

# La Organización Mundial de la Salud y la respuesta a brotes epidémicos: una historia de desafíos

## *The World Health Organization and Its Response to Epidemic Outbreaks: A History of Challenges*

María Antonieta Moreno Reynosa

Investigadora posdoctorante en el Instituto Nacional de Salud Pública  
[moreno.mantonieta@gmail.com](mailto:moreno.mantonieta@gmail.com)

Ángel Eduardo Rivera

Profesor en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM  
[angeleduardorivera@politicas.unam.mx](mailto:angeleduardorivera@politicas.unam.mx)

■

### **Resumen:**

En este trabajo se analiza la gestión a brotes pandémicos por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A través de un repaso histórico, se revisaron las acciones, los logros y los tropiezos que ha tenido este organismo del Sistema de Naciones Unidas para atender las crisis sanitarias y que han resultado tanto en felicitaciones como críticas hacia el cumplimiento de su mandato. Asimismo, se analizan los diferentes desafíos a los que la OMS ha tenido que hacer frente ante la creciente participación de actores privados y organismos no gubernamentales en la gobernanza global de la salud.

■

### **Abstract:**

This work analyzes the management of pandemic outbreaks by the World Health Organization (WHO). Through a historical review, we look over the actions, achievements and setbacks that this organization of the United Nations system has had to address to attend these health crises and that have resulted in both compliments and criticism towards the fulfillment of its mandate. We also analyze the different challenges that WHO has had to face before the increasing participation of private actors and non-governmental organizations in the global health governance.

■

### **Palabras clave:**

Brote epidémico, Organización Mundial de la Salud, pandemia, organización internacional, gobernanza global de la salud.

■

### **Key Words:**

Outbreak, World Health Organization, pandemic, international organization, global health governance.

# La Organización Mundial de la Salud y la respuesta a brotes epidémicos: una historia de desafíos

*María Antonieta Moreno Reynosa  
y Ángel Eduardo Rivera*

## Introducción

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad internacional creó una serie de organismos internacionales (OI), la mayoría bajo el paraguas del Sistema de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para promover la prosperidad de las naciones del mundo y evitar una nueva conflagración mundial. En el caso de la salud, el organismo rector para su gestión es la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A pesar de que este tema, hasta hace poco se consideró secundario en la agenda política, lo cierto es que el estado de salud humana es un indicador de bienestar, riqueza, justicia, libertad e, incluso, seguridad.<sup>1</sup> En otras palabras, una población sana refleja una sociedad que tiene garantizados el acceso a servicios sanitarios y a condiciones de vida dignas. La importancia política, económica y social de la salud se vuelve más evidente durante una emergencia sanitaria.

Como ha sucedido en varias ocasiones durante las últimas décadas, las respuestas ante brotes epidemiológicos (o epidémicos) tienen la capacidad de interrumpir el comercio de bienes y cerrar aeropuertos,

---

<sup>1</sup> Sophie Harman, "Global Health Governance", en T. G. Weiss y R. Wilkinson (eds.), *International Organization and Global Governance*, Londres, Routledge, 2014.

exacerbar la pobreza, generar miedo y desestabilizar ejércitos.<sup>2</sup> Debido a estos efectos, generalmente los gobiernos se muestran cautelosos al notificar los brotes de enfermedades por temor a recibir sanciones y restricciones.<sup>3</sup>

Por estas razones, a pesar de que el mundo globalizado permite la incursión de nuevos actores privados que participan en asuntos de alcance internacional, el tema de la salud termina en la arena política.<sup>4</sup> Si bien es cierto que hay varios ejemplos de organismos no gubernamentales (ONG)<sup>5</sup> que influyen con poder económico y técnico,<sup>6</sup> a medida que aumenta el flujo de personas a través de las fronteras, las respuestas a las emergencias sanitarias terminan siendo un producto del ejercicio político del Estado, guiado, la mayoría de las veces, por las políticas y recomendaciones de los OI.

Bajo esta premisa, en este artículo se analiza el papel de los OI especializados en temas de salud para la atención a las epidemias y pandemias desde el siglo XIX. A través de un breve repaso histórico, se resume el mandato y los trabajos de los primeros OI de alcance universal como la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) y la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones (OSSDN) en los primeros años del siglo XX. Posteriormente, se ahonda en la creación de la OMS, su mandato, estructura y funciones a lo largo de sus casi 75 años de existencia. En particular, se hace hincapié en su capacidad de respuesta ante diferentes crisis sanitarias que van desde la aparición del VIH/sida hasta

<sup>2</sup> *Idem.*

<sup>3</sup> Naomi Nagata, "International Control of Epidemic Diseases from a Historical and Cultural Perspective," en Madeleine Herren (ed.), *Networking the International System: Global Histories of International Organizations*, Heidelberg, Springer, 2014, p. 78.

<sup>4</sup> S. Harman, *op. cit.*

<sup>5</sup> Por ejemplo: fundaciones privadas, como la Fundación Bill & Melinda Gates, fondos globales innovadores, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), la Alianza Gavi (antes Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones), entre otros.

<sup>6</sup> Laurie Garret y Kammerle Schneider, "Global Health: Getting it Right," en Anna Gatti y Andrea Boggio (eds.), *Health and Development: Toward a Matrix Approach*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2009, p. 5.

el actual SARS-CoV-2. Por último, se examina el papel que actualmente desempeña la OMS en la gobernanza global de la salud.<sup>7</sup>

## Fundamentos institucionales de la salud mundial

Los primeros organismos internacionales de salud pública se crearon en el siglo XIX. Conocidos como *organismos de cuarentena*, se establecieron a nivel regional en territorios colonizados para proteger a Europa de brotes epidémicos y crear regímenes de cuarentena en la zona del Mediterráneo.<sup>8</sup> Sin embargo, los fundamentos institucionales de la salud mundial comenzaron gracias a la edad de oro de los avances científicos de la biomedicina, el descubrimiento de los rayos X, el estetoscopio y, fundamentalmente, el hallazgo de enfermedades causadas por microbios a mediados del siglo XIX —lo que Harman denomina la primera fase de la gobernanza global de la salud.<sup>9</sup>

La decisión de cooperar y crear una respuesta coordinada internacional ante los efectos adversos de brotes de cólera, peste, tifoidea y fiebre amarilla que se daban en el comercio internacional y, por lo tanto, afectaban los intereses económicos nacionales dio paso a la celebración de 14 conferencias sanitarias internacionales entre 1851 y 1938.<sup>10</sup> Estas conferencias se llevaron a cabo para prevenir la propagación mundial de gérmenes a través de las rutas comerciales (principalmente las marítimas) y los

<sup>7</sup> David P. Fidler define *gobernanza global de la salud* como “el uso de instituciones, reglas y procesos formales e informales por parte de Estados, organismos intergubernamentales y actores no estatales para hacer frente a los desafíos a la salud que requieren una acción colectiva transfronteriza para abordarlos de manera eficaz”. David P. Fidler, *The Challenges of Global Health Governance*, Nueva York, Council on Foreign Relations, 2010, p. 3.

<sup>8</sup> En orden cronológico: el Consejo Superior de Salud de Constantinopla (1838), el Consejo Sanitario de Tánger (1840), el Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto (1843) y el Consejo Sanitario de Teherán (1867). Véase Neville M. Goodman, *International Health Organizations and Their Work*, Londres, J. & A. Churchill Ltd., 1952.

<sup>9</sup> S. Harman, *op. cit.*

<sup>10</sup> Adam Kamradt-Scott, *Managing Global Health Security: The World Health Organization and Disease Outbreak Control*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2015, p. 25.

patrones migratorios, así como para promover la higiene entre las poblaciones.<sup>11</sup> Posteriormente, condujeron a la adopción de reglamentos sanitarios internacionales, por un lado, y al establecimiento de organismos internacionales permanentes de salud pública, por el otro.<sup>12</sup>

Fuera de Europa, en Estados Unidos se estableció la Oficina Sanitaria Internacional en 1902, para ayudar también a superar las diferentes regulaciones de cuarentena, inspección y exclusión que impedían el movimiento de mercancías en América. En 1923, esta oficina se convirtió en la Organización Sanitaria Panamericana (OSP), predecesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>13</sup>

En 1907, tras la undécima Conferencia Sanitaria Internacional (1903), se creó en París, Francia, la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), el primer organismo de alcance universal en materia de salud, para monitorear la aparición y propagación de brotes de enfermedades. Su surgimiento se dio en un momento de grandes avances en el estudio de la transmisión de enfermedades, lo que dio un impulso a la cooperación internacional en el ámbito del control de enfermedades.<sup>14</sup>

El final de la Primera Guerra Mundial representó un cambio de paradigma sobre la importancia de los organismos internacionales como instrumentos necesarios del multilateralismo. La Sociedad de Naciones (SDN), establecida en 1920, ofreció un nuevo interés común: la paz mundial. Dentro de esta percepción, el control de enfermedades epidémicas se vio por primera

<sup>11</sup> S. Harman, *op. cit.*

<sup>12</sup> Por ejemplo, después de la séptima conferencia celebrada en Venecia en 1892, el Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto se convirtió en un organismo regional permanente que ejecutó las políticas sanitarias adoptadas en las conferencias en los territorios miembros. Riikka Koskenmaki, Egle Granziera y Gian Luca Burci, "The World Health Organization and its Role in Health and Development", en Anna Gatti y Andrea Boggio (eds.), *Health and Development: Toward a Matrix Approach*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2009, p. 17.

<sup>13</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 27.

<sup>14</sup> Tine Hanrieder, *International Organization in Time: Fragmentation and Reform*, Oxford, Oxford University Press, 2015, p. 50.

vez como menester de las naciones para prevenir conflictos y guerras.<sup>15</sup> Así, en 1922 se tomó la decisión de establecer una división de salud, con sede en Ginebra y conocida como la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones (OSSDN), diseñada para atender los problemas de salud de la posguerra, como la gripe y el tifus, en Europa.<sup>16</sup>

Las tareas principales de la OSSDN fueron dar respuesta y asesoramiento adecuado a las necesidades de cada país en materia de salud, facilitar la solidaridad entre naciones a través de viajes de estudio e intercambio de médicos y producir modelos de acuerdos especiales entre naciones vecinas.<sup>17</sup> Esto requirió la creación de comités técnicos de expertos y visitas de campo, lo que hace de la OSSDN una pionera en la materia.<sup>18</sup>

Pese a que la Convención Sanitaria Internacional y la OIHP proporcionaron la base para la creación OSSDN, ésta no se basó en la OIHP ni la incorporó a su estructura, principalmente porque Estados Unidos no era parte de la Sociedad de Naciones, pero sí de la OIHP.<sup>19</sup> Esto generó una incómoda coexistencia entre los dos organismos de salud, marcada por la tensión y confusión legal en cuanto al estatus y la relación de ambos órganos y actividades superpuestas en el campo en expansión de la salud pública internacional.<sup>20</sup>

No obstante, con el estallido de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de las actividades tanto de la OIHP como de la OSSDN se suspendieron. En 1943, los países aliados crearon la Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (ANUAR) con el fin de ayudar a las poblaciones liberadas durante la guerra a recuperarse lo antes posible y prevenir

<sup>15</sup> Por ejemplo, la Sociedad de Naciones movilizó el apoyo internacional para ayudar a Polonia, Rusia y otros países de Europa del Este a combatir las epidemias de posguerra de tifus transmitido por piojos y otras enfermedades. Véase N. Nagata, *op. cit.*, p. 82.

<sup>16</sup> S. Harman, *op. cit.* Cabe resaltar que al final de la Primera Guerra Mundial, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja se estableció también en respuesta a las malas condiciones de salud en Europa.

<sup>17</sup> N. Nagata, *op. cit.*, p. 82.

<sup>18</sup> Fraser Brockington, *World Health*, Londres, Penguin, 1958, p. 206.

<sup>19</sup> Norman Howard-Jones, "International Public Health: The Organizational Problems Between the Two World Wars. Epilogue," en *WHO Chronicle*, vol. 32, núm. 4, 1978, pp. 157.

<sup>20</sup> T. Hanrieder, *op. cit.*, p. 50.

brotes de enfermedades y epidemias.<sup>21</sup> Al final del conflicto, la ANUAR funcionó eficazmente, construyendo un puente entre el trabajo de salud internacional antes y después de la guerra.<sup>22</sup> También, durante esta primera fase de la gobernanza global de la salud, la filantropía privada tomó gran interés en financiar la investigación médica y el tratamiento.<sup>23</sup>

En 1945, gracias a las propuestas de las delegaciones de Brasil y China, se incluyó el tema de la salud en la Carta de la ONU.<sup>24</sup> El 22 de julio de 1946 se adoptó la Constitución de la OMS, firmada por los representantes de 51 miembros de la ONU y otros 10 países. La Constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948, día que se conmemora cada año como el Día Mundial de la Salud.<sup>25</sup>

Para facilitar la fusión de múltiples OI en una sola entidad, también en 1946 se formó la Comisión Interina de la OMS para supervisar la transición. Esta comisión se dispuso de inmediato a adoptar el trabajo de la OIHP, la OSSDN y la ANUAR. en materia de inteligencia epidemiológica, a fin de responder a emergencias relacionadas con enfermedades y, al mismo tiempo, iniciar negociaciones con la OPS para integrarse a la OMS, pese a que la primera deseaba mantener su independencia.<sup>26</sup> Finalmente, el 1 de julio de 1949, la OPS se convirtió en la oficina regional de la OMS para las Américas, con autonomía sobre su propio presupuesto y programa de trabajo.<sup>27</sup>

Uno de los argumentos para adoptar esta estructura fue la eficacia para tratar los problemas de salud locales,<sup>28</sup> pero, con el tiempo, las oficinas regiona-

<sup>21</sup> N. M. Goodman, *op. cit.*, p. 117.

<sup>22</sup> R. Koskenmaki, E. Granziera y G. L. Burci, *op. cit.*, p. 18.

<sup>23</sup> John D. Rockefeller, por ejemplo, estableció el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica en 1901 y el Hospital Universitario Rockefeller en 1910. S. Harman, *op. cit.*

<sup>24</sup> David Macfadyen, Michael D. V. Davies, Marilyn Norah Carr y John Burley, *Eric Drummond and his Legacies: The League of Nations and the Beginnings of Global Governance*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2019, p. 275.

<sup>25</sup> R. Koskenmaki, E. Granziera y G. L. Burci, *op. cit.*, p. 18.

<sup>26</sup> Kelley Lee, *The World Health Organization (WHO)*. Abingdon, Routledge, 2009, p. 75.

<sup>27</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 27.

<sup>28</sup> R. Koskenmaki, E. Granziera y G. L. Burci, *op. cit.*, p. 19.

les de la OMS quedaron en una posición más fuerte de lo que los fundadores habían previsto y determinado en la Constitución.<sup>29</sup> Este precedente permitió que otras regiones defendieran acuerdos equivalentes, con el resultado de que, para 1951, se habían creado otras cinco oficinas regionales para el Pacífico Occidental, Asia Sudoriental, Medio Oriente, Europa y África.<sup>30</sup>

A partir de la creación de la OMS, la salud mundial tuvo un tratamiento interdisciplinario. En primer lugar, la OMS y sus oficinas regionales quedaron como el principal órgano para la gestión de políticas internacionales. En segundo lugar, la salud pasó a ser un tema transversal en otras agencias de la ONU.<sup>31</sup> En tercer lugar, la salud se contempló como un elemento para el desarrollo, la reforma económica y la construcción de infraestructura de posguerra. Por lo tanto, quedó también cubierta por el mandato de instituciones financieras como el Banco Mundial.<sup>32</sup> Así, para muchos involucrados en los esfuerzos de reconstrucción de la posguerra, existía un vínculo claro entre la provisión de bienestar social y la paz y seguridad internacionales.<sup>33</sup>

## Mandato, estructura y funcionamiento de la OMS

La función primordial de la OMS es ser la autoridad directiva y coordinadora de la labor sanitaria internacional.<sup>34</sup> Según el artículo 2 de su Constitución, no sólo debe combatir las enfermedades infecciosas, sino también trabajar en nutrición y vivienda, economía y trabajo, salud materna e infantil, salud mental y salud ambiental.

<sup>29</sup> T. Hanrieder, *op. cit.*, p. 53.

<sup>30</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 27.

<sup>31</sup> Por ejemplo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) para la hambruna infantil y la enfermedad, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) para la salud reproductiva, así como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el derecho a la salud.

<sup>32</sup> S. Harman, *op. cit.*

<sup>33</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 24.

<sup>34</sup> T. Hanrieder, *op. cit.*, p. 51.

La OMS está dirigida por un director general y, como reflejo de su aspiración universal, su membresía está abierta a todos los Estados. La membresía es prácticamente universal con 194 miembros.<sup>35</sup> Los principales órganos de la OMS son: la Asamblea Mundial de la Salud, órgano supremo de toma de decisiones de la OMS; el Consejo Ejecutivo, que aplica las decisiones y políticas de la Asamblea y atiende eventos que requieren acción inmediata, y la Secretaría, conformada por el director general, expertos y personal de apoyo.

Cada oficina regional está compuesta por un comité regional intergubernamental y una oficina regional encabezada por un director regional. Estas oficinas se centran en el apoyo técnico y la creación de capacidades nacionales, facilitando la recopilación de información y monitoreo de tendencias sanitarias.<sup>36</sup> No obstante, su alto grado de autonomía representa un reto a la coherencia de la planificación de programas y la gestión general de la OMS.<sup>37</sup>

Referente al personal que labora en la OMS, la Constitución establece que los delegados que asisten a la Asamblea deben “ser elegidos entre las personas más calificadas por su competencia técnica en el campo de la salubridad”.<sup>38</sup> En este sentido, la burocracia de la OMS se ha vuelto muy protectora de su reputación, tratando de ser objetiva, eficiente y eficaz. Sin embargo, por sí mismos, estos atributos no han dado lugar a que algunos Estados Miembros ajusten sus políticas, de manera automática, a las directrices del organismo.<sup>39</sup>

Entre los retos de la OMS, destaca la coordinación de esfuerzos en materia de salud mundial. Esta tarea se ha dificultado a medida que ha aumentado

<sup>35</sup> La OMS está abierta a todos los Estados, incluidos aquellos que no son miembros la ONU. En este sentido, la OMS considera como miembro de pleno derecho a Liechtenstein. Asimismo, los territorios de Niue y las Islas Cook participan como miembros asociados y Taiwán como miembro observador de la Asamblea Mundial de la Salud.

<sup>36</sup> R. Koskenmaki, E. Granziera y G. L. Burci, *op. cit.*, p. 19.

<sup>37</sup> Fiona Godlee, “The World Health Organisation: The Regions - Too Much Power, Too Little Effect”, en *British Medical Journal*, núm. 309, núm. 6968, 10 de diciembre de 1994, p. 1568.

<sup>38</sup> OMS, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, en *Documentos básicos. 49a edición*, Ginebra, OMS, 2020, p. 5.

<sup>39</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 41.

el número de Estados y la aparición y el fortalecimiento de actores no estatales que funcionan como gestores de salud. Lo anterior también ha llevado a que los países demuestren una falta de confianza en la gestión del organismo, eludiendo de forma recurrente el presupuesto ordinario.

Desde la década de 1980, el presupuesto de la OMS se ha mantenido muy restringido, en parte por la entrada del neoliberalismo, y se ha acentuado por la crisis financiera de 2008. Esto ha tenido dos consecuencias. La primera es que la cooperación técnica de la OMS consista principalmente en servicios de asesoramiento más que en ayuda financiera o actividades operacionales.<sup>40</sup> La segunda, que la OMS dependa, cada vez más, de la financiación extrapresupuestaria (aproximadamente 80% del presupuesto total)<sup>41</sup> proveniente de contribuciones voluntarias de Estados y actores privados y filantrópicos.<sup>42</sup>

Respecto a estas contribuciones, más que servir a la salud mundial, sirven a los propósitos políticos, económicos y estratégicos nacionales u organizativos a través de la ayuda sanitaria y la asistencia técnica que brindan.<sup>43</sup> Asimismo, estas contribuciones conducen a una financiación a corto plazo desorganizada y desequilibrada, en lugar de una coordinación general de proyectos y financiación a través de un plan maestro de política de salud mundial con financiación a largo plazo.<sup>44</sup>

Asimismo, a pesar de que la Asamblea Mundial de la Salud es un órgano de un solo voto por Estado y, por lo tanto, podría decirse que es democráticamente igualitaria, se considera que la gobernanza de la OMS, en general, es injusta y desequilibrada. Lo anterior, nuevamente, con base en la

<sup>40</sup> G. L. Burci y Claude-Henri Vignes, *World Health Organization*, La Haya, Kluwer Law International, 2004, p. 195 citado en A. Kamradt-Scott, p. 40.

<sup>41</sup> Este 80 por ciento de las contribuciones voluntarias de la OMS provienen de 20 fuentes y más de la mitad de ellas son realizadas por los gobiernos de las naciones industrializadas. Desde 2012, la Fundación Bill y Melinda Gates ha sido el segundo mayor contribuyente de la OMS, después del gobierno de Estados Unidos. Marcos Cueto, Theodore M. Brown y Elizabeth Fee, *The World Health Organization. A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019, p. 326.

<sup>42</sup> Jennifer Prah Ruger, "International Institutional Legitimacy and the World Health Organization," en *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 68, núm. 8, agosto de 2014, p. 698.

<sup>43</sup> *Idem*.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 699.

influencia de actores privados y filantrópicos, y la injerencia de países desarrollados y poderosos en los asuntos de la OMS, por medio de la financiación voluntaria y extrapresupuestaria para fines y programas específicos.<sup>45</sup>

## La atención de la OMS a brotes epidémicos

A la OMS y otros organismos internacionales, se les ha encomendado la tarea de proporcionar alertas tempranas sobre una amplia gama de temas. La OMS desempeña un papel central en la prevención, el control y la erradicación internacionales de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, los líderes estatales y la opinión pública se han vuelto cada vez más escépticos sobre su asesoría y recomendaciones.

Además, la OMS no tiene un documento específico que delinee de manera integral los parámetros de sus responsabilidades, obligaciones o poderes de erradicación de enfermedades. Como alternativa, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un instrumento jurídico internacional diseñado para ayudar a proteger a todos los Estados de la propagación internacional de enfermedades, incluidos los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública. El RSI requiere que los Estados Parte, entre otras cosas, evalúen, notifiquen y respondan a los eventos de salud pública y fortalezcan las capacidades nacionales de vigilancia y respuesta.<sup>46</sup>

Además, la OMS es la única responsable de declarar una pandemia. Sin embargo, su pérdida de legitimidad ha hecho que las medidas dictadas no sean instrumentadas por todos sus miembros.<sup>47</sup> Incluso si los gobiernos perciben que organismos como la OMS están proponiendo políticas que van en detrimento de sus intereses, ignoran su asesoramiento y recomendaciones.<sup>48</sup> Dicho lo anterior, a continuación se examinan las principales accio-

<sup>45</sup> *Idem.*

<sup>46</sup> R. Koskenmaki, E. Granziera y G. L. Burci, *op. cit.*, p. 22.

<sup>47</sup> Songying Fang y Randwall W. Stone, "International Organizations as Policy Advisors", en *International Organization*, vol. 66, núm. 4, otoño de 2012, p. 540.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 541.

nes que durante su existencia ha llevado a cabo la OMS para el combate de brotes epidémicos.

Desde el Programa de Erradicación de la Malaria (PEM), el Programa de Erradicación de la Viruela (PEV) y el Programa para Erradicar la Tuberculosis (PET), hasta los casos más actuales de VIH/sida, síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), influenza AH1N1, ébola y SARS-CoV-2, la OMS ha funcionado como autoridad coordinadora, pese a la creciente participación de actores no estatales. Sin embargo, los métodos que la Secretaría del organismo ha utilizado en ocasiones para cumplir su mandato han suscitado cierta controversia.

En los primeros tres casos, la OMS desarrolló progresivamente un enfoque convencional para el control y la erradicación de enfermedades. El PEM, por ejemplo, sirvió como el primer intento, de parte de la Organización, de erradicar completamente una enfermedad infecciosa; sin embargo, por varias razones,<sup>49</sup> el programa no tuvo éxito.<sup>50</sup> Por el contrario, el éxito de la OMS en el PEV se suele aclamar como el mayor logro de salud pública del organismo. No obstante, Kamradt-Scott destaca que ambos programas fueron campañas de erradicación mundial masivas que atrajeron importantes recursos y apoyo.<sup>51</sup>

Quizá la mayor imprudencia en salud global ha sido la negación del surgimiento del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) y, con ello, la inacción para contener su esparcimiento por el mundo.<sup>52</sup> La dinámica de inacción de la OMS se atribuyó, en parte, a la ausencia de respuestas tempranas.<sup>53</sup> Otra razón

<sup>49</sup> Una de las principales críticas es que el apoyo de la OMS a este programa fue porque Estados Unidos y sus aliados querían expandir los mercados extranjeros y continuar su conflicto ideológico con la URSS y el comunismo. Véase J. P. Ruger, *op. cit.*, p. 699.

<sup>50</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 19.

<sup>51</sup> *Idem.*

<sup>52</sup> Young Soo Kim, "World Health Organization and Early Global Response to HIV/AIDS: Emergence and Development of International Norms", en *Journal of International and Area Studies*, vol. 22, núm. 1, junio de 2015, p. 26; Peter Piot, "AIDS: From Crisis Management to Sustained Strategic Response", *The Lancet*, vol. 368, núm. 9534, 5 de agosto de 2006, p. 527.

<sup>53</sup> Estados Unidos, por ejemplo, no estaba interesado en internacionalizar el tema porque su interés era proteger a sus propios ciudadanos y buscar un culpable extranjero (al igual que hizo

principal por la que los países no reconocieron la enfermedad fue que, de hacerlo, percibían que se dañaría la industria del turismo y otras inversiones industriales extranjeras<sup>54</sup> (igual que con el SARS-CoV-2). Además, los funcionarios se mostraron reacios a incluir el VIH/sida en la agenda debido a su aparente conexión con la homosexualidad, la prostitución y el consumo de drogas.

Los países africanos reconocieron oficialmente el problema del VIH/sida y solicitaron la asistencia de la comunidad internacional (en particular de la OMS) en marzo de 1986, en la Primera Conferencia Regional sobre el Sida en Brazzaville, República Democrática del Congo, cuatro años después del primer caso reportado.<sup>55</sup> Asimismo, durante la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en 1986, se hizo un llamado de atención a Estados Unidos y Europa para la acción mundial contra el VIH/sida.<sup>56</sup> Después de la creación de un programa específico para la atención de este problema, en 1995 la Asamblea General de la ONU creó el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y lo designó como el sitio clave para establecer una respuesta global a la epidemia, dejando en aspecto secundario a la OMS.<sup>57</sup>

Durante este periodo, el trabajo de la OMS también se vio alterado por la incursión de asociaciones y actores privados y filantrópicos en la salud mundial. Lo anterior inició una nueva fase en la gobernanza global de la salud.<sup>58</sup> Ahora, debido a la compleja interconexión y el tránsito masivo de personas a través de las fronteras, los microbios, y las enfermedades que causan, también pueden moverse fácilmente por todo el mundo a una velocidad

---

recientemente con la covid-19 y la atribución de la responsabilidad a China). En este caso, el culpable fue Haití y su conexión con los países de África, que tenían un gran número de pacientes con sida al igual que Estados Unidos y que, a su vez, culpaban a los países occidentales por la propagación del brote. Y. S. Kim, *op. cit.*, p. 27.

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>57</sup> Nitsan Chorev, *The World Health Organization between North and South*, Ithaca, Cornell University Press, 2012, p. 153.

<sup>58</sup> S. Harman, *op. cit.*

sin precedentes para llegar a ubicaciones geográficas previamente desconocidas.<sup>59</sup> En este contexto, en 2002 se situó el brote del SRAS en China.

La respuesta inicial al brote fue el secreto y la inacción del gobierno.<sup>60</sup> A pesar de prohibir a los periódicos locales que informaran sobre la epidemia, la OMS desempeñó un papel destacado en la contención de la epidemia. La OMS recibió señales tempranas sobre el brote de SRAS a través de Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN, por sus siglas en inglés) y realizó su primera solicitud de información al Ministerio de Salud chino el 10 de febrero. Una vez analizada la información, intervino y llamó la atención internacional el 12 de marzo de 2003, pese a que el Ministerio de Salud impidió que dos equipos de la OMS enviados para investigar el brote abandonaran Beijing.<sup>61</sup> Estas primeras acciones de la OMS, convencieron a los líderes del gobierno chino (que no estaban muy informados sobre la gravedad de la crisis) de reconocer el brote y tomar medidas firmes para contener su propagación, a pesar de que se habían mostrado inicialmente escépticos acerca de los motivos de la OMS.<sup>62</sup>

Tras el manejo exitoso de la OMS del brote de SRAS de 2003, el OI también fue testigo de una mayor expansión de su autoridad, con varias políticas y procedimientos que habían demostrado ser tan efectivos para contener y eliminar el patógeno.<sup>63</sup> En medio de la emergencia mundial, surgieron preguntas sobre el alcance del papel y la autoridad de la OMS.<sup>64</sup>

<sup>59</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 2.

<sup>60</sup> Al igual que con los brotes en décadas y siglos anteriores, las razones citadas posteriormente para el secreto gubernamental incluyeron temores de dañar la confianza del consumidor, disuadir la inversión extranjera y socavar la estabilidad política. Lo cierto es que la alerta de la OMS provocó una fuerte caída en el turismo y los viajes de negocios a China. S. Fang y R. W. Stone, *op. cit.*, p. 553.

<sup>61</sup> *Idem.*

<sup>62</sup> El dilema para el gobierno chino era si la confianza o la desconfianza eran más riesgosas. Sin embargo, los esfuerzos de la OMS y el gobierno asiático tuvieron éxito en junio, cuando el número de nuevos casos de SRAS se redujo a un mínimo.

<sup>63</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 182.

<sup>64</sup> Hubo, por ejemplo, quienes sugirieron que el Director General y la Secretaría se excedieron de su autoridad, que ejercieron un poder independiente de su mandato y que, al hacerlo, la buro-

Por otra parte, durante las primeras etapas de la epidemia de la influenza AH1N1, la mayor parte de las críticas sobre las acciones de la OMS se centró en el momento de las declaraciones de las fases de alerta pandémica.<sup>65</sup> En el primer llamado de la OMS, el AH1N1 fue categorizado como una amenaza de fase 3; sin embargo, la declaración de la OMS de junio de 2009 sobre la pandemia de AH1N1 (fase 6) provocó reacciones de gobiernos y organismos de salud pública en todo el mundo. Esta declaración impulsó la puesta en marcha de planes nacionales de preparación para una pandemia, acciones para la producción y distribución de vacunas y un mayor interés en el control fronterizo.<sup>66</sup>

Las críticas a la determinación de las fases de alerta pandémica surgieron cuando el virus no mostró el atributo característico de una pandemia (fase 6: propagación sostenida del virus en múltiples regiones geográficas); entonces, las clasificaciones de la OMS se convirtieron en un sitio de disputa política y pública.<sup>67</sup> La propia OMS reconoció posteriormente algunas deficiencias en las fases de alerta: la amplia propagación del virus no significaba necesariamente que la enfermedad se manifestaría como grave.<sup>68</sup>

Por otro lado, la OMS también fue criticada por ceder ante los intereses comerciales. Algunos expertos que asesoraban a la OMS tenían vínculos

---

cracia de la OMS había traído consigo una nueva era de gobernanza de la salud poswestfaliana. Véase *Ibid.*, p. 22.

<sup>65</sup> La determinación de las fases de alerta pandémica es una parte integral del RSI, lo que permite a los países identificar de manera efectiva el riesgo y actuar contra las posibles amenazas pandémicas. Las fases 1 a 3 se utilizan para denotar problemas emergentes y no significan ninguna necesidad de acción por parte de los gobiernos nacionales. A esto le siguen las fases en las que el evento se considera lo suficientemente significativo como para justificar una acción. En la fase 4 se verifica la transmisión de persona a persona. La fase 5 representa brotes a nivel comunitario en al menos dos países dentro de una región geográfica. La fase 6 representa un cambio de definición de una pandemia potencial a una pandemia en curso y se designa cuando hay una propagación sostenida del virus en múltiples regiones geográficas. Sudepa Abeysinghe, "When the Spread of Disease Becomes a Global Event: The Classification of Pandemics", en *Social Studies of Science*, vol. 43, núm. 6, diciembre de 2013, p. 907.

<sup>66</sup> S. Abeysinghe, *Pandemics, Science and Policy: H1N1 and the World Health Organization*, Basings-  
toke, Palgrave Macmillan, p. 2.

<sup>67</sup> S. Abeysinghe, "When the Spread of Disease...", p. 907.

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. 912.

financieros con compañías farmacéuticas que producían antivirales y vacunas contra la influenza. Si bien se iniciaron una serie de investigaciones internas y externas para evaluar las acciones de la OMS, posteriormente, cada investigación absolvió a la Secretaría de cualquier irregularidad, lo que puso en evidencia la falta de transparencia del organismo.<sup>69</sup>

Casi inmediatamente después de la declaración completa de la fase 6 en 2009, declarar el fin de la pandemia resultó un proceso difícil para la OMS debido a que nunca había sido una pandemia grave. Luego de un periodo prolongado de ambigüedad, la directora general Margaret Chan declaró la fase pospandémica el 10 de agosto de 2010.<sup>70</sup> Dicho esto, la narrativa de la OMS en torno a las fases de la pandemia no logró distinguir de manera efectiva el concepto de *pandemia*. Esto hizo que la noción de pandemia y las fases fueran susceptibles de impugnación.<sup>71</sup>

En diciembre de 2013, una fiebre hemorrágica en África central occidental atacó a Guinea y meses después a Liberia y Sierra Leona. En marzo de 2014, se confirmó que la fiebre hemorrágica era ébola, transmitida por el virus ébola de Zaire. Además de la crisis sanitaria, los países africanos afectados estaban luchando económicamente y enfrentaban escasez de mano de obra como consecuencia del ajuste estructural promovido por el Banco Mundial que, entre otras cosas, erosionaron los fondos para la salud pública.

Otros factores sociopolíticos que explican el brote de la enfermedad y la débil respuesta de salud pública fueron las prolongadas guerras civiles locales y la migración masiva de zonas rurales a ciudades con escaso saneamiento, poca infraestructura sanitaria y una grave escasez de personal de salud.<sup>72</sup>

En este caso, los primeros en responder a nivel internacional fueron miembros de ONG internacionales. En junio de 2014, el director de Médicos sin Fronteras declaró que la ONG había llegado a su límite y no podía enviar más equipos a nuevos focos.<sup>73</sup> La OMS no tuvo liderazgo. La directora

<sup>69</sup> A. Kamradt-Scott, *op. cit.*, p. 22.

<sup>70</sup> S. Abeyasinghe, "When the Spread of Disease..." p. 917.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p. 920.

<sup>72</sup> M. Cueto, T. M. Brown y E. Fec, *op. cit.*, p. 321.

<sup>73</sup> Véase *Idem*.

general Margaret Chan parecía culpar a los países afectados por su mala planificación en la infraestructura de salud pública y el personal médico capacitado.<sup>74</sup> Finalmente, Chan asumió la responsabilidad de los fracasos de la OMS en la crisis del ébola, en su último discurso ante la Asamblea Mundial de la Salud en 2017, admitiendo que el organismo fue demasiado lento bajo su supervisión y que ella era personalmente responsable.<sup>75</sup>

Actualmente, con el SARS-CoV-2 que se extendió por todo el mundo en 2020, el mundo se enfrenta a una pandemia otra vez. La OMS se encuentra en el ojo del huracán por la tendencia a culpar a los organismos internacionales del mal manejo de las crisis y las acciones de priorizar intereses de corto plazo (como la suspensión temporal de actividades comerciales).<sup>76</sup> Por lo tanto, aunque la pandemia parece extraordinaria, sus patrones políticos iniciales son bastante comunes, como se ha demostrado con los ejemplos de crisis anteriores. Dicho esto, la OMS tiene ahora la oportunidad de fortalecer su papel rector y construir mecanismos de mayor transparencia para atender crisis sanitarias prolongadas.<sup>77</sup>

## Consideraciones finales

Un tema clave en los debates contemporáneos sobre la salud mundial es el liderazgo o la falta de éste. El surgimiento de decenas de actores involucrados en la salud mundial en las últimas décadas ha llevado a un problema de dirección y pluralidad de ideas que, cuando se trata de asumir responsabilidad, no hay una autoridad directa. Asimismo, las preguntas sobre cómo debe atenderse la salud mundial se relacionan con las

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 323.

<sup>75</sup> Véase *Ibid.*, p. 326.

<sup>76</sup> Tana Johnson, "Ordinary Patterns in an Extraordinary Crisis: How International Relations Makes Sense of the COVID-19 Pandemic", en *International Organization*, vol. 74, núm. Suplemento, diciembre de 2020, p. E150, en <https://doi.org/10.1017/S0020818320000430> (fecha de consulta: 22 de enero de 2021).

<sup>77</sup> Ching-Fu Lin, "COVID-19 and the Institutional Resilience of the IHR (2005): Time for a Dispute Settlement Redesign", en *Contemporary Asia Arbitration Journal*, vol. 13, núm. I, mayo de 2020, p. 269.

tensiones entre la provisión de salud como un bien público, privado o una combinación de ambos, y el surgimiento de soluciones tecnocráticas a los problemas de salud, así como el progreso de la ciencia por encima de lo político.

Desde la celebración de las conferencias sanitarias internacionales, los principios básicos del sistema de salud internacional se han mantenido hasta el día de hoy. Un análisis institucional de la OMS muestra que ha sido crucial para la gestión de brotes epidémicos y la atención temprana ante emergencias al promover cambios de políticas sanitarias. Sin embargo, sus debilidades presupuestarias y estructurales, así como su incapacidad de coordinación y la creación de una estrategia de largo plazo parecen ser un flanco débil y un punto desde el cual se cuestiona su autoridad y legitimidad. Algunos países, incluso, cuestionan por completo su relevancia y a sus propios directores generales.

A pesar de ello, la OMS se ha mantenido como una institución comprometida que ha aprendido de sus errores. A lo largo de su mandato, el OI ha contribuido, por ejemplo, a grandes avances en la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad infantil y la erradicación de la viruela. La OMS también ha sido un centro de intercambio de información epidemiológica, ha brindado apoyo de emergencia en situaciones de crisis, ha lanzado ambiciosos programas de control de enfermedades y ha apoyado el derecho a la salud y a los medicamentos como bienes públicos globales, entre otras cosas. Algunos debates que se han llevado en Ginebra en los últimos años a nivel institucional, con la participación de todos los actores de la gobernanza global de la salud, han girado en torno a cómo transformar la OMS en un organismo con mayor capacidad para mejorar significativamente la salud de la población mundial, principalmente en sintonía con los objetivos de desarrollo sostenible.

Amén de lo anterior, lograr una buena salud es una lucha constante y, como revela la realidad, es una batalla que está lejos de terminar. Por lo tanto, el mandato de la OMS nunca ha sido más importante que hoy. Como la experiencia ha demostrado, en algunos casos no es la falta de herramientas para gestionar un brote pandémico, sino el débil compromiso de pensar más allá de las ganancias a corto plazo y las prioridades políticas y económicas. Esta misma experiencia indica que es necesaria, más que nunca, la inversión en infraestructura y personal sanitario.

Finalmente, cabe mencionar que, a pesar del número de actores en la ahora gobernanza global de la salud, la comunidad internacional sigue mirando a la OMS como el actor central para resolver los problemas de la salud mundial. En este sentido, debe entenderse a los organismos internacionales como entidades que intentan cumplir su misión en un mundo de casi 200 países con agendas, intereses y prioridades en competencia.