

¿HACIA UNA NUEVA GOBERNANZA SANITARIA GLOBAL? PROBLEMAS Y DESAFÍOS TRAS LA PANDEMIA DEL COVID-19

TOWARD A NEW GLOBAL HEALTH GOVERNANCE? ISSUES AND CHALLENGES IN THE
AFTERMATH OF THE COVID-19 PANDEMIC

EDUARDO A. CARREÑO
Universidad de Chile
ecarreno@uchile.cl

RESUMEN

Este artículo analiza los retos actuales de la gobernanza sanitaria global tras la pandemia del COVID-19. Este evento dejó en evidencia una serie de problemas de diseños previamente enfrentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se sostiene que las respuestas de corte nacionalista de una serie de gobiernos debilitaron la capacidad de acción de la OMS. Ello obliga a una evaluación crítica de la gobernanza sanitaria global. En esa línea, en este trabajo se evalúan las fortalezas y debilidades de la OMS como coordinador de políticas nacionales de salud pública. También valora la capacidad de la OMS para promover el Reglamento Sanitario Internacional entre los estados miembros. De igual forma, se debaten varias perspectivas de reforma de la OMS en tres ámbitos estratégicos: político, institucional y operativo.

Palabras clave: Salud pública, Políticas públicas globales, Gobernanza, COVID-19.

ABSTRACT

This article analyzes the current challenges of global health governance in the aftermath of the COVID-19 pandemic. This event brought several institutional design issues previously faced by the World Health Organization (WHO) to light. It is argued that the nationalistic responses of a series of governments weakened the WHO's capacity for action. This calls for a critical evaluation of global health governance. Accordingly, this article evaluates the strengths and weaknesses of the WHO as a coordinator of national public health policies. It also assesses the WHO's capability to promote the International Health Regulations (IHR) among member states. Several perspectives on WHO reform in three strategic areas (political, institutional, and operational) are also discussed.

Keywords: Public health, Global public policies, Governance, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 recordó al mundo que ningún país puede hacer frente de manera aislada a las amenazas a la salud en un mundo globalizado. En efecto, la construcción de una gobernanza global es clave para coordinar una respuesta sanitaria a nivel mundial en términos políticos e institucionales. Sin embargo, los últimos tres años un conjunto de gobiernos nacionalistas ha debilitado la autoridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) imponiendo políticas aislacionistas que no sólo dividen al mundo, sino también bloquean una respuesta coordinada de Naciones Unidas y sus agencias especializadas ante la emergencia.

Estos gobiernos han socavado también la gobernanza global por medio flagrantes violaciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, destacando entre éstas la falta de intercambio de información oportuna y precisa con la OMS y la inacción ante las advertencias y recomendaciones de la misma organización. El RSI tiene como objetivo armonizar las respuestas sanitarias nacionales y facilitar la coordinación internacional, sin embargo, estos gobiernos no han priorizado su ideología política por sobre la realidad epidemiológica.

Naciones Unidas depende también de la cooperación internacional, pero los conflictos políticos en curso han paralizado casi por completo su trabajo, impidiéndole liderar una respuesta global coordinada. El Consejo de Seguridad se vio obstaculizado por los conflictos entre Estados Unidos y China relativos al origen de la pandemia y la idoneidad de la respuesta temprana, lo cual paralizó durante seis meses su trabajo antes de adoptarse la primera resolución sobre el COVID-19, que instaba a respaldar el llamado del Secretario General a un alto el fuego en los conflictos armados con el fin de abordar la pandemia en entornos humanitarios.

Dividiendo un mundo interconectado, los gobiernos de corte nacionalistas han implementado políticas aislacionistas que socavan la solidaridad global. A medida que los gobiernos impusieron rápidamente prohibiciones de viajes internacionales, muchas naciones impulsaron un proteccionismo médico que impidió el movimiento de suministros los primeros meses de la pandemia. Así, por ejemplo, Estados Unidos compró prácticamente toda la reserva mundial de remdesivir, un tratamiento temprano de COVID-19, lo cual ya hacía presagiar en ese momento los futuros obstáculos para la distribución equitativa de otros medicamentos y vacunas (Raynolds 2020).

Así, en este convulsionado contexto, es necesario reflexionar en torno al futuro de la internacionalización de las políticas sanitarias. En otras palabras, se requiere evaluar cómo las estructuras políticas internas han condicionado el acceso a los sistemas políticos nacionales de recomendaciones e instrucciones que emanan de actores internacionales y transnacional que han modelado la gobernanza sanitaria global. En este trabajo se argumenta que los ataques nacionalistas a las respuestas globales a la pandemia del COVID-19 develaron obstáculos estructurales que debilitan la gobernanza sanitaria global en áreas clave. Por ejemplo, su eje principal –la OMS– se encuentra asediada por una lucha entre las potencias internacionales que simplemente ha paralizado el Sistema de las Naciones Unidas. En medio de estas reyertas políticas la arquitectura de la salud global tiene el gran desafío de reinventarse, es decir, de constituirse como una verdadera red de política pública global capaz articular redes de actividad e interacción transcontinentales, interregionales y nacionales vinculadas a diferentes regímenes sanitarios (Held, Dunleavy y Nag 2010).

La estructura del artículo es la siguiente. Primero, se analizan las fortalezas y debilidades de la OMS en la coordinación de políticas nacionales de salud pública. Después, se discute el papel de esta organización en la promoción del RSI en los estados miembros y los problemas que ha generado la pandemia del COVID-19. En tercer lugar, se **evalúan** las diferentes perspectivas de reforma de la OMS en tres ámbitos estratégicos: político, institucional y operativo. Finalmente se presentan algunas conclusiones.

LA SALUD COMO ASUNTO PÚBLICO GLOBAL

En varios sentidos, el siglo XX prometió un futuro más próspero en materia sanitaria. Trajo avances en medicina, higiene, educación y salud pública. Estos vinieron con la profesionalización de los trabajadores de la salud, la creación de empresas farmacéuticas de alcance nacional y luego internacional, y el advenimiento de organizaciones no gubernamentales (ONG) filantrópicas como la Fundación Rockefeller, dedicada a la investigación para aliviar el sufrimiento de la humanidad.

Al final de la Segunda Guerra Mundial, las potencias victoriosas crearon la OMS para promover la salud, así como también para asistir a los países recientemente descolonizados en el fortalecimiento de sus sistemas sanitarios nacionales (Goodman 1971). La Guerra Fría y otros conflictos armados directos estimularon también la innovación, ya que las potencias desarrollaron nuevas necesidades de seguridad nacional que las impulsaron a identificar, tratar y prevenir las enfermedades que sus ejércitos encontraban en muchos lugares exóticos donde se encontraban desplegados (Cueto, Brown y Fee 2019). Así, por ejemplo, en el apogeo del conflicto bipolar, el éxito de la campaña de erradicación de la viruela dirigida por la OMS demostró que las diferencias ideológicas podían superarse en nombre de la salud global.

Tras el colapso de la Unión Soviética y la consiguiente expansión del liberalismo político y económico a distintas regiones, emergió la expectativa de que este proceso traería también mejoras significativas en la salud y el bienestar de los ciudadanos del mundo. En efecto, la globalización creó una nueva generación de posibilidades y recursos para aumentar la esperanza de vida al nacer, como también para reducir la mortalidad y la morbilidad. Aportó y difundió nuevos conocimientos, técnicas de diagnóstico, opciones terapéuticas y medicamentos para tratar algunas de las enfermedades más importantes. Éstos fueron entregados por un personal sanitario cada vez más capacitado, que contaba con conocimientos especializados e interactuaba con una ciudadanía más informada (Beaglehole y Yach 2003).

Surgió, además, una mayor conciencia en torno a los determinantes sociales, económicos, ambientales y políticos de la salud. El advenimiento de las comunicaciones expresas y el transporte rápido y de bajo costo prometió difundir información, asistencia y riqueza para fomentar la salud en todo el mundo (Drager y Beaglehole 2001). Sin embargo, el rápido aumento de la interconexión social y económica propició la aparición de nuevas amenazas sanitarias y el resurgimiento de antiguas enfermedades que durante mucho habían estado bajo control.

Así, por ejemplo, en el lapso de poco más de dos décadas, el VIH/SIDA pasó de ser un desconocido para la ciencia a ser la enfermedad infecciosa más importante del mundo. En algunos países tiene tasas de prevalencia tan altas que se ha convertido en una amenaza importante para la seguridad económica y nacional y, potencialmente, para la propia

supervivencia nacional (UNAIDS 2022, Peterson 2002). Si bien muchos ahora reciben un tratamiento asequible, muchos otros se infectan cada año.

Otras enfermedades como la tuberculosis, el dengue y la malaria han resurgido como amenazas importantes para la salud global, y su control se complica por el desarrollo de resistencia a muchos de los agentes terapéuticos existentes utilizados en su tratamiento (Osterholm 2005). La resistencia biológica y política a muchos de los medicamentos y tratamientos probados en los que se ha confiado durante mucho tiempo está en aumento en varios casos.

Al mismo tiempo, la globalización ha facilitado la fuga de cerebros en los estados más pobres en el ámbito sanitario, por cuanto muchos profesionales de la salud de estos países migran al norte global buscando mejores trabajos y oportunidades. Ha crecido también la exportación y comercialización de modos de comportamiento y estilos de vida asociadas con efectos adversos para la salud, lo cual ha dado lugar a nuevas epidemias de afecciones y enfermedades crónicas como el alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y diversos tipos de cáncer (Beaglehole y Yach 2003). Esto llega en un momento en que los gobiernos de todo el mundo se han visto constreñidos por la pobreza, las crisis financieras, los desastres naturales y las guerras, lo cual repercute inexorablemente en el debilitamiento de sus sistemas de salud pública y en el aumento de las desigualdades económicas y sanitarias entre sus ciudadanos (Garrett 1996).

EL MANDATO Y ACTUACIÓN HISTÓRICA DE LA OMS

En su calidad de organismo especializado de las Naciones Unidas, la OMS es una organización intergubernamental de carácter multilateral. Estas organizaciones se caracterizan por enfocarse en temas globales específicos y por una membresía exclusiva de estados. En términos operativos, estas entidades son intermediarias de conocimientos, facilitadoras de negociaciones y constructoras de capacidades en sus estados miembros (Amici y Cepiku 2020, Littoz-Monnet 2017).

En su orgánica, destaca en primer lugar la Asamblea Mundial de la Salud, instancia decisoria máxima que sesiona cada mes de mayo en Ginebra. Los 194 países miembros votan un sinnúmero de resoluciones relativas a asuntos tales como el establecimiento de programas de salud. Las resoluciones se requiere el voto afirmativo de dos tercios de los representantes. Este trabajo es supervisado por un presidente, el cual es elegido por la misma asamblea (Marsico 2015).

En paralelo, está el Consejo Ejecutivo de la OMS redacta las resoluciones y las presenta a los delegados nacionales. Este consejo está integrado por 34 miembros, todos los cuales son expertos en salud pública. Los miembros del Consejo Ejecutivo no suelen actuar como representantes de sus respectivos gobiernos, sino que acostumbran adoptar decisiones en consideración del interés general en términos de salud global. Esta instancia acostumbra incluir entre sus integrantes al menos tres nacionales de los cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (China, Francia, Rusia, Reino Unido y Estados Unidos).

La Asamblea Mundial de la Salud elige también al Director General de la OMS, quien desempeña esta labor por cinco años. El Director General representa oficialmente a esta

organización en las reuniones de las Naciones Unidas y otros eventos, así como aprueba los presupuestos de los programas y supervisa el trabajo del personal permanente. Actualmente, alrededor de 10.000 empleados expertos en salud pública y otras materias afines se despliegan en la sede central de la OMS en Suiza, en seis oficinas regionales y en 147 oficinas nacionales (Beigbeder 2018).

Las oficinas regionales son responsables de llevar a cabo las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo dentro de sus respectivas áreas geográficas (África, Américas, Mediterráneo Oriental, Europa, Sudeste Asiático, Pacífico Occidental). El Director General supervisa el trabajo de estas oficinas (Marsico 2015). Debido a la naturaleza descentralizada de la OMS, los directores regionales desempeñan un papel importante ya que son responsables de la planificación y gestión de los programas, de la supervisión del presupuesto regional y del nombramiento de representantes de la OMS en las oficinas nacionales en su región (Clinton y Sridhar 2017).

Las oficinas nacionales están ubicadas dentro de cada Estado Miembro y suelen tener su sede en el departamento nacional de salud del país anfitrión. Los miembros del personal profesional, los asesores, los consultores técnicos temporales y el personal administrativo trabajan en las oficinas nacionales. Un representante de la OMS dirige cada una de estas oficinas y tiene por función principal mantener informado al Director Regional de cualquier problema específico en materia sanitaria a nivel local.

La OMS lleva a cabo su misión liderando la gestión de una amplia gama de problemas de salud global. Los programas de salud global de esta organización se centran en áreas clave como la prevención de enfermedades a través de vacunas e inmunización, el tratamiento de enfermedades, la atención de salud para madres y niños en países en desarrollo, y la nutrición y saneamiento (acceso a agua potable segura y eliminación adecuada de desechos humanos) (Marsico 2015).

Esta organización internacional incide también en la investigación sanitaria en todo el mundo, considerándose en este trabajo acciones que van desde el desarrollo de vacunas hasta la mejora de prácticas de salubridad. La OMS promueve para ello la cooperación entre comunidades epistémicas, así como –sobre la base de la evidencia científica– difunde para su implementación en los países miembros recomendaciones de políticas sanitarias (Cueto, Brown y Fee 2019).

En este contexto, la OMS ayuda a los países en desarrollo a mejorar su institucionalidad sanitaria, es decir, contribuye al fortalecimiento de las capacidades de los ministerios de salud, hospitales, clínicas y otras instalaciones médicas. Asesora, además, a los estados miembros más desarrollados en el tratamiento de aquellas enfermedades crónicas que más muertes causan entre sus ciudadanos: accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas, cáncer, obesidad, diabetes y asma (Marsico 2015).

Por otra parte, la OMS supervisa y evalúa las tendencias sanitarias mundiales con miras a mejorar los servicios de salud en los países en desarrollo. Trabaja, además, con muchos socios, incluidas otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas (como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF), organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, Centro Carter) y corporaciones privadas (como las compañías farmacéuticas).

Estas asociaciones ayudan a la OMS a lograr su objetivo de mejorar el bienestar de las personas en todo el mundo. Así, por ejemplo, esta organización atendió un inusual brote de meningitis en Burkina Faso el año 2002. El personal técnico de la OMS trabajó durante la gestión de esta crisis sanitaria en estrecha colaboración con una importante empresa farmacéutica para desarrollar una nueva vacuna, la cual –finalmente– fue testeada y aprobada en un tiempo récord (Sirica 2010). Se negoció, además, con esta compañía la fijación de un precio por inyección asequible a las autoridades gubernamentales de este país africano.

En una segunda etapa, se programó el año 2009 la introducción de una vacuna más eficaz y de bajo costo contra la meningitis. Con el apoyo de la OMS, el Proyecto Vacunas contra la Meningitis suscribió un acuerdo con el prestigioso laboratorio indio Serum Institute para producir 25 millones de dosis de vacuna para los países africanos durante un período de diez años. El precio de la nueva vacuna se fijó en menos de un dólar (Sirica 2010).

Los impulsores de la OMS en 1948 buscaban que la organización operara en casi todos los ámbitos de la salud. La Constitución de esta organización proporciona un amplio marco para que ésta cumpla su objetivo de alcanzar el más alto nivel de salud en la población mundial. En términos específicos, el artículo 2 enuncia veintidós funciones específicas que deben ser cumplidas, destacando la adopción de resoluciones, acuerdos y regulaciones en materia sanitaria a nivel global. Este trabajo constituye la base para el posterior desarrollo de una amplia variedad de programas, publicaciones y alianzas estratégicas.

En este contexto, gran parte del trabajo de la OMS se centra en programas y proyectos de salud global. La organización es conocida por sus esfuerzos para erradicar enfermedades y controlar los brotes infecciosos, como también para brindar ayuda a sus estados miembros cuando estos solicitan asistencia técnica para fortalecer sus sistemas nacionales de salud y los planes de contingencia en emergencias sanitarias. Los países de ingresos bajos y medios-bajos reciben la mayor parte de este tipo de asistencia, pero siempre respetando irrestrictamente su soberanía. Cada país tiene derecho a desarrollar su propio sistema y servicios de salud en la forma que su gobierno considere más adecuada a sus necesidades (Clinton y Sridhar 2017, Cooper, Kirton y Schrecker 2007).

La OMS brinda también asistencia de emergencia a las naciones necesitadas, en especial, en escenarios de guerras, epidemias, crisis políticas y desastres naturales (por ejemplo, terremotos, inundaciones y huracanes). La organización se despliega en estos casos con el Equipo de Gestión de Desastres de las Naciones Unidas y los ministerios de salud locales con la finalidad de identificar las necesidades prioritarias y entregar suministros. Una vez que se proporcionan los servicios de salud más urgentes, el Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Transmisibles de la OMS se aboca a disminuir los factores de riesgo del cólera, el sarampión, la neumonía y otras enfermedades transmisibles (Marsico 2015).

Como puede apreciarse, la OMS desarrolla su misión liderando la resolución de una amplia gama de problemas de salud global. Influye en la investigación de salud pública en todo el mundo, llevando a cabo acciones que van desde la producción de vacunas hasta la mejora de las prácticas sanitarias. Además, sobre la base de la evidencia científica, promueve la cooperación entre científicos con el objetivo de entregar recomendaciones políticas a las naciones, así como

articula una arquitectura sanitaria transnacional que suma constantemente nuevos socios, incluidas otras agencias de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y corporaciones privadas. Todo ello ocurre en un contexto en el que existe un equilibrio feble entre las orientaciones globales y las opciones tomadas por los estados nacionales.

LA OMS Y LA GOBERNANZA SANITARIA GLOBAL

Las políticas sanitarias a nivel global se caracterizan por su dinamismo y alta politización, es decir, por la tensión que existe más allá de las fronteras del Estado a la hora de fijar los objetivos, prioridades e instrumentos que marcaran el actuar en materia de salud pública, como lo demostraron la epidemia de ébola, entre 2014 y 2016 o la pandemia de influenza A/H1N1, en 2009. En otras palabras, la gobernanza sanitaria global suele definirse de varias maneras en función del contexto y la naturaleza del discurso circundante en el que se utiliza el término. Así, por ejemplo, un enfoque descriptivo y funcional se centra en su arquitectura, específicamente, en los actores que desempeñan diversos roles, el poder que ejercen, los intereses que promueven y en cómo se vinculan a través de diversas redes (Schneider 2019).

Por otra parte, un enfoque más institucional prioriza en el debate las reglas del juego, es decir, las normas y convenciones que trascienden en el tiempo. Este enfoque articula lógicas de adecuación que explican patrones de comportamiento y cooperación, los cuales desafían la búsqueda egoísta de intereses e, incluso, la autopreservación dentro de un mundo reconocido por la interdependencia compleja. Se refuerza así el enfoque de la gobernanza sanitaria global para analizar las condiciones bajo las cuales los actores acuerdan cooperar (Schneider 2019, Lee y Kamradt-Scott 2014), en particular, los elementos estructurales que organizan la toma de decisiones y fijan una relación recíproca entre insumos, procesos y la aceptación de productos.

Desde una perspectiva de política pública global es importante el estudio de la gobernanza sanitaria y su funcionamiento, principalmente, por tres razones (Schneider 2019). Primero, la discusión sobre la cooperación global en salud se ha centrado en el origen de la OMS y sus capítulos regionales, en sus acciones y en la efectividad de las mismas. En segundo lugar, la realidad evidencia la formación a nivel transnacional de nuevas redes informales que requieren contar con estructuras mínimas que permitan llegar a acuerdos sobre objetivos y acciones. Y, en tercer lugar, el estudio de las organizaciones es esencial para comprender la compleja arquitectura de la salud global (agencias, intereses y núcleos ideológicos).

En este nuevo marco es difícil fijar con claridad la dicotomía público-privado. En efecto, a reconocidos programas como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) (Vitoria et.al. 2009) y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, en su sigla en inglés), se suman hoy muchas otras instancias de concertación que no encajan bien dentro de las categorías habituales. La gobernanza sanitaria global propicia la innovación tecnológica, la difusión de conocimiento y el entrenamiento del capital humano avanzado, por lo tanto, el trabajo de la OMS se vincula estrechamente a comunidades epistémicas, universidades, organizaciones benéficas, agencias del Sistema de las Naciones Unidas, compañías farmacéuticas, coaliciones de defensa, entre otros actores (Ulbert y Hamm 2011).

Estas alianzas público-privadas se centran en la prevención y el control de enfermedades infecciosas, como también en salud reproductiva e infantil, deficiencias nutricionales y otras áreas como seguridad química y salud visual (ceguera y cataratas) (Babacan 2021). Para estos efectos, las alianzas actúan siguiendo una lógica de tres niveles: primero, se constituyen para abordar un problema de salud específico, desplegando en ello recursos y habilidades; segundo avanzan hacia una institucionalización, en diversas formas, para compartir recursos y gestionar riesgos; y tercero, convocan a una amplia variedad de actores estatales y no estatales (Babacan 2021).

Además, las alianzas público-privadas de la gobernanza sanitaria global acostumbran situarse en la complejidad de ciertos mercados, es decir, en aquellos donde el cuidado de la salud considera los servicios clínicos y productos médicos; la cobertura y protección financiera; el desarrollo de capital humano avanzado; el acceso a tecnologías de la información; la construcción, restauración y administración de instalaciones; y la gestión de residuos (OMS 2018). Se argumenta que los mercados de atención médica no son lo mismo que los mercados económicos tradicionales, ya que son más propensos a fallas debido a características inherentes como las asimetrías de información que crean una relación de poder desigual entre expertos y clientes, factores intertemporales, externalidades y otras distorsiones (Babacan 2021, Watts y Segal 2009). Las fallas del mercado en el cuidado de la salud profundizan la inequidad, por cuanto la provisión de atención sanitaria como bien público puede ser insuficiente si todo queda dentro de la lógica del *laissez faire*.

En este contexto, si bien la OMS continúa siendo el principal organismo abocado a la formulación de políticas sanitarias a nivel global, la administración transnacional de la salud se ha vuelto más compleja (Stone y Ladi 2015, Williams y Rushton 2011). Por ejemplo, la propia OMS alberga varias organizaciones más pequeñas que funcionan con relativa autonomía en la gestión de sus actividades, como también en la determinación de su estatus legal, ingresos financieros, líneas de responsabilidad y despliegues internacionales.

Entre los ejemplos de otras organizaciones destacan Roll Back Malaria Partnership y Stop TB Partnership, ambas inicialmente ubicada dentro de la OMS, pero con un estatus especial que permitió a éstas establecer vínculos más formales con actores clave no estatales (Schneider, 2019). Son también relevantes los casos de UNITAID, una organización financiera que recauda contribuciones a partir de la fijación de impuestos a los pasajes aéreos (Atun et al. 2012); e International Health Partnership+, la cual proporcionó fondos y apoyo en especies con el objetivo de mejorar la eficacia de la ayuda sanitaria (Shorten et al. 2012).

En la actualidad destaca el trabajo del mecanismo COVAX, una innovadora iniciativa de colaboración mundial que tiene dos objetivos: primero, acelerar el desarrollo y la producción de pruebas, tratamientos y vacunas contra la COVID-19; y segundo garantizar el acceso equitativo a los mismos (Storeng, de Bengy Puyvallée y Stein 2021, Berkley 2020). En esta iniciativa participan la alianza GAVI, la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI en su sigla en inglés) y la OMS.

En un período de tiempo relativamente corto, a partir de la última década del siglo XX, estos actores han revolucionado la arquitectura de la gobernanza sanitaria global, pero esto no ha sido resultado de un proceso cuidadosamente planificado. Más bien, el cambio ha sido gradual y, a

menudo, *ad hoc*. No hay líneas claras de autoridad, ni política ni legalmente, lo lleva a que existan mandatos que a menudo se superponen y compiten entre sí.

Esta privatización de la salud global plantea importantes preguntas en torno a cuestiones como la rendición de cuentas, las políticas de transparencia, la inclusión de actores, los mecanismos de fijación de agendas, la evaluación de impacto, entre otras. Actualmente, varios desean ampliar el mandato de muchas de estas iniciativas, pero existen dudas sobre la sostenibilidad de un modelo que básicamente ha sido impulsado para obtener nuevos recursos públicos y privados (por ejemplo, la Iniciativa de Erradicación Global de la Poliomielitis o la Alianza Global Cero Lepra).

LA OMS Y EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

El RSI es el principal régimen internacional dentro de la gobernanza sanitaria mundial. Nació como un documento legal de salud internacional adoptado originalmente por la OMS para coordinar disputas internacionales que surgen de prioridades en conflicto entre la gestión de problemas de salud y la protección de intereses comerciales. Reemplazó varias convenciones de salud implementadas antes de 1951¹, convirtiéndose en el único instrumento vinculante ratificado por la Asamblea Mundial de la Salud entre los años 1948 y 2000 tendiente a garantizar la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades, pero con una mínima interferencia con el tráfico mundial mercancías.

El actual RSI, fijado en 2005 y vigente desde 2007, establece en su artículo 2 que la finalidad de este instrumento es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. Del mismo modo, las regulaciones buscan equilibrar el derecho de una nación a proteger la salud de su pueblo y las obligaciones de tomar medidas sanitarias que no interfieran con los viajes internacionales.

El RSI estipula que los estados tienen, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, el derecho soberano a legislar e implementar la normas en cumplimiento de sus políticas de salud. Al hacerlo, deben defender el propósito del reglamento.

Al recalibrar los intereses comerciales y de salud, el RSI se hizo compatible con la normativa de la Organización Mundial del Comercio (OMC), la cual reconoce el derecho del Estado a restringir el intercambio comercial por motivos sanitarios, pero limita este derecho a casos de absoluta necesidad (OMS y OMC 2002: 59). La sinergia entre el RSI y el derecho comercial internacional demuestra que la salud pública está integrada de facto en un sistema internacional que facilita la actividad económica a través de mercados globalizado (Plotkin 2007).

El RSI de 2005 no solo transformó la gobernanza sanitaria internacional en una gobernanza sanitaria global, sino que también promovió un actuar intersectorial, multinivel y transnacional

¹ En la primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948, el recién formado Comité Internacional de Expertos en Epidemiología y Cuarentena consolidó múltiples versiones de la Convención Sanitaria Internacional (1903) para formar el Reglamento Sanitario Internacional (1948).

(Jiyong 2021). En efecto, este reglamento amplió la lista de objetivos que persigue la gobernanza sanitaria global. El objetivo del reglamento de 1983 y las versiones anteriores era meramente limitar la propagación internacional de enfermedades infecciosas y minimizar la interferencia de éstas con los negocios internacionales. El reglamento de 2005, además de estos dos objetivos, insta a los estados miembros a promover los derechos humanos, la protección del medio ambiente y la seguridad humana.

Esta expansión de objetivos constituye el mayor cambio en la gobernanza mundial de la salud. Así, por ejemplo, en el reglamento de 2005 las disposiciones sobre cooperación entre la OMS y los regímenes tradicionales de seguridad internacional reflejan la securitización de los problemas de sanitarios (Rushton 2014, Peterson 2002), incorporándose ahora en el tratamiento de estas cuestiones a instancias multilaterales como el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) (Jiyong 2021).

Del mismo modo, el alcance del RSI de 2005 se amplió tras la adopción de un enfoque propicia la atención de una amplia gama de riesgos. Versiones anteriores del reglamento sólo se aplicaba a una breve lista de enfermedades infecciosas (por ejemplo, el cólera, la peste y la fiebre amarilla), cuya propagación históricamente se asociaba con los viajes y el comercio. Hoy se incluyen enfermedades infecciosas naturales, la posible propagación internacional de enfermedades no transmisibles causadas por agentes químicos o radiológicos en productos que se mueven en el comercio internacional, y las sospechas de liberación intencional o accidental de sustancias biológicas, químicas o radiológicas (Jiyong 2021).

Por otra parte, como ya se mencionó, el RSI de 2005 incorpora los principios de derechos humanos (Fisher, Kornblet y Katz 2011). La idea detrás de esto es que, para que una política de sanitaria imponga legítimamente restricciones a los derechos civiles y políticos, debe responder a una necesidad pública o social apremiante, perseguir un objetivo legítimo, ser proporcional al objetivo legítimo, y no ser más restrictiva de lo necesario para lograr el objetivo que se busca restringiendo el derecho (Consejo Económico y Social de Naciones Unidas 1985)².

² Los artículos 23, 31 y 43 del RSI de 2005 exigen a los estados miembros aclarar los riesgos para la salud pública que justifican las medidas sanitarias que serán impuestas a las personas, las cuales que no serán más "intrusivas e invasivas que otras medidas adoptadas para lograr una protección adecuada de la salud". Estas disposiciones aplican también a las recomendaciones hechas por la OMS. El artículo 42 establece que "todas las medidas sanitarias se implementarán de manera transparente y no discriminatoria". Del mismo modo, el artículo 32 estipula que los estados miembros "tratarán a los viajeros respetando su dignidad, sus derechos humanos y sus libertades fundamentales y reducirán al mínimo las molestias o inquietudes asociadas con tales medidas, lo que incluirá: 1) tratar a todos los viajeros con cortesía y respeto; 2) tener en cuenta las consideraciones de género, socioculturales, étnicas y religiosas de importancia para los viajeros; y 3) proporcionar u ocuparse de que tengan alimentos adecuados y agua, instalaciones y vestimenta apropiados, proteger el equipaje y otras pertenencias, ofrecer un tratamiento médico adecuado, medios para las comunicaciones necesarias en lo posible en un idioma que entiendan, y otras medidas adecuadas para los viajeros que estén en cuarentena, aislados o sometidos a exámenes médicos u otros procedimientos relacionados con objetivos de salud pública".

El reglamento contiene, además, disposiciones sobre el consentimiento informado y la privacidad de las personas. Los artículos 23 y 31 estipulan que los "estados miembros no pueden aplicar medidas sanitarias a los viajeros sin su previo consentimiento expreso e informado, excepto en situaciones que ameriten medidas obligatorias". En esta misma línea, el artículo 45 estipula que la información sanitaria recopilada o recibida por un Estado miembro de parte de otro Estado miembro o la OMS que se refiera a una persona identificada o identificable se mantendrá confidencial. Los estados miembros pueden divulgar y procesar datos personales cuando sea esencial para evaluar y gestionar un riesgo para la salud pública, pero deben garantizar que los datos personales se mantengan confidenciales.

El RSI de 2005 alteró también hasta cierto punto la concepción tradicional de soberanía nacional, de acuerdo a la cual el sistema de salud pública de un país constituye un asunto interno que no está abierto a la injerencia extranjera. Los reglamentos anteriores ordenaban a los estados miembros fortalecer las capacidades sanitarias necesarias sólo en los puntos de entrada y salida, siguiéndose así una práctica del siglo XIX que buscaba simplemente bloquear una enfermedad fuera del país (Gostin, Moon y Meier 2016, Fisher, Kornblat y Katz 2011). El actual reglamento, por el contrario, destaca la importancia de las institucionalidades nacionales para defender la gobernanza global de la salud, siendo ahora obligatorio para los países emprender acciones que permitan el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de capacidades básicas de vigilancia y respuesta (Jiyong 2021).

Aunque las disposiciones del RSI de 2005 reconocen la necesidad urgente de generar estas capacidades, quedan dudas con respecto a la consecución de este objetivo. La cuestión más apremiante se refiere a la disponibilidad de los recursos financieros y técnicos necesarios para mejorar las institucionalidades nacionales. Esto es especialmente grave en los países en desarrollo, como la África Subsahariana, donde inversiones inadecuadas, la falta de infraestructura médica y personal sanitario, los conflictos armados y los desastres naturales a menudo empeoran la situación.

Esta realidad dificulta dramáticamente el seguimiento a eventos suscitados dentro de un país y que suponen potenciales emergencias sanitarias a nivel global. Algunos estados miembros optan por no informar a la OMS el brote de enfermedades regidas por el RSI por cuanto temen que otros países impongan desproporcionadas restricciones a sus viajeros y al intercambio comercial. En este escenario, el RSI de 2005 identifica formalmente a los actores no gubernamentales como una fuente de información supletoria. Destaca en este ámbito como experiencia la conformación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN en su sigla en inglés) de la OMS, la cual ha aprovechado las nuevas tecnologías de la información para modelar un entramado colaborativo de instituciones y expertos que aúna sus recursos humanos y técnicos (Jiyong 2021, Gostin, Moon y Meier 2016).

Durante la pandemia del COVID-19, los términos del RSI han sido blanco de importantes críticas. Se sostuvo insistentemente que éste es “un instrumento conservador que restringe en lugar de facilitar la acción rápida” (Sirleaf y Clark, 2021). Otras miradas, menos drásticas en su juicio, plantean que las directrices fijadas en este instrumento son apropiadas, pero los estados fallaron en su aplicación, por desconocimiento o acción deliberada. El Comité de Examen del RSI, que consta de veinte expertos con diversa experiencia en salud de todo el mundo, concluyó que durante la pandemia hubo una falla colectiva en tres áreas clave: cumplimiento y empoderamiento; alerta temprana, notificación y respuesta; y compromiso financiero y político (Aavitsland 2021).

El RSI de 2005 otorga a la OMS dos poderes importantes y sin precedentes. Primero, autoriza a la organización a decidir si un brote de enfermedad constituye una preocupación de salud pública de interés internacional (Gostin, Moon y Meier 2016). El artículo 12 establece que el Director General determinará, sobre la base de la información recibida, en particular del Estado Miembro en cuyo territorio esté ocurriendo un evento, si éste constituye una emergencia sanitaria. Aunque el Director General debe consultar al Estado Miembro en el que se produjo la

enfermedad, no está obligado por las opiniones que emitan sus autoridades. En otras palabras, el derecho de la OMS a tomar medidas anula la negativa a cooperar de un país determinado.

Los artículos 2, 15 y 16 estipulan que, si el Director General determina que se está produciendo una emergencia sanitaria global, éste debe emitir recomendaciones temporales no vinculantes a los estados miembros sobre las formas más apropiadas de respuesta. Esta autoridad internacional puede entregar, además, directrices permanentes no vinculantes relativas a la aplicación rutinaria y periódica de medidas para atender riesgos específicos y continuos a la salud pública. Estos poderes permiten a la OMS brindar liderazgo en la adopción de medidas científicas que equilibren adecuadamente la protección de la salud con el respeto de los derechos humanos y el reconocimiento de las preocupaciones comerciales.

Aunque los estados miembros no tienen la obligación legal de cumplir con las recomendaciones emitidas por la OMS, el RSI contiene límites vinculantes relativos a los tipos de medidas sanitarias que los estados miembros pueden adoptar en un momento determinado. En efecto, el artículo 31 –por ejemplo– estipula como regla general que “no se exigirá un examen médico invasivo, la vacunación ni otras medidas profilácticas como condición para la entrada de viajeros en el territorio de un Estado Miembro”. Del mismo modo, el artículo 35 establece, además, que “en el tráfico internacional no se exigirán otros documentos sanitarios que los previstos en el presente reglamento o en las recomendaciones formuladas por la OMS”.

El RSI estipula también que los estados miembros pueden implementar medidas en respuesta a amenazas específicas a la salud pública, sin embargo, éstas –en conformidad con el artículo 43– deben basarse en principios científicos, evidencia empírica e información facilitada por la OMS y otras organizaciones intergubernamentales y organismos internacionales pertinentes (Gostin, Moon y Meier 2016). Sin embargo, en relación a este último punto es necesario destacar que existen serias dificultades a la hora de armonizar el reglamento con otros regímenes internacionales, por cuanto la ampliación de las enfermedades que podrían transformarse en amenazas sanitarias globales ha supuesto la colisión con jurisdicciones de organizaciones como la Agencia Internacional de Energía Atómica, que actúan en casos de accidentes nucleares; la OMC, que puede emitir medidas sanitarias para restringir el comercio internacional; y la Comisión del Codex Alimentarius, que establece normas y directrices alimentarias para proteger la salud del consumidor y promover un comercio seguro (Jiyong 2021).

Así, por ejemplo, en el caso del COVID-19, tras las primeras semanas de propagación la OMS decidió el 1 de enero de 2020 desplegar el Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes en sus tres niveles operativos (oficina central, oficinas regionales y oficinas nacionales), así como decretar estado de emergencia para abordar el brote. Diez días más tarde, en consideración de la experiencia con el SARS y el MERS, la organización dio a conocer un conjunto de orientaciones técnicas con recomendaciones a los países para detectar casos, realizar pruebas de laboratorio y gestionar los posibles contagios. A finales de enero, el Director General convocó al Comité de Emergencias en virtud de lo establecido en el RSI, instancia que recomendó la categorización del nuevo virus como “emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)”. El 11 de marzo la alarma mundial por los crecientes contagios y fallecidos no dejó más alternativa que calificar esta emergencia sanitaria como pandemia.

Si esta importante decisión supuso en la gestión de la pandemia el alineamiento mayoritario de los estados miembros con las directrices técnicas de la OMS, un grupo minoritario de países, pero bastante poderoso (como Estados Unidos e India), decidió distanciarse de cualquier arreglo global. Todos ellos no sólo declararon su escepticismo frente a las medidas adoptadas por la OMS a la luz del RSI (por ejemplo, cuarentenas), sino también propiciaron acciones contrarias a las recomendaciones técnicas fijadas en el seno de esta organización internacional. Así, por ejemplo, movilizados por un “nacionalismo sanitario” los países antes mencionados una vez que lograron asegurar dosis de vacunas para sus propios ciudadanos o residentes, priorizaron sus propios mercados nacionales antes de que estuviesen disponibles en otros lugares del mundo (Otenyo 2023). También quedó en evidencia en otros casos el vilipendio a las vacunas, el cual se sustentó en objeciones religiosas y/o filosóficas, en el rechazo a la extralimitación del gobierno y la coerción estatal, y en la (presunta) ineficacia e inseguridad de las inoculaciones (por ejemplo, Brasil) (Ortega y Orsini 2020).

Si bien la aprobación del RSI llevó a algunos a sostener, incluso, que la OMS transitaba a convertirse en un “ministerio de salud para el mundo” (Cooper, Kirton y Schrecker 2007: 19), esta organización muchas veces se ha encontrado en un callejón sin salida. En efecto, la eficiencia de la OMS en términos de gobernanza, particularmente con respecto al cumplimiento del RSI por parte de sus estados miembros, está condicionada dramáticamente por factores de índole diplomático, jurídico, estratégico, administrativo y económico, como ha demostrado la pandemia del COVID-19.

En primer lugar, no son pocas las voces que cuestionan la alta politización de la OMS (por ejemplo, Donald Trump o Jair Bolsonaro) (Nay y Barré-Sinoussi 2022)³. Las instancias multilaterales suelen instaurarse para proporcionar un canal permanente de comunicación a los países tanto en la cooperación como en el conflicto, lo cual inexorablemente somete a las organizaciones internacionales a las rivalidades políticas entre los estados miembros (Verbeek 1998: 17)⁴. La OMS no es una excepción a esta realidad y está sometida a una alta politización a pesar de sus constantes esfuerzos por mantener una neutralidad funcional que, en teoría, le permitiría -primero- desvincularse de aquellos asuntos que van más allá de su mandato; y segundo, centrarse meramente en la cooperación sanitaria transfronteriza.

La politización de la OMS no es nada nuevo (Siddiqi 1995: 30), encontrando plena expresión en su estructura y sus arreglos institucionales, como también en sus funciones normativas. Como se planteó más arriba, el órgano principal de la OMS es la Asamblea Mundial de la Salud, instancia a la cual los estados miembros pueden enviar más de tres delegados. Si bien los delegados son elegidos por su competencia técnica en el campo de la salud, también representan los intereses de sus respectivos gobiernos, por lo tanto, asumen naturalmente un papel diplomático en caso de conflicto de intereses para su país.

³ Se entiende por politización la práctica de algunos estados miembros de introducir agendas políticas a una institución concebida como no política, causándose así una importante disfunción ya que los intereses particulares de los países exceden el alcance del mandato de la organización.

⁴ El debate en torno a la despolitización de las organizaciones internacionales ha cobrado mucha importancia los últimos años al interior de los estudios de Relaciones Internacionales y Administración Pública. Para más antecedentes sobre esta temática véase Louis y Maertens (2021).

Por último, dentro de la gobernanza sanitaria global, los estados miembros son reacios a desarrollar mecanismos legales que los vinculen y que permitan crear obligaciones entre sí. Dentro de las razones que llevan a la OMS a adoptar un "enfoque no legal" tiene que ver con la composición de su burocracia, la cual componen principalmente profesionales de la salud pública y no expertos en derecho internacional (Jiyong 2021). La OMS evade así la *high politics* del derecho internacional ya que se considera una institución esencialmente científica. En palabras del médico escocés Wilson Jameson (1948: 77), presidente de la primera Asamblea Mundial de la Salud, "(...) hagamos frente a los hechos y abstengámonos de una discusión sobre tecnicismos legales en los que nosotros, como asamblea de expertos en salud pública, quizás no seamos competentes para entrar".

GOBERNANZA GLOBAL Y LA (PROMETIDA) REFORMA DE LA OMS

A pesar de sus logros, la OMS ha luchado por mantener su legitimidad y ventaja comparativa en un panorama de sanitario global que cambia velozmente. En este contexto, la organización ha debido impulsar varias reformas e intentos de reforma desde su creación en 1948, jugando un papel destacado en la gestión de estos cambios distintos Directores Generales que han buscado dejar un legado (Velásquez 2020, Mathiason 2007)⁵.

Actualmente, parece existir consenso en torno a la necesidad de concretar una pronta reforma a la OMS, más aún tras las críticas recibidas a la gestión de la pandemia del COVID-19 y que fueron comentadas en la sección anterior. Los líderes políticos y la comunidad científica a nivel internacional que defienden esta idea sostienen que este plan de reestructuración debería considerar básicamente cuatro ejes estratégicos: identidad institucional, financiación, gobernanza interna y gestión (Jones y Hameiri 2022, Gostin, Moon y Meier 2020, Huang y Meltzer 2019)

En términos de identidad institucional, históricamente la OMS ha debido hacer frente a quienes intentan socavar su papel en la gobernanza sanitaria global. Paradójicamente, durante décadas la organización ha sido desafiada por sus estados miembros para reducir la cantidad de objetivos establecidos en su Constitución, al mismo tiempo que se exige que asuma mayores responsabilidades (Gostin, Moon y Meier 2020). En otras palabras, si bien abogan por una OMS más ágil y fuerte, los líderes políticos no muestran compromiso y apoyo a las principales misiones que emprende esta agencia.

Además, la incertidumbre crece dado que no existe una visión compartida en torno a los alcances de la salud global, lo cual trae consigo una colisión ideológica que no zanja el gran dilema: priorizar intervenciones en emergencias y problemas sanitarios específicos, o bien abordar los determinantes más amplios de la salud (Clinton y Sridhar 2017). Si bien ha surgido en el contexto de la pandemia un consenso cada vez mayor en torno a la necesidad de abordar de estas crisis desde un enfoque múltiple, las actividades de la OMS continúan centrándose en

⁵ Un análisis de la trayectoria de la OMS evidencia que la primera gran reforma fue dirigida por Halfdan Mahler (1973-1988), quien promovió en 1978 la aprobación de la Declaración de Alma-Ata que denunció la urgencia de promover la atención primaria y el acceso a un nivel aceptable de salud para todos. También destaca el trabajo de Gro Harlem Brundtland, quien entre 1998 y 2003 promovió la participación de privados en la gobernanza sanitaria global. Finalmente, destaca el legado de Margaret Chan (2007-2017), por cuanto llevó a cabo un profundo proceso de reforma administrativa, gerencial y financiera. Véase Cueto, Brown y Fee (2019) y Beigbeder (2018).

el tratamiento de enfermedades⁶. Los problemas de financiamiento y capacidad de gestión al interior de la organización exacerban el debate, por cuanto la decisión de esta agencia de abordar problemas como la pobreza, las desigualdades en salud, los derechos de propiedad intelectual y el acceso asequible a medicamentos, llevó a los donantes a cuestionar el desempeño y las prioridades de la organización (Clinton y Sridhar 2017, Bollyky 2012).

En este contexto, ha quedado en evidencia la crisis de financiamiento que amplía la brecha entre el mandato de la OMS y sus capacidades reales. Si bien los crecientes desafíos de la salud global exigen la inversión de mayores recursos y capacidad, el financiamiento de la organización nunca ha estado a la altura de los problemas que los estados miembros han encomendado resolver con celeridad. En efecto, la progresiva privatización de la agencia llevó a los estados miembros a adoptar un presupuesto por programas, lo cual se traduce en que el financiamiento de la organización proviene sólo en un 20% de las aportaciones obligatorias de los países (Velásquez 2020, Gobierno de Francia y Gobierno de Alemania 2020). La mayoría de los recursos viene de instancias como la Fundación Bill & Melinda Gates (McCoy y McGoey 2011), como también de un pequeño grupo de países industrializados que realiza donaciones para fines muy específicos que son escogidos por ellos unilateralmente. Para hacer frente a esta crítica situación, en enero de 2023 la OMS solicitó a la comunidad internacional US\$ 2.540 millones para atender a aproximadamente 339.000.000 de personas afectadas por algún tipo de emergencia sanitaria en el mundo, en especial, en Yemen, Afganistán, Siria, Etiopía, Pakistán y las regiones del Sahel y el Cuerno de África (Jara 2023).

La excesiva dependencia de las aportaciones voluntarias da como resultado una incapacidad de la OMS para establecer prioridades basadas en reales urgencias sanitarias de orden mundial (Velásquez 2020, Gobierno de Francia y Gobierno de Alemania 2020). En este contexto, se plantea la urgente necesidad de que la Asamblea General de las Naciones Unidas defina criterios y principios claros para gestionar y limitar el financiamiento voluntario y filantrópico, con el objetivo de preservar el carácter público, multilateral y democrático de distintas agencias especializadas a nivel global.

Otro ámbito a sujeto a permanente debate en cuanto a la necesidad de reformarlo dice relación con el gobierno interno y los planes de gestión. La constitución de la OMS otorga a las oficinas regionales una importante autonomía en el proceso de formulación de políticas, es decir, sus decisiones de gestión, gobernanza y gasto no están supervisadas de cerca por ninguna autoridad central (Huang y Meltzer 2019). Los directores regionales son designados por los gobiernos de la región, no por el Director General de la organización, por lo cual, sus lealtades están en la región más que a la sede en Ginebra. Del mismo modo, dada la falta de supervisión y control estricto de las oficinas regionales, tal configuración institucional dificulta al Director General alinear tanto a los capítulos regionales como a las oficinas nacionales.

Además, para que la organización sea más eficiente y responsable, su gestión debe contar con profesionales debidamente capacitados para funciones presupuestarias, financieras y administrativas. La Constitución de la OMS otorga gran importancia a la base geográfica y al carácter internacionalmente representativo de la contratación del personal, lo que a menudo

⁶ Esta tensión se remonta a la Guerra Fría, donde los regímenes comunistas fomentaban la constitución de una organización que abrazara la medicina social, mientras los estadounidenses y sus aliados buscaban limitar el papel de la organización a la vigilancia y el control de enfermedades. Véase Cueto, Brown y Fee (2019).

conduce a un proceso de nombramiento opaco que resta importancia a las competencias y trayectorias relacionadas con las funciones básicas de la organización (Hoffman y Röttingen 2014).

Finalmente, la salud global no está organizada en un único régimen administrado la OMS, sino más bien en un complejo de regímenes parcialmente superpuestos y no jerárquicos (Raustiala y Victor 2004: 277). La organización debe equilibrar la toma de decisiones impulsada por los estados miembros con la necesidad de trabajar dentro de un contexto de gobernanza más amplio caracterizado por la participación y la influencia de los gobiernos nacionales, otras instituciones intergubernamentales y actores no estatales.

La proliferación de entidades sanitarias mundiales complementarias no solo amenaza con marginar el liderazgo sanitario mundial de la OMS, sino también es responsable de la superposición de mandatos, la mala coordinación y el desperdicio de recursos (Hesselmann 2011, Faubion, Paige y Pearson 2011). Las prioridades de los estados miembros, por ejemplo, a menudo entran en conflicto con los principales donantes que controlan diferentes recursos (por ejemplo, Estados Unidos o la Fundación Bill & Melinda Gates).

Para atender estas amenazas, en mayo de 2020 la 73ª Asamblea Mundial de la Salud solicitó al Director General iniciar una revisión de las respuestas sanitarias internacionales desplegadas por la OMS en el contexto de la pandemia del COVID-19. En términos específicos, se propició una evaluación de cuatro cuestiones clave: primero, la efectividad de los mecanismos disponibles para la organización; segundo, el funcionamiento del RSI y el estado de implementación de las recomendaciones pertinentes de los Comités de Revisión de los anteriores reglamentos; tercero, la contribución de la OMS a los esfuerzos del Sistema de las Naciones Unidas en su conjunto; y cuarto, las acciones y calendarios de la organización en relación con el COVID-19, incluyendo la presentación de recomendaciones para mejorar la capacidad mundial de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, incluso mediante el fortalecimiento, según corresponda, del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (Velásquez 2020).

Esta gobernanza sanitaria global en evolución ofrece a la OMS la posibilidad de articular en siglo XXI un nuevo modelo de colaboración y coordinación, reuniendo a actores estatales y no estatales dispuestos a responder a amenazas comunes para la humanidad. La futura arquitectura mundial de la salud puede tender a constituir clubes multipolares en lugar de marcos universales, sin embargo, la OMS continúa siendo irremplazable. Para que esta organización pueda trascender en el tiempo necesitará sin duda una masa crítica de estados miembros que brinden un financiamiento sostenible acorde con su mandato global (Gostin, Moon y Meier 2020), así como facultades políticas y conocimiento experto que permitan garantizar un mayor cumplimiento del RSI y otras normas fundamentales

CONSIDERACIONES FINALES

Los nuevos descubrimientos científicos a finales del siglo XIX y principios del XX propiciaron el desarrollo de normas y políticas internacionales de salud pública más eficaces. Los gobiernos comenzaron a adoptar medidas para prevenir la propagación de enfermedades, entre las que destacaban las mejoras en el suministro de agua y los sistemas de alcantarillado y la vacunación a personas sanas. Sin embargo, a nivel internacional, los tratados y las políticas de cuarentena

demostraban ser cada menos efectivas, ante lo cual médicos y funcionarios gubernamentales de todo el mundo comenzaron a alentar el desarrollo de nuevas formas para combatir los focos infecciosos. Emergió, así, la preocupación por fijar en un mundo anárquico instancias de coordinación de carácter interestatal en materia sanitaria.

Actualmente, los retos sanitarios continúan desafiando no sólo la capacidad institucional de los países, sino también el compromiso de las sociedades con el autocuidado y el cuidado del otro. En este contexto, el análisis de la situación política y organizacional que enfrenta hoy la OMS se sintetiza en dos importantes hallazgos. Primero, a pesar de los esfuerzos de esta agencia para coordinarse con varias otras organizaciones internacionales, las discrepancias con respecto a metas y funciones dificultan la conciliación -por ejemplo- del RSI con políticas a veces contradictorias. Se evidencia una “sobrecarga institucional” en la gobernanza sanitaria global, es decir, existen muchas organizaciones internacionales que poseen capacidad para fijar normas de alcance global en estos asuntos, lo cual impide a la OMS emitir e imponer directrices obligatorias y eficaces a los estados miembros.

Del mismo modo, en memoria de los millones de muertos que dejó en el mundo la pandemia del COVID-19, los nacionalismos sanitarios deben ser aislados y combatidos. Impulsados por imperativos éticos, los líderes mundiales deberían trabajar para minimizar las desigualdades y el acceso a vacunas que salvan vidas. Las inoculaciones deben basarse en valores y objetivos que fomenten una gobernanza sanitaria global más justa e inclusiva, que no deje atrás a ningún país, independientemente de la ideología de sus gobiernos o credo que profese su población. Además, se está ante la ventada de oportunidades para analizar cuidadosamente la arquitectura institucional que sustenta a nivel nacional, internacional y transnacional la difícil tarea de implementar con eficiencia el RSI.

En efecto, a pesar de las dificultades y controversias, el RSI sigue siendo un mecanismo de gobernanza sanitaria global sin precedentes que define la relación entre los mecanismos internacionales y la salud pública. Representa, por una parte, la tendencia a securitizar los problemas de salud global y, por otra, proporciona un marco para que los países desarrollen una cooperación internacional más estrecha en el fortalecimiento de las capacidades sanitarias nacionales.

Finalmente, la demandada reforma de la OMS y la gobernanza sanitaria global sólo cristalizará si los estados miembros demuestran un verdadero compromiso por internalizar en sus sistemas políticos las disposiciones fijadas en distintos regímenes internacionales de salud. A ello debe sumarse una revisión a los mecanismos de financiamiento de la organización, por cuanto la anacrónica práctica del pago de cuotas por parte de los países acrecienta en la OMS la pérdida de su autonomía de acción. Las alianzas con actores privados son una opción válida a considerar en este mundo anárquico caracterizado por los febles compromisos interestatales, sin embargo, el diseño de una gobernanza sanitaria global debe velar en todo evento por la primacía del interés público.

REFERENCIAS

- Aavitsland, P. (2021). Functioning of the International Health Regulations during the COVID-19 pandemic *The Lancet Global Health*, 398(10308), 1283-1287.
- Amici, M. y Cepiku, D. (2020). *Performance management in international organizations*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Atun, R., Knaul, F., Akachi, Y. y Frenk, J. (2012). Innovative financing for health: What is truly innovative? *The Lancet Global Health*, 380(9858), 2044-2049.
- Babacan, H. (2021). Public-private partnerships for global health. Benefits, enabling factors, and challenges. En Haring, R., Kickbusch, I., Ganten, D. y Moeti, M. (Eds.), *Handbook of global health*. Cham: Springer.
- Beaglehole, R. y Yach, D. (2003). Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: The neglected chronic diseases of adults. *The Lancet Global Health*, 362, 903-908.
- Beigbeder, Yves (2018). *The World Health Organization. Achievements and failures*. Nueva York: Routledge.
- Berkley, S. (2020). *COVAX explained*. Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained> [01-12-2022].
- Bollyky, T. (2012). *Reinventing the World Health Organization*. Disponible en: www.cfr.org/expert-brief/reinventingworld-health-organization [01-12-2022].
- Clinton, C. y Sridhar, D. (2017). *Governing global health. who runs the world and why?* Nueva York: Oxford University Press
- Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1985). *Siracusa principles on the limitation and derogation of provisions in the international covenant on civil and political rights*. UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex. Nueva York: United Nations Plaza.
- Cooper, A. F., Kirton, J. y Schrecker, T. (2007). *Governing global health: Challenge, response, innovation*. Hampshire: Ashgate Publishing Ltd.
- Cueto, M., Brown, T. M. y Fee, E. (2019). *The World Health Organization. A History*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Drager, N. y Beaglehole, R. (2001). Globalization: Changing the public health landscape. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 803.

- Faubion, T., Paige, S. B. y Pearson, A. L. (2011). Co-opting the global health agenda: The problematic role of partnerships and foundations. En Rushton, L. y Williams, O. (Eds.), *Partnerships and foundations in global health governance*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Fischer, J. E., Kornblet, S., y Katz, R. (2011). *The International Health Regulations (2005): Surveillance and response in an era of globalization*. Washington: Stimson Center.
- Garrett, L. (1996). The return of infectious disease. *Foreign Affairs*, 75(1), 66-79.
- Gobierno de Francia y Gobierno de Alemania (2020). *Non-Paper on Strengthening WHO's leading and coordinating role in global health. With a specific view on WHO's work in health emergencies and improving IHR implementation*. Disponible en: <http://g2h2.org/wp-content/uploads/2020/08/Non-paper-1.pdf> [01-12-2022].
- Goodman, N. M. (1971). *International health organizations and their work*. Edinburgo: Churchill Livingstone.
- Gostin, L. y Katz, R. (2016). The International Health Regulations: The governing framework for global health security, *The Milbank Quarterly*, 94(2), 264-313.
- Gostin, L., Moon, S. y Meier, B. (2020). Reimagining global health governance in the age of COVID-19. *American Journal of Public Health*, 110(11), 1615-1619.
- Held, D. Dunleavy, P. y Nag, E. (2010). Editorial statement, *Global Policy*, 1(1), 1-3.
- Hesselmann, E. (2011). The Limits of Control: The accountability of foundations and partnerships in global health. En Rushton, L. y Williams, O. (Eds.), *Partnerships and foundations in global health governance*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Hoffman, S. y Røttingen, J. A. (2014). Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice, *Public Health*, 128(2), 188-194.
- Huang, Y. y Meltzer, G. (2019). Reforming the World Health Organization. En Parker, R. and García, J. (Eds.), *Routledge handbook on the politics of global health*. Nueva York: Routledge.
- Jameson, W. (1948). *Official records of the World Health Organization, N° 13, First World Health Assembly, Geneva, 24 June to 24 July 1948*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Jara, R. (2023). OMS pide 2.540 millones de dólares para enfrentar las emergencias sanitarias en 2023. *EMOL*, 23 de enero. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Internacional/2023/01/23/1084653/oms-financiamiento-emergencias-sanitarias.html> [01-12-2022].
- Jiyong, J. (2021). *International regimes in global health governance*. Nueva York: Routledge.
- Jones, L. y Hameiri, S. (2022). Explaining the failure of global health governance during COVID-19. *International Affairs*, 98(6), 1-20.

- Lee, K. y Kamradt-Scott, A. (2014). The multiple meanings of global health governance: A call for conceptual clarity. *Globalization and Health*, 10(1), 1-10.
- Littoz-Monnet, A. (2017). Production and uses of expertise by international bureaucracies. En Littoz-Monnet, A. (Ed.) *The politics of expertise in international organizations. How International bureaucracies produce and mobilize knowledge*. Nueva York: Routledge.
- Louis, M. y Maertens, L. (Eds.) (2021). *Why international organizations hate politics. Depoliticizing the world*. Nueva York: Routledge.
- Marsico, K. (2015). *How do they help? The World Health Organization*. Ann Arbor: Cherry Lake Publishing.
- McCoy, D. y McGoey, L. (2011). Global health and the Gates Foundation in perspective. En Rushton, L. y Williams, O. (Eds.), *Partnerships and foundations in global health governance*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Mathiason, J. (2007). *Invisible governance. International secretariats in global politics*. Bloomfield: Kumarian Press, Inc.
- Nay, O. y Barré-Sinoussi, F. (2022). Bridging the gap between science and policy in global health governance. *The Lancet Global Health*, 10(3), E322-E323.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *The private sector, universal health coverage and primary health care*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Mundial del Comercio (OMC) (2002). *WTO agreements & public health: A joint study by the WHO and the WTO Secretariat*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, F. y Orsini, M. (2020). Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 15(9), 1257-1277.
- Osterholm, M. T. (2005). Preparing for the next pandemic. *Foreign Affairs*, 84(4), 24-37.
- Otenyo, E. (2023). *COVID-19 and vaccine nationalism. Managing the politics of global pandemics*. Londres: Academic Press.
- Peterson, S. (2002). Epidemic disease and national security. *Security Studies*, 12(2), 42-81.
- Plotkin, B. (2007). The World Health Organization's International Health Regulations (2005). *Proceedings of the Annual Meeting (American Society of International Law)*, 101, 256-260.
- Raustiala, K. y Victor D. G. (2004). The regime complex for plant genetic resources. *International Organization*, 58(2), 277-309.

- Rushton, S. (2014). Arguments for securitizing global health priorities. En Brown, G., Yamey, G. y Wamala, S. (Eds.), *The handbook of global health policy*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schneider, C. (2019). Governance and administration in global health organizations: Considering the legacies of the 'golden era' of global health policy? En Stone, D. y Moloney, K. (Eds.), *The Oxford handbook of global policy and transnational administration*. Oxford: Oxford University Press.
- Shorten, T., Taylor, M., Spicer, N., Mounier-Jack, S. y McCoy, D. (2012). The International Health Partnership Plus: Rhetoric or real change? Results of a self-reported survey in the context of the 4th High Level Forum on Aid Effectiveness in Busan. *Globalization and Health*, 8(1), 13.
- Siddiqi, J. (1995). *World health and world politics*. Columbus: University of South Carolina Press.
- Sirleaf, E. J. y Clark, H. (2021). Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: Making COVID-19 the last pandemic. *The Lancet Global Health*, 398(10295), 101-103.
- Sirica, Coimbra (2010). Revolutionary new meningitis vaccine set to wipe out deadly epidemics in Africa. Disponible en: <https://www.afro.who.int/news/revolutionary-new-meningitis-vaccine-set-wipe-out-deadly-epidemics-africa> [01-12-2022].
- Stone, D. y Ladi, S. (2015). Global public policy and transnational administration. *Public Administration*, 93(4), 839-855.
- Storeng, K. T., de Bengy Puyvallée, A. y Stein, F. (2021). COVAX and the rise of the 'super public-private partnership' for global health. *Global Public Health*, <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1987502> [01-12-2022].
- Ulbert, C. y Hamm, B. (2011). Private foundations as agents of development in global health: What kind of impact do they have and how to assess it? En Rushton, L. y Williams, O. (Eds.), *Partnerships and foundations in global health governance*. Londres: Palgrave MacMillan.
- UNAIDS (2022). *In danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022*. Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Velásquez, G. (2020). *Las reformas de la Organización Mundial de la Salud en la época de COVID-19. Research Paper, No. 121*. Ginebra: South Centre.
- Verbeek, B. (1998). International Organizations: The ugly duckling of international relations theory. En B. Reinalda y B. Verbeek (Eds.), *Autonomous policy making by international organizations*. Nueva York: Routledge.

Vitoria, M. et.al. (2009). The global fight against HIV/ AIDS, tuberculosis, and malaria: Current status and future perspectives. *American Journal of Clinical Pathology*, 131(6), 844-848.

Watts, J. y Segal, L. (2009). Market failure, policy failure and other distortions in chronic disease management. *BMC Health Services Research*, 9(1),102.

Williams, O. y Rushton, S. (2011). Private actors in global health governance En Rushton, L. y Williams, O. (Eds.), *Partnerships and foundations in global health governance*. Londres: Palgrave MacMillan.

Fecha de envío: 31-08-2022
Fecha de aceptación: 12-12-2022