación entre los distintos “stakeholders” - un aspecto teórico de la gobernanza que se ha hecho realidad en la política de prácticamente todos los países miembro de la OMS.

La consecuencia concreta para la política y legislación en asuntos de la salud y atención sanitaria pública y pública/privada se hacen notar en leyes nacionales y/o regionales, demostrando que la conceptualización de la salud de parte de una autoridad mundial central (“gobernanza”, “gobernanza sanitaria”, “gobernanza sostenible”, “salud en todas las políticas”, ...) y el establecimiento y la declaración de estándares ASG de la misma autoridad mundial central son dos elementos mutuamente complementarios considerando el efecto que ejercen sobre el ámbito jurídico-político. Un ejemplo es la Ley de Salud Pública de Euskadi:

“Habida cuenta de los antecedentes normativos, y de la evolución y progresos que ha habido en los conceptos y en la praxis de salud y salud pública, tanto en el contexto mundial como autonómico, se hace imprescindible incorporar a la normativa vasca dichos avances y adecuaciones conceptuales y metodológicas a las necesidades actuales de la sociedad vasca; entre dichos avances destaca el enfoque estratégico de Salud en Todas las Políticas que, a día de hoy impregna toda actuación de salud pública, así como el concepto “One Health/Una Sola Salud”, como enfoque colaborativo y multisectorial, para llevar a cabo estrategias y acciones integrales de prevención y control de agentes con impacto en la salud humana.”

Memoria Justificativa del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi,

https://www.euskadi.eus/contenidos/proyecto_ley/23_pley_xiileg/eu_def/adjuntos/memoria-justificativa-ley-salud-publica.pdf

El aquí mencionado “enfoque estratégico de Salud en Todas las Políticas” se refiere a la Declaración de Adelaide (“Salud en Todas las Políticas”) de la OMS, complementado por el enfoque más conocido de One Health, también de la OMS, y por el “enfoque colaborativo y multisectorial”, como elemento clave de One Health, y sinónimo de “gobernanza sanitaria”.

La Declaración de Adelaide y la “definición” de One Health son “enfoques” generales de contenido consabido y de sentido común; aun así se considera adecuado mencionar ambas como “justificación” (como dice el título) de la política sanitaria (para más ejemplos, véase la cuarta parte de esta serie de artículos, capítulo “Los estándares de salud y la legislación sanitaria”).

En este anteproyecto de ley, la responsabilidad e identidad nacional desaparecen en beneficio de una actitud de copiar y pegar conceptos “mundiales” prefabricados. “Incorporar a la normativa vasca dichos avances y adecuaciones conceptuales y metodológicas a las necesidades actuales de la sociedad vasca” significa tomar el concepto de la gobernanza (“antecedentes normativos, y de la evolución y progresos que ha habido en los conceptos”) y aplicarlo en las normativas nacionales. ¿Cuáles son las consecuencias en la sociedad y en la conciencia público-social? El objetivo de este texto es verter luz sobre esta cuestión, teniendo en cuenta el alcance y significado abarcales de la “gobernanza” y la existencia de los estándares ASG y de gobernanza. Porque el camino de la Declaración de Adelaide, pasando por el enfoque de One Health, al Tratado de Pandemias es el camino de la salud en todas las políticas, por Una Sola Salud en todas las políticas, a una sola política mundial de salud y sanidad, incluyendo las consecuencias de los estándares mundiales para la gobernanza sanitaria en las legislaciones sanitarias nacionales.

Estándares del Banco Mundial. Del medio ambiente a la salud

Los estándares sociales y ambientales que se aplican en los proyectos de las organizaciones de la ONU (véase FAO: <https://www.fao.org/3/cb9870en/cb9870en.pdf> y PNUD: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2021-07/UNDPs-Social-Environmental-Standards-SPANISH.pdf>) son idénticos o ligeras variaciones y adaptaciones de los estándares sociales y ambientales establecidos en el “Marco Ambiental y Social” (MAS) del Banco Mundial (<https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/environmental-and-social-framework>; véase también arriba, Paso 9. El programa de la ONU, “Estándares Sociales y Ambientales para el Desarrollo” y “Estándares sociales, definidos por el Banco Mundial”)

La realidad creada por los estándares sociales y ambientales unificados para una sola política corresponden a la filosofía de “Una sola salud” (la salud como resultado de una buena estrategia de cuidado y alerta frente al medio ambiente y el mundo animal).

El procedimiento metodológico es partir de potenciales condiciones no favorables del medio ambiente y escalarlos al nivel de la salud y de supuestos peligros para la salud:

- FAO: Estándar 5: “Salud de la comunidad”. “Los programas y proyectos de la FAO ... a menudo implican proporcionar apoyo ... para cumplir con sus obligaciones de promover el derecho a la salud. La promoción del derecho a la salud incluye proporcionar a las personas los determinantes subyacentes de la salud ... “<https://www.fao.org/3/cb9870en/cb9870en.pdf>
- PNUD: Estándar 3: “Seguridad y salud de la comunidad y condiciones laborales”
- Marco Ambiental y Social del Banco Mundial: Estándar 4: Salud y Seguridad de la Comunidad: “Los impactos directos del proyecto en los servicios ecosistémicos pueden generar riesgos e impactos adversos en la salud y seguridad de las comunidades. ... Cuando sea adecuado y viable, el Prestatario identificará los posibles riesgos e impactos del proyecto en los servicios ecosistémicos que puedan verse exacerbados por el cambio climático.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), miembro de la alianza tripartita de One Health, tiene una función central para promover la interpretación de la salud

humana en el sentido de que en primera línea depende del medio ambiente y del entorno: de acuerdo con los ODS, la agricultura “sostenible” requiere el uso “sostenible” de los recursos naturales – un argumento justifica la “implementación de estándares ambientales y sociales” (<https://www.fao.org/environmental-social-standards/es/>), pero en consecuencia también los estándares de salud y sanidad.

OMS e ISO. El poder de medir el rendimiento de política sanitaria y de los servicios de salud

En la primera parte de esta serie se ha esbozado el hecho de que los estándares sociales de la ONU se mueven entre reales, declarados y construidos, con todo tipo de derecho de acceso a recursos y “servicios”, y con el fantasma del “derecho administrativo global”. A este último se une otro aspecto del derecho: la fórmula World, o frase hueca hegemónica”, de “acceso equitativo a ... ” (es decir, a programas sociales, servicios medioambientales, alimentos, agua, productos sanitarios, etc.). A pesar de la falta de sustancialidad jurídica de estos enfoques, las políticas sociales nacionales se ven mentalizadas para orientarse en ellos (por ejemplo mediante el compromiso de los estados G20 de implantar el concepto de One Health en los sistemas nacionales de sanidad y educación).

Las declaraciones de la OMS como la Declaración de Adelaide (“Salud en Todas las Políticas”) o el “enfoque” de One Health (sin contar el borrador del Tratado de Pandemias y el Reglamento Sanitario Internacional) están llenos de referencias a “salud, bienestar y equidad”, “sostenibilidad y equidad”, y de fórmulas como “La reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todos.” (Declaración de Adelaide). El documento del Ministerio de Sanidad de España sobre la “Vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud” hace referencia dicha Declaración de Adelaide, que incluye el compromiso de los estados (miembros de la OMS) de establecer “sistemas de información y evaluación transversales” (véase: Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Junio 2021), es decir, un sistema de rendir cuentas ante la OMS, que a su vez evalúa los informes de autoridades nacionales en su Global Health Observatory Data Repository y bases de conocimiento.

Aquí puede surgir, entre muchas otras, la pregunta por el valor añadido de una “vigilancia” y burocratización mundial de la equidad”. Lo cierto es que la postulada equidad en el acceso a los servicios de salud nunca se alcanzará y siempre seguirá siendo tema, con evaluaciones eternas de desigualdades entre países, regiones y grupos sociales, justificando y cimentando la supuesta necesidad de una autoridad mundial central.

**

El método seguido por la OMS para la evaluación de la gobernanza sanitaria de gobiernos e implantar métodos estándar es, por ejemplo, preguntar por la disposición de los gobiernos esperada para la compra de servicios sanitarios, o preguntar por la medida de cumplimiento del “estándar social” del respeto a los derechos humanos a lo largo de los gobiernos nacionales para luego llevar a cabo una evaluación comparativa entre países/gobiernos. Con los métodos de supervisar asuntos de derecho y de financiación pública desde los propios criterios y estándares de gobernanza sanitaria, la OMS entra en temas políticas que van mucho más allá de su función original de hacer recomendaciones en cuestiones de salud y política sanitaria. Son medidas con las que la OMS aumenta la disposición y mentalización generales de aceptar los estándares de evaluación (mediante informes y rendiciones de cuenta); se genera un ambiente en el que cada vez es más habitual y aceptado el uso de estándares y benchmarking en salud y sanidad a través de agencias especializadas; medir el rendimiento y desempeño, comparar códigos de conducta, certificar “buenas prácticas” y recompensar su cumplimiento al estilo de gobernanza y liderazgo.

Un ejemplo de cómo estas tendencias se están apoderando del ámbito de la salud y sanidad, es el estándar ISO 9001 para la asistencia sanitaria, gestionado por DNV, un organismo acreditado de certificación. Estándares con los que la asistencia sanitaria se somete a criterios de eficacia comercial (reducción de costes operativos, mejora continua de la eficiencia operativa, crecimiento del negocio gracias a la certificación por una norma internacionalmente reconocida; pero sobre todo se somete a la convención de ser evaluado y a la sensación de tener necesidad de certificación y evaluación exitosa. (DNV, ISO 9001 para asistencia sanitaria, <https://www.dnv.es/services/iso-9001-para-asistencia-sanitaria-4994/>).

Otros ejemplos son los benchmarks de la OMS respecto a la medicina tradicional (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_CONF9-en.pdf) y los “WHO Benchmarks for International Health Regulations”, que miden y comparan la capacidad de gobiernos de desarrollar planes nacionales de salud y la disposición para responder a emergencias sanitarias.

La tarea de la OMS: Producir “normas y estándares” para “políticas basadas en la evidencia”

Si la tarea de la OMS es

“... establecer normas y estándares, articular opciones de políticas basadas en la evidencia ...”
(ONU, OMS: <https://www.un.org/youthenvoy/2013/09/who-world-health-organisation/>)

tienen que surgir inevitablemente preguntas como las siguientes:

- ¿Qué relación tienen los estándares sociales y ambientales de la OMS con aquellos definidos por el Banco Mundial, que junto con la OMS es otro organismo especializado de la ONU?
- ¿Qué concepto del ser humano (y las condiciones de salud y enfermedad) subyacen a la “definición” de estándares y normas y a la “definición” de One Health?
- ¿Qué procedimientos democráticos o autoritarios se siguen para llegar a un determinado conjunto de estándares y normas, y no a otro?
- Si la tarea de la OMS es “articular opciones de política basadas en la evidencia ...”, ¿quién decide qué es la evidencia? Junto con los estándares, la “evidencia” avanza a ser parte de la autoridad normativa y normalizadora de la OMS.
- ¿En qué medida tiene sentido someter al ser humano y la salud humana a estándares y normas de salud?

Este tipo de cuestiones normalmente no surgen en ningún momento porque, imposibilitadas por la fe ciega en las organizaciones mundiales, junto con el hecho de que el pensamiento general se encuentra absorbido por los conceptos generados por ellas.

La nueva “evidencia”, en posesión de las organizaciones World. La “medicina basada en la evidencia”, terreno exclusivo de la OMS

La nueva evidencia, en posesión de las organizaciones World, ya sea en forma de la “política basada en la evidencia”, la “medicina basada en la evidencia” o la “política sanitaria basada en la evidencia”, es la palabra mágica y el “ábrete sésamo” para abrir las arcas públicas para inversiones privadas en la salud.

La “construcción de conocimiento”, un elemento clave dentro del concepto de One Health, se nutre de la información y los datos que llegan de las universidades de ODS, los gobiernos comprometidos con One Health y las políticas correspondientes, de empresas certificadas o comprometidos con los “estándares sociales y ambientales” y de proyectos de desarrollo (sostenible) de la ONU. El conocimiento

“construido” de esta forma es gestionado en las bases de conocimiento de la ONU y la OMS, y sirve para evaluar, comparar y monitorear quién es cumplidor y quién no, quién “queda atrás” y quién merece un lugar destacado en la gobernanza y el liderazgo de la sostenibilidad y salud mundial.

La soberanía de interpretación de los “conocimientos” la tiene la ONU. La cooperación con la Organización Internacional de Normalización para evaluar el cumplimiento de los ODS mediante el nuevo estándar ISO 53001, da otro toque de autoridad y competencia central.

Las consecuencias para las políticas sanitarias internacionales, se pueden estudiar en los puntos de la “Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030” de la OMS, que indican que las políticas sanitarias tendrán que seguir los mismos “estándares sociales”, y además de ello, una sola ciencia y evidencia. El objetivo 6 reza:

“Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.”

“políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia” es una traducción bastante literal de la llamada “evidence-based policy (evidencia científica y segura para las decisiones políticas, véase en este artículo: “Sustainable Stock Exchange. Evidence-based policy análisis”).

El objetivo 7, “Generación, transferencia y uso de evidencia y conocimiento en salud”,

“Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología.” OMS, OPS; Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030.

reúne los diversos esfuerzos e iniciativas de uniformar los informes y la evaluación de datos de salud y sostenibilidad (“salud sostenible”), igual que el estándar de ISO 53001 unifica la gestión de los ODS, y de acuerdo con el ODS 17, “Alianzas para lograr los objetivos”, “llevar a cabo alianzas entre los diferentes actores del planeta; gobiernos, sector privado y sociedad civil y situar la nueva Agenda en el centro de las políticas y actuaciones de todos ellos. (Pacto Mundial, <https://www.pactomundial.org/ods/17-alianzas-para-lograr-los-objetivos/>)

La “transferencia de la evidencia” significa pasar la evidencia generada a las decisiones políticas deseadas.

Para más detalles sobre la relación entre los nuevos estándares mundiales de gobernanza y la nueva evidencia para las políticas nacionales, véase la primera parte de esta serie de artículos, capítulos ·Paso 16. Dirigir las políticas y legislaciones con el evidence-based policy analysis”, “OMS: Evidencia para la compra estratégica”; ·Paso 17. El “evidence support system”. Redefinir la evidencia y hacerse poseedor de ella, Paso 18: Agilizar y acelerar la evidencia científica y la política basada en la evidencia Paso 19: Optimizar y acelerar la evaluación de gobiernos y la evidence-based policy analysis con la Inteligencia Artificial. Véase también la quinta parte de esta serie de artículos, capítulo “La nueva evidencia: la ciencia como nueva religión”

La palabra mágica de “evidencia” tiene una función central dentro de la “estrategia” de la OMS con respecto a la medicina complementaria, a la que no otorga la misma fiabilidad que a la medicina basada en la evidencia (véase primera parte, capítulo “Dar el derecho de acceso a servicios de calidad basados en estándares, medibles y comparables entre ellos”). El punto crítico del concepto de la medicina basada en la evidencia en contraste con la medicina complementaria es el hecho de que de una organización mundial, orientadora para las políticas nacionales, se convierta en autoridad “científica” que reclame

para sí la verdad hasta tal grado que decide que es información válida y qué es desinformación.

Estructuras antidemocráticas mundiales

Los aspectos tratados en los capítulos anteriores son ejemplos y fragmentos de construcción de poder basado en estructuras antidemocráticas.

Antidemocráticas, no en el sentido de si las actividades de la OMS tienen legitimación democrática porque si, por ejemplo, la OMS fuera una organización democráticamente elegida, no por eso las cosas serían mejores.

Estructuras antidemocráticas en el sentido de prácticas invasivas en las políticas nacionales, explícita o no explícitamente justificadas por la idea de que los países gobiernos nacionales no pueden tener conocimiento, capacidad y fuerza para tratar los asuntos de la salud pública desde su conciencia y soberanía.

El resultado de esta presuposición es una desautorización del estado aún más acelerada mediante los métodos anteriormente descritos, incluyendo, entre otros:

- construir nuevos organismos híbridos de vigilancia con estrecha conexión con las autoridades mundiales, agendas globales y estándares internacionales,
- promover y ser parte de una gobernanza en la que la OMS tiene una función abogadil partidista en favor de los grandes inversores, que también son donadores
- afirmar un nuevo “derecho administrativo global”, exento de fundamento filosófico, ético y científico, pero superior a las legislaciones nacionales
- darse y tomarse el derecho de diseñar e implantar/imponer estándares de gobernanza
- darse y tomarse el poder de medir el rendimiento de los servicios de salud a nivel supranacional
- darse y tomarse la autoridad de ser representante de la medicina basada en la evidencia y de determinar

La pregunta es si existe una necesidad real de que la OMS se ocupe de

- intervenir en la libertad expresión de puntos de vista puntos en la ciencia médica de diversas corrientes,
- combatir la “desinformación” con algoritmos de la inteligencia artificial e “inundar” los medios con la información “correcta” (véase Event 201. <https://www.youtube.com/watch?v=ZShiAnfflw4>),
- imponer una única definición de la salud (One Health) en las políticas sanitarias y educativas

o por qué las tareas principales que se da la OMS no son precisamente las de

- fomentar el interés público en enfoques diversos y diferentes de la ciencia y práctica médicas,
- cultivar un intercambio con instituciones y grupos independientes en lugar de centrarse en la cooperación con instituciones selectas (universidades de ODS o “de referencia”),
- apoyar la plena libertad de enseñanzas y formaciones, aunque sean compatibles con los ODS y el “enfoque” de One Health,
- ofrecer pleno apoyo a la medicina complementaria.

El conjunto de las actitudes, estrategias e intervenciones de la OMS puede resumirse como actitud general de desautorizar los gobiernos (véase la tercera parte de esta serie de artículos), pero también de desautorizar el individuo, tanto en su capacidad de distinguir informaciones válidas y no válidas por

propia cuenta, como en su libertad de expresión como en su capacidad de autodeterminación en el comportamiento relacionado con la salud, como en las capacidades individuales de pensamiento científico profesional.

En suma, se trata de tendencias antidemocráticas en sí (más o menos obvias), que además dificultan un verdadero debate e intercambio democrático, que solo es posible con una producción amplia y libre en los campos de educación, formación, información e ilustración en los asuntos de salud en general.

Consecuencias sociales y psico-sociales

El hecho de que la OMS tenga la soberanía comparar el cumplimiento de estándares sociales, medioambientales y sanitarios, y de evaluar las políticas de sostenibilidad y salud, le otorga la autoridad de unir a las actividades de evaluación y “benchmarking” el criterio de “basado en la evidencia” o “no basado en la evidencia” (véase OMS, Global strategy on traditional medicine, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_CONF9-en.pdf) y de distinguir, como documentado en las citas anteriores, entre políticas sanitarias basadas en la evidencia o no basadas en la evidencia.

De acuerdo con este hecho, llama la atención de que el discurso de One Health y los ODS está lleno de comentarios sobre lo vital del acceso a servicios sanitarios de calidad, y que al mismo tiempo es prácticamente imposible leer algún comentario sobre la libre elección de servicios y productos médicos/sanitarios. El discurso de Una sola Salud, incluyendo los argumentos de “acceso equitativo” y equidad de acceso a servicios sanitarios, parece que equivale a una sola medicina, una sola ciencia, una sola verdad.

Una de las consecuencias del sistemático cuestionamiento de su científicidad de la medicina complementaria es que los recientes ataques a la medicina homeopática han alcanzado un nuevo nivel de intensidad; la soberanía interpretativa de la OMS respecto a la medicina basada en la ciencia y evidencia; la función de la OMS de preocuparse por “el uso seguro y eficaz de la medicina tradicional y complementaria mediante una reglamentación adecuada” y por “adoptar medidas para contrarrestar y abordar los efectos negativos de la desinformación e información inadecuada.” (OMS, “Compromiso histórico de los líderes mundiales en favor de una mayor colaboración, gobernanza e inversión”, Comunicado de prensa del 20 de septiembre de 2023)

Este tipo de comentarios, que ejercen su efecto en la opinión pública y generan presión política, ha hecho que en España existan leyes de regulación en las que la homeopatía es considerada pseudociencia, y que las mentes que producen “desinformación” sanitaria sean consideradas equivalentes a las que todavía confían supersticiosamente en las medicinas no apoyadas por pruebas científicas.

Entre los antecedentes que han creado un caldo propicio para justificar nuevas cazas de bruja, los mencionados comentarios de las OMS tienen un peso especial y muestran su efecto en el hecho de que las medidas y leyes de los países sean adaptadas correspondiente y uniformemente. Entre las noticias de varios países se puede destacar la decisión del Ministerio de Sanidad alemán de enero de 2024, de erradicar los medicamentos homeopáticos de las prestaciones reembolsables a través de las cajas de enfermedad. El ministro Lauterbach justificó la medida con el nuevo conocimiento de que “la homeopatía es un servicio que no aporta ningún beneficio médico basado en pruebas científicas; por eso no tiene sentido financiar tal servicio”.

Con la presión política sobre la medicina complementaria y una desacreditación abierta, el daño producido no se limita al entorpecimiento de la función de un sector de la producción médico-

farmacéutica con las pérdidas económicas colaterales; además de ello se produce un daño psico-social de intimidación a lo largo de varios grupos de la sociedad, que se puede observar en:

- Científicos que trabajan en la investigación de la homeopatía, que dejan de conceder entrevistas porque las universidades en las que trabajan temen por su buena reputación,
- Políticos que ya no se pronuncian a favor de la homeopatía porque temen la “tormenta de mierda” de parte de los que lanzan la campaña contra la homeopatía,
- Clínicos que ya no hablan de homeopatía porque no soportan ser ridiculizados,
- Periodistas que ya no pueden trabajar libremente y temen ser despedidos,
- Pacientes que han gozado de medicamentos homeopáticos con buenos resultados pero no se atreven a comentarlo a otros,
- Farmacéuticos que no quieren dar a sus clientes la impresión de ser representante de pseudo-ciencias,
- Colegios de médicos, que tienden cada vez más a denunciar la homeopatía como ajena a la ciencia y sin evidencia científica de eficacia médica.

Por supuesto, estos fenómenos son tan solo un fragmento de un total de efectos psicosociales que se están produciendo en la actualidad. Hay muchos más, que merecen un estudio detallado.

De la Declaración Universal de los Derechos Humanos al “derecho de acceso a servicios sanitarios ...”. La deconstrucción clandestina de la dignidad humana

Aparte de estos fenómenos psicosociales fáciles de comprobar empíricamente, hay que preguntar por otros efectos menos obvios a lo largo de una población o una sociedad entera. De todos modos, llama la atención el hecho de que, en ambos casos, el efecto es producido mundialmente por una institución mundial: mediante los conceptos que usa, por la retórica con la que los expresa y presenta, el empeño con el que influye con ella en las políticas y la conciencia pública.

La misma organización mundial que declaró en 1948 el “derecho a la libertad de pensamiento” (Artículo 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos), hoy contribuye significativamente a que la libertad de expresión se convierta en miedo de expresar la propia opinión libremente - con el caso extremo declaraciones como formuladas por ejemplo en el Tratado de Pandemias, donde la expresión libre solo llega hasta donde la OMS la define (combatiendo “las informaciones falsas, engañosas o erróneas y a la desinformación, incluso mediante la promoción de la cooperación internacional.” (Tratado de Pandemias, borrador del 1 de febrero de 2023).

La misma organización mundial que declara al mundo qué y cuáles son los derechos humanos, y que a lo largo del tiempo genera un debate social mundial en el que la concepción de los derechos humanos está sometida a cambios de paradigma, de forma que la validez de la declaración universal empieza a tambalear.

La misma organización mundial que es autora de la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha cambiado de actitud y de lenguaje, de una forma lenta e insidiosa.

Hay una diferencia entre el texto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (artículo 25)

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure... la salud y el bienestar, y en especial ... la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”

y las nuevas fórmulas y formulaciones de la ONU dentro de la Agenda 2030 y, por ejemplo, la “estrategia” de One Health.

Igual que la función de la OMS ya no es la original, la de orientar y asesorar, sino la de dirigir y presionar, también ha cambiado el lenguaje, de técnico a tecnócrata. El contenido mencionado arriba, en las publicaciones actuales de la ONU, la OMS, la FAO etc., hoy,, con las frases estereotípicas, reza como; “Todo gobierno debe asegurar el derecho de acceso equitativo a los servicios sociales, y en especial los servicios ambientales y sanitarios“. Una pronunciación inofensiva y plausible, con la que, sin embargo, el ideal social de la igualdad se convierte en las nuevas fórmulas de equidad.

La misma organización mundial que declaró en 1948 que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos ...” también redefine la naturaleza espiritual de la dignidad humana innata reduciéndola a un producto técnico de adecuados servicios sociales y económicos. Dentro del concepto de One Health, la dignidad humana queda reducida a los nuevos lemas de “inclusión, equidad y acceso”, es decir, al derecho de acceso a recursos y servicios necesarios.

(OMS, Joint Tripartite (FAO, OIE, WHO) and UNEP statement,

<https://www.who.int/news/item/01-12-2021-tripartite-and-uneep-support-ohlep-s-definition-of-one-health>)

Un “cambio de paradigma” que se produce paralelamente al proceso de enmiendas propuestas por la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional de 2022/23. Este último incluye la enmienda de borrar el texto “El presente Reglamento se aplicará con pleno respeto de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas” y sustituirlo por: “El presente Reglamento se aplicará ... sobre la base de los principios de equidad, inclusividad y coherencia”.

La dignidad humana se cosifica en el sentido del derecho a una “vida digna”, con acceso, y derecho a acceso, a agua, alimentación y otros recursos necesarios para la supervivencia. Desaparece la dignidad humana en su sentido original anímico-espiritual, con aspectos esenciales como la autodeterminación, el respeto a la iniciativa propia e ideas nuevas, el derecho de ser escuchado a pesar de no cumplir con el pensamiento de la mayoría, etc.

**

La deconstrucción paulatina y gradual de la esencia de la dignidad humana es un fenómeno general de la conciencia de la humanidad moderna; de todos modos, gran parte de esta tendencia tiene que ver con cómo la ONU, la OMS y el Consenso relacionado promueven conceptos de la sociedad, del ser humano y de la salud humana. El objetivo 3 de los ODS de la ONU, “cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y eficaces para todos”, junto con las reglas de juego y estándares ASG necesarios para alcanzarlos, generan condiciones muy problemáticas para la salud social.

El problema central parece ser que, por ejemplo, la empresa agrícola de un agricultor hoy se ve inserto en un escenario de someterse a la certificación ISO, u otra, elaborar informes ASG (ya sean voluntarios u obligatorios), ser parte de la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU, mientras el abuelo del agricultor posiblemente todavía mantenía la dignidad de poder trabajar libremente con una propia idea o un propia ideal de la sostenibilidad de su entorno y empresa - un ideal posiblemente conectado con el amor a su trabajo. Hoy, su nieto se enfrenta no solo a una definición erudita externa de la sostenibilidad en forma de Agendas y estándares de sostenibilidad, sino también tiene que demostrar que tiene responsabilidad por el medio ambiente.

Llevando este escenario a la “sostenibilidad sanitaria”, puede surgir la pregunta: si las múltiples declaraciones, comunicados y publicaciones de la OMS, sus llamamientos y recomendaciones, los documentos estratégicos, agendas con indicaciones concretas para la política sanitaria, incluyendo la educación en pensamiento y comportamiento en asuntos de la salud: si todo esto junto ha logrado una

aceptación en los sistemas de educación y formación, y en las políticas de todo el mundo y en las legislaciones sanitarias de los países miembro, con un reconocimiento general de la OMS como orientadora global en el pensamiento científico sanitario y biológico, con objetivos que parecen impecables y merecedores de toda confianza, si esto es así, ¿todas estas orientaciones, y las de la OMS, serán necesarias para la concienciación de asociaciones de médicos y pacientes, de iniciativas locales de autoayuda y autogestión, de instituciones sanitarias no estatales, de movimientos para la asistencia integral, etc., es decir de iniciativas libres fundadas desde la propia responsabilidad, por ellas y para ellas? ¿Estas iniciativas desarrollarían desde sí mismas una necesidad y demanda real de sanidad digital, o “transformación digital para una salud pública más sostenible” tal como la promueve la OMS? ¿Puede ser que las iniciativas libres de este tipo ya han tenido una conciencia de One Health muchos años antes de que este enfoque fue presentado por la OMS, posiblemente porque sus promotores desarrollaron esta conciencia con su sangre, sudor y lágrimas, no desde el escritorio? ¿Puede ser que hay personas que, desde la responsabilidad por la propia salud, desde su propia humanidad y conciencia social y moral hayan desarrollado ideas que van mucho más allá de las orientaciones de la OMS para políticos, parlamentarios, y otros “stakeholders”?

Lo que se ha podido experimentar en la vida en forma de limitación de los derechos humanos durante la “pandemia de Covid-19”, como presión político-moral mediante los ODS, o como intromisión de la OMS en las políticas nacionales mediante el Tratado de Pandemias, es el último eslabón de las consecuencias visibles de un aparato de centralización, mundialización, estandarización, evaluación y certificación casi imposible de comprender en sus dimensiones, interconexiones, nodos y “reticulaciones”. Lo que sí es posible es percibir el pensamiento del que nacen las ideas de centralización, mundialización, estandarización, evaluación y certificación, hacer dentro de lo posible una radiografía de su origen e intencionalidad para formar un juicio sobre si tienen un valor social real.