

ACADEMIA DIPLOMÁTICA DEL PERÚ JAVIER PÉREZ DE CUÉLLAR



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DIPLOMACIA Y
RELACIONES INTERNACIONALES**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
DIPLOMACIA Y RELACIONES INTERNACIONALES**

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**Los desafíos de la gobernanza global para la salud en el marco del manejo de las
emergencias de salud pública de importancia internacional: Elementos esenciales
para una propuesta de estrategia para la política exterior en materia de salud**

PRESENTADO POR:

Andrea Yoema Pezo Núñez

ASESORES:

**Asesor Temático: Primer Secretario Carlos Sibille Rivera
Asesor Metodológico: Dra. Milagros Aurora Revilla Izquierdo**

Lima, 9 de noviembre de 2020

Índice

Índice	2
Resumen	4
Abstract.....	5
Lista de Acrónimos.....	6
Introducción.....	8
Marco Teórico	10
1.1. Globalización	10
1.2. Gobernanza Global	14
1.2.1. Gobernanza global para la salud.....	17
1.3. Salud Global	31
1.3.1. Amenazas a la salud pública global.....	33
1.4. Diplomacia de la Salud Global (<i>Global Health Diplomacy</i>).....	39
Las emergencias de salud pública de importancia internacional en la gobernanza global para la salud.....	41
2.1. Los principales actores que participan en el control de las ESPII en el marco de la gobernanza global para la salud.....	41
2.1.1. La Organización Mundial de la Salud.....	43
2.1.2. Banco Mundial	48
2.1.3. Asociaciones público-privadas.....	49
2.2. Financiamiento en la gobernanza global para la salud	55
2.3. Emergencias de salud pública de importancia internacional	61
2.3.1. Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS)	71
2.3.2. Gripe A (H1N1) - Gripe pandémica (Brote de 2009)	75
2.3.3. Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS).....	77
2.3.4. Enfermedad por el virus del Ébola (EVE) (Brote de 2014)	80
2.3.5. Brote de la enfermedad por el virus del Zika	85
2.4. Mecanismos e iniciativas en el manejo de ESPII	87
2.4.1. La Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial	88
2.4.2. La Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación	90
Desafíos para la gobernanza global para la salud.....	93

3.1. Desafíos de los actores internacionales en el marco del manejo de emergencias de salud pública de importancia internacional en el sistema de gobernanza global para la salud.	93
3.1.1. Nuevos actores en la GGS.....	95
3.1.2. El establecimiento de una agenda de salud global	98
3.2. La gobernanza para la salud en el marco de las ESPII en el ámbito nacional	104
3.2.1. Control de enfermedades transmisibles.....	106
3.3. Elementos esenciales para una propuesta de estrategia para la política exterior en materia de salud	111
Conclusiones.....	115
Bibliografía.....	116

Resumen

Las emergencias de salud pública de importancia internacional son acontecimientos que representan el nivel más alto de alerta para la salud pública y que exigen la adopción de medidas urgentes por parte de los Estados a nivel mundial. En ese sentido, el actual escenario de la gobernanza global para la salud en el marco del control de enfermedades infecciosas ha ido cambiando. Por una parte, nuevos actores han ingresado al esquema actual de gobernanza, orientados exclusivamente al control de las enfermedades transmisibles como la Tuberculosis, el SIDA y la Malaria (enfermedades que históricamente han supuesto una amenaza constante para la seguridad sanitaria mundial).

Por otro lado, la agenda de salud global ha ido cambiando y adecuándose a las necesidades actuales de la población global. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su 13.º Plan General de Trabajo, ha presentado un nuevo enfoque basado en cuatro pilares fundamentales para alcanzar el bienestar de la población global, entre los que se encuentra el control de las emergencias sanitarias. No obstante, a raíz de los recientes eventos declarados como emergencias de salud pública de importancia internacional, la gobernanza global para la salud ha enfrentado sus más grandes retos y ha evidenciado las brechas existentes en las capacidades de respuesta de los Estados.

Frente a este nuevo escenario, presentamos elementos esenciales a considerar para una propuesta de estrategia de política exterior peruana que contemple acciones dirigidas a la prevención y manejo de las emergencias de salud pública de importancia internacional.

Palabras Clave: Gobernanza Global, Salud Global, ESPII, Enfermedades Transmisibles, Organización Mundial de la Salud.

Abstract

Public health emergencies of international concern are events that represent the highest level of public health alert and require urgent action by States at the global level. In this sense, the current scenario of global governance for health in the framework of infectious disease control has been changing. On the one hand, new actors have entered the current governance scheme, oriented exclusively to the control of communicable diseases such as Tuberculosis, AIDS and Malaria (diseases that historically have posed a constant threat to global health security).

On the other hand, the global health agenda has been changing and adapting to the current needs of the global population. In this sense, the World Health Organization (WHO), through its Thirteenth General Programme of Work, has presented a new approach based on four fundamental pillars to achieve the well-being of the global population, among which is the control of health emergencies. However, in the wake of recent events declared to be public health emergencies of international concern, global governance for health has faced its greatest challenges and has revealed gaps in the response capacities of States.

In view of this new scenario, we present essential elements to be considered for a Peruvian foreign policy strategy proposal that contemplates actions aimed at the prevention and management of public health emergencies of international importance.

Keywords: Global Governance, Global Health, ESPII, Communicable Diseases, World Health Organization

Lista de Acrónimos

AMS	Asamblea Mundial de la Salud/ <i>World Health Assembly</i>
BM	Banco Mundial/ <i>World Bank</i>
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/ <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEPI	Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias/ <i>Coalition for Epidemic Preparedness Innovations</i>
CNEPCE	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
CMNN	Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
COSALFA	Comisión Sudamericana para la Lucha Contra la Fiebre Aftosa
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
DAH	Ayuda al Desarrollo destinada a la Salud/ <i>Development Assistance for Health</i>
DALYs	Años de vida ajustados por discapacidad/ <i>Disability Adjusted Life Years</i>
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional
ENT	Enfermedades no transmisibles
EVE	Enfermedad por el virus del Ébola
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura/ <i>Food and Agriculture Organization</i>
FM	Fondo Mundial/ <i>Global Fund</i>
GBD	Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad/ <i>Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study</i>
GCGH	Grand Challenges in Global Health
GHSA	Agenda de Seguridad Sanitaria Global/ <i>Global Health Security Agenda</i>
GOARN	Red Global de Alerta y Respuesta/ <i>Global Outbreak Alert and Response Network</i>
GPMB	Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación/ <i>Global Preparedness Monitoring Board</i>
IHD	Enfermedad Isquémica del Corazón/ <i>Ischemic Heart Disease</i>
IHD	International Health Division (Rockefeller Foundation)
IHME	Institute for Health Metrics and Statistics
ISID	Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas/ <i>International Society for Infectious Diseases</i>
MERS	Síndrome Respiratorio de Oriente Medio/ <i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MINSA	Ministerio de Salud
ODA	Ayuda Oficial al Desarrollo/ <i>Official Development Assistance</i>
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Organización Mundial de la Salud/ <i>World Health Organization</i>

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIP	Preparación para una Gripe Pandémica de la OMS/ <i>Pandemic Influenza Preparedness</i>
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PVE	Protocolo de Vigilancia Epidemiológica
R&D	Investigación y Desarrollo
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo/ <i>Severe acute respiratory syndrome</i>
SDI	Índice Sociodemográfico/ <i>Social Demographic Index</i>
SFTS	Fiebre Severa con Síndrome Trombocitopénico/ <i>Severe fever with thrombocytopenia syndrome virus</i>
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMRG	Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/ <i>United Nations Children's Fund</i>
UNHCR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiado/ <i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
UNRRA	Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación/ <i>United Nations Relief and Rehabilitation Administration</i>
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/ <i>United States Agency for International Development</i>

Introducción

Las enfermedades infecciosas emergentes suponen un constante riesgo a la seguridad sanitaria global, razón por la cual, los Estados y otros actores no gubernamentales han reunido esfuerzos a lo largo de los años a fin de construir un sistema de gobernanza que les permita enfrentar estos desafíos.

En este sentido, la gobernanza global supone la interacción de un grupo de actores comprometidos a encontrar soluciones a un problema global en específico como puede ser el control de enfermedades infecciosas o eventualmente una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Como parte de este trabajo, se presentará en primer lugar, como está compuesto el actual escenario de la gobernanza global para la salud en el marco de las emergencias de salud pública de importancia internacional; seguidamente, se abordará los actuales desafíos que devienen de ese escenario y el rol de la OMS en enfrentarlos.

El problema que este trabajo aborda se refiere a la dinámica desarrollada en el actual escenario de la gobernanza global para la salud y los desafíos que presenta en el marco del manejo de las emergencias de salud pública de importancia internacional para actores como la OMS, que históricamente se ha encargado del manejo y control de las enfermedades.

Como primera hipótesis tenemos que, el escenario actual de gobernanza global para la salud podría haber incidido negativamente en el manejo de eventos catalogados como emergencias de salud pública de importancia internacional, al no haber respondido a las verdaderas necesidades de la comunidad internacional ante estos eventos. Por un lado, la ausencia de esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de las capacidades sanitarias de los Estados; por otro lado, un marco normativo (Reglamento Sanitario Internacional) que ya no satisface las necesidades de la seguridad sanitaria actual. Como segunda hipótesis presentamos que, el Perú podría contribuir a fortalecer el sistema de gobernanza global para la salud mediante una participación activa en iniciativas multilaterales que compartan un enfoque similar al de la OMS.

En virtud del método analítico, deductivo y descriptivo, este trabajo se divide en tres capítulos. En el primer capítulo se desarrollan los conceptos esenciales para comprender el escenario actual de la gobernanza global para la salud en el marco del manejo de las

emergencias de salud pública de importancia internacional, como *Globalización, gobernanza global y gobernanza global para la salud*. Asimismo, se presenta un breve recuento histórico de la construcción de la gobernanza global para la salud, desde la celebración de las Conferencias Sanitarias Internacionales en 1851 hasta la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el segundo capítulo se presentan algunos de los actores más relevantes en la gobernanza global para la salud y su incidencia en la agenda de la salud global. Así también, se presenta los principales eventos relacionados con las emergencias de salud pública de importancia internacional, desde el SARS hasta el Zika.

Finalmente, el tercer capítulo presenta dos de los desafíos más importantes de la gobernanza global para la salud en el marco de las ESPII: el incremento de la participación de nuevos actores no gubernamentales y su incidencia en el establecimiento de la agenda de salud global. En ese sentido, se desarrollará brevemente las necesidades propias del Perú no solo en el marco del manejo de emergencias de salud pública de importancia internacional, sino también sobre la salud en general.

Dentro de la bibliografía consultada en el presente trabajo resaltan los trabajos académicos de David P. Fidler, quien ha venido investigando sobre la gobernanza global para la salud desde finales del siglo XX y ha escrito sobre los diversos enfoques de la salud en la política exterior de los Estados. Así también, el trabajo de Chelsea Clinton y Devi Sridhar (2017), *Governing Global Health: Who Runs the World and Why?*, que presenta una detallada investigación sobre la incidencia de los nuevos actores en la gobernanza global para la salud, y los desafíos de los actores tradicionales como la OMS y el Banco Mundial ante este nuevo panorama. Finalmente, se ha consultado el abundante trabajo realizado por Marcos Cueto, Theodore Brown y Elizabeth Fee sobre la historia de la institucionalidad de la gobernanza global para la salud.

CAPÍTULO I

Marco Teórico

En esta primera parte, se desarrollará el concepto de *Globalización* y en la misma línea, se abordará los orígenes de la gobernanza global. Seguidamente, se presentará un breve repaso del proceso de evolución de la gobernanza global para la salud, desde las Conferencias Sanitarias Internacionales hasta la creación de la Organización Mundial de la Salud. Finalmente, se culminará el capítulo con una breve presentación del concepto de *salud* y su relevancia en la actualidad.

1.1. Globalización

La globalización es un fenómeno complejo y de larga data que autores como John Baylis *et. al* (2014) define como un proceso de creciente interconexión entre sociedades, debido a que los acontecimientos en una parte del mundo tienen, cada vez más, con más frecuencia, efectos en otros pueblos y sociedades alejadas. (Baylis *et al.*, 2014. Pág. 9)

Al relacionarse la globalización con la interconectividad, los orígenes de este fenómeno pueden identificarse desde el momento en el que los pueblos comienzan a comunicarse unos a otros. Richard Baldwin (2016. Pág. 18) presenta la historia de la globalización en cuatro fases. La primera fase de la globalización va desde los 200 000 a. C. hasta aproximadamente 10 000 a. C., momento cuando la producción y el consumo “viajan juntos”, en esta etapa se apreciaba todavía un bajo flujo de comercio. “La globalización se traduciría al flujo de la población que viajaba para explotar sitios de producción cada vez más distantes.” (Baldwin, 2016. Pág. 18)

Respecto a la segunda fase, Baldwin (2016. Pág. 18) etiqueta a este periodo como el de *localización de la economía mundial*. En tanto que, gracias a la Revolución Agrícola, la producción alimentaria es llevada hacia la población y no viceversa como en la fase previa. Es así como el autor añade que una característica esencial de este periodo es que, la producción y el consumo ocurrían en locaciones fijas.

Por otro lado, la tercera fase denominada como la etapa de *la globalización de las economías locales*, se encuentra relacionada con la Revolución del Vapor, la cual transforma la relación del individuo con el ambiente, lo que nos condujo a mejores formas de transporte

que hicieron posible consumir bienes provenientes de lugares lejanos a precios más económicos. Finalmente, la cuarta fase abarca desde 1990 hasta el presente y está referida a la *globalización de las fábricas*, relacionada con la Revolución de la Información y las Tecnologías de la Información.

La cuarta etapa se ve acompañada por el movimiento de flujos de conocimiento que caracteriza a la *Nueva Globalización*, estos flujos permitieron a un pequeño número de países en desarrollo industrializarse con una rapidez nunca antes vista, lo que a su vez reformó la economía mundial. (Baldwin, 2016. Pág. 109)

La *Nueva Globalización* a la que hace referencia Baldwin viene acompañada no solo de una Revolución Tecnológica, sino además de importantes cambios en el comercio, la demografía y la relación entre el hombre y el ambiente. “La globalización y su capacidad para mover personas, recursos económicos e información pueden transformar rápidamente el escenario y la biodiversidad de las regiones, a veces con beneficios económicos a corto plazo, pero efectos ambientales negativos a largo plazo.” (Meyerson *et al.*, 2007. Pág. 187)

En este sentido, la Globalización nos introduce a nuevos desafíos a los que la población mundial debe hacer frente a través de diversas herramientas y nuevas dinámicas sociales e institucionales. Como todo fenómeno con un alto impacto en la sociedad, la Globalización ha sido estudiada y comentada por los sectores económicos, sociales, ambientales, tecnológicos y académicos en general, abriéndose discusiones complejas sobre el desarrollo relacionado con este fenómeno y sus efectos en la sociedad.

Para las Relaciones Internacionales, el concepto de globalización ha sido abordado por las principales escuelas, que buscan explicar el origen e impacto de este fenómeno sobre el sistema internacional. Por un lado, la Escuela Liberal sostiene que la globalización es el resultado de un largo proceso de transformación de la política mundial. Esta corriente se encuentra especialmente atraída por la revolución económica, tecnológica y de las comunicaciones que supone la globalización. (Baylis *et. al*, 2013. Pág. 14) Por otro lado, la vertiente de la Escuela Realista percibe los efectos de la globalización de manera diferente; para aquellos dentro de esta escuela que la reconocen, la globalización no altera de manera significativa el sistema internacional, al menos no la característica más significativa de la política global, la cual es la existencia del Estado-nación. Sin embargo, esta corriente no

niega que un incremento en la interconectividad entre economías y sociedades genere a su vez mayor dependencia entre estas. (Baylis *et al.*, 2013. Pág. 14)

En este sentido, la globalización ha sido objeto de cuestionamientos por parte del sector académico, desde su existencia hasta el verdadero beneficio que se deriva de esta. Anthony McGrew, en su libro *Globalization and Global Politics*, considera la perspectiva de tres grupos al respecto: los hiperglobalistas, los escépticos y los transformacionalistas.

Por un lado, los Hiperglobalistas aluden a una “desaparición del Estado-nación, ya que, las fuerzas globales socavan la capacidad de los gobiernos de controlar sus propias economías y gobiernos”. (Ohmae 1995; Scholte 2000, citado por McGrew 2008. Pág. 16.) En el caso de los Escépticos, el autor subraya sobre todo el rechazo que existe, en este grupo, respecto a la existencia de la globalización. Asimismo, los Escépticos tienen una postura más cauta al respecto y por ello sostienen que, tanto los Estados como la geopolítica continúan posicionándose como el principal agente y fuerza modeladora, respectivamente, del orden internacional. (Krasner 1999; Gilpin 2001, citado por McGrew 2008. Pág. 16)

Por último, los Transformacionalistas reconocen la plena existencia de la globalización y además resaltan los cambios decisivos que esta trae; señalan que, lejos de conducirnos a una desaparición de la soberanía de los Estados, la Globalización está asociada con el surgimiento de una política netamente global donde la distinción entre los asuntos exteriores y los asuntos domésticos ha dejado de ser significativa. (McGrew 2008. Pág.16)

Es bajo el lente de la Escuela Liberal y la perspectiva del grupo de los Transformacionalistas que surge el concepto de gobernanza global como una respuesta al incremento de problemas globales que requieren de una respuesta cada vez más coordinada por parte de los actores que componen el sistema internacional.

Por otro lado, también cabe considerar que, si bien es cierto, existe un grado de consenso de que la sociedad global está experimentando importantes cambios relacionados con la creciente interconectividad, llamándose comúnmente a este proceso como *Globalización*; no todos califican de la misma manera a los efectos de este fenómeno sobre la población global. Michael J. Sodaro presenta muy bien este contraste entre entusiastas y

críticos de la globalización, quienes abordan bajo distintos lentes sus efectos. “Para los entusiastas, como Anthony Giddens (1997) o Jagdish Bhagwati (2005), la globalización representa el triunfo definitivo de la lógica de la libertad de mercado, las sociedades abiertas y la extensión de la modernidad a todo el globo”. (Sodaro 2006 Pág. 325-326)

En cambio, para el sector crítico de la Globalización su apreciación de este fenómeno se concentra en la desigualdad económica, así como en la reivindicación de los derechos sociales y ambientales, los cuales presuntamente se han visto afectados por la Globalización. “Para los críticos (entre los que se encuentran activistas como Samir Amin (2001) y Susan Strange (1998)), los niveles de pobreza, explotación, conflicto, deterioro medioambiental y desigualdad que habría producido la globalización ofrecerían la prueba definitiva del fracaso de la lógica de mercado y de la necesidad de buscar concepciones alternativas del orden social a escala global.” (Sodaro 2006. Pág. 326)

La Globalización es un fenómeno complejo y bastante amplio, que se extiende a diversas áreas desde la tecnología a la economía y el comercio. El estudio de la Globalización nos permite entender el mundo en el que vivimos ahora, así como el origen de los actuales problemas globales. Asimismo, es a través del proceso de la Globalización que comprendemos procesos como la gobernanza global, que sirve como una herramienta para enfrentar estos nuevos problemas que surgen producto de los recientes cambios que ha enfrentado la humanidad.

Una característica de la Globalización es la transversalidad en las áreas que se ven afectadas por este fenómeno. La Globalización puede considerarse como la matriz de la que parten las nuevas tendencias en el mundo actual. Es en este contexto que, la gobernanza a nivel global empieza a tomar forma y dentro de esta encontramos herramientas como el multilateralismo. Por consiguiente, vemos como la Globalización alcanza a como los Estados interactúan unos con otros; en tanto, “las instituciones políticas se han globalizado a su manera construyendo un Estado red en el que los Estados nacionales se encuentran con instituciones supranacionales como la Unión Europea o clubes de decisión como el G-8 o instituciones de gestión como el FMI para tomar decisiones de forma conjunta”. (Castells, 2002)

Joseph Stiglitz señala al respecto que, la creación de nuevas instituciones (internacionales) es un efecto de la globalización, donde además puede apreciarse el manejo de una agenda específica. “La Globalización ha animado una renovada atención hacia veteranas instituciones internacionales intergubernamentales, como la ONU, que procuran mantener la paz, la Organización Internacional del Trabajo, que promueve en todo el mundo actividades bajo la consigna ‘trabajo digno’, y la Organización Mundial de la Salud, especialmente preocupada en la mejora de las condiciones sanitarias del mundo subdesarrollado.” (Stiglitz, 2002. Pág. 34)

1.2.Gobernanza Global

La discusión sobre gobernanza global se remonta a la década de los 80 del siglo XX, donde los efectos de la interconectividad se hacían más presentes en el sistema internacional, marcando una nueva dinámica entre los actores internacionales.

La proliferación de estudios y análisis en torno a la gobernanza global a partir de la década de los 1980 respondió a que, con la Globalización, las categorías tradicionales de las Relaciones Internacionales centradas en el Estado y en el sistema westfaliano ya no eran adecuadas para una comprensión de la complejidad de los fenómenos mundiales. Se dio entonces un claro cambio en el lenguaje: se hablaba primero de organización internacional; posteriormente se comenzó a utilizar la expresión *gobernanza internacional* y finalmente la de *gobernanza global*, que se afianzó en los 1990. (Katzenstein, Keohane y Krasner 1998; Martín y Simmons 1998; citados por Querejazu 2020. Pág. 68)

En 1995, se emitió el Reporte *Our Global Neighborhood*, uno de los primeros documentos que hace referencia a la gobernanza global. El Reporte habla sobre la incidencia en la gobernanza de conceptos como soberanía y seguridad. Además, conceptualiza a la gobernanza como “la suma de muchas formas en las que individuos e instituciones, públicas y privadas, gestionan sus asuntos comunes. Asimismo, señala a la gobernanza como un proceso continuo a través del cual se pueden acomodar intereses divergentes o en conflicto y emprender acciones de cooperación”. (Commission on Global Governance, 1995)

En ese sentido, la gobernanza se presenta como una herramienta de gestión de los problemas globales que se hacen cada vez más latentes y urgentes de una acción coordinada, como es el caso del terrorismo, el tráfico ilícito de drogas, el crimen organizado y otras amenazas como las pandemias. Así vemos, por ejemplo, como en su momento, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través del ODM 8, dirigido a: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo; fueron una forma de fomentar la cooperación entre diversos actores internacionales con la finalidad de enfrentar problemas relacionados con la salud, género, educación, medio ambiente, entre otros.

Para Villamar Nava, la gobernanza puede ser entendida bajo tres perspectivas (las cuales toman como base los trabajos de otros académicos como Finkelstein, Dingwerth y Pattberg). Primero, como lo que sucede en la realidad; segundo, bajo un enfoque analítico, y tercero, como un proyecto político. (2017, Pág. 141) En ese sentido, para el autor, los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son la confirmación del proyecto político de gobernanza global, pues “reafirma la importancia de construir alianzas con actores de distintas naturalezas y escalas”. (2017. Pág 144) El autor señala especialmente el ODS 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible; como el ODS que contiene las premisas base sobre gobernanza, que en su momento fueron esbozadas por el Reporte de la Comisión sobre Gobernanza Global de 1995, continuando con el proyecto inicial sobre la materia de las Naciones Unidas.

El objetivo de la gobernanza global es “la solución de problemas globales específicos por medio de la creación de distintas esferas transnacionales de autoridad, cada una de las cuales comprende un grupo diferente de actores y una arquitectura institucional particular”. (Ledger 2013. Pág. 254) Es en ese supuesto que la gobernanza global se encuentra usualmente relacionada con los valores de la Escuela Liberal. En tanto que, “la gobernanza global refleja los intereses y valores de una sociedad liberal que concibe un orden global determinado no solo como algo deseable, sino como el único posible. Este proceso se completa en la medida en que se asume que esas ideas y valores son universales”. (Querejazu, 2020. Pág. 66)

Por otro lado, Andrew Heywood (2011. Pág. 458-459) nos presenta los principales rasgos que caracterizan a la gobernanza global como: el policentrismo; el

intergubernamentalismo; la participación mixta; los procesos multinivel y la deformalización. De los cuales, Heywood precisa lo siguiente:

- Policentrismo: La gobernanza global es múltiple en lugar de singular, con diferentes marcos institucionales y mecanismos de toma de decisiones en diferentes áreas temáticas, ello teniendo en cuenta el papel primordial de Naciones Unidas dentro del sistema de gobernanza global.
- Intergubernamentalismo: Los estados y los gobiernos nacionales conservan una influencia considerable dentro del sistema de gobernanza global, esto se refleja en la disposición general de las organizaciones internacionales hacia la toma de decisiones consensuada, así como sus débiles poderes de ejecución.
- Participación mixta de actores: La gobernanza global no solo abarca Estados y las organizaciones internacionales, también encontramos a ONG, empresas transnacionales y otras instituciones de la sociedad civil global; en tanto, la difuminación de la división público / privado significa que la distinción entre el Estado y la sociedad civil en la política nacional está ausente en la toma de decisiones a nivel global.
- Procesos multinivel: La gobernanza global opera a través de la interacción entre grupos e instituciones en varios niveles.
- Deformalización: La gobernanza global no solo opera en procesos formales, sino también tiende a operar a través de regímenes internacionales informales y basados en normas más que a través de órganos formales y legalmente constituidos.

La gobernanza global es un sistema amplio que está compuesto por una multiplicidad de actores como las organizaciones internacionales y se vale de diversas herramientas como el multilateralismo y la cooperación. Asimismo, son muchos los temas que son afrontados en el marco de la gobernanza global y aunque todos se relacionan directa o indirectamente cada uno de ellos crea también sus propios sistemas con dinámicas particulares.

Partiendo de la premisa expuesta, las organizaciones internacionales forman parte importante de la gobernanza global, Heywood (Heywood, 2011. Pág. 434), las califica como

la cara institucional de la gobernanza global. En este sentido, las organizaciones internacionales responden a la necesidad de los Estados de generar una plataforma que les permita crear mecanismos de coordinación y cooperación a fin de lidiar con agendas específicas de alcance global, en pocas palabras, responden a una necesidad que no puede ser satisfecha por políticas domésticas.

1.2.1. Gobernanza global para la salud

David P. Fidler define a la gobernanza global para la salud (GGS) como “el uso de instituciones, normas y procesos oficiales y oficiosos por parte de los Estados, las organizaciones intergubernamentales y los agentes no estatales para hacer frente a los problemas de salud que requieren una acción colectiva transfronteriza para abordarlos con eficacia”. (Fidler, 2010. Pág. 3)

Podríamos señalar a la cooperación internacional en el ámbito de salud como el antecedente más próximo a la GGS, al ser una dinámica más simple de interacción entre Estados dirigida a resolver un problema. En tanto que, actualmente, la cooperación internacional en materia de salud responde solo a una parte de la GGS. Por lo tanto, cuando se habla estrictamente de cooperación intergubernamental se hace referencia a gobernanza internacional, en cambio la gobernanza global adquiere un sentido más amplio, pues contempla a esta como parte de la interacción de los Estados, organizaciones internacionales y actores no estatales a fin de moldear valores, políticas y reglas. (Lee; Dodgson, 2000, citado por Fidler, 2001. Pág. 842)

La diplomacia para la salud internacional comenzó en 1851, cuando los estados europeos se reunieron en la primera Conferencia Sanitaria Internacional para discutir la cooperación en materia del Cólera, la Peste y la Fiebre Amarilla. (Howard-Jones, 1975, citado por Fidler 2001. Pág. 843) Este encuentro supone un punto de inflexión dentro del proceso de formación de la GGS. Puesto que, esta conferencia es el primero de muchos encuentros que se desarrollarían posteriormente, los cuales abordan la agenda de salud pública vigente en la época. Dentro de la agenda de salud de aquel momento, las principales preocupaciones estaban relacionadas a la expansión de enfermedades como el Cólera y la Peste.

Es así como la Primera Conferencia Sanitaria Internacional fue impulsada por el avance del Cólera, cuyos efectos ya se percibían como una latente amenaza a la salud pública de toda Europa. Conforme pasan los años, la aparición de nuevos brotes infecciosos se hace más frecuente y las políticas sanitarias domésticas se muestran cada vez más insuficientes al no lograr hacer frente a los efectos de estas enfermedades sobre el comercio ni a detener las altas tasas de contagios.

Es de esta manera que, “el cambio de gobernanza nacional a gobernanza global inició a mediados del siglo XIX, cuando la diplomacia para la salud internacional emergió en razón a la preocupación de enfermedades infecciosas” (Fidler, 2001. Pág. 843) Bajo este contexto, la diplomacia para la salud se desarrolla primero en un contexto bilateral, entre Estados vecinos, para luego ser utilizada en las Conferencias Sanitarias que se desarrollan en un primer momento en Europa y más tarde, una dinámica similar continúa en América.

El control de las enfermedades se convierte así en una prioridad dentro de las discusiones entre Estados. Especialmente, la enfermedad del Cólera, que emergió en Asia, causó la preocupación de toda Europa, al expandirse rápidamente por el continente en la primera mitad del siglo XIX; ello principalmente debido al incremento en el flujo de comercio entre los dos continentes. Las políticas nacionales iniciales de aquel entonces fallaron en prevenir la expansión de esta enfermedad y más bien, crearon un gran descontento entre los comerciantes que asumieron la peor parte de las medidas de la cuarentena impuesta; razón por la cual presionaron a sus gobiernos a tomar una acción internacional. (Fidler, 2001. Pág. 843)

1.2.1.1. La gobernanza global para la salud (GGS) en el Siglo XIX

Las Conferencias Sanitarias son un antecedente que nos ayuda a comprender la construcción del sistema actual de GGS que se consolida en la región americana con la creación de la Organización Panamericana de la Salud y más tarde a nivel global con la creación de la Organización Mundial de la Salud.

En 1851, por iniciativa francesa, se lleva a cabo la Primera Conferencia Sanitaria Internacional que cuenta con la participación de once Estados europeos más Turquía; entre los cuales se encuentran: Los Estados Pontificios, Cerdeña, Toscana, Las Dos Sicilias, Austria, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, España y Francia. Las discusiones se concentraron en la preocupante expansión de tres enfermedades en el continente europeo: el Cólera, la Fiebre Amarilla y la Peste. (Howard-Jones 1975. Pág. 16)

La Primera Conferencia buscaba coordinar medidas sanitarias entre los Estados participantes a fin de reducir los riesgos de contagio de su población. Sin embargo, su principal motivación era evitar que el comercio se vea gravemente afectado. Aunque en un primer momento puede considerarse que la Conferencia no alcanzó sus objetivos planteados, ya que, la mayor parte de los Estados no ratificó sus compromisos; fue un paso importante el congregar a tantos Estados en un mismo foro a fin de buscar una solución a un problema en común.

Que la Conferencia se llevará a cabo, estableció que el principio de protección a la salud calzaba como un tema apropiado para las consultas internacionales; no obstante, la cooperación internacional en salud en un primer momento se traducía solo a la aplicación coordinada de medidas de cuarentena. (Howard-Jones 1975. Pág. 16) En tanto que, las afectaciones al flujo de comercio que producían la imposición de medidas sanitarias como las cuarentenas y controles fronterizos generaban gran malestar entre los Estados.

Algunos especialistas como Norman Howard-Jones (1875), resaltan como el lento proceso en las investigaciones científicas sobre las enfermedades como el Cólera y la Fiebre Amarilla, incidió en el desarrollo de las Conferencias, pues dificultaba llegar a un consenso respaldado por la ciencia. Las primeras Conferencias se desarrollaron sin alcanzar grandes logros. No obstante, la frecuencia de estos encuentros y la voluntad persistente de los Estados en reunirse indicaba que los Estados reconocían que la solución a estos problemas sanitarios solo podía alcanzarse si todos trabajaban juntos.

A partir de la Cuarta Conferencia, celebrada en Viena (1874) se perciben los primeros avances; en tanto, Francia presenta un proyecto para establecer una Comisión Internacional

Permanente de las Epidemias en Viena, encargada de la prevención y manejo de epidemias, esta iniciativa se aprueba por unanimidad. (Organización Panamericana de la Salud, 1999. Pág. 7) Asimismo, en la Quinta Conferencia Sanitaria (1881) se incide nuevamente en proponer una institución encargada de dar alertas epidemiológicas, esta vez con una oficina subsidiaria en La Habana. Finalmente, la propuesta de implementar una Comisión encargada de la vigilancia epidemiológica en Europa y en América nunca llega a concretarse.

La Quinta Conferencia fue especialmente importante porque fue la única que se realizó en el hemisferio occidental; nominalmente, fue la que contó con mayor representación de todas las Conferencias Sanitarias realizadas en el siglo XIX, donde se tiene la participación por primera vez no solo por Estados Unidos sino también por 7 países latinoamericanos¹, además de Haití, Hawái, China, Japón y Liberia. (Howard-Jones 1975. Pág. 43) Esta Conferencia fue celebrada en Washington y mantuvo al Cólera como uno de los temas principales a ser abordados; sin embargo, la Fiebre Amarilla acompañó la agenda del encuentro a propuesta del país anfitrión.

En América, la Fiebre Amarilla era una preocupación latente, y de manera similar como ocurrió con el Cólera en Europa, la interrupción del comercio era una de las más grandes preocupaciones, lo que puede evidenciarse cuando el Congreso estadounidense acordó el 14 de mayo de 1880 congregar (en el marco de la Quinta Conferencia) a los países marítimos, cuyos puertos pudieran ser afectados por la enfermedad. (Delgado; Pichardo 2002. Pág. 13)

En la Séptima Conferencia Sanitaria (1892), celebrada en la ciudad de Venecia, finalmente, se logra llegar a un acuerdo general sobre la etiología de enfermedades como el Cólera, así también logra adoptarse la I Convención Sanitaria Internacional. (Delgado; Pichardo 2002. Pág. 16) Con este precedente, en la Octava Conferencia Sanitaria, celebrada en Dresde (1893), “se reconoció por primera vez la importancia de las actividades internacionales de vigilancia epidemiológica”. (Cueto 2004. Pág. 12)

¹ La Quinta Conferencia Sanitaria contó con la participación de los Estados Unidos y algunos países latinoamericanos como: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, México, Perú y Venezuela.

Para este momento, Carlos Finlay ya había expuesto su trabajo titulado: *El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la Fiebre Amarilla* (1881) en la sesión de la Academia de Ciencias de La Habana, trabajo sobre el cual se confirmaría años más tarde que la Fiebre Amarilla era transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. (Organización Panamericana de la Salud, 1999. Pág. 12) Por otro lado, John Snow había publicado su artículo *On the Mode of Communication of Cholera* (1849), en el cual sostenía que el Cólera se transmitía mediante la ingestión de una "materia mórbida" invisible al ojo humano. (Cerdea *et al.*, 2007) Estos avances en la investigación epidemiológica facilitaron la discusión posterior sobre el control de las enfermedades infecciosas en las siguientes Conferencias Sanitarias.

Ahora bien, mientras en Europa se desarrollaban las Conferencias Sanitarias, en otras regiones del mundo también se avanzaba en la implementación de mecanismos desarrollados en el marco de la seguridad sanitaria. Así, por ejemplo, encontramos cuatro organismos regionales, que algunos autores denominan “juntas o consejos en los que solían estar representados, el país musulmán huésped y determinadas potencias europeas” (Delgado; Pichardo 2002. Pág. 16), como lo son:

- El Consejo Superior de Salud de Constantinopla, creado en 1838;
- El Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto o Junta de Cuarentena de Egipto, creado en 1843, más tarde este organismo es reconocido como una oficina epidemiológica regional de la Oficina Internacional de Higiene Pública en París;
- El Consejo Sanitario de Tánger, creado en 1840; y finalmente
- El Consejo Sanitario de Teherán, concebido en 1867, sucedido luego por el Consejo Sanitario del Imperio, este organismo se caracterizaba por los constantes informes que enviaba a las legaciones extranjeras y a la Oficina Internacional de Higiene Pública. (Delgado; Pichardo, 2002. Pág. 17)

1.2.1.2.El desarrollo de la Gobernanza Global para la Salud en el Siglo XX

Si bien el siglo XIX se ve marcado por el desarrollo de las Conferencias Sanitarias, el siglo XX se caracteriza por la creación de instituciones sanitarias sólidas como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); y, por lo tanto, un gran avance en la construcción de la GGS como la conocemos hoy en día.

A inicios del siglo XX, el continente americano fue quien más rápido institucionalizó sus esfuerzos en materia de salud pública regional con el establecimiento de una Oficina Sanitaria Panamericana en la región. “La convergencia de la ciencia, la sanidad, el comercio internacional y una mayor intolerancia hacia el sufrimiento causado por la enfermedad, propiciaron el abandono de la actitud fatalista ante las epidemias por parte de los políticos, los profesionales de la salud e, inclusive, de los habitantes de las grandes ciudades del continente americano.” (Cueto 2004. Pág. 37)

En la región de América, las discusiones sobre temas sanitarios iniciaron formalmente con la participación de algunos países de la región en la Quinta Conferencia Sanitaria en 1881 y continuó con encuentros esporádicos a finales del siglo XIX. Entre 1887 y 1888, se emitieron los dos instrumentos iniciales sobre sanidad pública en la región: La Convención Sanitaria de Río de Janeiro de 1887, producto de un encuentro entre Argentina, Brasil y Uruguay; y la Convención Sanitaria del Congreso de Lima de 1888 en el marco de un encuentro organizado por el Perú, donde invitó a todas las naciones de América a participar en un Congreso Sanitario Americano a realizarse el mes de enero de 1888. (OPS 1999. Pág. 8)

Entre 1901 y 1902 se celebra la Segunda Conferencia Panamericana en México. Para autores como Marcos Cueto esta Conferencia significa “el punto de partida de la institucionalización de la sanidad continental”. (Cueto 2004. Pág. 38) La Conferencia estuvo compuesta por múltiples encuentros entre delegaciones y abordó en líneas generales la problemática que genera la imposición de cuarentenas tanto a sus ciudadanos como al comercio en la región. Es en el marco de este encuentro que el Consejo Directivo de la

Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas convocó a la I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas (en adelante Convención Sanitaria Internacional), dándose paso a un nuevo capítulo en la gobernanza regional en salud.

La I Convención Sanitaria Internacional cuenta con la participación de 11 países americanos, entre los que se encuentra: Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Uruguay. Esta Convención es celebrada en Washington y dio lugar a la creación de una Oficina Sanitaria Internacional. Asimismo, se asignó para su sostenimiento la cantidad de USD 5 000, que debería ser prorrateada entre los gobiernos de los países americanos. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

En este encuentro se resaltó el impacto de las medidas sanitarias en el comercio y el compromiso de los Estados a informar el estado sanitario de sus puertos y territorios de manera constante. “La primera época de la Oficina Sanitaria Internacional fue muy importante, pero tuvo una actividad limitada y se centró básicamente en el tema de la internacionalización de los problemas sanitarios y en la formulación de recomendaciones.” (Organización Panamericana de la Salud, 1999. Pág. 12)

A partir de la II Convención Sanitaria Internacional, la representatividad de la región es aún mayor². “En esta reunión se elaboró una Primera Convención, firmada el 14 de octubre de 1905, que en parte adaptaba los 46 artículos de la Convención de París de 1903.” (Cueto 2004. Pág. 42) El año siguiente, en 1905, se logra codificar todos los acuerdos alcanzados hasta la fecha y se adopta el primer Código Sanitario Panamericano, que serviría como antecedente al actual Código Sanitario.

Mientras tanto, en 1907, en Europa (cinco años después de haberse creado la Oficina Sanitaria Panamericana) se crea la Oficina de Higiene Pública (*l'Office International d'Hygiene Publique*), el primer organismo europeo de salud internacional que nace con el objetivo de “ser más rápida y efectiva en ciertas tareas como informar y atender asuntos

² En el marco del mecanismo de las Convenciones Sanitarias de las Repúblicas Americanas, Perú participa por primera vez en la II Convención Sanitaria Internacional.

epidemiológicos y cuarentenas, que los medios diplomáticos, los cuales tradicionalmente habían cargado con estas medidas”. (Cueto 2004. Pág. 13) La Oficina de Higiene Pública nace como idea en el marco de la Conferencia Sanitaria Internacional de 1903, que desde ese entonces venía contemplando el establecimiento de una organización sanitaria. Finalmente, en 1907 se logra fundar la Oficina de Higiene Pública en un encuentro internacional celebrado en la ciudad de Roma³. (Howard-Jones 1975. Pág. 86)

No tardo mucho tiempo para que la Oficina de Higiene Pública comenzara a trabajar en coordinación con la Oficina Sanitaria Panamericana, pues ambos organismos nacieron bajo la premisa de la importancia de la vigilancia y comunicación en torno a la salud pública global. Ya no estamos ante una coordinación inminentemente gubernamental, sino que vemos los inicios de una gobernanza que involucra a nuevos actores internacionales.

En diciembre de 1907, la Oficina recibió en México la autorización de la Tercera Convención Sanitaria Internacional para establecer relaciones con la recién creada Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París para recomendar a los países europeos que adoptaran el Código Sanitario de Washington de 1905, debido a la necesidad de que las colonias de Francia, Gran Bretaña y los Países Bajos en el hemisferio occidental observarían las resoluciones de las repúblicas americanas sobre la Fiebre Amarilla. (Organización Panamericana de la Salud, 1999. Pág. 15)

Después de la Primera Guerra Mundial, con el establecimiento de la Liga de las Naciones se crea la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones en 1918. Esta institución sanitaria no reemplaza de derecho a la Oficina de Higiene Pública, pues inicialmente el objetivo de esta nueva organización era únicamente el de controlar una posible expansión del Tifus por Europa.

En este contexto, en abril de 1920 se organiza una Asamblea en el marco de Liga de las Naciones, donde participa: Francia, Gran Bretaña, Italia, Canadá, Japón, Polonia y los Estados Unidos, así como representantes de la Oficina de Higiene Internacional y la Liga de

³ Esta reunión internacional se celebra con el único objetivo de crear la Oficina de Higiene Pública. Este encuentro no formó parte de las Conferencias Sanitarias Internacionales, aunque en ocasiones sea considerada como parte de ellas. (Howard-Jones 1975. Pág. 86)

Sociedades de la Cruz Roja (fundada un año antes, en 1919) los cuales recomiendan el establecimiento de una Comisión Epidémica temporal que brinde ayuda a las ciudades afectadas por el Tifus, como Polonia (donde más tarde se estableció la oficina principal de esta entidad). (Cueto; Brown; Fee, 2019. Pág. 18) Durante mucho tiempo la Oficina de Higiene Pública y la recién creada Sección de Higiene de la Liga de las Naciones trabajaron paralelamente y dividieron las labores en el ámbito de sanidad pública internacional.

Mientras tanto, en el continente americano, las Convenciones Sanitarias se venían desarrollando cada dos años⁴, orientadas a generar mayor colaboración por parte de los Estados y generar compromisos vinculantes en materia de sanidad pública. En ese sentido, en la VII Convención Sanitaria Internacional, celebrada en la Habana en 1924, ocurren dos hechos importantes para la gobernanza regional en materia de salud. En primer lugar, a partir de esta fecha el nombre de las convenciones es cambiado formalmente a Conferencia Sanitaria Panamericana. En segundo lugar, y quizás el avance más importante hasta ese momento en el marco de las Convenciones Sanitarias Internacionales, la adopción del Código Sanitario Panamericano, vigente hasta nuestros días.

En tanto que, el Código Sanitario Panamericano contempla las funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana, así también dirige el funcionamiento y objetivos de la Oficina en la región. Dentro de quienes presidieron la Comisión Ejecutiva en el marco de esta conferencia se encontró la delegación peruana representada por Carlos Enrique Paz Soldán, cuyas declaraciones resumen el significado de este encuentro para la región: “En nombre del Perú yo confío en que esta Séptima Conferencia habrá de quedar con letra de oro en los anales de la internacionalización de la higiene pública americana” (Organización Panamericana de la Salud, 1999. Pág. 25)

Mientras en América se construía una institucionalidad fuerte en materia sanitaria regional, en Europa, durante los años de la Segunda Guerra Mundial, la Oficina de Higiene Pública y la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones se vieron institucionalmente debilitadas, por los factores políticos y económicos que las rodearon. Por un lado, la Sección

⁴ Frecuencia que fue convenida a partir de la II Convención Internacional Sanitaria.

de Higiene de la Liga de las Naciones sigue la misma suerte del sistema de la Liga de las Naciones. Por otro lado, la Oficina de Higiene Pública pierde su relevancia y peso político en el sistema de salud pública europeo. Marcos Cueto *et al.* hablan de este periodo como uno donde “había una necesidad fuerte de crear nuevas instituciones internacionales y de erigir una nueva arquitectura institucional en materia sanitaria”. (Cueto, Brown, Fee 2019. Pág. 36)

En América, las Conferencias Sanitarias Panamericanas se desarrollan con normalidad, los dos momentos más importantes, desde la adopción del Código Sanitario son la participación de Canadá por primera vez en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1942. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.) Y, por otra parte, el establecimiento de las bases de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en la ciudad de Caracas en 1947. Asimismo, en setiembre de ese mismo año se celebra la primera reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en la ciudad de Buenos Aires, donde se redactó un proyecto de un Acuerdo de Cooperación entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la, aún creada formalmente, Organización Mundial de la Salud.

Desde la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en 1851 hasta el periodo previo a la creación de la Organización Mundial de la Salud, los Estados son los principales actores sobre los que se desarrolla la GGS, pues son quienes impulsan mecanismos como las Conferencias Sanitarias en Europa o las Convenciones Sanitarias en América. Como hemos podido observar, el proceso de formación de la arquitectura global para la salud es largo y lento. Aunque desde un inicio los países comprenden la importancia de la coordinación intergubernamental, aún es complicado generar acuerdos vinculantes sobre la materia.

Como conclusión de esta parte, la *Tabla 1* nos presenta los Acuerdos que fueron alcanzados entre los actores gubernamentales sobre el control de enfermedades infecciosas. En tanto que, las enfermedades infecciosas son el principal impulso para el desarrollo de esta primera etapa de la GGS.

Tabla 1.

Lista de tratados sobre el manejo de enfermedades infecciosas

AÑO	TRATADO
1892	Conferencia Sanitaria Internacional
1893	Conferencia Sanitaria Internacional
1894	Conferencia Sanitaria Internacional
1897	Conferencia Sanitaria Internacional
1903	Conferencia Sanitaria Internacional que reemplaza a las Conferencias Sanitarias Internacionales de 1892, 1893, 1894 y 1897.
1905	Conferencia Interamericana Sanitaria
1912	Conferencia Sanitaria Internacional que reemplaza la Conferencia Sanitaria Internacional de 1903
1924	Código Sanitario Panamericano
1924	Acuerdo Respecto a las Facilidades que Deben darse al Mercante Marino para el Tratamiento de Enfermedades Venéreas.
1926	Convención Internacional Sanitaria, modificando la Convención Sanitaria Internacional de 1912.
1927	Protocolo Adicional a la Convención Sanitaria Panamericana
1928	Conferencia Sanitaria Panamericana para la Navegación Aérea
1930	Conferencia sobre Suero Antidiftérico
1930	Acuerdo sobre Medidas a ser Tomadas contra el Dengue
1933	Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea

Nota: Lista de tratados sobre enfermedades infecciosas desde 1892 hasta 1948 Fuente: David P. Fidler, 2001. "The globalization of public health: the first 100 years" Bulletin of the World Health Organization. Traducción propia.

1.2.1.3.El nacimiento de la Organización Mundial de la Salud

La creación de la OMS comparte la misma historia que el sistema de las Naciones Unidas. Y se remonta al año 1945, en el marco de la Conferencia de San Francisco, cuando los delegados del Brasil y la República de China presentan una propuesta "para la creación

de un organismo internacional de salud pública de alcance mundial”. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

El origen de la OMS está ligado al trabajo de los Aliados por socorrer a las poblaciones civiles que iban encontrando después de conquistar los territorios europeos tomados por las potencias del Eje, a través de la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), creada en 1943. La UNRRA⁵ fue en su momento una entidad importante en materia sanitaria, en tanto muchos países tenían sus servicios sanitarios colapsados a causa de la guerra. (Cueto; Brown; Fee 2011. Pág. 131)

El julio de 1946, la Constitución de la OMS es adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York. Más tarde, en 1948, se celebra la Primera Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, este evento conduce finalmente a la existencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, se decide que, la Oficina de Higiene Pública, la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones y la UNRRA sean absorbidas por la OMS. De igual manera, gran parte del personal perteneciente a la Sección de Higiene Internacional de la Liga de las Naciones y la UNRRA fue absorbido por la Organización Mundial de la Salud. (Cueto, Brown, Fee 2019. Pág. 37)

El 7 de abril de 1948, el Estatuto de la OMS entra en vigor, donde se concibe como finalidad de la OMS: “Alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”. (Constitución de la OMS, 1948) La OMS nace como la “autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional”. (Constitución de la OMS, 1948) Asimismo, entre sus funciones se encuentran importantes labores como:

- Proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten o acepten (Artículo 2.d);
- Estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras (Artículo 2.g);

⁵ “UNRRA fue establecida por acuerdo de 44 naciones el 9 de noviembre de 1943; las operaciones terminaron a finales de 1946. El objetivo de la UNRRA era ‘planificar, coordinar, administrar o disponer la administración de medidas para el socorro de las víctimas de la guerra en cualquier área bajo el control de cualquiera de las Naciones Unidas mediante el suministro de alimentos, combustible, ropa, refugio y otras necesidades básicas, servicios médicos y otros servicios esenciales’”. (United Nations Archives, s.f.)

- Promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud (Artículo 2.j);
- Proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad (Artículo 2.k)
- Suministrar información, consejo y ayuda en el campo de salud (Artículo 2.q);
- Contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud (Artículo 2.r);
- Establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario (Artículo 2.f); entre otras. (Constitución de la OMS, 1948)

La OMS absorbe de manera casi automática a la Oficina de Higiene Pública y a la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones; sin embargo, no pasa lo mismo en el caso de la Organización Sanitaria Panamericana. En ese sentido, en 1949, se suscribe un acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, donde la Oficina Panamericana adquiere el nivel de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en las Américas, no sin antes haber un ocurrido un breve debate previo. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

En un primer momento, la Organización Sanitaria Panamericana es reconocida en la Constitución de la OMS de 1948 de los Estados Americanos como un organismo especializado interamericano, así también señala su próxima integración a la Organización⁶. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

En el continente americano, las discusiones sobre la relación que la Organización Panamericana de la Salud debiera mantener con la OMS fueron tensas y alcanzaron su punto

⁶ El Artículo 54 de la Constitución de la OMS señala que “La Organización Sanitaria Panamericana representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas, y todas las demás organizaciones intergubernamentales regionales de salubridad que existan antes de la fecha en que se firme esta Constitución serán integradas a su debido tiempo en la Organización. La integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresado por medio de las organizaciones interesadas.” (Constitución de la OMS, 1948)

más álgido en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas en 1947. Marcos Cueto desarrolla muy bien este episodio en su libro *El Valor de la Salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud* (2004). Donde relata el contraste entre dos posiciones bien marcadas, la del entonces director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Hugh Cumming⁷ y el jefe de la delegación de los Estados Unidos, el entonces Cirujano General Thomas Parran. Por un lado, Cumming que se oponía a cualquier forma de absorción por la OMS⁸ y, por otro lado, Parran respaldaba al sistema de las Naciones Unidas, así como a sus organismos especializados recién creados.

Finalmente se adopta por una posición intermedia donde se reconocía la importancia crucial de la OMS y de que se integrasen a ella los países que no lo hubiesen hecho, pero sin dejar de reconocer la importancia de la OPS⁹ para el continente. (Cueto, 2004. Pág. 78)

Asimismo, se proponía que las Conferencias Sanitarias Panamericanas y la Oficina retuvieran sus nombres, a los que añadirían las denominaciones de "Comité Regional de la OMS" y "Oficina Regional de la OMS". Para fortalecer el poder de la Oficina se decidió que esta sería el brazo ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. (Cueto, 2004. Pág. 78)

Es así como en 1949, se suscribe el Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, estableciendo la Oficina Panamericana como la Oficina Regional de la OMS en las Américas. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

⁷ Nombrado en 1920 director general de sanidad de los Estados Unidos, así como director de la Oficina Sanitaria Internacional (redenominada Oficina Sanitaria Panamericana en 1923). Durante su liderazgo, los países de las Américas ratificaron el Código Sanitario Panamericano. Se jubiló como director general de sanidad de los Estados Unidos en 1936, pero permaneció hasta 1947 como el primer director a tiempo completo de la Oficina. El Dr. Cumming fue designado director emérito de la Oficina en 1947 y murió en Washington, D.C., el 20 de diciembre de 1948. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.b)

⁸ “Los latinoamericanos que apoyaban a Cumming, como el peruano Carlos Enrique Paz Soldán, defendieron la ‘soberanía sanitaria de las Américas’ en oposición a la ‘dependencia sanitaria’. Paz Soldán llegó a afirmar, con algo de exageración, que existía una ‘doctrina médico-social: el Derecho Sanitario Pan Americano’. Paz Soldán creía que se podía volver a una situación similar a la existente antes de la Segunda Guerra, en la que una organización con sede en Washington mantuviera relaciones cordiales con otra con sede en Europa.” (Cueto, 2004. Pág. 78)

⁹ En el marco de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Organización Sanitaria Panamericana cambió el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana a Organización Panamericana de la Salud, adquiriendo formalmente el nombre desde 1959. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

Casi de manera inmediata al inicio del funcionamiento de la OMS, en 1951 durante la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, se adopta las primeras Regulaciones Sanitarias Internacionales (*International Sanitary Regulations*), que en 1969 adquieren el nombre de *International Health Regulations*. Las *International Health Regulations* que son más tarde revisadas y actualizadas en 1973 y posteriormente en 1981; son el antecedente directo del actual Reglamento Sanitario Internacional (RSI) adoptado en la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en el año 2005, que será desarrollado más adelante con mayor detalle.

1.3.Salud Global

El concepto de *salud* se encuentra esbozado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud donde se señala a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Constitución de la OMS, 1948) Además, la Constitución de la OMS sostiene que la salud es un requisito básico para alcanzar la paz y seguridad que depende de la más amplia cooperación entre las personas y Estados.

Sobre este enfoque de salud manejado por la OMS, hay autores que advierten sobre su simplicidad e incluso idealismo al momento de concebir a la salud como un estado de completo bienestar físico. En ese sentido, encontramos autores que profundizan un poco el concepto y analizan con mayor detalle el significado de ser una persona sana. Es así como encontramos a autores que desarrollan ampliamente el término, como es el caso de Georges Canguilhem en su obra *The Normal and The Pathological*, donde señala los dos significados de *salud*. Por un lado, nos habla de la salud en términos absolutos, que califica como un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y comportamiento orgánicos; en este sentido, añade que es una redundancia hablar de buena salud porque la salud es igual al bienestar orgánico. Y, por otro lado, nos habla de la salud cualificada (*Qualified Health*) como un concepto descriptivo que define la disposición y reacciones particulares de un organismo individual con respecto a posibles enfermedades. (Canguilhem, 1991. Pág. 137)

Otros autores señalan que el enfoque de la OMS también falla en abordar la estrecha relación que existe entre la salud humana y la salud ambiental. Señalando que, el concepto

de salud debería considerar ser ampliado a dos dimensiones más, que no son tomadas en cuenta; por un lado, la interconectividad que existe entre la salud humana y la biodiversidad planetaria total; y, por otro lado, la estrecha relación entre el mundo viviente con el inanimado; este último enfoque puede comprenderse con la ciencia del cambio climático que nos invita a entender cuan dependiente es el bienestar humano de la salud de los sistemas de intercambio de energía de la Tierra. (The Lancet, 2019)

Es así como la salud es comprendida por diversos sectores bajo perspectivas distintas. Y conlleva a reflexionar sobre como debe ser asumida por los actores internacionales. En ese sentido, al internacionalizarse los problemas de salud pública y seguridad sanitaria (a través de la propagación de enfermedades), el concepto de salud ha adquirido también nuevas connotaciones y se le ha añadido adjetivos (como *global*) a fin de reconocer el término entre otras concepciones pertenecientes a otros ámbitos en los que el concepto *salud* también es aplicable.

Ahora bien, cuando nos referimos a la internacionalización de la salud, encontramos términos comúnmente utilizados para hacer referencia al manejo de la salud fuera de las fronteras como *salud internacional*, *salud intergubernamental* y *salud global*. Theodore Brown *et al.* (2006) Desarrollan ampliamente la transición de la salud pública internacional a la salud pública global como la conocemos hoy en día. Brown *et al.* señalan que esta transición entre un término a otro es parte de un largo proceso político del cual la OMS es parte fundamental. (Theodore Brown, 2006)

Así también, los autores hacen un repaso y seguimiento del uso del término *salud global*, encontrando antecedentes tan lejanos como una campaña sobre la Malaria lanzada por la OMS en los años cincuenta: *Global malaria eradication program*. (Brown; Cueto; Fee 2006. Pág. 62) Sin embargo, no es sino hasta los noventa que el término comienza a ser utilizado con mayor frecuencia sobre todo para hacer referencia al alcance que la OMS debería tener¹⁰. “A mediados de la década de 1990, se produjo una considerable cantidad de literatura sobre amenazas a la salud global.” (Brown; Cueto; Fee 2006. Pág. 69)

¹⁰ En enero de 1992, el Consejo Ejecutivo de 31 miembros de la Asamblea Mundial de la Salud decidió nombrar un grupo de trabajo con el objeto de emitir recomendaciones sobre cómo la OMS podría ser más eficaz en el

El carácter global que adquiere la salud viene como una consecuencia directa de la Globalización que añade una dimensión global a muchos problemas que inicialmente eran de índole doméstica. En ese sentido, eventos como la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, donde se adopta la Declaración de Alma-Ata de 1978 nos ayuda a comprender el sentido mundial que se iba adquiriendo la salud, especialmente cuando se resalta “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo”. (Declaración de Alma-Ata, 1978)

La Declaración de Alma-Ata también es especialmente importante en el ámbito de salud pública internacional porque reconoce a la salud como un derecho humano fundamental y sostiene que “el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo”. (Declaración de Alma-Ata, 1978)

La salud global es abordada con más frecuencia a partir del siglo XXI, en un primer momento con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y más tarde con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es así como es presentada bajo distintas perspectivas conforme las necesidades de la comunidad internacional van evolucionando. Por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la salud se encuentra presente en más de un objetivo en el marco de tres enfermedades puntuales: el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Más tarde, con el establecimiento de la Agenda 2030 la salud se hace presente con un enfoque más integral y general, a través del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

1.3.1. Amenazas a la salud pública global

trabajo internacional de salud a la luz del cambio global que se está apoderando rápidamente del mundo. [...] El informe final del grupo de trabajo de mayo de 1993 recomendó que la OMS, si quería mantener el liderazgo del sector de la salud, debía revisar su gestión fragmentada de los programas mundiales, regionales y nacionales, disminuir la competencia entre los programas ordinarios y extrapresupuestarios. y, sobre todo, aumentar el énfasis dentro de la OMS en las cuestiones de **salud global** y la función de coordinación de la OMS en ese ámbito. (resaltado propio) (Brown; Cueto; Fee 2006. Pág. 69)

La salud global se trata finalmente de “considerar las necesidades en materia de salud de todas las personas del planeta por encima de las necesidades específicas de una nación”. (Brown; Cueto; Fee, 2006) En este sentido, se hace presente la necesidad de garantizar cierto grado de seguridad a la población global respecto a amenazas que pudieran socavar la salud pública.

Los mismos aspectos del mundo moderno que han ayudado a hacer posible el comercio mundial y el crecimiento económico también han ayudado a promover algunos de los mayores desafíos que probablemente enfrentaremos en el siglo XXI. El cambio climático, el crecimiento demográfico, la migración humana y la urbanización son solo algunos ejemplos, los cuales tienen un impacto (directo e indirecto) en la seguridad sanitaria mundial. (Berkley, 2018)

Al respecto, en el 2019, la OMS señaló como las principales amenazas actuales a la salud pública global: la contaminación del aire y cambio climático; las enfermedades no transmisibles; la pandemia mundial de la gripe; los entornos frágiles y vulnerables; la resistencia a los antimicrobianos; el virus del Ébola y otros patógenos que suponen una amenaza elevada; la atención primaria de salud deficiente; la renuencia a la vacunación; el Dengue y el VIH. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Por otro lado, tenemos la Estrategia Nacional de Seguridad Sanitaria (2019-2022) de los Estados Unidos que identifica entre las principales amenazas a su seguridad sanitaria a eventos como: Desastres naturales y desastres producidos por climas extremos; la expansión de pandemias y enfermedades infecciosas; amenazas cibernéticas y tecnológicas; y amenazas químicas, biológicas, radioactivas y nucleares.

Como se puede apreciar, el espectro de lo que puede considerarse como una amenaza a la salud pública global es bastante amplio. En ese sentido, la expansión de enfermedades es considerada una amenaza recurrente cuando se evoca a la seguridad sanitaria. En ese extremo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) consideran que “la seguridad sanitaria global es la existencia de sistemas de salud pública sólidos y resistentes que pueden prevenir, detectar y responder

a las amenazas de enfermedades infecciosas, donde quiera que ocurran en el mundo”. (CDC, 2020)

Como materia del presente trabajo, nos enfocaremos en aquellas amenazas consideradas dentro del marco del Reglamento Sanitario Internacional (*International Health Regulations*). El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es uno de los documentos más importantes en salud pública global y seguridad sanitaria. En tanto que, aborda “las preocupaciones actuales sobre la seguridad sanitaria mundial y es una parte fundamental de la protección de la salud mundial”. (CDC, s.f.)

Una parte fundamental del RSI son las emergencias de salud pública de importancia internacional (*Public Health Emergency of International Concern*). El RSI identifica a las emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII) como un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada. (Reglamento Sanitario Internacional, 2007) En la misma línea, el RSI contempla como concepto de enfermedad a “toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano”. (Reglamento Sanitario Internacional, 2007)

Teniendo en cuenta los dos conceptos esbozados previamente, tenemos que el RSI hace referencia a aquellos eventos relacionados a la propagación de una enfermedad¹¹, entendiéndose a estas como enfermedades transmisibles, enfermedades que tienen el riesgo

¹¹ “A través de la Resolución WHA55.16 se aborda la necesidad de fortalecer la capacidad de la salud pública para responder a incidente causados por la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radio-nuclear. [...] Así pues, con el fortalecimiento de los sistemas de alerta y respuesta ante brotes de enfermedades se persigue un doble objetivo: mejorar la capacidad para mitigar el riesgo real de propagación de enfermedades emergentes o epidemiógenas, al tiempo que se fortalecen las defensas nacionales y mundiales contra incidentes provocados deliberadamente.” (Consejo Ejecutivo de la OMS, 2005)

Mediante el primer entendimiento presentado por EE. UU. en el RSI (Apéndice 2) “los Estados Unidos interpretan que los Estados parte en el Reglamento han asumido la obligación de notificar a la OMS todas las emergencias potenciales de salud pública de importancia internacional, con independencia de su origen, derivadas de la liberación, natural, accidental o deliberada de material, biológico, químico o radio-nuclear”. (Reglamento Sanitario Internacional, 2007)

de transmitirse de una a otra persona, teniendo en cuenta que dentro de la clasificación de enfermedades transmisibles también encontramos subdivisiones (Ver Tabla 2).

Tabla 2.
Clasificación de enfermedades

NIVEL 1	NIVEL 2
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias
	Infecciones respiratorias
	Condiciones maternas
	Condiciones neonatales
	Deficiencias nutricionales
Enfermedades no transmisibles	Neoplasma maligno
	Otros neoplasmas
	Diabetes mellitus
	Trastornos endocrinos, sanguíneos e inmunológicos
	Trastornos mentales y por uso de sustancias
	Condiciones neurológicas
	Enfermedades de los órganos de los sentidos
	Enfermedades cardiovasculares
	Enfermedades respiratorias
	Enfermedades digestivas
	Enfermedades genitourinarias
	Enfermedades de la piel
	Enfermedades del sistema musco esquelético y del tejido
	Anomalías congénitas
	Condiciones orales
	Síndrome de muerte súbita infantil
Otras	
Lesiones	Lesiones, intoxicaciones y algunas otras consecuencias de causas externas
	Causas externas de lesiones
Otras enfermedades	Envejecimiento
	Malestar y fatiga
	Hiperhidrosis
	Caquexia
	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SRIS]
	Enfermedades ambientales
	Otros dolores
	Otros

Nota: Cuadro adaptado del Standard Classification of Health Categories (clasificación desarrollada por el Global Observatory on Health en base al International Classification of Diseases (ICD-10)) Fuente: Ralaidovy

Como se puede apreciar del cuadro anterior, la clasificación de enfermedades es amplia y contempla tres clasificaciones generales que se van subdividiendo. Al respecto, todas las ESPII declaradas hasta el momento se han encontrado dentro de la categoría de enfermedades transmisibles infecciosas, por cuanto la declaración de una ESPII requiere que se trate de una enfermedad que tenga el riesgo de propagarse.

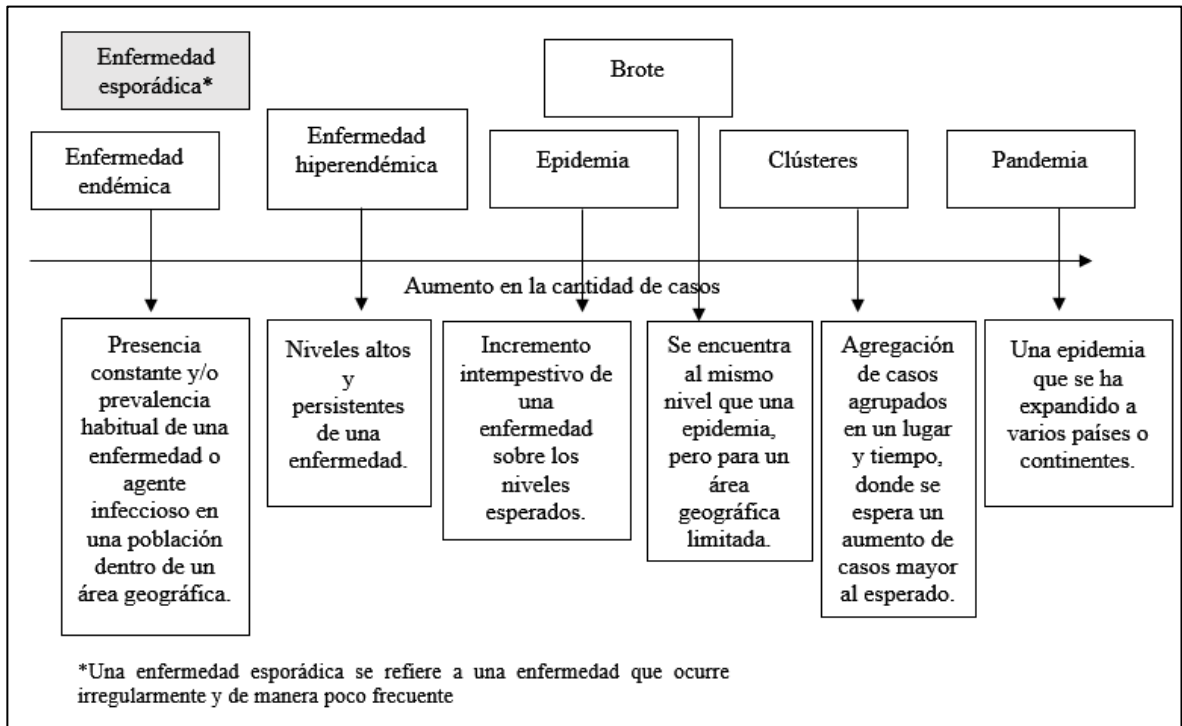
Ahora bien, otra terminología frecuentemente usada en el contexto de la expansión de enfermedades son los términos de *epidemia* y *pandemia*. Aunque podemos relacionar a una ESPII con alguno de estos términos, su uso no es exclusivo a este tipo especial de eventos; por cuanto no se limita a enfermedades trasmisibles infecciosas. Los términos *pandemia* y *epidemia* suelen referirse al alcance (geográfico) de una enfermedad, sea cual sea su clasificación¹².

Por su parte, el RSI no contempla un significado oficial de ninguno de los dos términos; no obstante, esta terminología es comúnmente utilizada por la OMS. En tanto que, la Organización ha calificado a múltiples eventos sanitarios como epidemias en los últimos años; en contraste, ha sido más cauta al momento de señalar a la expansión de una enfermedad como a una pandemia (como fue en el caso de la pandemia de la influenza AH1N1 del 2009).

Por consiguiente, estos términos usualmente son utilizados para referirse a la evolución de la expansión de una enfermedad en un área geográfica; por ejemplo, la División de Educación Científica y Desarrollo Profesional de los CDC de los Estados Unidos, presenta el desarrollo de una enfermedad a través de distintos niveles como se muestra en la Tabla 3, donde se aprecia la evolución de un evento sanitario que inicia en la categoría de endémico hasta llegar a ser considerado como una pandemia.

¹² Como se observa en una publicación de la Organización Mundial de la Salud, donde se refieren al problema de la “Epidemia de la Obesidad”, donde se resalta en especial que actualmente hay más de 115 millones de personas que padecen de problemas a la salud relacionados con la obesidad. Recuperado el 2 de octubre de 2020 de: <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>

Tabla 3.
Niveles de ocurrencia de una enfermedad epidémica



Nota: Cuadro elaborado en base a los principios de epidemiología en la práctica de la salud pública de la Division of Scientific Education and Professional Development perteneciente a los CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Elaboración Propia. Fuente: CDC (s.f.) Introducción a la Epidemiología, Sección 1: Ocurrencia de una enfermedad epidémica. <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>

En el marco de la pandemia del H1N1, la OMS calificó a una pandemia como “una expansión mundial de una nueva enfermedad”. (Organización Mundial de la Salud, 2010) Sin embargo, esta conceptualización no ha vuelto a ser utilizada y tampoco actualizada desde entonces. No obstante, se ha reconocido la complejidad que conlleva el término.

En ese extremo, algunos autores refieren también que puede ser “tentador suponer que las complicadas definiciones de *pandemia* utilizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América implicaban gravedad en un intento deliberado de atraer atención política y apoyo financiero para la preparación para una pandemia.” (Organización Mundial de la Salud, 2011)

En conclusión, cuando se hace mención a una ESPII, se hace referencia necesariamente a un evento producido por una enfermedad cuyas características la hacen fácilmente propagable, como es el caso de las enfermedades transmisibles, que pudiendo ser enfermedades infecciosas, parasitarias o infecciones respiratorias. Debido a que una característica esencial de una ESPII es su propagación internacional, los términos como *epidemia* y *pandemia* son fácilmente relacionados con estos eventos, pues la utilización de uno de estos términos para calificar un evento sanitario denota que la enfermedad ha traspasado fronteras. Sin embargo, la clasificación de una ESPII no solo se basa en criterios geográficos, sino además necesita otras condiciones que serán presentadas y comentadas más adelante.

1.4. Diplomacia de la Salud Global (*Global Health Diplomacy*)

Como se ha presentado en las partes anteriores, la Diplomacia de la Salud ha desempeñado un rol importante en el proceso de la construcción de la GGS, especialmente en los orígenes de esta, mediante las Conferencias Sanitarias Internacionales celebradas a lo largo del siglo XIX.

El término *Diplomacia de la Salud* ha evolucionado con el tiempo y con las necesidades propias de los Estados en el marco de la salud global. Es así como el término *Diplomacia de la Salud Global* ha comenzado a ser más frecuente y en ocasiones utilizado indistintamente cuando alguien se refiere a la Diplomacia de la Salud; sin embargo, hay autores que hacen la distinción de uno respecto del otro, que más que diferenciarlos, nos ayuda a comprender la evolución misma del término.

Por ejemplo, Annamarie Šehovic, señala que ambos términos son diferentes y precisa que la brecha en la conceptualización de la Diplomacia de la Salud y Diplomacia de la Salud Global emerge respecto a las responsabilidades nacionales, internacionales y globales del derecho a la salud. (2019) Para la autora, la diferencia radica en el impacto que ambas generan; en tanto, la Diplomacia en Salud Global se acomoda más al contexto de globalización actual.

Tabla 4.

Diferencias entre Diplomacia de la Salud y Diplomacia de la Salud Global

DIPLOMACIA DE LA SALUD	DIPLOMACIA DE LA SALUD GLOBAL
<ul style="list-style-type: none"> • Relacionada con la seguridad de Estado y seguridad sanitaria. • Hace de ‘puente de paz y seguridad’ orientado a mejorar las relaciones intergubernamentales en materia sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de negociación de múltiples niveles y actores que dan forma y gestionan el entorno político global para la salud. • Incluye a más de un Estado, opera a un nivel nacional y de los estados miembros, incluso en organizaciones internacionales como la OMS.

Nota: Cuadro elaborado en base a la lectura Health diplomacy de Annamarie Sehovic. Elaboración y traducción propia. Fuente: Sehovic, A. (2019) Health diplomacy: For whom? by whom? for what?. Pág. 165

Más que hacer referencia a dos términos distintos, podríamos considerar a un término como la evolución del otro. No obstante, la utilización de uno u otro término también puede denotar el nivel en el que es desenvuelta la labor diplomática. Asimismo, hay autores que han adaptado el concepto de diplomacia para la salud global al de diplomacia para la salud; al señalar que, “la diplomacia de la salud puede considerarse simultáneamente como una acción política y como un mecanismo para establecer compromisos y consensos entre los diversos actores sobre la salud y sus determinantes”. (Tobar *et al.*, 2017. Pág. 2)

Kelley Lee *et al.* (2017) aborda el concepto nuevo de diplomacia de la salud global como un término que no se encuentra firmemente limitado, pero que los Estados han comenzado a incluir dentro del ejercicio de su política exterior. Para tal efecto, los autores comentan como la promoción de la salud global ha sido insertada dentro de la política exterior de países como Estados Unidos y el Reino Unido con enfoques distintos, adecuándose a las propias necesidades e intereses de cada país, pero estando consientes de las necesidades del mundo en general.

Si bien existe un amplio consenso de que la negociación es el núcleo de la diplomacia de la salud global, existen posturas sobre si esta debiese estar destinada a servir a la política exterior o a los objetivos de salud global. (Lee *et al.*, 2017. Pág. 9) En este sentido, la

diplomacia de la salud global abre debates que se encuentran relacionados a cómo deberían afrontar los Estados los actuales desafíos de GGS, para lo cual será esencial comprender los escenarios actuales dentro de la GGS, así como las necesidades sectoriales propias de cada Estado.

CAPÍTULO II

Las emergencias de salud pública de importancia internacional en la gobernanza global para la salud

En este Capítulo se presentará a los actores que participan en la gobernanza global para la salud en el marco del control de enfermedades transmisibles. Seguidamente, se profundizará en el concepto de *emergencia de salud pública de importancia internacional*, así como de su marco regulatorio: el Reglamento Sanitario Internacional. Finalmente, se presentará un breve recuento de los hechos más relevantes dentro de los últimos eventos declarados como emergencias de salud pública de importancia internacional por la OMS.

2.1. Los principales actores que participan en el control de las ESPII en el marco de la gobernanza global para la salud

Existe una amplia variedad de actores que integran la gobernanza global para la salud (GGS), desde actores gubernamentales hasta actores privados y representantes de la sociedad civil. Por su parte, David P. Fidler divide a los actores que participan en la GGS en cuatro categorías: Estados, organizaciones intergubernamentales, asociaciones público-privadas y actores no estatales. (Fidler, 2010. Pág. 10)

Sin embargo, el espectro de la totalidad de actores que inciden directa o indirectamente con la salud humana es bastante amplio, esto debido a la multiplicidad de factores que se encuentran involucrados en el mantenimiento y mejoramiento de la salud humana; así como con la lucha contra las enfermedades infecciosas. En este supuesto encontramos a actores como: la Organización Mundial de Sanidad Animal, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); quienes interactúan y participan con

los actores involucrados directamente con la salud global, como es el caso de la OMS. La participación de estos actores en la GGS se va incrementando y haciendo más necesaria con el paso del tiempo, aunque actualmente desempeñan un rol más complementario.

Así también tenemos que, el aumento de brotes infecciosos producidos por patógenos de origen animal, también llamados de origen zoonótico, nos introduce en una discusión aún más compleja sobre la interacción entre los seres humanos, los animales y la naturaleza; lo que nos conlleva a un análisis más profundo y nos introduce a desafíos aún más complejos que la GGS pueda tener que enfrentar en un futuro más próximo. Cabe señalar también que parte de esa discusión ya está iniciando con el impulso de enfoques más integrales como es el caso del enfoque “One Health”¹³.

Asimismo, muchos autores coinciden en que “el fracaso en adoptar un enfoque amplio y global sobre la interacción entre especies y su impacto sobre la salud le ha resultado caro a la humanidad”. (Karesh; Cook, 2005) Y, aunque se ven algunos avances sobre la materia, donde las instituciones dedicadas a la salud humana empiezan a trabajar de cerca con actores dedicados a la salud animal¹⁴, aún queda mucho por hacer. Mientras tanto, citas como la siguiente, que fue publicada en el año 2005 en la Revista *Foreign Affairs*, sigue siendo relevante y estando vigente hoy en día:

No hay una organización no gubernamental o multilateral en la actualidad que se concentre en las varias enfermedades que amenazan a las personas, animales domésticos y salvajes de igual manera. Tampoco existe un cuerpo que colecte datos a través del espectro científico para asegurar que las soluciones en el campo de la salud están basadas en data proveída por profesionales de distintos campos de la salud trabajando con humanos, animales domésticos y salvajes (Karesh; Cook, 2005)

¹³ “*One Health* es un enfoque concebido para diseñar y aplicar programas, políticas, leyes e investigaciones en el que múltiples sectores se comunican y colaboran para lograr mejores resultados de salud pública.

Las esferas de trabajo en las que el enfoque de «Una salud» son especialmente pertinentes son la inocuidad de los alimentos, el control de zoonosis (enfermedades transmisibles entre animales y humanos, como la gripe, la rabia y la fiebre del Valle del Rift) y la lucha contra la resistencia a los antibióticos (cuando las bacterias, tras estar expuestas a antibióticos, se vuelven más difíciles de destruir.” (Organización Mundial de la Salud, 2017)

¹⁴ Un ejemplo en la región latinoamericana sobre acciones en el ámbito de la salud pública que integran actores de diversos sectores es la creación de la Comisión Sudamericana para la Lucha Contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), que funciona en el marco de la OPS. Esta Comisión trabaja no solo contra la Fiebre Aftosa, sino también contra otras zoonosis (enfermedades que se transmiten directamente entre animales).

Es evidente que este supondrá uno de los retos más grandes que la GGS tendrá que enfrentar próximamente; no obstante, en el presente trabajo nos enfocaremos en aquellos retos que debe abordar con mayor proximidad y urgencia; que también se encuentran relacionados con la dinámica actual de los actores que componen la GGS.

En ese sentido, en esta primera parte del Capítulo, presentaremos algunos de los actores que actualmente componen la GGS dedicados al manejo, control y prevención de las enfermedades transmisibles y para efectos del presente trabajo los dividiremos en tres grupos: La OMS y el Banco Mundial, como actores tradicionales de la GGS y las asociaciones público-privadas, donde encontramos a actores como: La Fundación Bill y Melinda Gates, El Fondo Mundial, la Alianza Gavi y CEPI.

2.1.1. La Organización Mundial de la Salud

Desde la creación de la OMS en 1948, la Organización se ha posicionado como un actor de la GGS único y quizás el más importante. En el marco del manejo de enfermedades, la labor de la OMS es bastante amplia y compleja, dentro de esta área se encuentran funciones dedicadas exclusivamente a la implementación del RSI, siendo esta la labor más importante de la OMS relacionada con las ESPIL.

La Constitución de la OMS establece como finalidad de la Organización alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Para ello, la OMS cuenta con un amplio rango de funciones, como se ha señalado en el Capítulo I, al hablar del origen de la OMS. Además, la OMS es el único actor que posee una institucionalidad permanente desplegada en varias partes del mundo, dedicada exclusivamente a la salud.

Dentro de las agencias desconcentradas de la OMS, se encuentra la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que desde 1949 se encuentra afiliada a la OMS. La OPS cuenta con la Oficina Sanitaria Panamericana¹⁵ que funciona como la Oficina Regional en

¹⁵ La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud. La Secretaría está comprometida a ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados Miembros de la OPS en su empeño de alcanzar la meta de salud para todos y sus valores inherentes. (Organización Panamericana de la Salud, s.f. c)

las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, el cuerpo directivo de la OPS se encuentra conformado por: la Conferencia Sanitaria Panamericana¹⁶, el Comité Ejecutivo, el Consejo Ejecutivo y el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

La OPS trabaja con las autoridades sanitarias nacionales de la región y fomenta la cooperación técnica entre sus cincuenta y un miembros. Así también, la OPS se financia mediante contribuciones de sus Estados miembros, asignaciones de la OMS y contribuciones voluntarias de sus miembros, y de organizaciones del sector público y privado.

Continuando con la OMS y como se desprende del Capítulo I, la Organización converge cuatro funciones esenciales de las organizaciones internacionales sanitarias anteriores a su creación: vigilancia epidemiológica centralizada; campañas contra epidemias; control de enfermedades y reforma de los sistemas de salud. (Cueto; Brown; Fee, 2019. Pág.1) Podemos decir que, el principal impulso a la creación de una institucionalidad sólida en la GGS ha sido la expansión y control de enfermedades transmisibles como el Cólera, la Fiebre Amarilla, el Tifus, entre otras.

Conforme los años han ido pasando, el control de las enfermedades ha dejado de ser el único tema relevante en la agenda de la OMS, pues esta se ha ido reconfigurando a fin de cumplir cabalmente con la finalidad contenida en su Constitución. En ese sentido, la OMS ha ampliado el espectro de acciones orientadas para la ejecución de su agenda; ante lo cual ha enfrentado diversos desafíos, muchos de ellos ligados a la escasez de recursos ante una tarea tan amplia y compleja como la que le ha sido asignada. En ese sentido, la OMS ha pasado a depender en gran medida de las contribuciones voluntarias de los Estados miembros¹⁷.

¹⁶ Autoridad suprema de la organización que se reúne cada 5 años para determinar sus políticas generales de la organización, y a su vez sirve como foro para el intercambio de información e ideas con respecto a la prevención de las enfermedades; la preservación, la promoción y la recuperación de la salud física y mental; y el fomento de los establecimientos y las medidas sanitarias y sociales en pos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales en el continente americano.(Organización Panamericana de la Salud, s.f. d)

¹⁷ El financiamiento de la OMS proviene de cuotas fijas o *assessed contributions* (Cada dos años la Asamblea Mundial de la Salud acuerda cuál será el porcentaje del PBI de los Estados miembros destinado a cubrir esta cuota) y contribuciones voluntarias. Las cuotas fijas de los Estados miembros cubren aproximadamente un 20 % del presupuesto. Para el 2019, el presupuesto de la OMS ascendía a los USD 5,623,603 mil, de los cuales USD 4,328,058 mil provenían de contribuciones voluntarias. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Por un lado, la OMS tiene una amplia agenda que abordar y, por otro lado, se enfrenta a una insuficiencia de recursos que limita sus acciones sobre esta agenda. Es por ello, que en los últimos años la OMS ha venido encontrando maneras de reinvertirse y lograr verdaderos cambios en la salud global. Es así como en el 2019, la OMS inicia una serie de cambios orientados a redirigir la agenda de la Organización¹⁸; en este contexto encontramos el 13. ° Programa General de Trabajo de la Organización 2019-2023 (13. ° PGT), mediante el cual, la OMS cambia su enfoque de trabajo y establece nuevas metas conforme a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las necesidades actuales de la comunidad internacional relacionadas con la salud global.

En el 13. ° PGT, se reconoce que “el mundo se enfrenta a amenazas, como las emergencias sanitarias de gran impacto (epidemias, pandemias, conflictos naturales y tecnológicos) y la aparición de la resistencia a los antimicrobianos”. (13. ° PGT, 2019. Pág. 4) Y en ese sentido se adoptan medidas dirigidas a crear un mundo más preparado; en tanto que, el Programa General de Trabajo presenta como visión de la OMS, lograr “un mundo en el que todos gocen del grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr”¹⁹.

Asimismo, el 13. ° PGT propone como misión de la OMS “promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables”. Una misión establecida en concordancia con las recientes reformas propuestas por la OMS en el marco de las Metas de los Tres Mil Millones, parte de las reformas de mayor alcance en la historia de la OMS; donde la OMS se propone alcanzar para los próximos cinco años: cobertura sanitaria universal para 1000 millones más de personas; mejor protección frente a emergencias sanitarias para 1000 millones más de personas; y mejor salud y bienestar para 1000 millones más de personas.

¹⁸ En el año 2019, la OMS anunció las reformas de mayor alcance en la historia de la OMS para modernizar y fortalecer la institución a fin de que desempeñe su función de manera más eficaz y eficiente como la principal autoridad mundial en salud pública. Estos cambios se encuentran dirigidos en apoyar a los países a alcanzar ambiciosas metas denominadas *triple billion targets* que forman parte del plan estratégico de la OMS para los 5 siguientes años: Mil millones de personas beneficiadas de la cobertura de salud universal; mil millones más de personas protegidas de emergencias sanitarias y mil millones más de personas disfrutando de una mejor salud y bienestar. (Organización Mundial de la Salud, 2019a)

¹⁹ En concordancia con el Artículo 1 de la Constitución de la OMS

El 13. ° PGT no solo es un instrumento que marca un punto de inflexión en la historia institucional de la OMS, sino también es un documento que posee una importante incidencia sobre el manejo de enfermedades transmisibles infecciosas que la OMS se propone alcanzar. En tanto, se advierte del Plan General de Trabajo de la Organización, las siguientes prioridades estratégicas:

- Establecer y mantener capacidades resilientes a nivel nacional, regional y mundial para mantener al mundo a salvo de epidemias y otras emergencias sanitarias; y
- Garantizar que las poblaciones afectadas por emergencias agudas y prolongadas puedan acceder rápidamente a los servicios de salud esenciales que salvan vidas, incluidos los relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Asimismo, en el marco de este Plan de Trabajo se desprenden iniciativas dirigidas al control de emergencias sanitarias como la creación de un Cuerpo Sanitario de Reserva en los Estados miembros dedicado al manejo de emergencias sanitarias; el impulso de la iniciativa Hospitales Seguros (que se integrará a los planes nacionales de acción para mantener y aplicar las capacidades básicas).

El 13. ° PGT nos introduce a una nueva manera de abordar el escenario actual de la salud global; en tanto que, parte de tres cuatro pilares estrechamente relacionados. Al respecto, se reconoce la estrecha relación existente entre las emergencias sanitarias y la cobertura sanitaria universal (CSU)²⁰, así como el peligro que suponen los sistemas de salud débiles ante la ocurrencia de emergencias sanitarias. Esta interdependencia de factores nos lleva encontrarnos con un enfoque más cohesionado, pues ya no podemos referirnos solo al manejo de las emergencias sanitarias sin hablar de una población efectivamente protegida

²⁰ El Punto 59 del Plan de Trabajo de la OMS señala que “El estrecho vínculo con la Cobertura Sanitaria Universal será de utilidad en varias esferas, a saber: preparación; prestación de servicios de salud a refugiados y migrantes; prevención del derrumbe de los sistemas de salud en Estados frágiles, vulnerables y afectados por conflictos; y aprovechamiento de las oportunidades que ofrece la recuperación para «reconstruir mejores» sistemas de salud. La participación de la comunidad es un componente esencial, tal y como se ha documentado en la crisis del Ébola.” (13. ° PGT, 2019)

con una cobertura sanitaria universal ni de un sistema de salud que no se encuentre suficientemente fortalecido. En ese sentido, el 13. ° PGT reconoce la importancia del trabajo de la OMS en áreas como: la innovación científica; inmunización de poblaciones; soporte técnico dirigido a implementar los sistemas de salud y los sistemas de vigilancia de los Estados miembros; y a garantizar el acceso de salud a las poblaciones afectadas por emergencias agudas y prolongadas.

En el marco del manejo de las emergencias sanitarias la OMS cuenta además con otros instrumentos especialmente importantes como el Reglamento Sanitario Internacional (que sea desarrollado más adelante) y el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, que también es reconocido por el 13. ° PGT como una herramienta importante en el marco del manejo de estos eventos. Al respecto, la OMS señala que el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS “abarca todo el ciclo de gestión de riesgos, lo que incluye colaborar con los países para abordar las emergencias antes de que se produzcan mediante la mejora de la prevención y la preparación y, asimismo, ayudar en la respuesta a la emergencia y, una vez que ha pasado el evento inicial, en la recuperación.” (Organización Mundial de la Salud, 2017)

El Programa de Emergencias Sanitarias no solo se limita al control de brotes epidémicos, sino también a situaciones de crisis producidas por conflictos o desastres naturales o causados por el hombre. Actualmente, existe un Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión encargado de supervisar y monitorear la puesta en marcha y el desempeño del Programa. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

En cuanto a la gobernanza interna de la Organización Mundial de la Salud, esta se encuentra concentrada en tres órganos principales: la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), el Consejo Ejecutivo y la Secretaría. La AMS es el órgano más importante dentro de la organización, en tanto que, es el órgano decisorio de la OMS, reuniéndose anualmente en sesiones ordinarias con la finalidad de determinar las políticas de la organización²¹. En el

²¹ Las funciones de la Asamblea Mundial de la Salud se encuentran contenidas en el Artículo 18 de la Constitución de la OMS, entre las que encontramos: a) determinar la política de la Organización; b) nombrar los Miembros que tengan derecho a designar una persona para el Consejo; c) nombrar el Director General; [...]

marco de las ESPII, el rol de la AMS se concentra sobre todo en dar instrucciones y directivas al Consejo Ejecutivo de la OMS, así como al Director General de la Organización.

En cuanto al Consejo Ejecutivo, este se encuentra conformado por treinta y cuatro miembros y actúa como órgano ejecutivo de la AMS; así también actúa en representación de la AMS en los casos que la Asamblea lo estime conveniente. El Consejo toma los recursos financieros de la Organización, para hacer frente a casos que requieran acción inmediata. En particular, podrá autorizar al Director General a tomar las medidas necesarias para combatir epidemias, participar en la organización de socorro sanitario para las víctimas de calamidades y emprender estudios e investigaciones cuya urgencia haya sido señalada a la atención del Consejo por cualquier Miembro o el Director General. (Constitución de la OMS, 1948)

2.1.2. Banco Mundial

El Banco Mundial (BM) también es considerado un actor importante dentro de la GGS, en el sentido que su participación en los esquemas de cooperación en el ámbito de salud ha sido constante e históricamente activa. Chelsea Clinton y Davi Sidharth (2017) agrupan tanto a la OMS como al Banco Mundial dentro de la categoría de actores tradicionales de la gobernanza global para la salud, sobre todo por la trayectoria de ambos en el campo de la salud pública global. Es notable sobre todo el impacto del BM en cuanto a asistencia y cooperación a los países en desarrollo, el cual es una consecuencia de la transversalidad de los objetivos generales del BM. La participación del Banco Mundial en el sistema de GGS se extiende ante todo al financiamiento que presta a programas e iniciativas de salud alrededor del mundo.

f) vigilar la política financiera de la Organización y estudiar y aprobar su presupuesto; g) dar instrucciones al Consejo y al Director General para llamar la atención de los Miembros y de las organizaciones internacionales, gubernamentales o no, sobre cualquier asunto relacionado con la salubridad que estime conveniente la Asamblea de la Salud; [...] j) informar al Consejo Económico y Social, conforme a los acuerdos que se concierten entre la Organización y las Naciones Unidas; k) promover y realizar investigaciones en el campo de la salubridad [...] m) emprender cualquier acción apropiada para el adelanto de la finalidad de la Organización.

El Banco Mundial es considerado como una asociación mundial única, así también como una cooperativa integrada por 189 países. Asimismo, lo integran cinco instituciones²² comprometidas con disminuir la pobreza, aumentar la prosperidad compartida y promover el desarrollo sostenible. (Banco Mundial, s.f.) La presencia del BM en el ámbito de salud global se concentra sobre todo en su compromiso de ayudar a los Gobiernos a lograr una Cobertura Sanitaria Universal²³, como parte de su labor para garantizar la seguridad sanitaria global.

Dentro de las esferas de interés del Banco Mundial se encuentra las pandemias y la propagación de enfermedades infecciosas. En tanto que, la organización reconoce a ambas amenazas como perjudiciales no solo a la salud de la población mundial, sino a la economía y comercio. El BM reconoce los severos efectos económicos que produjeron las pandemias en el pasado. En ese sentido, el BM impulsó el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia (The Pandemic Emergency Financing Facility) con la finalidad de apoyar a los países más pobres a enfrentar brotes infecciosos.

Algunos autores califican la labor del BM en el ámbito de la salud como más holística que otros actores, puesto que, abarca un rango más amplio de la salud pública al no manejar una agenda estrictamente limitada. En este extremo, el BM se encarga fundamentalmente del financiamiento y soporte económico a los países más pobres a fin de que logren desarrollar y fortalecer sus capacidades sanitarias.

2.1.3. Asociaciones público-privadas

Las asociaciones público-privadas han emergido en los últimos años como actores potencialmente trascendentales en la GGS. Aunque, actualmente su participación en el gasto

²² El Grupo Banco Mundial, una de las fuentes más importantes de financiamiento y conocimiento para los países en desarrollo, está integrado por cinco instituciones: el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, la Asociación Internacional de Fomento, la Corporación Financiera Internacional, el Organismo multilateral de Garantía de Inversiones; El Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones. (Banco Mundial, s.f.)

²³ En un reporte emitido en el 2017 del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (*Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*) se identifican importantes brechas en la población que impiden que logren proveerse de servicios esenciales como la salud, una brecha que se acentúa especialmente en los países de ingresos medianos bajos.

global para salud como, asistencia para el desarrollo de la salud (DAH)²⁴, es mínima, cada año el aporte de estos actores a los programas de salud global aumenta y se espera que esta tendencia continúe.

En esta oportunidad, presentaremos brevemente a cuatro actores cuya participación ha ido aumentando en el campo relacionado al manejo, prevención e investigación de las emergencias sanitarias, como los son: La Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo Mundial, la Alianza Gavi y la CEPI.

2.1.3.1. Fundación Bill y Melinda Gates

La Fundación Bill y Melinda Gates (en adelante Fundación Gates) es una fundación privada filantrópica, cuya presencia en la GGS ha ido aumentando en estos últimos años. La Fundación Gates continúa con la tradición filantrópica estadounidense que en su momento impulsó la Fundación Rockefeller, presente en el escenario internacional incluso antes que la OMS. La Fundación Rockefeller trabajó muy de cerca con la OPS para erradicar la Fiebre Amarilla de la región de América Latina. y desde su fundación en 1913, generó un gran impacto en la salud pública global²⁵.

El principal aporte de la Fundación Rockefeller a la GGS, lo hizo mediante su División Sanitaria Internacional (IDH)²⁶; en tanto que, la actual arquitectura mundial de la salud heredo gran parte de las premisas que guiaron el funcionamiento de la IDH como: el establecimiento de una agenda desde arriba; el uso de incentivos presupuestarios; el

²⁴ Actualmente, cuando hacemos referencia a la cooperación para la salud, nos remitimos a dos fuentes de datos que contabilizan la cooperación dirigida al ámbito de salud. Por un lado, el Comité de Asistencia al Desarrollo de la OCDE que, entre sus registros de flujos de Ayuda Oficial al Desarrollo (ODA por sus siglas en inglés) contabiliza la ayuda dirigida al área de salud y población & salud reproductiva. Por otro lado, tenemos al Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) que registra la Asistencia para el Desarrollo de la Salud (DAH por sus siglas en inglés), a diferencia de la ODA, la DAH incluye el financiamiento de fuentes privadas y transferencias financieras dirigidas al sector privado. (Bendavid et al., 2017)

²⁵ La División Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller (International Health Division, IHD por sus siglas en inglés) participó activamente en la lucha de enfermedades epidémicas de la época, y ayudó a construir las bases de la institucionalidad actual de la GGS. “La División Sanitaria Internacional ayudó a moldear la agenda de la recién formada Oficina Sanitaria de la Liga de las Naciones y a dirigir su atención hacia estrategias particulares para abordar la mala salud”. (Youde, 2013. Pág. 145)

²⁶ La actividad de la IHD se suspendió en 1951, dos años después de la creación de la OMS. Sin embargo, dejaron un gran aporte al actual sistema de GGS, en tanto que, “los métodos e ideas de la IHD inspiraron los programas de la entonces recién creada OMS y de sus oficinas regionales”. (Youde, 2017. Pág. 147)

paradigma tecno-biológico; las intervenciones limitadas para maximizar la eficiencia y el éxito; el consenso a través de profesionales transnacionales; y la adaptabilidad a las condiciones locales. (Birn; Fee, 2013. Pág. 1619)

La Fundación Rockefeller puede ser considerada como el antecedente más próximo a la Fundación Gates, en el sentido que ambas Fundaciones son concebidas como actores privados que inciden de manera importante en la salud global, respondiendo a los desafíos propios de su época. En tal sentido, el surgimiento de la Fundación Gates coincidió con dos fenómenos: el mayor enfoque de los donantes bilaterales tradicionales en los problemas de salud mundial (como el VIH/SIDA); y la creencia compartida entre los donantes de que los instrumentos convencionales, como la OMS, no eran capaces de administrar grandes flujos de recursos enfocados intensamente en resolver problemas específicos, principalmente cerrar la brecha de vacunas y el VIH / SIDA. (Clinton *et al.*, 2017. Pág. 28)

En ese sentido, el enfoque de la Fundación Gates se concentra esencialmente en enfrentar desafíos a escala global en el marco de una agenda establecida. Para ello, la Fundación cuenta con 5 Divisiones²⁷, entre las que destaca la División de Salud Global, dirigida a aprovechar los avances de la ciencia y tecnología para salvar vidas en los países en desarrollo. (Bill and Melinda Gates Foundation, s.f.)

Las actividades en las que la Fundación Gates se involucra están basadas en un enfoque biomédico que decide finalmente las actividades que financia. Esto quiere decir que la Fundación prioriza el financiamiento a programas de investigación y desarrollo para el tratamiento de enfermedades infecciosas. Por consiguiente, la Fundación Gates ofrece poco apoyo a la infraestructura sanitaria, al considerar que esta es una responsabilidad primaria de los gobiernos locales. (Chen, 2006. Citado por Youde, 2013. Pág. 148)

Se puede decir que la aparición de actores como la Fundación Rockefeller y la Fundación Gates responden a brechas en la gobernanza global que necesitaban ser atendidas

²⁷ Las cinco divisiones de la Fundación Bill y Melinda Gates son: The Global Health Division; Global Development Division; Global Growth & Opportunity Division; United States Division, y The Global Policy & Advocacy Division.

en su momento. La participación de actores privados como la Fundación Gates ha tenido un impacto significativo sobre todo en el establecimiento de la agenda de salud global, a través de los grandes flujos de financiamiento que movilizan, tema que veremos en detalle en el siguiente acápite, cuando nos refiramos a las fuentes de financiamiento en la GGS.

Finalmente podemos decir que, el origen de la actual influencia de la Fundación Gates es producto de su presencia cada vez más fuerte, en programas dedicados a la investigación de enfermedades en los países en desarrollo. (McNeil, 2008. Citado por Youde, 2013. Pág. 149) Es así como la Fundación Gates ha impulsado y apoyado a iniciativas como la Alianza Gavi y el Fondo Mundial.

2.1.3.2. El Fondo Mundial (The Global Fund)

El Fondo Mundial es una asociación creada en el 2002, que tiene sus orígenes en la reunión del G8 en Okinawa, en el año 2000, y se dedica al financiamiento de programas locales encargados de enfrentar la expansión de epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Esta iniciativa parte de una respuesta coordinada de los gobiernos a fin de garantizar que se alcancen resultados tangibles en el manejo y control de las tres enfermedades mencionadas, no solo a través del financiamiento, sino además del monitoreo y evaluación de programas, más no la ejecución de estos.

Los flujos que el Fondo Mundial canaliza se encuentran concentrados no solo a programas dirigidos al manejo de las enfermedades que se encuentran dentro de su agenda, sino también al ámbito del fortalecimiento de sistemas de salud. En tanto que, el Fondo Mundial señala que “es el mayor inversor multilateral en subvenciones para sistemas de salud, con una inversión de USD 1 mil millones al año para construir sistemas de salud resistentes y sostenibles, desde la capacitación del personal de salud hasta la mejora de la cadena de suministro y la calidad de información para una prestación de servicios integrada.” (The Global Fund, 2020)

Debe tenerse presente que, aunque el Fondo Mundial maneja una lista limitada de enfermedades a las que presta financiamiento, se ha hecho presente en episodios pasados concernientes a emergencias sanitarias como el caso de la enfermedad del Ébola, donde el

Fondo Mundial destinó recursos para enfrentar la emergencia sanitaria y fortalecer el sistema de salud de los principales países afectados²⁸.

En cuanto a la gobernanza interna del Fondo, cuenta con una Junta Directiva que encarna el enfoque de asociación para la salud global. La Junta incorpora a las principales partes interesadas (*stakeholders*). Actualmente, la Junta Directiva esta constituida por veinte partes con derecho a voto, entre los que se trata de que cada circunscripción geográfica esté representada, así también la sociedad civil, las ONG, Fundaciones y el sector privados.

2.1.3.3. Gavi, la alianza de vacunas (Alianza Gavi)

Tanto la Alianza Gavi como la CEPI son actores dedicados principalmente a la investigación y desarrollo en el campo de la salud global. Ambos actores ejecutan programas dedicados a la investigación y control de enfermedades infecciosas. Por ello, usualmente colaboran con otros actores como la OMS, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates.

La Alianza de Vacunas Gavi (en adelante Alianza Gavi) fue creada en el año 2000 gracias al apoyo de la Fundación Gates y es concebida como un actor dedicado exclusivamente al desarrollo e investigación de vacunas y la promoción de inmunización especialmente a poblaciones vulnerables en los países en desarrollo²⁹. Por la naturaleza del trabajo de la Alianza Gavi, trabaja estrechamente con la OMS, la UNICEF, la Fundación Gates y el Banco Mundial, además de diversas ONG, donantes y la comunidad científica internacional. En general, a Alianza Gavi trabaja en base a un modelo de asociación con otros actores, entre los que se encuentran actores estatales, intergubernamentales y privados.

²⁸ El Fondo Mundial participó en la reconstrucción del Sistema de salud de los principales países afectados por la enfermedad del Ébola, como es el caso de Sierra Leona. (The Global Fund, 2017)

²⁹ La Alianza Gavi se basa en ciertos criterios de elegibilidad al momento de prestar ayuda a otros Estados, lo que limita el alcance de la organización. Los países pueden optar por el apoyo de la organización si su Ingreso Nacional Bruto promedio per cápita ha sido menor o igual a USD 1 630 durante los últimos tres años (según los datos del Banco Mundial publicados en julio de cada año). (Gavi, s.f.)

Históricamente, la labor de inmunización le ha correspondido a la OMS; en ese sentido, en 1974, la OMS lanzó el Programa Expandido de Inmunización (Expanded Program on Immunization) con el objetivo de abordar la misma brecha de vacunación que se encargó a la Alianza Gavi 25 años más tarde, aunque en esta oportunidad la brecha era menor debido a los esfuerzos anteriores de la OMS y la UNICEF. (Clinton, Sridhar, 2017. Pág. 41) En general, la labor de la Alianza Gavi ha sido bien recibida no solo por la comunidad internacional sino también por la OMS, con quien mantiene una comunicación constante.

Actualmente, la Alianza Gavi realiza labores de inmunización sobre nueve tipos de vacunas y su ayuda va dirigida especialmente a países en desarrollo, así también brinda apoyo al fortalecimiento de sistemas de salud, soporte técnico a los países en desarrollo y provisión de equipos de cadena de frío (cámaras de refrigeración para la conservación de vacunas). Y desde el 2000 hasta el 2018, contribuyó a la vacunación de más de 760 millones de niños a través de procesos de inmunización de rutina y a más de 960 millones de niños en campañas de vacunación. (Gavi, 2020)

La Alianza Gavi financia el Grupo Internacional de Coordinación de la Provisión de Vacunas (ICG, por sus siglas en inglés) conformado por Médicos sin Fronteras, el Comité Internacional de la Cruz Roja y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Desde 1997, el ICG mantiene un rol activo en el marco de las emergencias sanitarias, como un mecanismo para manejar y coordinar la provisión de vacunas y antibióticos a países que lidian con grandes brotes infecciosos, trabajando de manera cercana con los productores de vacunas. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

2.1.3.4. La Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI)

La Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI) es un nuevo modelo de colaboración público-privada dirigido a cerrar la brecha en investigación y desarrollo existente en la GGS.

La CEPI tiene sus orígenes en la reunión de 2016 del Foro Económico Mundial en Davos; donde debido a la crisis sanitaria producida por la enfermedad del Virus del Ébola se

decidió explorar nuevas formas de conducir y promover la investigación. A raíz de la reunión en Davos, tres equipos fueron formados para encontrar soluciones que permitan mejorar la capacidad de respuesta y preparación global ante epidemias. Las recomendaciones derivadas del trabajo de estos grupos condujeron a la formación de la CEPI. (Gouglas *et al.*, 2019. Pág. 29)

La CEPI fue lanzada en la siguiente reunión del Foro Económico Mundial en Davos, en el año 2017, con un financiamiento inicial de USD 500 millones provenientes del gobierno de Noruega, Japón y Alemania, además de la Fundación Gates y the Wellcome Trust. (The Washington Post, 2017) Los objetivos iniciales de la organización eran avanzar en la investigación de vacunas³⁰ y construir plataformas técnicas e institucionales para acelerar la respuesta en R&D a fin de conocer sobre patógenos conocidos o desconocidos. (Brende *et al.*, 2017. Pág. 234)

En resumen, la CEPI garantiza la conducción de una agenda en innovación que tenga como prioridad el bien común, focalizándose en enfermedades que requieren de asistencia prioritaria como es el caso del MERS, la Infección por el Virus de Nipah, la Fiebre de Lassa y la Fiebre del Valle del Rift. La importancia de la CEPI reside en que es uno de los pocos actores dedicados exclusivamente a la investigación de enfermedades transmisibles altamente patógenas dentro del esquema de la GGS.

2.2. Financiamiento en la gobernanza global para la salud

Ahora bien, habiendo presentado a algunos de los actores que intervienen en la prevención y control de enfermedades transmisibles infecciosas, es necesario identificar la participación efectiva de estos actores en la GGS. Para ello observaremos los programas que se encuentran dentro de sus prioridades y su incidencia en el financiamiento de la salud global.

Según el último informe de la OMS al respecto, el gasto global en salud ha aumentado en los últimos años, donde el 60 % representa el gasto público, el 40 % el gasto privado y

³⁰ La CEPI maneja una lista de enfermedades prioritarias en el marco de la investigación de vacunas, la cual está basada en la lista de prioridad oficial de la Organización Mundial de la Salud (WHO R&D Blueprint list)

menos de un 0.2 % a donaciones. (World Health Organization, 2019. Pág. 6) Dentro del gasto estatal, el gasto de los países de ingresos altos representa un 81 % del total y estos países representan a su vez un 16 % de la población mundial total. Sin embargo, los países de bajos ingresos registraron el mayor incremento de gasto en salud del 2000 al 2017 (aproximadamente 7.8 %), como se presenta en la Figura 1. (World Health Organization, 2019, Pág. 6)

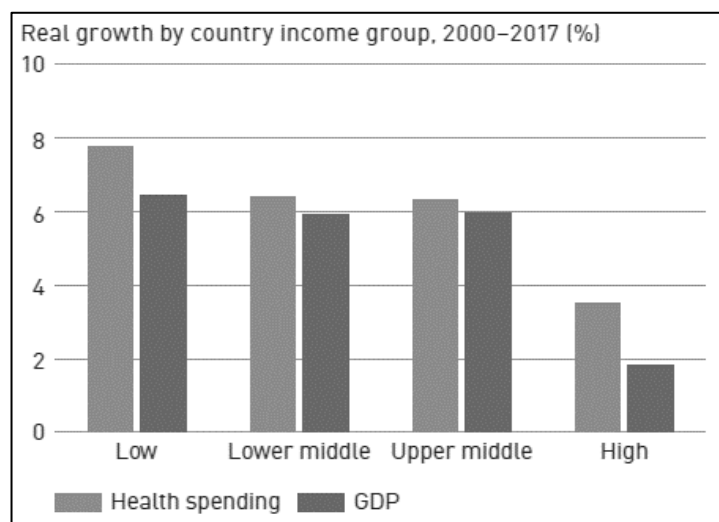


Figura 1. Porcentajes del aumento en gasto en salud en comparación al crecimiento del PBI (GDP) entre países de ingresos bajos, medio bajos, medio altos y altos. Fuente: Global Spending on Health, 2019 Report. World Health Organization. Pág. 6

Entonces, tenemos que, por un lado, las fuentes de financiamiento más importantes dirigidas al área de salud provienen por parte de los actores gubernamentales (gasto público). Por otro lado, en los últimos años (2000 al 2017), el gasto privado (*out-of-pocket spending*) ha aumentado, pero a un ritmo menor que el gasto gubernamental, especialmente en los países de ingresos medios altos (Figura 2). En cuanto a los países de ingresos bajos, el gasto gubernamental se ha mantenido como una de las fuentes rezagadas de ingresos a la salud, mientras que las fuentes de donantes y el gasto público se ha incrementado considerablemente, representando más de la mitad de las fuentes dirigidas a este ámbito, en contraste con los países de ingresos altos, donde las fuentes gubernamentales sobrepasan todas las demás fuentes de financiamiento en su conjunto. (World Health Organization, 2019. Pág. 8)

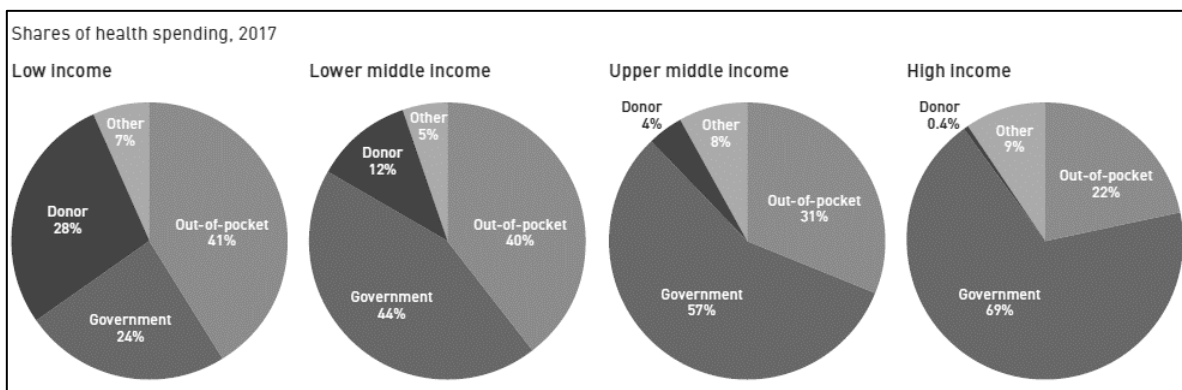


Figura 2. Comparación de los porcentajes del gasto en salud entre países de ingresos bajos, medio bajos, medio altos y altos. Fuente: Global Spending on Health, 2019 Report. World Health Organization. Pág. 9

Aunque, los flujos provenientes de donaciones representan aproximadamente un 0.2 % del gasto global en salud, en algunos países aún cubre una proporción importante del gasto en salud, como lo hemos señalado líneas más arriba. La asistencia para el desarrollo de la salud (DAH por sus siglas en inglés) ascendió en el 2019 a un total de USD 40.6 mil millones. (Institute of Health Data and Evaluation, 2020)

Cuando nos referimos a la DAH debemos diferenciar a las fuentes de financiamiento de los canales que estas fuentes utilizan. Ambos asumen un rol importante dentro de la DAH. Sin embargo, las fuentes de financiamiento son, en la mayoría de los casos, los actores que inciden en el destino final de los recursos que aportan. Históricamente las fuentes gubernamentales han sido las que más han participado como agentes donantes. En el 2019, aproximadamente un 67% en los flujos de recursos dirigidos para la DAH provenían de fuentes gubernamentales³¹. Sin embargo, las fuentes que mayor crecimiento han registrado en la última década (2010-2019) han sido las fuentes privadas (Fundaciones Filantrópicas y donaciones de actores privados), que han aumentado su participación en aproximadamente un 80 % desde el 2010³².

³¹ Cifras usadas basándose en la base de datos del visualizador web del Institute of Global Health Data and Evaluation. Consultado el 24 de octubre de 2020. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

³² *Ibidem*.

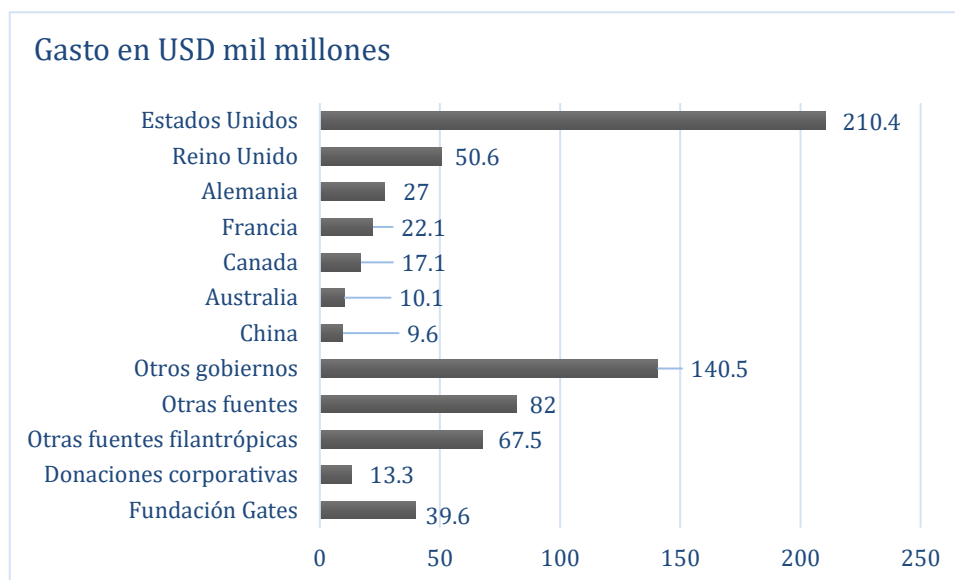


Figura 3. Fuente de financiamiento dentro de la DHA entre los años 1990-2019. Otras fuentes: contabiliza fuentes no especificadas y pagos de deuda a Bancos de Desarrollo. Elaboración propia. Fuente: Financing Global Health Report 2019.

Entre los actores que más han aportado a la DHA encontramos a Estados Unidos, la Fundación Gates y el Reino Unido (Figura 3), quienes canalizan sus recursos a través de distintos actores y en algunos casos mediante su propia institucionalidad. Así tenemos que, los canales más utilizados son: las ONG & Fundaciones Privadas; las agencias de las NN. UU. y las agencias de los Estados Unidos (Ejem. USAID). En base a lo expuesto, encontramos que, en el 2019 las ONG & Fundaciones Privadas canalizaron cerca de USD 10 mil millones en recursos destinados a distintos programas que componen la agenda de salud global, lo que representa un 25.26 % del total de DHA³³. (Institute of Health Data and Evaluation, 2019)

³³ Estos recursos han sido canalizados hacia programas destinados a el VIH/SIDA (23.44 %), la salud infantil (19.31 %) y la salud maternal (11.94 %), entre otros. Destinando 0.521198 % (USD 5.2 millones) al financiamiento de sistemas dedicados a la preparación de pandemias a través del reforzamiento de los sistemas de salud.

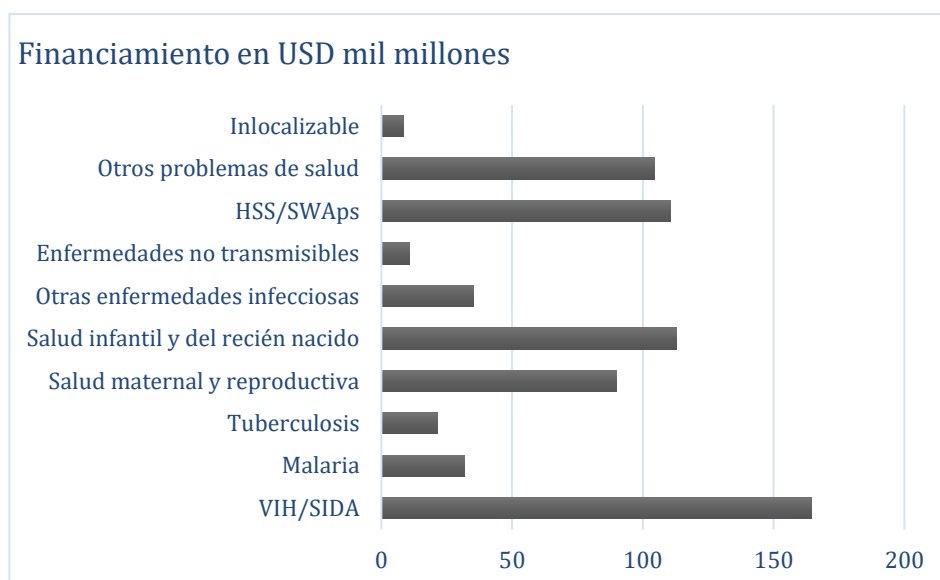


Figura 4. Áreas beneficiadas por el financiamiento proveniente de la DAH entre los años 1990-2019. Elaboración propia. Fuente: Financing Global Health Report 2019- IHDE.

Por otro lado, las agencias de las Naciones Unidas³⁴ representan el tercer mayor canal de financiamiento en el campo de salud a nivel global, después de Estados Unidos³⁵. Asimismo, la participación de la OMS es particularmente relevante en los programas destinados a la preparación de pandemias (88.20 %), seguido de los Estados Unidos como la segunda fuente más importante, y de otras agencias bilaterales. (Institute of Health Data and Evaluation, 2019)

Al respecto, la participación de la OMS como una agencia especializada de las Naciones Unidas es especialmente relevante. En ese sentido, encontramos como principales aportantes de la Organización a los siguientes actores³⁶: Estados Unidos (15.18 %), la Fundación Gates (12.12 %), la Alianza Gavi (8.18 %), Reino Unido (7.91 %), Alemania (5.33 %), la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones

³⁴ Donde se incluye a la OPS, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (canaliza USD 2.6 mil millones, lo que la convierte en la agencia de las NN. UU. que más flujos canaliza a la salud global, destinando casi un 90% de estos flujos a la salud infantil), UNITAID y la OMS (canaliza USD 2.5 mil millones).

³⁵ Cifras usadas basándose en la base de datos del visualizador web del Institute of Global Health Data and Evaluation. Consultado el 12 de octubre de 2020. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

³⁶ World Health Organization. Contributors. Periodo 2018-2019. Consultado el 12 de octubre de 2020. <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor?name=United%20States%20of%20America>

Unidas (4.48 %), Rotary International (3.32 %), la Comisión Europea (3.05 %), el Banco Mundial (3 %), entre otros.

En el marco de la OMS, los programas de salud más beneficiados son: la erradicación de la polio (26.51 %), el aumento al acceso de servicios esenciales de salud y nutrición (12.04 %), inmunizaciones (8.89 %), entre otros. En cuanto a los programas relacionadas con la prevención, control y manejo de enfermedades infecciosas transmisibles, identificamos que por el amplio sentido del concepto (que hemos desarrollado en el Capítulo I), estos no se encuentran concentrados en un solo tipo de programa, sino en una variedad de ellos que trata por separado aspectos como la vigilancia, prevención, manejo y control de enfermedades (Tabla 2).

Tabla 2.
Porcentaje del presupuesto asignado a programas relacionados con ESPII

PROGRAMA	% DEL PRESUPUESTO
Prevención y control de brotes	5.96 %
Fortalecimiento de la vigilancia, alerta temprana y manejo de la información sanitaria	3.29 %
Preparación para emergencias sanitarias del país y la implementación del reglamento sanitario internacional	2.3 %
Investigación de peligros infecciosos	0.91 %
Programa del plan de preparación para la pandemia de influenza (PIP)	0.81 %
Información sobre emergencias sanitarias y evaluación de riesgos	0.73 %

Nota: Basado en los recursos canalizados por la OMS del periodo 2018-2019. Elaboración propia. Fuente: Visualizador Web de la Organización Mundial de la Salud. Contributors WHO. Recuperado el 12 de octubre de 2020 de:

<http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor?name=United%20States%20of%20America>

En cuanto a la Fundación Gates, cuya participación es la que más ha aumentado desde el año 2000 al año 2019, cabe resaltar su importante contribución tanto como fuente y canal de financiamiento de DAH. Al respecto, tenemos que en el 2019 destinó USD 3.9 mil millones a diversos programas de salud, principalmente aquellos enfocados en salud infantil

y el VIH/SIDA³⁷, canalizando sus aportes mediante su propia Fundación, la CEPI, la Alianza Gavi, el Fondo Mundial, ONG & otras Fundaciones, y la OMS³⁸.

Los recientes movimientos en los flujos de financiamiento nos permiten apreciar a los actores que más participan dentro de la agenda global como es el caso de Estados Unidos, el Reino Unido, la Fundación Gates y las Agencias de las Naciones Unidas. Asimismo, vemos que los programas más beneficiados continúan siendo aquellos dirigidos al manejo de las enfermedades infecciosas que afectaron a la comunidad global a finales del siglo XX e inicios del presente siglo, como es el caso del VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.

2.3. Emergencias de salud pública de importancia internacional

Como hemos desarrollado en el Capítulo I, el concepto y clasificación de enfermedades es bastante amplio y se encuentra relacionado con las emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII) siempre y cuando la enfermedad cumpla con los supuestos dentro del RSI que la califiquen como tal.

En general, la propagación de patógenos infecciosos ha sido uno de los principales factores que ha impulsado el desarrollo del sistema de gobernanza global para la salud. Estos eventos han conducido a los Estados a generar un marco de respuesta y acción conjunta en materia de salud pública. En el siglo XIX, el cólera fue la enfermedad que impulsó los primeros pasos en la GGS mediante la celebración de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en 1851.

En el siglo XX, el tifus propicia la creación de la Oficina Sanitaria de la Liga de las Naciones, antecedente de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, la enfermedad del SIDA, entre el siglo XX y XXI, genera conciencia sobre el impacto de un virus altamente patógeno en occidente y origina que nuevos actores participen en el sistema como es el caso de ONUSIDA y la Fundación Gates. Así también, la Influenza ocasionada por el virus H1N1

³⁷ *Ibidem*

³⁸ *Ibidem*

y más tarde la enfermedad del SARS impulsaron en el 2005 la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (que venía siendo un tema pendiente desde mucho antes).

Desde inicios del siglo XXI, la frecuencia de aparición de nuevas enfermedades y rebrotes de otras que se creían superadas ha aumentado considerablemente y con ello la relevancia de la OMS en el escenario internacional. Las causas del incremento de estos eventos se deben a múltiples factores entre los que se encuentran: el cambio climático, el desplazamiento de las personas, la inseguridad alimentaria, la deforestación, la destrucción de hábitats, entre otros. Estos factores contribuyen especialmente al incremento de enfermedades transmitidas por vectores (organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas), en tanto que altera de manera significativa a los ecosistemas y sus habitantes.

Desde el año 2015, la OMS publica una lista de enfermedades prioritarias para la investigación y desarrollo (WHO R&D *Blueprint list*), esta lista prioriza aquellas enfermedades con mayor riesgo de causar una emergencia de salud pública internacional, así como aquellas donde se aprecia una ausencia de medicamentos/tratamientos y/o vacunas eficaces para tratarla. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Dentro de las enfermedades consideradas en el informe sobre enfermedades prioritarias de la OMS del 2018 se encuentra: la Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo; la enfermedad por el virus del Ébola; la enfermedad por virus de Marburg; la Fiebre de Lassa; el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV); el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS); la infección por el virus Nipah y enfermedades henipa virales; la Fiebre del Valle del Rift; la enfermedad del Zika; y la enfermedad X.

El reporte incluye además otras enfermedades (consideradas, pero finalmente no listadas) como: la Fiebre Hemorrágica por Arenavirus; la Fiebre Chikungunya; enfermedades altamente patógenas por Coronavirus además del MERS y SARS; Enterovirus (no polio) emergentes (incluyendo el EV71, D68); y la Fiebre Severa con Síndrome Trombocitopénico (SFTS por sus siglas en inglés). A pesar de no encontrarse listadas oficialmente, el informe concluye que deben ser analizadas con mayor profundidad para el

siguiente informe anual pues suponen una potencial amenaza a la salud pública. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La agenda de salud global y de control de enfermedades infecciosas es una preocupación constante³⁹ debido a la aparición de nuevas enfermedades e incluso la reaparición de algunas que se creían erradicadas (como la Polio en el 2014). “Entre 2011 y 2018, la OMS realizó un seguimiento de 1483 brotes epidémicos en 172 países”. (Global Preparedness Monitoring Board, 2019)

En este contexto, el instrumento más importante dentro de la GGS diseñado para el manejo y gestión de enfermedades transmisibles es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), herramienta matriz que ha venido perfeccionándose prácticamente desde que la OMS fue fundada. El RSI se encuentra dirigido específicamente al manejo internacional de una ESPII y representa la culminación de los esfuerzos de los actores internacionales de la salud en generar los parámetros para crear las capacidades a fin de enfrentar una emergencia sanitaria de gran envergadura.

En 1951, dos años después de conformada la OMS, se emitieron las *International Sanitary Regulations*, que en 1969 fueron cambiadas por *International Health Regulations*, el cual tuvo leves modificaciones en 1973 y 1981⁴⁰. En esta primera etapa de respuesta, algunos autores resaltan lo poco flexible que eran las Regulaciones emitidas por la OMS, en tanto eran pocas las enfermedades sujetas a notificación, así también era poco lo que un Estado podía hacer frente a enfermedades fuera de la lista de las Regulaciones.

³⁹ En la más reciente actualización de la lista de enfermedades prioritarias para la investigación y desarrollo en un contexto de emergencia que exhibe la página institucional de la OMS se encuentran enfermedades como la COVID-19, el Ébola, el MERS, el Zika, el SARS, entre otras enfermedades (Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo; la Enfermedad por virus de Marburg; la Fiebre de Lassa; Infección por el virus Nipah y enfermedades henipa virales ; la Fiebre del Valle del Rift; la Enfermedad del Zika; y la enfermedad X) Información recuperada el 21 de agosto de 2020 de: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

⁴⁰ “En 1969, la WHA revisó el *International Sanitary Regulations (ISC)*, cambió su nombre a *International Health Regulations* (Reglamento Sanitario Internacional) y eliminó el Tifus y la Fiebre recurrente. La AMS eliminó la viruela en 1981 después de su erradicación mundial. Cuando la AMS pidió una revisión fundamental del RSI en 1995, el tratado se aplicaba a las mismas 3 enfermedades que el ISC original (cólera, peste y fiebre amarilla) y no a otras.” (Gostin *et al.*, 2016)

Las necesidades del sistema de GGS comenzaron a ser más evidentes con el paso del tiempo. “Con el surgimiento y el potencial pandémico del VIH / SIDA, la propagación de enfermedades endémicas a nuevas partes del mundo y los brotes de Fiebre Hemorrágica Viral, quedó claro que el RSI no era lo suficientemente flexible para responder a las nuevas amenazas de enfermedades infecciosas.” (Gostin *et al.*, 2016) Así también, enfermedades como el Cólera y la Fiebre Amarilla resurgían en ciertas regiones, donde a pesar de haber sido superadas en su momento, las deficientes capacidades en los sistemas de salud y sistemas de saneamiento público originaban que estas enfermedades se convirtieran nuevamente en serios problemas para la salud pública.

En 1995, durante la 48.^a Asamblea Mundial de la Salud se pidió la revisión del Reglamento Sanitario Internacional vigente desde 1969. Sin embargo, no es hasta la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud, en el año 2001 que se logró adoptar la Resolución sobre Seguridad Sanitaria Mundial: Alerta y respuesta ante epidemias (Resolución que reitera la revisión del Reglamento Sanitario Internacional y subraya la importancia de una política sanitaria coordinada y articulada ante las epidemias.). (Organización Mundial de la Salud, s.f. a)

Finalmente, en mayo de 2005, mediante la Resolución WHA 58.3 se adopta el Reglamento Sanitario Internacional vigente, Reglamento que entró en vigor el 2007. “El RSI fue acordado entre los Estados Miembros de la OMS por consenso, como un equilibrio entre sus derechos soberanos y el empeño común de prevenir la propagación internacional de las enfermedades.” (Organización Mundial de la Salud, s.f. a)

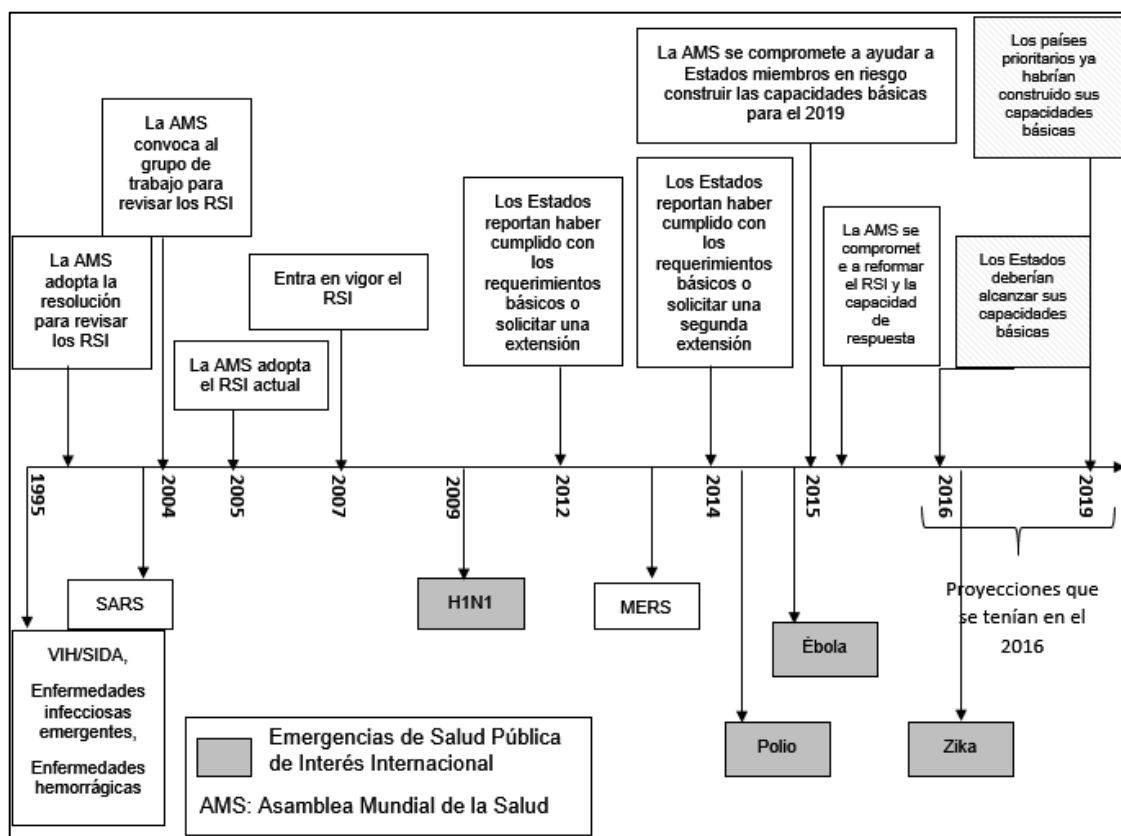


Figura 5. Línea de tiempo del Reglamento Sanitario Internacional. Fuente: Gostin, Katz (2016) *The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security*. Traducción propia.

Es a partir de la revisión del RSI en el 2005 que el enfoque del Reglamento cambia, no solo cuenta con un campo de acción más amplio⁴¹, sino además requiere de un mayor compromiso por parte de los Estados en la labor de vigilancia y reacción de las ESPII. Además, permite que otros actores se involucren en el proceso de vigilancia y notificación de brotes.⁴²

⁴¹ El propósito y alcance del RSI (2005) ya no se limita a la notificación de enfermedades específicas. En la actualidad, los Estados deben notificar a la OMS todos los eventos que puedan constituir emergencias de salud pública de importancia internacional de conformidad con el instrumento de decisión que figura en el Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional. (Organización Mundial de la Salud, s.f. b)

⁴² El RSI vigente comprende directrices y responsabilidades para los Estados miembros (a nivel regional y nacional), las ONG (u otras fuentes de información), la Organización Mundial de la Salud y la Comunidad Internacional.

En ese sentido, se considera al RSI como el instrumento neurálgico en la lucha mundial contra la propagación internacional de enfermedades”. (Reglamento Sanitario Internacional, 2007. Pág. 1) En tanto, el RSI es el marco normativo orientado a enfrentar las emergencias sanitarias a nivel global, también referidas como ESPII, trabajando como una herramienta que permite a los Estados darle cuidadosamente más peso a las recomendaciones de la OMS cuando se trata del tratamiento de amenazas a la salud pública. (Gostin *et al.*, 2016. Pág. 269)

El RSI busca 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, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional. (RSI, 2007) Al mismo tiempo, se les exige a los Estados ciertas capacidades que deben alcanzar y debido a ello, se someten a una evaluación periódica que evalúa el desarrollo de sus capacidades periódicamente⁴³.

Los Estados parte tienen la obligación de establecer Centros Nacionales de Enlace para el RSI (*National IHR Focal Points*), el establecimiento de una red de Centros Nacionales de Enlace es fundamental para la aplicación exitosa del RSI, en tanto, son quienes notifican a la OMS sobre eventos que puedan constituir una ESPII, así también proveen a la OMS de la información que la Organización requiera. (Artículos 6, 7 y 8 del RSI) A diferencia del RSI de 1969, el RSI vigente contempla otras fuentes de información procedentes de fuentes distintas a las de las notificaciones y consultas proveídas por los Centros Nacionales de Enlace. (Artículo 9 del RSI).

⁴³ Las capacidades básicas de los Estados (*core capacities*) son un conjunto de competencias que el RSI requiere de los Estados miembros a fin de que logren detectar, evaluar, notificar, reportar y responder a emergencias y riesgos de la salud pública.

La fecha inicial para la implementación de estas capacidades fue en junio de 2012 (solo 42 Estados de 193 declararon haber cumplido con los requerimientos), se otorgó una segunda ampliación a junio del 2014, para entonces solo 64 Estados cumplieron su compromiso, 81 Estados parte pidieron una extensión de dos años más. (World Health Organization, 2015)

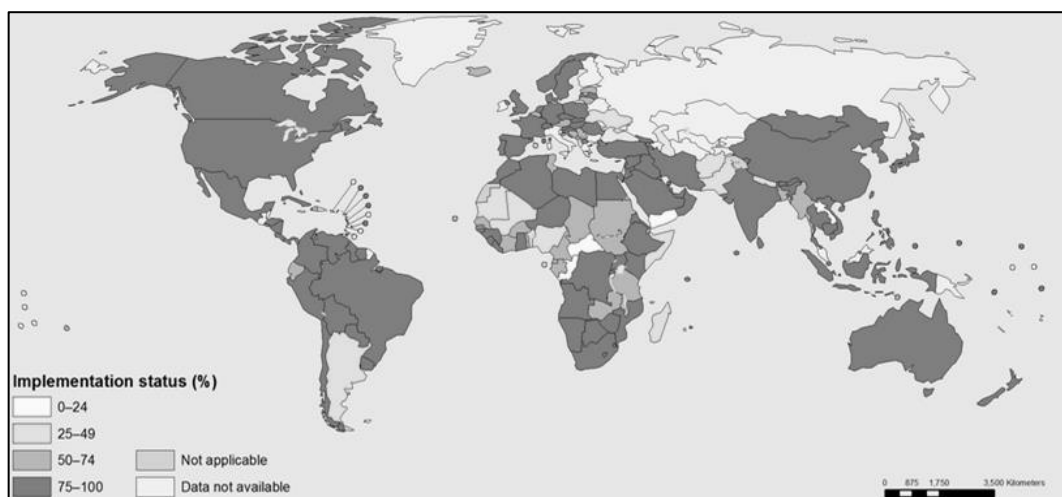


Figura 6. Estado del nivel de implementación de las capacidades básicas de los Estados miembros en el 2017. Fuente: Global Health Observatory IHR monitoring framework: IHR response core capacity implementation status, 2017. http://gamapservier.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_IHR_Monitoring_Response_2017.png

Como podemos apreciar de la Figura 6, para el 2017, una gran parte de Estados había implementado las capacidades básicas requeridas por la OMS en un porcentaje mayor al 75 %. Esta evaluación que la OMS dirige se encuentra dentro del Marco de Seguimiento y Evaluación del RSI (*IHR Monitoring and Evaluation Framework*) y consta de cuatro componentes:

- Informe anual de autoevaluación de los Estados parte/ *States Parties Self-Assessment Annual Reporting*
- Revisión posterior a la acción/ *After Action Review*
- Ejercicios de simulación/ *Simulation Exercises*
- Evaluación Externa Conjunta/ *Joint External Evaluation*

El único procedimiento obligatorio al que los Estados deben someterse en virtud del RSI es el *States Parties Self-Assessment Annual Reporting*. Por su parte, las *Joint External Evaluation* permiten a los Estados identificar las brechas más críticas dentro de sus sistemas de salud; priorizar las oportunidades para mejorar la preparación y la respuesta; e interactuar con donantes y socios actuales y potenciales para orientar los recursos de manera efectiva. (CDC, s.f.) En otras palabras, esta evaluación voluntaria es un mecanismo único que le permite a los Estados contar con un equipo oficial de la OMS en sus territorios a fin de ser

directamente evaluados y posteriormente asesorados a través de un reporte final que le permite a los Estados contar con una guía sobre la cual deben trabajar para cerrar las brechas identificadas.

En cuanto al procedimiento de declaración de una ESPII, el RSI contempla los lineamientos que deberán considerarse a fin de declarar oficialmente a un evento como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional. Según lo establecido por el Artículo 12 del RSI, el Director General de la OMS declarará si un evento constituye una ESPII tomando en cuenta lo siguiente:

- La información proporcionada por el Estado Parte;
- El instrumento de decisión contenido en el Anexo 2 del RSI (algoritmo de decisión para la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir una ESPII);
- La opinión del Comité de Emergencias;
- Los principios científicos, así como las pruebas científicas disponibles;
- Otras informaciones pertinentes; y
- Evaluaciones de riesgo para la salud humana, de propagación internacional de la enfermedad y de trabas para el tráfico internacional.

En principio, un evento será catalogado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) siempre y cuando cumpla con las consideraciones contenidas en el RSI, donde establece que un evento será declarado como ESPII si:

- Constituye un evento extraordinario
- Representa un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional
- Podría exigir una respuesta internacional coordinada

No obstante, el RSI prevé que, a efectos de la declaración de una ESPII, deberá conformarse un Comité de Emergencias convocado por el Director General de la OMS a fin de que lo asesore, en virtud del Artículo 48 del RSI, sobre: si un evento constituye una

emergencia de salud pública de importancia internacional; si procede declarar concluida una emergencia de salud pública de importancia internacional; y si procede formular, modificar, prorrogar o anular una recomendación temporal.

El Director General elegirá al grupo de expertos que componga este Comité, en función de las esferas de competencia y experiencia requeridas para un periodo de sesiones concreto y teniendo debidamente en cuenta el principio de la representación geográfica equitativa, conforme lo señala el segundo párrafo del Artículo 48 del RSI.

Desde la entrada en vigor del nuevo RSI se han identificado nueve eventos catalogados como ESPII que requirieron la conformación de un Comité de Emergencias, estos fueron:

- La pandemia de la Influenza A provocada por el H1N1 (2009-2010);
- El Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, MERS-CoV (2013-2015);
- La expansión internacional de la Polio (2014- hasta la actualidad);
- El brote del Ébola en África Occidental (2014-2016);
- El brote del virus del Zika (2016);
- La Fiebre Amarilla (2016);
- El noveno brote del Ébola en la provincia del Ecuador de la República Democrática del Congo (2018);
- El décimo brote del Ébola en las provincias de Ituri y Kivu del Norte en la República Democrática del Congo (2018- hasta la actualidad); y
- La pandemia en curso ocasionada por la COVID-19⁴⁴. (Mullen; *et al.*, 2020. Pág. 2)

⁴⁴ A efectos del presente trabajo, este evento no será desarrollado con la profundidad debida del caso, en tanto que la ESPII originada por la COVID-19 se encuentra actualmente en curso.

Cronología de la actuación de la OMS en el contexto de la COVID-19:

El 31 de diciembre, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notifica un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad. Posteriormente se determina que están causados por un nuevo coronavirus.

El 12 de enero del 2020, China hace pública la secuencia genérica del nuevo coronavirus.

Los días 22-23 de enero de 2020, fue convocado el Comité de Emergencias por el Director General de la OMS, en esta primera convocatoria los comisionados no llegan a un consenso y son convocados nuevamente el **30 de enero de 2020**, dos días después de notificarse los primeros casos de transmisión limitada del coronavirus entre seres humanos fuera de China. En esta ocasión el Comité de Emergencias llega a un consenso y recomienda al Director General que el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia

Actualmente, hasta finales del 2020, solo seis eventos han sido declarados como ESPII; en ese sentido, no todos los eventos que ocasionaron la conformación de un Comité de Emergencias resultaron en la declaración de una ESPII. Al respecto, Lucia Mullen *et al.* (2020) desarrollaron el siguiente trabajo: *An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Concern Designations*, donde se realiza un detallado examen del proceso de toma de decisiones del Comité de Emergencias en los últimos años, a fin de identificar los criterios que el Comité utiliza para declarar a una ESPII como tal.

Una de las principales conclusiones a la que las autoras llegan es que los presupuestos contenidos en el RSI no son condiciones que se encuentran siempre presentes para que el Comité de Emergencias declare a un evento como ESPII, sino además intervienen otros factores a ser considerados. Las autoras señalan que “el Comité de Emergencias no siempre requiere que las tres condiciones (contempladas en el RSI) deban estar presentes a fin de recomendar que debe declararse una ESPII”. (Mullen; *et al.* 2020. Pág. 7)

La declaración de una ESPII, en teoría, contempla aspectos técnicos; no obstante, algunos autores como David P. Fidler (2019) resaltan también los aspectos políticos que pueden apreciarse en torno a la declaración de un evento de tal envergadura.

La autoridad para declarar una ESPII otorga poder al Director General y a la OMS la capacidad de generar y orientar respuestas políticas, económicas, diplomáticas y de salud pública a eventos extraordinarios que amenazan a los estados a través de la propagación internacional de enfermedades y que requieren una respuesta internacional coordinada. La voluntad de los estados de otorgar tal poder a las organizaciones internacionales es rara en todas las áreas temáticas, no solo en la salud. (Fidler, 2019. Pág. 291)

internacional (ESPII), convirtiéndose en la sexta ESPII declarada por la OMS desde la entrada en vigor del RSI vigente.

El 3 de febrero, la OMS publica el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta de la comunidad internacional para ayudar a los Estados con sistemas de salud más frágiles a protegerse. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Como hemos podido apreciar de manera muy sucinta, la declaración de una ESPII es un proceso complejo, no se trata de un procedimiento simple que pueda ser activado fácilmente, pues además conlleva consecuencias que pueden afectar tanto el comercio como el libre tránsito de un país, aunque el RSI garantice la protección de estos aspectos.

En los últimos años, eventos relacionados a la expansión de enfermedades transmisibles infecciosas ha originado estados de alerta en muchas partes del mundo; la OMS, a pesar de sus limitaciones, ha enfrentado cada evento de manera particular y única. Cada uno de estos eventos nos deja lecciones importantes en el manejo de las ESPII y nos demuestra la peculiaridad de cada situación, pero también las similitudes que existen especialmente cuando se trata de la respuesta de los Estados afectados. Para tal efecto, en la siguiente parte analizaremos los siguientes eventos a fin de ilustrar nuestra premisa: el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), la Gripe pandémica (H1N1), el síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) y la enfermedad por el virus del Zika. Entre los cuales, cuatro fueron declarados como ESPII.

2.3.1. Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS)

El brote epidémico del SARS inicia a finales del año 2002, y es el primer brote epidémico más importante desde el brote del SIDA. Esta enfermedad demostró los efectos de vivir en un mundo cada vez más interconectado en el contexto de una enfermedad altamente contagiosa como es el SARS. En tanto que, “una vez que el SARS emergió en la zona rural de China, se expandió a 5 países en las 24 horas siguientes y a 30 países de 6 continentes en unos cuantos meses”. (Osterholm, 2005)

Según la cronología presentada por la OMS (2003), el 16 de noviembre de 2002, se dio a conocer el primer caso de neumonía atípica en la ciudad de Foshan, en la provincia de Guangzhou en China. El 10 de febrero del 2003, la OMS recibe un correo electrónico describiendo una extraña enfermedad que ya había dejado 100 personas muertas; no es hasta el 11 de febrero de 2003, que la OMS recibe los reportes del ministro de salud de China, reportando 300 casos y 5 muertes. (OMS, 2003)

Para marzo de 2003, ya se habían registrado casos en Hong-Kong, Vietnam, Singapur, Canadá, Alemania, Taiwán, Tailandia y Reino Unido; un total de 209 casos y 4 muertes. (OMS, 2003) La tasa de contagios aumentaba cada vez más a pesar de las medidas de aislamiento impuestas por algunos países. En ese contexto, en abril de 2003, la OMS presentó el concepto de *super-spreader*, a fin de explicar la expansión de la enfermedad, catalogando a una “enfermedad *super-spreader*” como un caso de origen que, por razones aún desconocidas, ha infectado a un gran número de personas. (Fidler, 2004. Pág. 89)

David P. Fidler (2004) relata cada etapa del desarrollo del SARS, en su libro *Governance and the Globalization of Disease*, donde ahonda cada etapa con detenimiento, desde la aparición de los primeros casos hasta las lecciones que dejó la crisis luego de pasados sus puntos más álgidos en el primer semestre del 2003. El autor resalta los desafíos que enfrentó la comunidad internacional respecto al manejo del SARS; por un lado, el reto inicial más grande fue la identificación del nuevo patógeno, en tanto, pasaron cerca de 6 meses (desde que el virus fue notificado formalmente) hasta que el virus estuvo completamente identificado; así también, hubo gran preocupación en cuanto a las formas de transmisión de este nuevo patógeno, que aún no resultaban totalmente claras.

El brote epidémico del SARS en Asia fue el evento que nos introdujo formalmente a las enfermedades del siglo XXI. No solo la gravedad de la enfermedad, sino el alcance que tuvo en apenas unos meses fue una alerta importante sobre la importancia de una respuesta rápida y coordinada por parte de los países ante un evento como este. Las consecuencias económicas y sociales fueron percibidas como una advertencia contundente a los efectos que una enfermedad de tal envergadura podría traer.

La emergencia del SARS fue un evento que encontró un sistema que no se esperaba que la aparición de un patógeno desconocido se expandiera tan rápido por otros países o continentes. En ese sentido, la respuesta internacional al SARS estuvo coordinada y liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la asistencia de la Red Global de Alerta y Respuesta a Brotes Epidémicos (GOARN), además de sus socios constituyentes integrados por 115 servicios nacionales de salud, instituciones académicas, instituciones técnicas e individuos. (Mackenzie, 2004)

En este contexto, cabe resaltar la labor de la Red Global de Alerta y Respuesta (GOARN), organismo que inició sus funciones unos años antes del brote epidémico del SARS, y ya se encontraba completamente implementada cuando el SARS emergió a finales del 2002; en tanto que, su rol fue determinante para el manejo de la crisis sanitaria. Esta iniciativa nace impulsada por las Organización Mundial de la Salud ante el inminente riesgo de la expansión de amenazas potencialmente epidémicas y la necesidad de crear una red de respuesta global. (World Health Organization, 2000)

Es así como gran parte del manejo de la enfermedad se debió no solo al despliegue de los esfuerzos de la OMS y el Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)⁴⁵, sino además de instituciones como la International Society for Infectious Diseases (ISID), a través del sistema de reporte electrónico ProMED-mail y la misma sociedad civil. La suma de los esfuerzos de los actores mencionados logró atraer la atención de la comunidad internacional y especialmente de la OMS hacia Guangzhou. Es menester destacar especialmente un episodio que ocurrió el 18 de febrero de 2003, cuando un mensaje móvil se extendió rápidamente: “Hay una gripe fatal en Guangzhou”. Este mensaje permitió atraer la atención no solo de los ciudadanos de Guangzhou, sino del mundo entero. (Pomfret, 2003. Citado por Fidler, 2004. Pág. 74)

Si bien es cierto que, durante el desarrollo del brote del SARS, aún no se encontraba vigente el RSI actual y por consiguiente tampoco el término ESPII; este coronavirus asociado con el SARS (SARS-CoV), así como la enfermedad que causó, crearon el pánico suficiente en la comunidad internacional. Emergiendo así, muchas preguntas que los científicos nunca habían enfrentado antes, pues no lograban comprender cómo exactamente este patógeno causaba morbilidad y mortalidad en los humanos. (Fidler, 2004) Este desconcierto generado por la comunidad científica, que además generó considerables niveles

⁴⁵ Esta red de alerta y emergencia de la OMS comenzó oficialmente sus funciones en el año 2000 y provee desde entonces a los Estados miembros de la OMS asesoría técnica dirigida a generar una respuesta eficaz y rápida ante eventos que constituyan emergencias sanitarias. El GOARN está compuesto de más de 250 instituciones técnicas y sus redes alrededor del mundo (entre las cuales se encuentra: la UNICEF, UNHCR, la Cruz Roja Internacional, Médicos sin Fronteras, entre otros). La principal función de esta Red es combatir la expansión internacional de brotes a través de una verificación rápida, identificación y comunicación de las amenazas orientada a generar una respuesta coordinada. (World Health Organization, 2000)

de pánico en la comunidad internacional, impulsó en cierta medida una comunicación fluida entre los centros de salud a nivel mundial.

En ese sentido, la construcción de redes globales de vigilancia y respuesta de la OMS permitió el despliegue de una colaboración sin precedentes entre centros de salud alrededor del mundo, quienes compartían información y experiencias sobre el diagnóstico y tratamiento del SARS. (OMS, 2003, Citado por Fidler, 2004. Pág. 81) Es así como a través de una comunicación fluida entre los centros de salud de Singapur, Taiwán y Vietnam; y mediante advertencias de viaje a lugares seleccionados, la OMS y el GOARN generaron que la crisis sanitaria producida por la enfermedad del SARS sea contenida.

Para el 2005, los funcionarios de salud habían clasificado el SARS en tres brotes conocidos: la epidemia mundial de más de 8.000 casos que comenzó en noviembre de 2002 y terminó en junio de 2003; el segundo brote de diciembre de 2003 a enero de 2004 que involucró una cepa más leve del virus y causó sólo cuatro casos; y los nueve casos relacionados con accidentes de laboratorio en China, Taiwán y Singapur entre marzo y mayo del 2004. (Yarley, 2005)

Aunque el brote del SARS logró ser contenido, este evento generó efectos no solo en los sistemas de salud, sino además en otras áreas susceptibles a los cambios de comportamiento de las personas como el comercio y el turismo. Un estudio de Jong-Wha Lee and Warwick J. McKibbin (2004), estimó que el costo en 2003 del SARS para la economía mundial en su conjunto fue cercano a USD 40 mil millones.

Así también, algunos autores resaltan la reacción tardía de los Estados ante los primeros casos de personas infectadas con un virus potencialmente patógeno. “El brote del SARS fue notificado a la OMS en febrero de 2003, aunque los primeros casos en China emergieron en noviembre de 2002. Es así como, China se permitió dos meses adicionales para finalmente permitir ingresar a los epidemiólogos de la OMS a Guangzhou”. (Gostin *et al.* 2016. Pág. 267) Por otra parte, para Fidler, “el patrón de comportamiento mostrado por China en la crisis del SARS y por otros Estados durante brotes anteriores sirve como una

evidencia fuerte del fracaso de la gobernanza internacional para la salud sobre enfermedades infecciosas desarrollada desde 1851”. (2004. Pág. 115)

La crisis sanitaria producida por el SARS demostró la necesidad de revisar el RSI, iniciativa que se venía impulsando desde hace algún tiempo a paso muy lento. Al momento de revisar los sucesos de este evento en particular notamos que El SARS hace de punto de quiebre en el manejo de emergencias sanitarias y la atención recae sobre la OMS como centro articulador de la reforma del Reglamento Sanitario Internacional.

Este brote y su manejo eficaz por parte de la OMS, mostraron de manera contundente la promesa de las reformas que la OMS buscaba en el proceso de revisión del RSI: un marco flexible que puede responder a eventos de enfermedades desconocidas de manera rápida y eficiente; la capacidad de la OMS para recopilar y utilizar información de vigilancia de fuentes no gubernamentales; la importancia de la capacidad de la OMS para emitir recomendaciones sobre gestión de brotes y la respuesta a los Estados miembros; la naturaleza crítica de las capacidades de vigilancia e intervención de la salud pública a nivel nacional; y, en general, la necesidad de una sólida autoridad y acción de la OMS frente a los riesgos para la salud pública de urgente preocupación internacional. (Fidler, 2005. Pág. 354)

2.3.2. Gripe A (H1N1) - Gripe pandémica (Brote de 2009)

La posibilidad de que se desate una pandemia a causa de la gripe ha estado presente por mucho tiempo. Al respecto, cabe señalar que existen varios tipos de gripe de origen zoonótico; sin embargo, son dos los virus que han ocasionado los brotes más grandes en los últimos años, el H1N1 y el H5N1, ambos son tipos de gripe A, los subtipos de gripe porcina y gripe aviar respectivamente. La gripe pandémica a la que hacemos referencia en esta sección estuvo ocasionada por la cepa del virus H1N1.

En los últimos 100 años, han ocurrido cuatro pandemias de influenza, la más severa de todas fue la registrada en 1918-19, causada por el mismo virus que ocasionó la pandemia del 2009, el H1N1. (CDC, 2017) La gripe estacional y la gripe pandémica han sido una amenaza latente a la salud pública global, habiéndose registrado frecuentemente pequeños brotes de influenza como en el 2004 (influenza H5N1) y en el 2013 (influenza H7N9).

La OMS ha venido creando marcos regulatorios que abordan esta amenaza en específico. Así, por ejemplo, en 1952, se creó la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe, actualmente conocido como el Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMRG por sus siglas en inglés), que acompañaría años más tarde al Marco de Preparación para una Gripe Pandémica de la OMS (PIP por sus siglas en inglés) como parte de la normativa relacionada al manejo de una posible gripe pandémica.

Es así como el 15 de abril de 2009 se detectó en el Estado de California en Estados Unidos el primer caso de infección en seres humanos por el virus influenza AH1N1; para el 18 de abril los primeros casos de infecciones por el nuevo virus de influenza H1N1 fueron reportados por los CDC a la Organización Mundial de la Salud. Unos días más tarde (25 de abril) la OMS declaró a la influenza H1N1 como emergencia de salud pública de importancia internacional y el 11 de junio la OMS declara estado de pandemia. (CDC, s.f. a)

Para el 26 de abril de 2009 había exactamente 38 casos reportados en Estados Unidos (20 casos) y México (18 casos); un mes después, el 27 de mayo de 2009, ya se registraban 13 398 casos en 48 países. (World Health Organization, s.f.) En este contexto, la influenza del H1N1 fue el primer evento donde se aplicó el RSI revisado (aprobado en el 2005 y entrado en vigor en el 2007); y también fue la primera pandemia declarada como tal en el siglo XXI.

El brote fue controlado rápidamente y para octubre del 2009, comenzó oficialmente en Estados Unidos, la Campaña Nacional de Vacunación contra la Influenza H1N1 2009 y para fines de diciembre de ese año, la vacunación contra la influenza H1N1 se había abierto a todo aquel que quería vacunarse. (CDC, s.f. a) Los principales actores en este evento fueron los CDC de Estados Unidos y la OMS, que actuaron rápidamente a fin de controlar el brote inicial de influenza. No obstante, la OMS, fue criticada por crear pánico social cuando había quedado claro que el virus no era altamente patógeno. Las críticas a la OMS estuvieron inicialmente dirigidas a la definición que, en aquel entonces, la OMS manejaba sobre las fases de la pandemia de la gripe, que se encontraban fuera del marco regulatorio del RSI.

(Gostin *et al.* 2016. Pág. 273) En tanto que, a pesar de estar vigente el RSI, la actuación de la OMS estuvo basada sobre todo en la declaración de niveles de alerta de pandemia⁴⁶.

Aún hoy, el peligro de que pueda emerger una gripe pandémica a gran escala se encuentra presente (como se ha mencionado en el Capítulo I, forma parte de las preocupaciones actuales de los Estados en el marco de la seguridad sanitaria); en ese sentido, se siguen impulsando propuestas dirigidas a reforzar el marco de vigilancia y respuesta de la OMS en el contexto de una potencial gripe pandémica.

Por ejemplo, en el 2011, fue emitido el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (the Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP)), adoptado en la 64.^a Asamblea General de la OMS a través de la Resolución WHA 64.5; otro de los documentos más importantes dentro del sistema de salud global dirigido a mejorar y fortalecer el compartimiento de virus de influenza con potencialidad de convertirse en pandemias humana; y también, aumentar el acceso a los países en desarrollo a vacunas y otros implementos relacionados con una pandemia.

2.3.3. Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS)

En el 2012, el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) generó ciertos niveles de alarma al tratarse de la emergencia de un nuevo virus potencialmente patógeno en la región de Medio Oriente. El 13 de junio del 2012, se detectó el primer caso de un paciente ingresado a un centro de salud de Arabia Saudita a causa de un nuevo coronavirus MERS-CoV. Un hombre de 60 años fue admitido en un hospital en Jeddah, Arabia Saudita presentando fiebre, tos, expectoración y dificultad para respirar; después de 11 días el paciente falleció, tras presentar neumonía aguda y posterior insuficiencia renal. Más tarde se comprobaría que se trataba de un nuevo coronavirus. (Zaki *et al.*, 2012)

⁴⁶ Los niveles de alerta de pandemia comprenden seis niveles. La fase 6 confirma que nos hallamos ante una pandemia, según la definición de la OMS.

Tres meses después de la hospitalización del paciente en Jeddah, se informó que un segundo paciente con antecedentes de viaje a Arabia Saudita, que había sido trasladado de un hospital en Qatar a un hospital en Londres, estaba infectado con el mismo virus. (Zika *et al.*, 2012) En así que, la primera alerta a la OMS fue dada por las autoridades británicas en septiembre de 2012, cuando un hombre de origen qatarí ingreso al territorio británico con un cuadro de infección respiratoria e insuficiencia renal.

Durante la estadía del primer paciente en el hospital saudí, el virólogo Ali Zaki, envió muestras de sangre y esputo del paciente al Ministerio de Salud de Arabia Saudita, pero las pruebas de influenza y otros virus dieron negativo. Zaki luego envió muestras al Centro Médico Erasmus en los Países Bajos, que identificó al culpable como un nuevo coronavirus. El 20 de septiembre, Zaki hizo circular la noticia del descubrimiento a través del correo ProMED, y con esta información, los médicos de Londres pronto diagnosticaron una infección por MERS en un paciente de Qatar que había viajado a Arabia Saudita. (Fidler, 2013)

Aunque los primeros casos se reportaron en el 2012, las tasas más altas de contagios ocurrieron en el primer semestre del 2014, cuando se registraron un poco más de 130 casos nuevos solo en Arabia Saudita, el país con más casos registrados. No obstante, el virus se había propagado a otros países de la región como: Emiratos Árabes Unidos, Jordania, Omán, Qatar, Kuwait, Irán y Líbano. (Organización Mundial de la Salud, s.f d) Así también a mediados del 2014, el ministro de Salud de Arabia Saudita señaló que hubo 113 casos y 92 muertes que no se reportaron en su momento, lo que originó críticas hacia el gobierno saudí en el manejo de la crisis que para el momento ya registraba (incluidos los casos recién declarados) 689 casos y 283 muertes. (CBC, 2014)

En ese sentido, el Comité de Emergencias convocado por la entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud, se reunió en 10 ocasiones desde el 9 de julio de 2013 hasta julio de 2015, concluyendo que las condiciones para declarar a este evento como una ESPII no estaban dadas. (Organización Mundial de la Salud, s.f. c) A diferencia de los eventos anteriores al MERS, la participación de la OMS fue más cauta, especialmente si la comparamos la actuación de la Organización en el marco de la influenza AH1N1.

A pesar de que el Comité de Emergencias nunca llegó a declarar el evento como una ESPII, la emergencia y propagación del MERS abrió debates relevantes referidos a la propiedad intelectual del material genérico de los virus; así también, nos introducía a un nuevo coronavirus 10 años después de la emergencia del SARS.

Luego de publicados los hallazgos por Zaki y el Centro Médico Erasmus, Erasmus comenzó a compartir muestras de coronavirus con otros laboratorios de todo el mundo en virtud de un Acuerdo de transferencia de material (MTA), que es un contrato que se usa comúnmente cuando los laboratorios comparten patógenos. También había solicitado una patente en los Países Bajos sobre la secuencia genética del nuevo coronavirus. Con esa patente, Erasmus planeó facilitar el posible desarrollo de diagnósticos, vacunas o medicamentos antivirales para MERS. (Fidler, 2013)

Para el gobierno de Arabia Saudita, el virólogo Zaki había actuado en desmedro de los derechos saudíes sobre el material genético del nuevo coronavirus al compartirlo con el Centro Médico Erasmus. No obstante, el Centro Médico señaló que la secuencia genética del virus no se llegó a patentar, sino que se compartió mediante un contrato MTA (Material Transfer Agreement). (Garret, 2013)

La actuación del gobierno saudí fue observada en su momento especialmente por rechazar ayuda internacional y evitar impulsar o compartir los resultados de estudios sobre nuevas muestras del virus. Este último punto, estuvo relacionado a la sensibilidad generada por el intercambio de material genético del virus al Centro Médico Erasmus. Una discusión similar tuvo lugar en Indonesia debido al brote del virus de influenza H5N1 en 2006, donde Indonesia clamó “soberanía viral” (*viral sovereignty*) sobre sus muestras. (Youde, 2015. Pág. 135)

Cabe señalar, además que, si bien el MERS no fue declarado como ESPII, los procedimientos de notificación del brote se dieron dentro de los lineamientos del RSI revisado en 2005 y entrado en vigor en el 2007. Sin las reformas realizadas al RSI, el gobierno británico no hubiera estado en la obligación de reportar la infección del hombre qatari a la OMS. (Youde, 2015. Pág. 124) La flexibilidad que adquiere el RSI con las reformas realizadas en el 2005 obliga a los Estados a informar sobre cualquier brote que

suponga un evento extraordinario a la OMS y además permite a la OMS recibir información de agentes no gubernamentales, pudiendo ser ONG, laboratorios privados o la prensa.

2.3.4. Enfermedad por el virus del Ébola (EVE) (Brote de 2014)

La enfermedad por el virus del Ébola, conocida anteriormente como Fiebre Hemorrágica del Ébola no es una afección nueva en África. Los primeros brotes infecciosos del virus del Ébola se remontan a 1976, con un brote en la ciudad de Yambuku en el entonces Zaire (actualmente la República Democrática del Congo). (Garrett, 2015) A pesar de una reducción en la tasa mortalidad de la enfermedad comparada con brotes anteriores, aún no existe una vacuna contra el virus. Actualmente se cuenta con una vacuna experimental (*rVSV-ZEBOV*)⁴⁷ que ya ha sido usada en la población durante el brote registrado en 2018-2019 en la República Democrática del Congo.

A partir de 1976, se vinieron registrando casos esporádicos del virus del Ébola, especialmente en África central, los brotes más grandes se registraron en 1995, en la RDC (315 casos y 254 muertes confirmadas) y en el 2000 en Uganda (425 casos y 224 muertes confirmadas). Sin embargo, el brote registrado en el 2014-2016 en África occidental fue el más grande y complejo brote del Ébola desde que fue descubierto. En tanto que, hubo más casos y muertes que en pasados episodios registrados de la enfermedad (28,610 casos registrados entre Sierra Leona, Liberia y Guinea). Además, se registraron pequeños brotes en Nigeria, Mali, Senegal, EE. UU., Reino Unido, España, Italia y la RDC. (Organización Mundial de la Salud, 2020a)

El brote del 2014-2015, inició en las localidades de Guéckédou y Macenta, en la región de Nzérékoré en Guinea, donde el 10 de marzo de 2014, hospitales y centros de salud de la región alertaron al Ministerio de Salud de Guinea y dos días después a Médicos sin

⁴⁷ En octubre de 2019, el director general de la OMS, Dr. Tedros Adhanom declaró que “la autorización de comercialización en ciertas condiciones de la primera vacuna mundial contra el virus del Ébola es un triunfo para la salud pública y testimonio de la colaboración sin precedentes entre decenas de expertos de todo el mundo”. (OMS, 2019a)

Durante el brote del Ébola 2018-2019, más de 236 000 personas han recibido dosis de *rVSV-ZEBOV-GP* donadas por Merck a la OMS, incluidos más de 60 000 trabajadores sanitarios y de primera línea en la República Democrática del Congo y en Uganda, Sudán del Sur, Ruanda y Burundi. (OMS, 2019a)

Fronteras sobre *clusters* de una enfermedad no identificada. (Baize *et al.*, 2014. Pág. 1418) Según la cronología presentada por un estudio presentado por el New England Journal of Medicine (Baize *et al.*, 2014), el primer caso registrado es un niño de dos años que presentó fiebre y vómitos (2 de diciembre de 2013) y murió el 6 de diciembre de 2013, los siguientes casos registrados fueron, la hermana, madre y abuela del niño que murieron el 29, 13 de diciembre de 2013 y el 1 de enero de 2014, respectivamente. (Pág. 1422)

En mayo de 2014, luego de haber sido identificado el virus del Ébola como causante de los decesos en Guinea a finales del 2013, una investigación retrospectiva de la OMS rastreó los primeros 14 casos en detalle. (Organización Mundial de la Salud, s.f. e) El 6 de agosto de 2014, el Comité de Emergencias se reúne por primera vez y advierte lo siguiente:

- El brote por el virus del Ébola en África occidental constituye un "acontecimiento extraordinario" y un riesgo para la salud pública de otros Estados;
- Las posibles consecuencias de una mayor propagación internacional son particularmente graves en vista de la virulencia del virus, los patrones intensivos de transmisión comunitaria y de los establecimientos de salud, y los sistemas de salud débiles en los países actualmente afectados y en mayor riesgo; y
- Se considera esencial una respuesta internacional coordinada para detener y revertir la propagación internacional del Ébola. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Finalmente, la OMS declaró el 8 de agosto de 2014 al brote del Ébola como una ESPII. No obstante, algunos calificaron esta acción como muy tardía, esta percepción empeoró con el tiempo, en tanto, documentos filtrados de la OMS revelaron que las decisiones de la entidad fueron altamente políticas y poco transparentes. (Gostin *et al.*, 2016. Pág. 274)

Respecto al manejo del evento, se reportó que el Ébola fue alertado en un primer momento como una causa de preocupación internacional por la organización Médicos sin

Fronteras, quienes advirtieron en junio de 2014, sobre un brote del Ébola fuera de control en África occidental. Para el momento del informe, habían registrados ya 400 decesos por la EVE. (Washington Post, 2014) Uno de los comentarios más recurrentes respecto al manejo de crisis sanitaria producida por el EVE del 2014-2015 se encuentra referida a ese reporte y como fue emitido antes que la OMS se pronunciara respecto a la gravedad de la enfermedad.

La crisis sanitaria producida por el Ébola no solo puso en evidencia las brechas existentes en la salud pública en el continente africano, sino además se percibió una aparente falta de liderazgo de la OMS en la región africana al tardar en pronunciarse respecto a una enfermedad que parecía salirse de control. Es así como la crisis sanitaria ocasionada por el Ébola reabrió el debate sobre las brechas dentro del sistema de gobernanza global y la aplicación del RSI.

Además, se calificó de insuficiente el desempeño de la oficina regional de la OMS en Brazzaville, quienes el 25 de abril reportaron que la crisis se encontraba bajo control, lo cual fue repetido por el presidente de Guinea, Alpha Condé durante una visita a Ginebra en mayo de ese año. (Garrett, 2015) Algunos autores señalan que la declaración del Ébola como una ESPII estuvo apoyada sobre todo en los esfuerzos de la comunidad internacional de mantener la epidemia en control, pero no antes de reclamar más de 11,300 vidas. (Gostin *et al.*, 2016. Pág. 274)

A finales del 2015, dos grupos de expertos, uno independiente (*The Harvard-LSHTM Independent Panel on Global Response to Ebola*) y otro convocado por la OMS (*The WHO's Ebola Interim Assessment Panel*) expidieron una lista de recomendaciones relacionadas al manejo del brote epidémico de la EVE. Donde se observa que las críticas más contundentes fueron expuestas por parte del Panel independiente que remarca especialmente la demora, de 5 meses, de la OMS en declarar al Ébola como una ESPII.

El papel de la OMS fue ampliamente comentado en ambos informes, donde identificaron problemas de gobernanza interna en la organización, problemas que resultaron en una actuación un tanto deficiente. Puesto que, para el Panel independiente, una gobernanza efectiva de este complejo sistema global requiere un liderazgo político de alto nivel y una

OMS más centrada y financiada apropiadamente, y cuya credibilidad sea restaurada a través de buenas reformas de gobernanza y liderazgo asertivo. (Moon *et al.*, 2015. Pág. 2217)

Además, el informe del Panel independiente resalta un aspecto que ha venido siendo tratado por algunos sectores, durante ya un tiempo y se encuentra referido al desenfoque de la OMS de sus funciones primigenias como la del control de enfermedades infecciosas. El informe señala que, la OMS debería enfocarse solo en cuatro funciones básicas: apoyar a la capacidad nacional de construir a través de consejos técnicos; generar respuestas tempranas y rápidas; y ofrecer asesoramiento sobre brotes infecciosos. (Moon *et al.*, 2015. Pág. 2216)

Por otro lado, el informe generado por el Panel convocado por la OMS – Ebola Interim Assessment Panel- (Stocking *et al.*, 2015) divide sus recomendaciones en 4 partes: el manejo del RSI; la capacidad de respuesta ante emergencias de la OMS, y el rol y modelo de cooperación entre los sistemas humanitarios de salud de la OMS. Entre las recomendaciones se destaca: La necesidad de revisar nuevamente el RSI y que se incluya un nivel intermedio de alerta antes de declarar a un evento como ESPII; así también se hace referencia a la necesidad de un programa unificado de emergencias sanitarias; asimismo, se señala la necesidad de la unificación de sistemas humanitarios y de salud de la OMS, donde exista una cooperación estrecha entre la respuesta humanitaria y el RSI.

De manera similar que, en los casos anteriores, la actuación del Estado donde emergió el brote del virus fue especialmente comentada. En ese sentido, comienza a ser evidente que el RSI falla en advertir la politización que pueda generarse en el proceso de declaración de una ESPII, un aspecto que es inherente a cualquier proceso que involucre la participación de actores gubernamentales.

Usualmente se compara el desarrollo de la emergencia sanitaria en África con otros eventos como el MERS, donde se encuentra que la demora en la presentación de informes y/o la falta de transparencia y cooperación son ejemplos percibidos tanto en África Occidental durante el brote del Ébola como en Arabia Saudita durante el MERS.” (Gostin; Katz, 2016. Pág. 279)

Los gobiernos han fallado en compartir información pertinente acerca los viajeros internacionales, ya sea desafiando sus obligaciones internacionales o simplemente debido a la confusión sobre la privacidad del paciente, a pesar de la guía contenida en el artículo 45 [...] Los gobiernos tienen razones económicas para retener o retrasar el intercambio transparente de información. Temen que una vez que hayan revelado un brote de una nueva infección, otros gobiernos y actores privados puedan imponer restricciones de viaje y comercio con graves consecuencias económicas (Gostin; Katz, 2016. Pág. 279)

Una de las observaciones más recurrentes sobre el desarrollo de esta crisis sanitaria se concentra en como los sistemas sanitarios débiles del África occidental agravaron aún más el escenario. Por poner un ejemplo, el brote en Liberia estuvo caracterizado por la falta de personal médico y de recursos (de manera similar a Guinea y Sierra Leona). Liberia tuvo que ser capaz de cambiar el rumbo de la epidemia sin la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola, la ayuda militar de los EE. UU., o los cientos de millones de dólares prometidos, provenientes del financiamiento del Banco Mundial. En tanto, esta ayuda llegó a finales del 2015, cuando lo peor de la crisis ya había pasado. (Garrett, 2015)

La crisis sanitaria del Ébola fue el ejemplo más cercano sobre el manejo de una crisis sanitaria en una región sin las capacidades suficientes para enfrentar un evento de esta magnitud y al mismo tiempo, una comunidad internacional que no logró articularse a tiempo. Esta crisis se originó casi 10 años después de haberse revisado el RSI y demostró que el RSI ya no satisfacía las necesidades actuales en materia de manejo de emergencias sanitarias. Pues ya no se encontraba acorde al actual comportamiento de los Estados en un mundo más interconectado ni de las propias poblaciones ni de la manera como se transmitían estos nuevos patógenos.

A nivel de gobernanza global para la salud, la ESPII del Ébola del periodo 2014 - 2016, originó iniciativas como: el Servicio de Financiamiento de Emergencia para Pandemias (Pandemic Emergency Finance Facility), establecido en el 2016 por el Banco Mundial y la publicación del Blueprint Priority Disease List por la OMS en el 2016 y actualizada en el 2018, la cual contiene una lista oficial de los patógenos prioritarios para la organización. (Gouglas; Chistodoulou; Plotkin et al., 2019. Pág. 29) Así también el gobierno

de los Estados Unidos impulsó iniciativas como la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial que será tratada más adelante.

2.3.5. Brote de la enfermedad por el virus del Zika

El primer aislamiento del virus del Zika se realizó en abril de 1947 a partir del suero de un mono enjaulado en el bosque Zika en Uganda. (Dick *et al.*, 1952) A partir de entonces, el virus fue identificado en otras áreas como Tanzania, y a lo largo del siglo XX, se expandió a otras regiones de África, América, Asia y el Pacífico, ocasionando casos esporádicos.

El registro del primer brote a gran escala ocurrió en el 2013 en la Polinesia Francesa y el segundo se registró en marzo de 2015 en Brasil, en este último brote se reportó, por primera vez, una aparente relación entre la enfermedad por el virus del Zika y la microcefalia. (OMS, 2018a) Ambos brotes afectaron a la región de América Latina, pero en distintas dimensiones. Respecto al brote del 2013, el 3 de marzo de 2014, las autoridades de salud chilenas confirmaron la detección de transmisión autóctona de la infección por el virus del Zika en la Isla de Pascua desde febrero de 2014, coincidiendo con el brote del 2013 confirmado en las Islas del Pacífico; no obstante, se detectó la presencia del virus solo hasta junio del 2014. (Panamerican Health Organization, 2016)

Casi un año después, el 11 de febrero de 2015, las autoridades brasileñas respondieron a una consulta hecha por la OPS, donde se confirmó la existencia de *clusters* de casos de exantema⁴⁸ en el Estado de Maranhao donde, además, hasta el 22 de enero, se habían reportado 45 casos de síndrome febril agudo⁴⁹ en el municipio de Caxias. Casi tres meses más tarde, el 29 de abril de 2015, las autoridades sanitarias de Brasil confirman la emergencia de nuevos casos del virus del Zika. (Panamerican Health Organization, 2016)

Semanas después, el 7 de mayo, la OPS lanzó una alerta epidemiológica describiendo la infección y dando recomendaciones a los Estados miembros de incrementar sus sistemas

⁴⁸ El exantema es una erupción de la piel, acompañada de cuadros de fiebre; es usualmente una manifestación dermatológica en casos de enfermedades arbovirales como el Zika.

⁴⁹ El síndrome febril agudo es una elevación de temperatura mucho más de lo normal, que pueden ser el indicio de una enfermedad aguda infecciosa.

de vigilancia. (Panamerican Health Organization, 2016) El Zika, hasta ese momento no había representado una amenaza a la seguridad sanitaria de gran preocupación; puesto que se le consideraba una afección similar al Dengue y Chikungunya. Sin embargo, la peculiaridad del brote del 2014- 2015 del virus del Zika gira en torno a la relación de la enfermedad con otras afecciones neurológicas.

En ese sentido, se fue incrementando el estado alerta de la comunidad internacional, cuando a inicios de julio de 2015, las autoridades sanitarias brasileñas reportaron una aparente asociación de complicaciones neurológicas con una enfermedad eruptiva (de la piel) en el Estado de Bahía; además, el 17 de julio, el Departamento de Salud del Estado de Bahía reportó 101 casos de complicaciones neurológicas solo ese año. (Panamerican Health Organization, 2016) Aproximadamente 6 meses después, el 1 de febrero de 2016, el Comité de Emergencias recomendó que se declare que el *cluster* reciente de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en el Brasil (similar *cluster* en la Polinesia francesa en el 2014) constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII); es así como la Directora General de la OMS declara al Zika como un evento que constituye una ESPII. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

La declaración del Zika como ESPII estuvo sostenida sobre todo por los efectos de la enfermedad especialmente en mujeres embarazadas; en tanto que, esta declaración fue hecha basándose en las causas desconocidas de las *clusters* con microcefalia, síndrome de Guillain-Barré y otras enfermedades neurológicas posiblemente relacionadas con el Zika. (Heymann *et al.*, 2016. Pág. 719) Más tarde, se publicaron investigaciones al respecto, una de ellas publicada por el New England Journal of Medicine encontraba una persistencia del virus del Zika en el cerebro fetal (posiblemente debido al medio inmunológicamente seguro para el virus)⁵⁰. (Mlakar, 2016)

Para mayo del 2016, ya se habían registrado casos en Colombia, Surinam, el Salvador, Paraguay, México, Panamá, Honduras, Haití, Nicaragua, Costa Rica, EE. UU.,

⁵⁰ Un estudio publicado por el New England Journal of Medicine (Mlakar, 2016) presentó un caso de transmisión vertical de ZIKV en una mujer probablemente infectada por ZIKV en el noreste de Brasil al final del primer trimestre de embarazo.

Argentina, Cuba, Perú y Puerto Rico, además de otros territorios en el Caribe. (Panamerican Health Organization, 2016) En ese contexto, una de las principales acciones de la Organización Panamericana de la Salud como Oficina Regional para las Américas de la OMS fue la presentación de un Plan de Respuesta Estratégica al Virus del Zika que contemplaba lineamientos orientados a fortalecer las capacidades de los gobiernos en la detección, prevención, atención y apoyo, e investigación de la enfermedad. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Si comparamos los motivos que acompañaron a la declaración de la enfermedad por el virus del Zika como ESPII y la declaración de la EVE, tenemos que, por un lado, la EVE fue declarada como ESPII en el 2014 por lo que ya se sabía sobre la enfermedad (ya se tenía información sobre la alta tasa de mortalidad y los medios de transmisión de esta); mientras que el Zika fue declarado como tal por lo que aún no se sabía sobre la misma (especialmente en referencia al incremento en casos de microcefalia y otras enfermedades neurológicas en recién nacidos; y su relación con la propagación de la enfermedad). (Heymann *et al.*, 2016. Pág. 720)

Asimismo, en el trabajo de Mullen *et al.* (2020) se resalta puntualmente como en el caso del Zika, la insuficiencia de información de la enfermedad es citado como un factor que hace que el evento califique como extraordinario. No obstante, cabe señalar que, este criterio no fue acogido en el caso del MERS, donde se trataba de un nuevo coronavirus altamente patógeno del que no se conocía nada sino hasta el brote del 2012. Así también, se aprecia que en la reunión del Comité de Emergencia que recomendó la declaración del Zika como ESPII, no se mencionó explícitamente un riesgo de propagación internacional ni la necesidad de una respuesta internacional coordinada (dos condiciones contenidas en el RSI para la declaración de una ESPII). (2020, Pág. 7)

2.4. Mecanismos e iniciativas en el manejo de ESPII

Los mecanismos e iniciativas en el ámbito de la GGS son alternativas frecuentes para impulsar una agenda específica de salud global. Usualmente parten de iniciativas impulsadas por actores que participan en el sistema de la GGS como la OMS, la Fundación Gates, el Banco Mundial, entre otros.

En esta oportunidad desarrollaremos dos iniciativas relacionadas con el control de enfermedades transmisibles infecciosas. Por un lado, la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (impulsada por el gobierno de los Estados Unidos de América) y, por otro lado, la Junta de Vigilancia Mundial para la Preparación (impulsada por la OMS y el Banco Mundial).

2.4.1. La Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial

La Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (GHSA por sus siglas en inglés) articula los esfuerzos del sector gubernamental, el sector privado y otras organizaciones no gubernamentales en materia de salud global, en sus esfuerzos para hacer frente a enfermedades infecciosas que puedan suponer una amenaza a la seguridad sanitaria mundial. En este sentido, la GHSA también busca articular los esfuerzos de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal, y el Banco Mundial para enfrentar amenazas que pongan en peligro la seguridad sanitaria.

La GHSA se encuentra construida sobre tres pilares: prevenir epidemias prevenibles; detectar amenazas temprano; y responder de manera rápida y efectiva. (CDC, 2016) Asimismo, se presenta como un foro que permite a un país u organización participar activamente con otros socios comprometidos en todo el mundo para desarrollar e implementar mecanismos dirigidos a contribuir en el fortalecimiento de las capacidades de los Estados. Los miembros contribuyen y se benefician de las herramientas, las lecciones aprendidas, las redes y otros recursos que reúne esta coalición, mientras trabaja hacia objetivos comunes que se alinean con los de otros esfuerzos de seguridad sanitaria global. (GHSA, 2018)

La GHSA fue lanzada en el 2014 por la administración del presidente Barack Obama como una iniciativa multilateral y multisectorial dirigida a reforzar las capacidades globales de prevenir, detectar y responder en el marco de una emergencia sanitaria. (The White House, 2015) La GHSA trabaja muy de cerca con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, (CDC)), una agencia estatal que

forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, dedicada exclusivamente a la salud pública y seguridad sanitaria de los ciudadanos de los Estados Unidos⁵¹. Actualmente trabaja con 31 Estados⁵², en virtud de los objetivos planteados por la GHSA. Estos objetivos se encuentran divididos en 11 Paquetes de Acción.

Los Paquetes de Acción son grupos de trabajo que están dirigidos por expertos técnicos de los países miembros de GHSA y socios que trabajan en colaboración para desarrollar e implementar iniciativas para implementar el Reglamento Sanitario Internacional. (GHSA, s.f.) En virtud de su marco estratégico: Global Health Security Agenda 2024, la GHSA presenta a los Paquetes de Acción como una manera de proveer a los Estados un mecanismo donde puedan hacer compromisos específicos y tomar roles de liderazgo en el marco de la ejecución de la GHSA.

En el marco estratégico de la GHSA al 2024, la GHSA se plantea alcanzar 5 objetivos estratégicos para el 31 de diciembre de 2023:

- Promover iniciativas, instrumentos y marcos internacionales relevantes para la seguridad sanitaria;
- Aumentar el apoyo financiero de los socios nacionales e internacionales para fortalecer y mantener las capacidades para prevenir, detectar y responder a los brotes de enfermedades infecciosas, incluido el fortalecimiento del sistema de salud;
- Fortalecer y apoyar la participación y el compromiso multisectoriales con la seguridad sanitaria;

⁵¹ A pesar de ser una agencia nacional estadounidense, la labor de los CDC se despliega a distintas partes del mundo. Para ello, la CDC está compuesta por: El Centro de Salud Global (the Center for Global Health) ; El Centro Nacional para las Enfermedades Emergentes y las Enfermedades Infecciosas Zoonóticas (the National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases); el Centro Nacional para la Inmunización y las Enfermedades Respiratorias (the National Center for Immunization and Respiratory Diseases); y el Centro de Preparación y Respuesta (the Center for Preparedness and Response). Estos centros se alinean con su su objetivo de asegurar la salud global y la preparación doméstica; eliminar las enfermedades, y acabar con las epidemias, lineamientos establecidos en el “Marco Estratégico y de Prioridades de los CDC”

⁵² Bangladesh, Burkina Faso, Camboya, Camerún, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Etiopía, Georgia, Ghana, Guinea, Haití, India, Indonesia, Jordania, Kazajstán, Kenia, Laos, Liberia, Malasia, Malí, Mozambique, Pakistán, Perú, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, Tanzania, Tailandia, Uganda, Ucrania, Vietnam y el CARICOM.

- Mejorar el intercambio de mejores prácticas y lecciones aprendidas, y apoyar el uso y desarrollo, según sea necesario, de herramientas y mecanismos relevantes; y
- Fortalecer la responsabilidad de todos los miembros bajo GHSA. (GHSA, 2018)

La GHSA actualmente cuenta con un Grupo Directivo que guía las acciones de la GHSA, se encuentra conformado por Estados miembros del mecanismo. Además, cuenta con financiamiento de dos fuentes principales: El gobierno de los Estados Unidos y El Global Health Security Agenda Consortium (GHSAC), que es un colectivo voluntario y abierto de entidades no gubernamentales que se dedican a la implementación de GHSA y a promover el cumplimiento de las leyes y acuerdos internacionales de salud. (CDC, 2019)

En cuanto a su relación con la OMS, la GHSA reconoce a la Organización como uno de sus asesores permanentes de su Grupo Directivo, proporcionando asesoramiento para facilitar la alineación con los esfuerzos multilaterales de seguridad sanitaria apoyados por estas organizaciones. (GHSA, 2018) No obstante, para algunos autores, como Bloom *et al.* (2019. Pág. 7) las responsabilidades de la GHSA se superponen con las asignadas a la OMS, en el marco del RSI; añadiendo una mayor complejidad al sistema de salud global.

La GHSA emerge, así como una propuesta impulsada por un actor estatal a fin de facilitar los flujos de financiamiento hacia iniciativas dirigidas a reforzar las capacidades de los Estados en el marco del RSI. La dirección que toman las acciones del GHSA se encuentran direccionadas por su Grupo Directivo compuesto por 15 miembros, 10 permanentes y 5 rotativos. Entre sus miembros permanentes se encuentra representado el GHSAC y el sector privado a través de una mesa redonda del sector privado (PART por sus siglas en inglés). (GHSA, s.f. a) De esta manera, la GHSA brinda representación efectiva tanto al sector estatal como al sector privado.

2.4.2. La Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación

La Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (GPMB, por sus siglas en inglés) es una iniciativa impulsada por el Banco Mundial y la OMS. Nace como un órgano

independiente de vigilancia y promoción, cofundado por ambas organizaciones, la GPMB es una respuesta directa a las recomendaciones formuladas en 2017 por el Equipo de Tareas sobre las Crisis Sanitarias Mundiales (Global Health Crises Task Force). (Banco Mundial, 2020)

La GPMB cuenta con una Secretaría, que apoya a la Junta en su trabajo de seguimiento y promoción, que además funciona dentro de la Organización Mundial de la Salud; por lo tanto, sus operaciones siguen las reglas, los reglamentos y los procedimientos de la OMS. No obstante, la Secretaría trabaja de forma independiente y mantiene comunicación constante con los copresidentes de la GPMB. (GPMB, s.f.) Esta iniciativa fue bienvenida por la comunidad internacional, en tanto, como lo señala Bloom *et al.* (2019. Pág. 7), la conformación del GPMB representa un paso positivo en términos de reforzar el alcance y la eficacia de la OMS en el área de preparación y respuesta ante brotes y epidemias.

La GPMB fue creada con el objetivo de monitorear los esfuerzos de los actores internacionales en torno a la salud global; en tanto que, la GPMB busca mejorar la coordinación y la capacidad global en general a través de un proceso de supervisión constante y recomendaciones del más alto nivel. Al respecto, la labor de la GPMB se encuentra concentrada en: destacar las brechas críticas en la preparación (cooperación entre los actores clave); identificar mecanismos potenciales para abordar tales brechas; y movilizar su influencia con los líderes y los formuladores de políticas para aumentar las actividades de preparación y la apropiación a nivel mundial, nacional y comunitario. (GPMB, s.f. a)

El aporte más importante de la GPMB es el Informe Anual sobre la Preparación Mundial para Emergencias Sanitarias, donde plasma las recomendaciones que venido trabajando, estas recomendaciones y comentarios van dirigidos a la comunidad internacional en general desde tomadores de decisiones hasta donantes. Como parte de su último informe emitido en el 2019, se desprenden siete medidas urgentes que la GPMB considera necesarias para preparar el mundo ante las emergencias sanitarias⁵³:

⁵³ Las siete medidas urgentes presentadas por la Junta, para preparar al mundo ante emergencias sanitarias enfocadas en “Riesgos biológicos que se manifiesten como epidemias o pandemias”, examinan

- Los jefes de gobierno deben comprometerse e invertir, deben dedicar una partida prioritaria de los recursos domésticos y los gastos ordinarios a la preparación;
 - Los países y las organizaciones regionales deben dar el ejemplo, entre estos se considera a los Estados miembros del G7, G20 y G77, así también a las organizaciones intergubernamentales que deben cumplir con sus compromisos políticos y financieros adquiridos con respecto a la preparación;
 - Todos los países deben construir sistemas sólidos, mediante la coordinación a nivel nacional;
 - Los países, los donantes y las instituciones multilaterales deben prepararse para lo peor, deben poner en marcha un sistema para compartir de inmediato las secuencias genómicas de todo patógeno nuevo con fines de salud pública;
 - Las instituciones de financiación deben vincular la preparación con la planificación de los riesgos económicos; deben redoblar con urgencia sus esfuerzos por integrar la preparación en las evaluaciones de los riesgos económicos y de los aspectos institucionales;
 - Las entidades que financian la asistencia para el desarrollo deben generar incentivos e incrementar la financiación para la preparación; y
 - las Naciones Unidas deben fortalecer los mecanismos de coordinación.
- (GPMB, 2019)

El seguimiento que realiza la GPMB al comportamiento de los actores internacionales en el marco específico del manejo de las emergencias sanitarias resulta una pieza importante, más aún cuando en los últimos eventos que han supuesto los máximos estados de alerta global se ha demostrado que tanto los actores como los instrumentos que componen la GGS aún no se encuentran preparados para enfrentar una crisis sanitaria de gran envergadura de manera coordinada y menos aún se encuentran capacitados para ejercer una respuesta rápida.

cuidadosamente las recomendaciones de grupos y comisiones de alto nivel anteriores establecidos tras la pandemia de gripe H1N1 de 2009 y el brote de ébola de 2014-2016.

CAPÍTULO III

Desafíos para la gobernanza global para la salud

En este Capítulo se comentará sobre dos importantes desafíos de la gobernanza global para la salud: la aparición de nuevos actores internacionales y su incidencia en la agenda global para la salud. Así también, se presentará brevemente el manejo de las enfermedades transmisibles infecciosas en el Perú. Culminando con una propuesta sobre la inclusión de la salud en la política exterior peruana.

3.1. Desafíos de los actores internacionales en el marco del manejo de emergencias de salud pública de importancia internacional en el sistema de gobernanza global para la salud.

A inicios de la década pasada, David Fidler (2010) presentó los retos que en ese entonces enfrentaba la gobernanza global para la salud (GGS), entre estos, Fidler señala la multiplicidad de actores, el establecimiento de prioridades y la fragmentación de procesos. Factores que hoy en día vienen siendo desafíos muy presentes en el marco la GGS. Asimismo, cabe señalar que, la multiplicidad de actores supone uno de los más importantes, en tanto, tiene una incidencia directa no solo en el establecimiento de la agenda global sino también en la gestión de los procesos dentro de la GGS.

Fidler, resaltaba también la importancia de la revolución en la gobernanza global para la salud⁵⁴, donde se apreciaba una tendencia al incremento en el número de participantes en el sistema de gobernanza, así como, por ejemplo, la aparición de asociaciones público-privadas con nuevas formas de gobernanza institucional, además, preveía una eventual competencia por el liderazgo, influencia y recursos de estos actores sobre la agenda de salud global. (Fidler, 2010. Pág. 9)

⁵⁴ “Durante los últimos diez o quince años se ha producido una revolución en la gobernanza de la global para la salud, producto de los desafíos al legado heredado de la Guerra Fría. Esta revolución aumentó el número de instituciones formales e informales comprometidas con la salud global, produjo una explosión en el número y tipo de actores que buscan influir en los resultados de salud global, generó nuevos regímenes e iniciativas sobre problemas de salud global, presenció aumentos sin precedentes en la financiación y recaudó el perfil de la salud en la política exterior.” (Fidler, 2010. Pág. 5)

En los últimos años, han emergido nuevos actores como la CEPI, orientado a la investigación e innovación en el manejo de enfermedades infecciosas, la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (GHSA), como un instrumento de financiamiento y orientación a los Estados; y la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (GPMB) con el objetivo de monitorear y emitir recomendación de alto nivel a los actores de la GGS. Ello sin contar además con otros actores que se encuentran presentes desde inicios del siglo XXI como la Fundación Gates comprometida con el acceso a la educación y salud en los países en desarrollo; la Alianza Gavi, mecanismo financiero y ejecutor de proyectos comprometido con la inmunización de poblaciones vulnerables en países en desarrollo y el Fondo Mundial, un mecanismo de financiamiento y supervisión de proyectos que concentra sus esfuerzos en acabar con la propagación de enfermedades como el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.

En este contexto, encontramos actores comprometidos exclusivamente a enfermedades transmisibles infecciosas como el Fondo Mundial y CEPI; no obstante, sus contribuciones van dirigidas sobre todo a programas orientados a enfermedades específicas y en menor proporción al fortalecimiento de los sistemas de salud y capacidades sanitarias de los Estados. Asimismo, conforme pasa el tiempo, estos actores captan más cantidades de recursos y su participación aumenta en el gasto global de salud, especialmente en los países de bajos ingresos.

El gasto del sector privado tiende a preferir cada vez más a otros actores donde tienen mayor participación en la toma de decisiones. Aunque, el sector privado también se encuentra presente en organizaciones más consolidadas como la OMS y el Banco Mundial, su participación en la toma de decisiones especialmente en la OMS es limitada, en tanto que, la Asamblea General de la Salud es el principal órgano de gobernanza en la Organización. Es así como el sector privado ha encontrado nuevas maneras de participar en la GGS que involucran acciones más allá del simple financiamiento a programas específicos.

En el ámbito de las ESPII, aunque la OMS no se dedique específicamente al control de enfermedades transmisibles, es el actor que más aporta a programas relacionados al control de enfermedades y fortalecimiento de capacidades sanitarias. La OMS también se beneficia en parte de las aportaciones de estos nuevos actores, pero no tiene la misma libertad

en el manejo de los recursos de las aportaciones voluntarias que con las aportaciones señaladas.

Es así como nos encontramos en un escenario donde hay nuevos actores que empiezan a incidir en la agenda de salud global manejada fuera del ámbito de la OMS y una OMS percibida como un actor con grandes desafíos pendientes sin la capacidad y recursos para enfrentarlos en un corto plazo. Es así como se presentan dos importantes desafíos para GGS en el marco de las ESPII: por un lado, la aparición de nuevos actores con agendas propias no necesariamente con el mismo enfoque que la OMS; por otro lado, la incidencia que estos actores puedan tener en la agenda de salud global y sus efectos en la población mundial.

3.1.1. Nuevos actores en la GGS

En el Capítulo II, se ha podido observar brevemente algunos de los actores de la GGS más relevantes actualmente. Existen tanto actores como iniciativas que abordan directa o indirectamente el manejo de las enfermedades infecciosas, así también el fortalecimiento de las capacidades de la salud pública para enfrentar pandemias (*pandemic preparedness*), relacionadas estrechamente con las ESPII, como es el caso de la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial y la Junta de Vigilancia de la Preparación.

Los Estados continúan siendo la mayor fuente de financiamiento dentro del esquema de GGS, no solo son los actores que más gastan en salud⁵⁵, sino también son los que más aportan para la DAH. En general, el gasto global dirigido a la salud se ha incrementado, en conclusión, el mundo gasta cada vez más recursos en salud; no obstante, aunque la mayor fuente de financiamiento a la salud provenga de los Estados, las organizaciones internacionales desempeñan uno de los roles más importante de la GGS.

El rol de la OMS en el marco de la GGS en general es sumamente importante, pues su participación en la GGS va más allá de ser uno de los canales más grandes de

⁵⁵ Según el Banco Mundial, en el 2017 se registró un gasto global en salud ascendiente al 9.884% del PBI mundial. <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

financiamiento, sino además como articulador de la política sanitaria global. El papel de la OMS también se enfoca en la ejecución de proyectos, ámbito que es desarrollado con otros actores como las ONG especializadas. Así también, es el único actor que posee la capacidad de recolectar información fidedigna de sus Estados parte y cuya presencia en distintas partes del mundo, la convierte en un centro administrativo de la GGS.

En los últimos años, la frecuencia en la aparición y expansión de enfermedades infecciosas y de nuevos brotes potencialmente patógenos ha ocasionado que nuevos actores ingresen al sistema de GGS. De manera similar como se enfrentó a la expansión de enfermedades como el SIDA, la Malaria, la Tuberculosis y la Poliomielitis (que impulsaron la creación de actores como la Fundación Gates, el Fondo Mundial y la Alianza Gavi), nuevos actores dedicados exclusivamente al control de enfermedades infecciosas propensas a ser una amenaza para la seguridad sanitaria han ingresado recientemente al sistema de GGS.

De las recientes ESPII se ha evidenciado que los principales desafíos en el manejo de estos eventos han sido las capacidades de los Estados respecto a la vigilancia y notificación a la OMS. En ese sentido, la mayor parte de actores involucrados con el control de enfermedades se encuentran orientados a la investigación, inmunización y tratamiento de enfermedades; labores que son muy importantes en su momento, pero que son más reactivas que preventivas. Estos actores trabajan poco en la prevención de que estos eventos sucedan, aunado a ello, muy pequeñas proporciones de sus recursos van dirigidos al fortalecimiento de las capacidades de los Estados.

Aún más preocupante, estos actores están atrayendo cada vez a más fuentes de financiamiento privado, quienes se sienten más atraídos por los mecanismos de financiamiento y ejecución de proyectos de manejan estos actores que los mecanismos de actores más tradicionales como la OMS. Como muestra de ello vemos que actores como la Alianza Gavi, la Fundación Gates y otras Fundaciones en general han aumentado su participación en el marco de la DAH, entre el 2010 y el 2019.⁵⁶

⁵⁶ La Alianza Gavi es el actor que registra una mayor participación como fuente de DAH, su participación se incrementó en 102 % del 2010 al 2017, la Fundación Gates registró un aumento del 96.37 %, mientras la

Aunque algunos actores mencionan su trabajo cercano con la OMS, son muy pocos los que trabajan bajo el mismo enfoque que la organización. Al respecto, encontramos dos mecanismos que si han trabajado en el marco de las directrices propuestas por la OMS: la Red Global de Alerta y Respuesta a Brotes Epidémicos (GOARN) y la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (GPMB). Ambas iniciativas han sido impulsadas por la OMS (en el caso del GPMB también por el Banco Mundial) y han logrado en su momento contribuir a su manera con manejo de las ESPII.

Por su parte, el GPMB que ha sido creado recientemente ha logrado generar un impacto sobre todos los actores de la GGS con su primer Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias (2019), el cual al día de hoy es sumamente relevante pues ha logrado demostrar las verdaderas brechas existentes en los actores internacionales sobre sus capacidades epidemiológicas y además ha alertado al mundo entero sobre una posible pandemia que finalmente logre desvelar todas aquellas observaciones a las que hace mención en su informe.

Por otro lado, tenemos a la GOARN, que ha venido participando activamente en el escenario de la GGS desde el brote del SARS en el año 2003, donde además tuvo un rol fundamental estableciendo redes de comunicación entre los centros de salud alrededor del mundo a fin de que logren compartir sus investigaciones sobre el entonces nuevo coronavirus. A partir de la vigencia del RSI actual, su trabajo se ha encontrado estrechamente relacionado con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI 2005; en tanto que, la GOARN forma parte del Sistema de Gestión de Eventos de la OMS.

Ambas iniciativas fortalecen la implementación del RSI y por consiguiente aportan hacia un manejo efectivo de las emergencias sanitarias. Ninguna de las dos iniciativas trabaja con recursos externos o funge como mecanismo de financiamiento, más bien son brazos complementarios de la OMS que contribuyen con las labores de monitoreo y comunicación.

participación de las Fudnaciones en general aumento un 46 %. (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019)

La OMS es un actor con fortalezas que pueden generar grandes impactos en el manejo y prevención de emergencias sanitarias, quizás la fortaleza más importante de la OMS sea su presencia constante alrededor del mundo, a través de sus Oficinas Regionales y sus Centros Nacionales de Enlace; es a través del fortalecimiento de estas dependencias que podría lograrse incluso un mayor alcance de las funciones de la OMS. Asimismo, el RSI es otra de las herramientas más importantes de la Organización; no obstante, ha demostrado que necesita ser revisada nuevamente a fin de adaptarse mejor a los nuevos desafíos en el marco del control de enfermedades, esta revisión requiere más que nunca a una OMS empoderada y con respaldo de todos los sectores de la comunidad internacional.

Podemos concluir esta parte señalando que, es innegable que estos nuevos actores generan un impacto positivo a corto plazo sobre la GGS especialmente en el ámbito de investigación; no obstante, cabe reflexionar sobre los efectos en la GGS a largo plazo de aquellos actores que como mecanismos de financiamiento tienen el poder de decidir hacia donde van sus recursos y que agendas priorizan sobre otras.

3.1.2. El establecimiento de una agenda de salud global

Para tener una idea de la actual agenda de la OMS podemos remitirnos al Presupuesto Bianual por Programas de la OMS 2020-2021, donde la OMS deja claras sus prioridades respecto a la ejecución del gasto dentro de la Organización. (Presupuesto Bianual por Programas, 2019. Pág. 6)

Como observamos de la Figura 7, la OMS plasma en su Presupuesto Bianual del periodo 2020-2021 su actual Plan General de Trabajo. Asimismo, contempla dos de sus premisas más importantes: la “Meta de los Tres Mil Millones” y la “Teoría de Cambio”.

Esta llamada Teoría del Cambio, forma parte del enfoque más integral sobre la salud que la OMS toma. En virtud de esta teoría, la OMS señala que “se reconoce que las actividades de un solo programa no lograrán por sí solos resultados programáticos específicos, sino que los resultados se lograrán combinando los esfuerzos de múltiples programas y sistemas de salud y mediante medidas multisectoriales.” (Programa Bianual de Presupuesto de Programas, 2019. Pág. 12)

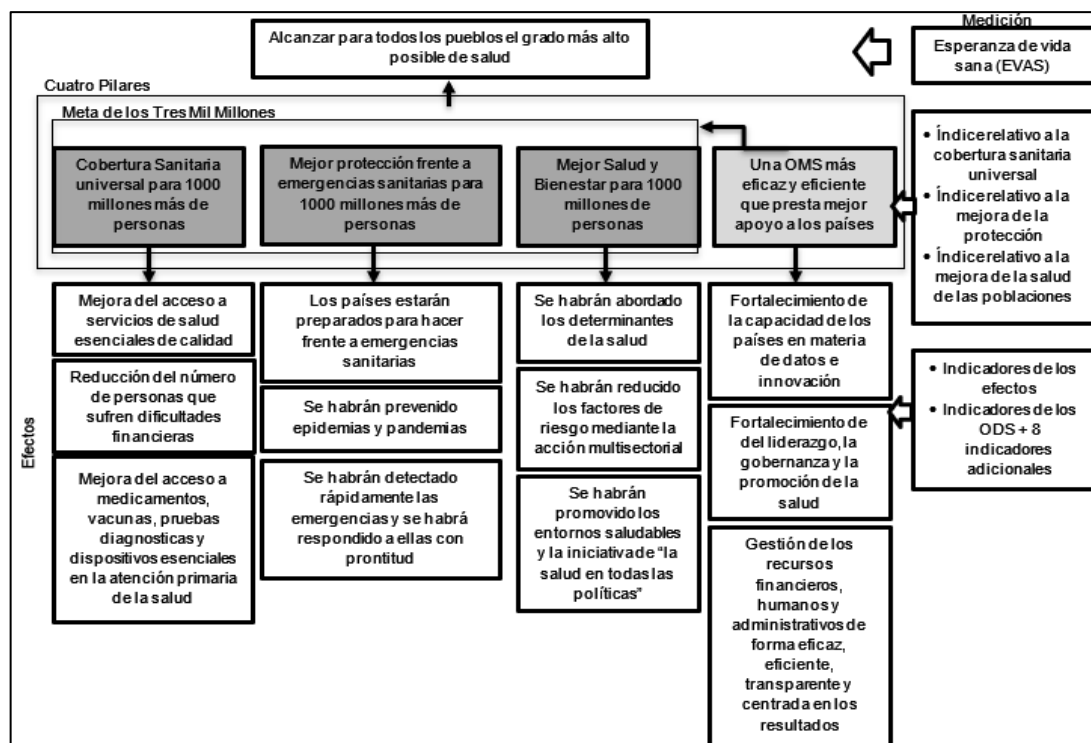


Figura 7. Marco de resultados del 13.º PGT Los presupuestos por programas de la OMS se realizan a través de diversas plataformas producto de cada efecto de cada uno de los cuatro pilares. Fuente: Presupuesto Bienal por Programas de la OMS 2020-2021. Pág. 11 (2019).

Así también vemos que existen propuestas sobre lo que debería considerarse dentro de la agenda de salud global. Al respecto, el Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad del año 2019 (GBD) publicado por la revista médica británica *The Lancet* nos demuestra el aumento de las enfermedades crónicas-ENT, mostrando una rápida transición entre la carga que en su momento representaron las enfermedades CMNN a las ENT a los sistemas de salud.

El estudio señala que, aunque la cobertura de las enfermedades de la CMNN aumenta casi linealmente con un mayor índice sociodemográfico, la cobertura de la intervención de la ENT se queda atrás. Los países con transiciones rápidas tienen perfiles de carga dominados por las ENT y, sin embargo, sus sistemas de salud están teniendo problemas en ofrecer intervenciones eficaces para estas enfermedades. (*The Lancet*, 2020. Pág. 396) Lo

que podemos inferir de estos cambios que vienen ocurriendo en las necesidades de los sistemas de salud es la necesidad de crear sistemas de salud flexibles.

Al respecto, en el Informe de la Junta Mundial de Vigilancia de la Preparación de año 2019, la Junta sostiene entre sus postulados la necesidad de que los Estados se enfoquen en construir sistemas sólidos. Señalando que “deben dar prioridad a la participación de la comunidad en todas las actividades de preparación, generando confianza y haciendo partícipes a múltiples partes interesadas (por ejemplo, legisladores, representantes de los sectores de la salud humana y animal, la seguridad y los asuntos extranjeros; el sector privado; los dirigentes locales; y las mujeres y la juventud)”. (GPMB, 2019. Pág. 26) Entre las dificultades que la Junta encuentra en el marco de este desafío se encuentra la falta de integración entre la preparación y las necesidades sanitarias cotidianas y la existencia de activos en los sistemas sanitarios y en la esfera del control de enfermedades que no se explota al máximo para aprovechar la preparación.

Los recursos de los programas orientados a enfermedades específicas, como por ejemplo a la erradicación del VIH, la tuberculosis, el paludismo y la poliomielitis, muchas veces no se destinan a la preparación o no la apoyan de forma sostenible. Por ejemplo, las entidades que financian y apoyan los programas de los países, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y la Gavi, no incluyen de forma explícita la prevención y la preparación para ampliar la seguridad sanitaria. (GPMB, 2019. Pág. 25)

Ahora bien, vemos como la aparición de nuevos actores en la GGS incide en cierta medida sobre el establecimiento de las prioridades de la agenda global para la salud y por tanto para el manejo de las ESPII. Al respecto, Chelsea Clinton y Devi Sridhad (2017) desarrollan a profundidad el rol de los nuevos actores sobre la agenda de salud global en la GGS en su libro titulado: *Governing Global Health*; donde profundizan el impacto que actores como el Fondo Mundial y la Alianza Gavi tienen sobre el sistema de gobernanza global.

Una de las principales conclusiones se concentra en la razón por la que organizaciones como el Fondo Mundial y la Alianza Gavi resultan más atrayentes para el financiamiento privado, en tanto “la gobernanza de estos actores incrementa la posibilidad de que las preferencias de los donantes prevalezcan, tanto en debates específicos como en aquellos en el marco de la organización”. (Clinton *et al.*, 2017. Pág. 203) En ese sentido, las autoras señalan que un modelo de gobernanza con actores creados para enfrentar necesidades específicas (Fondo Mundial, Alianza Gavi) puede ser perjudicial para “abordar objetivos no específicos como las enfermedades no transmisibles, la Cobertura Sanitaria Internacional e incluso cuestiones de seguridad sanitaria mundial como la preparación para una pandemia o el fortalecimiento y la resistencia de los sistemas de salud”. (Clinton *et al.*, 2017. Pág. 204)

Por consiguiente, vemos que las preferencias de los donantes no se encuentran necesariamente en la misma línea que las necesidades de la población global, como lo es, el fortalecimiento de los sistemas de salud y las capacidades de prevención de los Estados en el supuesto de una amenaza inminente a la seguridad sanitaria internacional como una ESPII; y la creciente carga en los sistemas de salud que suponen las ENT. En este sentido, podemos decir que concentrarse en la construcción de sistemas de salud fuertes de los Estados tiene implicancias para cualquier tipo de amenaza a la salud pública.

En este sentido, vemos como en el informe del 2020, emitido por el GPMB: *Un Mundo Desorganizado* (2020), se hace un llamado a medidas urgentes a fin de fortalecer las actividades respuesta y preparación ante pandemias y emergencias sanitarias futuras en todo el mundo, entre las que encontramos:

- Ejercicio de un liderazgo de manera responsable por parte de las autoridades nacionales, dirigentes de las organizaciones internacionales y las demás partes interesadas;
- Fomentar el compromiso entre los ciudadanos de exigir a sus gobiernos que rindan cuentas de las actividades de preparación y se informen de manera responsable a través de fuentes exactas;
- Generar sistemas nacionales y mundiales de seguridad sanitaria mundial que sean sólidos y versátiles, donde se actúe en base al enfoque “*One Health*”, se

fortalezcan los sistemas de salud sobre la base de la CSU y se creen las capacidades ante un potencial aumento de demanda de servicios clínicos y de apoyo;

- Disponer la inversión continua en materia de prevención y preparación, proporcional a la magnitud de la amenaza que entrañan las pandemias, donde además se propone que las NN. UU., la OMS y demás instituciones financieras creen un mecanismo para financiar de manera sostenible la seguridad sanitaria mundial, sin depender de la asistencia para el desarrollo; y
- Poner en práctica una gobernanza sólida de las medidas de preparación ante emergencias sanitarias en el plano mundial, donde se precisa la necesidad de revisar el RSI a fin de incluir el fortalecimiento de la notificación temprana y la divulgación de información detallada; una categoría intermedia para clasificar las emergencias sanitarias; la formulación de recomendaciones basadas en datos probatorios relativas a la función que tienen las recomendaciones del ámbito mercantil y las relativas a los viajes nacionales e internacionales; y mecanismos para evaluar el cumplimiento del RSI y la creación de capacidad esencial, incluido un mecanismo de examen universal, periódico, objetivo y externo. (GMPB, 2020)

Si comparamos las recomendaciones de los últimos dos informes del GMPB vemos existe una recurrencia al señalar la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud, sistemas de salud lo suficientemente flexibles para enfrentar la próxima amenaza a la seguridad sanitaria global. En tanto, una característica en común con las últimas emergencias sanitarias ha sido lo impredecibilidad de los patógenos. No es seguro que enfermedad será la siguiente amenaza o si un virus ya conocido generara nuevas preocupaciones sanitarias a la comunidad internacional.

Asimismo, vemos la importancia de incluir una revisión del RSI en la agenda de salud global actual. Recordemos que el RSI contempla la construcción de capacidades por parte de los Estados miembros en tres niveles: nivel local (primario de respuesta de salud pública), niveles intermedios y a nivel nacional. Es así como el RSI impulsa indirectamente

el fortalecimiento de los sistemas de salud pública de los Estados miembros. Y podría decirse que, mediante su aplicación la OMS participa indirectamente en el establecimiento de las políticas de salud pública internas de los Estados especialmente en el marco de una emergencia sanitaria. Sin embargo, el RSI también ha demostrado tener aspectos que podrían ser revisados y mejorados, además de los puntos ya mencionados por la Junta, uno de estos aspectos es la despolitización del proceso de declaración de ESPII, que algunos expertos han señalado como la causa del retraso de la acción de OMS en situaciones sensibles, donde más se requiere que la Organización actúe rápidamente.

Ante esta nueva agenda de salud global que va tomando matices diferentes a lo que era, la OMS es el único actor capaz de articular y liderar este nuevo enfoque concentrado en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el desarrollo de las capacidades de los Estados miembros. La OMS es el único actor con la capacidad regulatoria capaz de generar un proceso de implementación de capacidades vinculante para todos los Estados miembros. El enfoque actual que la OMS propone responde con las actuales necesidades de la comunidad global. No obstante, según las tendencias actuales, la labor de la OMS podría verse gravemente afectada y no lograr alcanzar sus objetivos propuestos en su 13. °PGT.

Por su parte, cabe mencionar tres tendencias que Chelsea Clinton y Davi Sridhar (2017) identificaron en su momento podrían generar problemas en el marco de la GGS en el largo plazo:

- Una financiación más discrecional y alejada de la financiación tradicional o comprometida a más largo plazo;
 - Una gobernanza compuesta de múltiples partes interesadas, alejada de la representación y la toma de decisiones tradicionales centradas en los gobiernos; y
 - Mandatos más limitados o iniciativas verticales centradas en problemas y alejadas de los objetivos más amplios que busca la cooperación multilateral.
- (Pág. 56)

La OMS reconoce que si quiere lograr sus prioridades propuestas en su 13. °PGT: lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), abordar las emergencias sanitarias y promover poblaciones más sanas, además de fortalecer su labor normativa con el establecimiento de normas y reglamentos; debe “actuar de manera concertada con los asociados, en particular la sociedad civil, los centros de investigación y el sector privado, y en estrecha consonancia con el sistema de las Naciones Unidas para evitar la duplicación, utilizando a tal fin el Marco para la colaboración con agentes no estatales”. (13. °PGT, 2018. Pág. 5)

Uno de los desafíos más importantes en el marco de la seguridad sanitaria se encuentra referido al liderazgo que debe ejercer la OMS, donde será labor de los gobiernos respaldar las acciones de la OMS con su activa participación en los programas que impulse; asimismo, promover que los actores privados vuelvan a preferir el sistema de distribución de fondos de la OMS, para lo cual la OMS también deberá realizar reformas que creen un proceso más amigable con los donantes.

3.2. La gobernanza para la salud en el marco de las ESPII en el ámbito nacional

En el caso del Perú, tenemos que El Ministerio de Salud (MINSA) es el actor principal de la salud pública peruana, como entidad reguladora y articuladora de políticas públicas sanitarias. Asimismo, encontramos otros actores que inciden indirectamente en la política sanitaria nacional como el Ministerio del Ambiente y el Ministerio de Agricultura.

El MINSA es la autoridad de salud nacional del Perú⁵⁷ encargada de formular, plantear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud; bajo su competencia aplicable a todos los niveles de gobierno. (D.L. N. ° 1161, 2013)

⁵⁷ Artículo 3. ° del D.L. Nro. 1161: El Ministerio de Salud es competente en: salud de las personas; aseguramiento en salud; epidemias y emergencias sanitarias; salud ambiental e inocuidad alimentaria; inteligencia sanitaria; productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; recursos humanos en salud; e investigación y tecnologías en salud.

Como autoridad nacional de salud, le corresponde al MINSA dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes. (Ley N° 26842, 1997) Es así que encontramos como una dependencia encargada específicamente de las enfermedades y emergencias sanitarias al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE).

En tanto, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE) es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de gestionar los procesos de vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria, quien además conduce el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y el Sistema de Inteligencia Sanitaria del Perú. Así también, elabora e implementa los lineamientos, normas, proyectos y estrategias en materia de sanidad internacional, en el marco del RSI y otros acuerdos, en coordinación intrasectorial, intersectorial e intergubernamental. (D.S. N ° 008-2017-SA, 2017)

Los CNEPCE se encargan de las tareas de prevención, vigilancia (mediante la coordinación de las acciones de vigilancia epidemiológica y control de brotes epidémicos), reacción (a través de la activación de los Comités Operativos de Emergencias en casos de brotes, epidemias y otros eventos de importancia sanitaria), y sistematización de datos e información sobre la situación epidemiológica nacional. En suma, sus funciones se resumen a labores de vigilancia e inteligencia sanitaria; además, utiliza herramientas como: protocolos de vigilancia epidemiológica; definiciones de caso; fichas y formatos para el recojo de información; e investigación de software (NOTI), entre otros; con la finalidad de realizar efectivamente sus labores de vigilancia e investigación. (CNPCE, s.f.)

Entre los principales instrumentos con los que el Perú cuenta dirigidos al fortalecimiento de sus capacidades de vigilancia epidemiológica, encontramos el actual Protocolo de Vigilancia Epidemiológica (PVE) (emitido en mayo de 2005, dos años antes que entrara en vigor el actual RSI). El PVE fue en su momento el resultado de las recientes

experiencias peruanas que marcaron a la salud pública en el siglo XX como el Cólera y la Poliomiélitis aguda⁵⁸.

Además, se cuenta con otros instrumentos más recientes como la Directiva Sanitaria N. ° 046 - MINSA/DGE-V.01 de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y la Directiva Sanitaria N. ° 47-MINSA/DGE-V.01 de Notificación de Brotes, Epidemias y otros Eventos de Importancia para la Salud Pública, del año 2012. Estos documentos pertenecen al compendio de normativa dedicada a la vigilancia epidemiológica que complementan al PVE. Además, en el 2016, se expidió la Ley N. ° 30423, Ley que Establece las Medidas para Fortalecer la Autoridad de Salud a Nivel Nacional, con el Fin de Garantizar la Prevención, Control de Riesgos y Enfermedades de la Población. Ese mismo año, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades emitió una Norma Técnica de Salud Para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú.

3.2.1. Control de enfermedades transmisibles

Para septiembre del 2020, la Organización Panamericana de la Salud había identificado 393 brotes epidemiológicos en el Perú⁵⁹; entre los que se encuentran: la Fiebre Amarilla, el Zika, la Chikungunya; la Leptospirosis y el Dengue. El Dengue representa uno de los principales retos en salud pública nacional, concentrándose en regiones como Loreto, Piura, San Martín y Lima.; seguido del Zika que se presenta sobre todo en las regiones de Loreto, Ucayali, Ica y San Martín.

Como se observa, el manejo de enfermedades transmisibles infecciosas en el Perú se concentra sobre todo en las arbovirosis⁶⁰ como: la Fiebre Chikungunya, la Enfermedad por

⁵⁸ El PVE resalta la importancia de la vigilancia epidemiológica y señala como en el caso de la epidemia del Cólera, la vigilancia epidemiológica permitió determinar el patrón de diseminación y orientar la atención de los pacientes y las medidas de prevención y control; en el caso de la Poliomiélitis aguda, la vigilancia de la parálisis flácida permitió detectar los últimos casos, alrededor de los cuales se realizaron las estrategias de vacunación que incluyeron los barridos nacionales. (PVE, 2005. Pág. 5)

⁵⁹ Información actualizada en tiempo real por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) del MINSA, Reporte producido por la Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 24 de septiembre de 2020. http://ais.paho.org/phis/viz/ed_outbreaks_peru.asp

⁶⁰ Enfermedades infecciosas transmitidas por el vector *Aedes aegypti* (también llamado mosquito de la fiebre amarilla, insecto oriundo de África, de manchas blancas)

el Virus del Zika y el Dengue. En el caso de las dos últimas, estas enfermedades son transmitidas por el mismo vector: el mosquito de la especie *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

Las enfermedades transmisibles como las arbovirosis son un peligro latente para países como Perú, debido a las condiciones ambientales y las debilidades en el sistema de salud pública nacional. No obstante, según el último informe sobre la carga de enfermedad en el Perú; utilizando el indicador años de vida ajustados por discapacidad⁶¹ (DALYs por sus siglas en inglés), las enfermedades no transmisibles (ENT) han supuesto la principal carga de enfermedades en la población peruana, entre las que destaca la enfermedad Isquémica del Corazón (IHD), los ataques al corazón, la Lumbalgia, entre otros. (Figura 8) En cuanto a enfermedades CMNN (enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales), las enfermedades perinatales, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y el VIH/SIDA han supuesto la mayor carga de enfermedades a la población peruana en el 2019.

Como ya lo presentamos anteriormente, el Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) del año 2019, resalta la transición de las CMNN (enfermedades transmisibles, materna, perinatales y nutricionales) a las enfermedades no como las principales afecciones a la salud global.

Los países en los quintiles de SDI (*Socio Demographic Index*) medio-bajo y medio han tenido una transición rápida de la carga de enfermedad dominada por causas de CMNN a carga dominada por enfermedades no comunicables y lesiones. El quintil medio-bajo aumentó de 37,8% del total de DALYs causados por enfermedades no comunicables y lesiones en 1990 a 66,0% en 2019, con un patrón similar también en el quintil medio. (Murray, 2020. Pág 1136)

⁶¹ Medida basada en tiempo que mide los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) ponderados por la severidad de la discapacidad. La suma de los dos componentes se le llama AVISA o AVAD (DALY en inglés). Los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la incidencia y duración de la discapacidad en la población. (Velásquez Valdivia *et al.*, 2009)

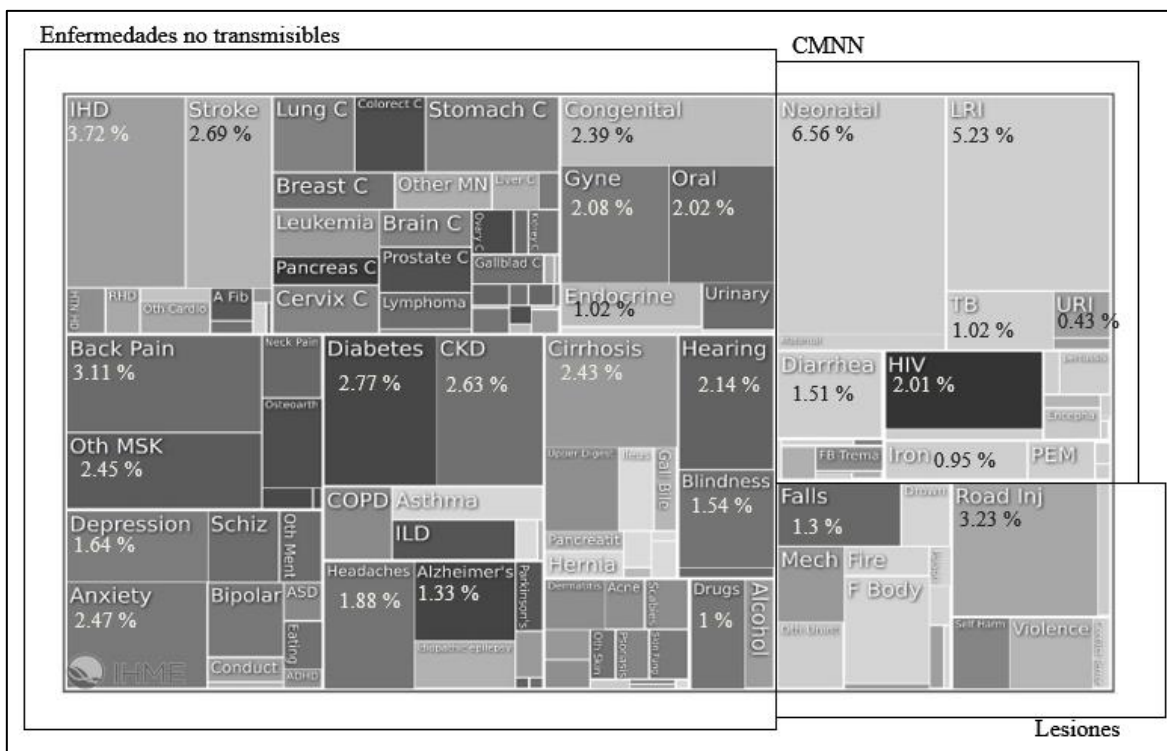


Figura 8. Diagrama de la carga de enfermedad en el Perú en el año 2019⁶² por Años de vida ajustados por discapacidad, (número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura). Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

El Perú, siguiendo la tendencia global, registra en la actualidad una mayor carga por parte de las ENT, en comparación con las enfermedades transmisibles que comprende a su vez a los brotes infecciosos epidémicos. Si bien esta tendencia se aprecia en todo el mundo en general, en el caso del Perú debe añadirse también el bajo gasto público en salud que, en el 2017, según el Banco Mundial, ascendía al 4.99 % de su PBI.

En cuanto a la implementación de capacidades epidemiológicas, actualmente el Perú cuenta con un Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario internacional que mantiene comunicación directa con la Organización Panamericana de la Salud (Oficina

⁶² Donde:

IHD: Enfermedad isquémica cardiaca - CKD: Enfermedad crónica de los riñones – MSK: Enfermedades musculoesqueléticas – ILD: Enfermedad pulmonar intestinal y sarcoidosis pulmonar – COPD: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica- Schiz: Esquizofrenia
LRI: Infecciones de las vías respiratorias inferiores – TB: Tuberculosis - URI: Infecciones respiratorias superiores- PEM: Desnutrición proteico-energética - Iron: Deficiencia de hierro

Regional de la OMS en las Américas). En el año 2012, se conformó el Grupo de Trabajo encargado de actualizar el Plan de Implementación de Capacidades Básicas de Vigilancia y Respuesta en el País, en ese mismo año, el Perú solicitó la prórroga del compromiso de cumplimiento de implementación de capacidades básicas de vigilancia y respuesta y de puntos de entrada, hoy en día se encuentra entre uno de los países que más ha avanzado en la implementación de las capacidades requeridas por el RSI.

Según el Índice de Seguridad Sanitaria Global del 2019⁶³ (John Hopkins *et al.*, 2019), el Perú se encuentra entre los países más preparados para hacer frente a una pandemia, ocupando el sexto lugar en América Latina y el Caribe (entre 33 países). Este informe califica las capacidades de los países en seis categorías: prevención, detección y notificación, rapidez de respuesta, sistemas de salud, cumplimiento de las normas internacionales y riesgo ambiental. La capacidad de detección es el único ámbito donde el Perú obtiene un bajo puntaje, obteniendo una calificación inferior a la media. (John Hopkins *et al.*, 2019. Pág. 254)

A simple vista, los resultados pueden conducir a formar una imagen positiva del desarrollo de las capacidades epidemiológicas del Perú; sin embargo, del informe se desprende, también, subindicadores preocupantes que al ser considerados aisladamente evidencian las verdaderas falencias en las capacidades del sector sanitario en el Perú. En ese sentido, se registran puntajes iguales a cero (en un sistema de 0 a 100, 100 el mayor puntaje) en: integración de datos entre los sectores sanitarios regulares, de animales y ambientales; cultura de ciencia y *dual-use research* responsable; conexión entre la salud pública y las autoridades de salud; y contramedidas médicas y despliegue de personal.

También encontramos puntajes bajos en áreas como: bioseguridad; fuerza laboral especialista en epidemiología; acceso a infraestructura de comunicaciones; y capacidad sanitaria en hospitales, clínicas y centros de cuidado comunitarios, por nombrar algunos de los más cercanos al puntaje mínimo. Estas cifras son especialmente relevantes considerando

⁶³ The Global Health Security (GHS) Index es una herramienta que permite tener una imagen general del índice de seguridad sanitaria en el mundo. El informe del 2019 toma en cuenta a 195 países, miembros parte del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Este proyecto se encuentra impulsado por The Nuclear Threat Initiative y The Johns Hopkins Center for Health Security y fue desarrollado con The Economist Intelligence Unit. (Global Health Security Index, 2019)

que este informe es también una referencia en cuanto al desarrollo de las capacidades exigidas por el RSI.

En el marco de la implementación de sus capacidades, el Perú participo en la GHSA con el objetivo de mejorar su capacidad de respuesta para enfrentar las amenazas a la seguridad sanitaria mundial. (Gozzer *et al.*, 2016) Como vimos en el Capítulo II, la GHSA es una iniciativa impulsada por el gobierno estadounidense en el 2014, un proyecto dirigido al fortalecimiento de las capacidades requeridas por el RSI, donde el Perú participa activamente. En ese sentido, en el 2014, el Perú se ofreció como voluntario para un proceso de evaluación externa de la GHSA, junto con Georgia, Uganda, Portugal y Reino Unido.

La GHSA cuenta con 11 Paquetes de Acción y cada uno proyecta una meta de cinco años, y un indicador que sirve para medir el progreso; el impacto deseado; los compromisos actuales del país; los elementos de acción en cinco años y las listas de evaluación de referencia, planificación, seguimiento y actividades de evaluación necesarias para implementar la acción. En ese sentido, la participación del Perú en la GHSA permitió abordar las brechas en su capacidad de preparación y respuesta, y acelerar los procesos institucionales y técnicos; lo que ha contribuido a mejorar la respuesta a brotes epidémicos como la Chikungunya. (Gozzer *et al.*, 2016)

Otro actor que ha direccionado importantes cantidades de recursos al Perú es el Fondo Mundial, que se ha hecho presente en distintos países, entre ellos el Perú como uno de los beneficiarios de la ayuda que proporciona en la lucha contra enfermedades como el SIDA y la Tuberculosis⁶⁴. Para octubre de 2020, el Fondo destinó al Perú un monto ascendente a USD 169 569 179.00 en subsidios destinados a programas en el marco del manejo de enfermedades como el SIDA y la Tuberculosis.

⁶⁴ Según la información basada en los datos mostrados en el visualizador web de “The Global Fund” (2020). <https://data.theglobalfund.org/investments/location/PER>

3.3. Elementos esenciales para una propuesta de estrategia para la política exterior en materia de salud

La globalización ha generado que problemas que inicialmente eran domésticos tengan un carácter más global, que requieran de una comunidad de actores comprometidos a hacer frente a una amenaza en común. Como hemos visto a lo largo del trabajo, la salud es indudablemente un tema global. Por un lado, los países comparten cargas similares sobre sus sistemas de salud domésticos, como las ENT. Por otro lado, la facilidad de expansión de las enfermedades transmisibles nos lleva a escenarios donde el brote de una enfermedad puede convertirse en una pandemia en unas cuantas semanas.

Es así como la OMS construye los lineamientos que guíaran su trabajo en estos años próximos en base a desafíos que la comunidad internacional enfrenta en común. Por consiguiente, la OMS pretende ayudar a que todos los países logren cumplir las metas de los ODS, partiendo del objetivo primordial de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Para ello marca tres prioridades claras: Promover una Cobertura Sanitaria Universal, protección ante las emergencias sanitarias y la promoción de poblaciones más sanas.

Respecto a la protección de la población contra las emergencias sanitarias, la OMS resalta que, “las emergencias sanitarias debilitan los sistemas de salud, y los sistemas de salud débiles amplifican las emergencias sanitarias.” (13. ° PGT. Pág. 24) Parte de tener un sistema de salud fuerte es desarrollar las capacidades que son requeridas por el RSI a fin de prevenir, notificar y manejar las emergencias sanitarias que pudiese enfrentar un país. Como hemos podido observar a lo largo del trabajo, el Perú enfrenta desafíos en el marco de la implementación de estas capacidades. Al respecto, en el Informe Anual del año 2019 emitido por el Perú a la OMS se evidencia que su progreso en la implementación de capacidades se encuentra aún debajo del promedio de los países de la región y del mundo⁶⁵.

⁶⁵ Según la plataforma de la OMS e-SPAR, el Perú registra un progreso del 55 % en el 2018 y un 48 % en el 2019 sobre la implementación de capacidades en el marco del RSI, mientras que el promedio global fue un progreso del 64 % y de la región se registró un promedio del 71 %. Consultada el 6 de noviembre de 2020. <https://extranet.who.int/e-spar/#submission-details>

Además, el Perú enfrenta otros desafíos en su sistema de salud pública como lo es la carga de las enfermedades no transmisibles, que suponen una amenaza latente y una carga constante a la salud pública. Asimismo, las ENT también conocidas como enfermedades crónicas tienden a ser enfermedades de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento⁶⁶, generando un grupo poblacional poco saludable. En el Perú, tenemos no solo una alta incidencia en ENT (una población poco saludable), sino también un sistema débil de salud pública, lo que se ve reflejado en el bajo gasto público dedicado a la salud (4.99 % de su PBI, según estimaciones del Banco Mundial del año 2017).

En resumen, el Perú enfrenta un escenario donde aún no ha logrado implementar completamente las capacidades requeridas por el RSI para hacer frente a una emergencia sanitaria, además registra un sistema de salud cargado por el incremento en las afecciones a la población por ENT y finalmente, un bajo gasto en salud pública.

No obstante, cabe señalar algunos de los esfuerzos que han venido realizándose a fin de cerrar las brechas existentes en la salud pública. Por ejemplo, mediante el D. S. N ° 002-2020-PCM, se designó al año 2020 como “Año de la Universalización de la Salud”, en esta norma además se disponían acciones urgentes para garantizar la protección del derecho a la salud a través del cierre de la brecha de población sin cobertura de seguro en el territorio nacional. Asimismo, desde el año 2013 se emprendió una reforma sanitaria en el país “con el objetivo fue universalizar la protección en salud, de manera que toda la población se beneficie de la acción del estado para mejorar los determinantes sociales, acceda a más y mejores cuidados integrales en el campo individual y poblacional, y no tenga riesgo de empobrecerse como consecuencia de cuidar su salud o sanar su enfermedad”. (MINSA, 2013, citado por Velásquez, 2016)

⁶⁶ “Las enfermedades no transmisibles (ENT) afectan a personas de todos los grupos de edad, regiones y países. Estas afecciones a menudo se asocian con grupos de mayor edad, pero la evidencia muestra que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT ocurren entre las edades de 30 y 69 años. De estas muertes "prematargas", se estima que más del 85% ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Los niños, los adultos y los ancianos son todos vulnerables a los factores de riesgo que contribuyen a las ENT, ya sea por dietas poco saludables, inactividad física, exposición al humo de tabaco o el uso nocivo de alcohol. (World Health Organization, 2018)

Además, el Plan Estratégico Multisectorial del Ministerio de Salud contempla entre los objetivos estratégicos del sector, los siguientes: Mejorar la salud de la población; ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población; y ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población. (PESEM-Salud, 2016-2021) Es bajo las premisas expuestas, que se evidencia que el trabajo del sector salud no dista mucho de las premisas que la OMS propone a fin de alcanzar los ODS. Es en este sentido, que evidenciamos como la universalización de la salud y la promoción de una población saludable son lineamientos que se encuentran ya en la política interna del país.

A fin de insertar a la salud en la política exterior peruana, deberá ser necesario partir del enfoque que actualmente plantea la OMS sobre la salud global. Donde relaciona estrechamente el fortalecimiento de los sistemas de salud con un Estado preparado para cualquier tiempo de amenaza que suponga una emergencia sanitaria. En ese sentido, el Perú debería reafirmar su compromiso con lineamientos como la promoción de la cobertura sanitaria universal y el acceso a la salud a través de la inclusión de estas premisas como parte de una política de promoción de la salud global, incentivando esquemas de cooperación que efectivamente ayuden al Perú a fortalecer sus sistemas de salud pública en general y no solo programas específicos; más importante aún, promoviendo la participación del Perú dentro de los esquemas de evaluación que promueve la OMS.

Al respecto, el rol del Ministerio de Relaciones Exteriores puede suponer el de reafirmar el compromiso del Perú con iniciativas dirigidas a fortalecer las capacidades sanitarias del país y generar canales de diálogo que impulsen la participación del Perú en esquemas que se encuentren acordes a sus necesidades. En ese extremo podría desarrollarse un documento guía a fin de crear una plataforma de diálogo orientada a generar directrices para la participación en el exterior del Perú en foros e iniciativas multilaterales. Donde además participen otros sectores como el Ministerio de Salud, así como la comunidad científica y la sociedad civil en su conjunto.

Asimismo, a fin de garantizar una inclusión de la salud en la política exterior que vaya acorde a las necesidades del país, será necesaria la participación de la sociedad civil. Hay muchas formas de incluir a la sociedad civil en la articulación de una estrategia sobre

salud pública, un caso particular es el del Reino Unido, donde la *think.tank* The Nuffield Trust, transmitió al gobierno los efectos en la salud de los ciudadanos en el marco de la globalización, lo cual fue considerado en la articulación de su Estrategia Global de Salud del 2018. Asimismo, las ONG en Brasil impulsaron la necesidad de generar una política sanitaria exterior enfocada en obtener un acceso gratuito a medicación para tratar el SIDA. Por su parte, las ONG en Canadá promovieron la inclusión de la salud maternal, infantil y neonatal en la política sanitaria global canadiense. (Ruckert; Labonté; Lencucha, 2019. Pág. 335)

A fin de generar eventualmente una estrategia para la política exterior en el marco de las emergencias de salud pública de importancia internacional, será necesario un trabajo multisectorial coordinado entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores donde ambos actores puedan plasmar las necesidades internas del sector salud en materia de las ESPII en los lineamientos para una política exterior en salud. No obstante, como hemos señalado anteriormente, no podemos remitirnos únicamente al manejo de las emergencias sanitarias sin considerar otros pilares fundamentales para la promoción de la salud. Es por ello, que este esfuerzo de incluir a las ESPII dentro de la política exterior deberá verse acompañado de otros aspectos relevantes como la CSU y la promoción de la salud global.

Conclusiones

1. La gobernanza global para la salud se desarrolla en base a los esfuerzos de los Estados orientados a abordar un problema de la salud global como es el manejo de las enfermedades infecciosas. De esta manera, las Conferencias Sanitarias Internacionales inician formalmente el proceso de elaboración de un sistema de gobernanza global para la salud más sólido, donde la creación de la Organización Mundial de la Salud es la culminación de un largo y enriquecedor proceso.
2. Los grandes avances en el manejo de las enfermedades infecciosas han sido el establecimiento del Reglamento Sanitario Internacional y la introducción del concepto de *emergencias de salud pública de importancia internacional* (ESPII) como uno de los mayores estados de alerta para la comunidad internacional en el marco de la seguridad sanitaria. No obstante, los recientes eventos declarados como ESPII evidencian que estos progresos no han sido suficientes y que se necesitan reformas en el procedimiento de declaración de una ESPII. Así también, se necesita concentrar más atención al fortalecimiento de las capacidades de vigilancia, notificación y respuesta de los Estados.
3. Frente al escenario actual de la gobernanza global para la salud en el manejo de las ESPII, encontramos una falta de iniciativas que aborden verdaderamente las necesidades los Estados para enfrentar estos eventos. No obstante, la participación de actores no gubernamentales en los sistemas de financiamiento de programas de salud ha ido en aumento, prefiriendo programas enfocados en enfermedades específicas y dejando de lado iniciativas que promueven el fortalecimiento de las capacidades sanitarias y epidemiológicas de los Estados. Un país como el Perú debería preferir siempre aquellos mecanismos que sean impulsados por la OMS o en su defecto que se encuentren comprometidos con los mismos lineamientos que la OMS propone. Por consiguiente, en el marco del manejo de eventos catalogados como ESPII, el Perú debe preferir los mecanismos orientados al fortalecimiento de sus capacidades sanitarias sobre aquellos que manejan agendas específicas.

Bibliografía

13. ° PGT (25 de mayo de 2018). 13. ° Programa General de Trabajo 2019-2023. Organización Mundial de la Salud.
- Anomaly, J. (2014). What Is an Epidemic? CURRENTS in Contemporary Bioethics. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 42(3), 389–391. <https://doi.org/10.1111/jlme.12155>
- Banco Mundial. (s.f.). ¿Quiénes somos? Recuperado el 9 de octubre de 2020 de: <https://www.bancomundial.org/es/who-we-are>
- Baize, S., Pannetier, D., Pharm D., Oestereich, L., Rieger, T., Koivogui, L., Magassouba, N., Soropogui, B., Mamadou, S. S., Sakoba, K., De Clerck, H., Tiffany, A., Dominguez, G., Loua, M., Traoré, A., Kolié, M., Malano, E. R., Heleze, E., Bocquin, A., ... Günther, S. (2014). Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea (Brief Report). *The New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1404505>
- Baldwin, R. E. (2016). *The Great Convergence: information technology and the new globalization*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Baylis, J., Smith, S., & Owens, P. (2014). *The Globalization of World Politics An Introduction to International Relations*. Oxford University Press.
- Bendavid E, Ottersen T, Peilong L, et al. (2017). Development Assistance for Health. En: Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al. (Eds.), *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. (3era ed.) The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525305/> doi: 10.1596/978-1-4648-0527-1_ch16
- Berkley, S. (2018). Here's why global health suffers in a fractured world. <https://www.weforum.org/agenda/2018/01/here-s-why-deadly-outbreaks-thrive-in-a-fractured-world/>
- Birn, A. E., & Fee, E. (2013). The art of medicine: The Rockefeller Foundation and the international health agenda. *The Lancet*, 381(9878), 1618–1619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61013-2)
- Bill and Melinda Gates Foundation. (s.f.). What we do? Consultado el 23 de agosto de 2020. <https://www.gatesfoundation.org/What-We-Do>
- Bloom, D. E., & Cadarette, D. (2019). Infectious disease threats in the twenty-first century: Strengthening the global response. *Frontiers in Immunology*, 10(MAR), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00549>
- Brende, B., Farrar, J., Gashumba, D., Moedas, C., Mundel, T., Shiozaki, Y., Vardhan, H., Wanka, J., & Røttingen, J. A. (2017). CEPI—a new global R&D organisation for

epidemic preparedness and response. *The Lancet*, 389(10066), 233–235.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30131-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30131-9)

Canguilhem, G. (1991) *The Normal and The Pathological*. Urzone Inc.

Castells, M. (2002). Globalización y antiglobalización. El País.

CBC. (04 de junio de 2014). MERS cases revealed in Saudi Arabia raise questions. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/health/mers-cases-revealed-in-saudi-arabia-raise-questions-1.2664418>

CDC. (s.f.). International Health Regulations. Recuperado el 2 de octubre de 2020 de: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ghs/ihr/index.html>

CDC. (s.f.a). Cronograma de la pandemia de influenza H1N1 2009. Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-pandemic-timeline.html>

CDC. (2016). The Global Health Security Agenda. Recuperado el 5 de agosto de 2020 de: <https://www.cdc.gov/globalhealth/security/ghsagenda.htm>

CDC. (2019). Partnering to Implement the Global Health Security Agenda. Recuperado el 13 de agosto de 2020 de: <https://www.cdc.gov/globalhealth/security/ghsareport/2018/ghsa-partnering.html>

CDC. (2020). CDC and the Global Health Security Agenda. Recuperado el 12 de agosto de 2020 de: <https://www.cdc.gov/globalhealth/security/index.htm>

Cerda L, Jaime, & Valdivia C, Gonzalo. (2007). John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Revista chilena de infectología*, 24(4), 331-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014>

Clinton, C., & Sridhar, D. L. (2017). *Governing global health: who runs the world and why?* Oxford University Press.

Commission on Global Governance. (1995). Our Global Neighborhood: Report of the Commission on Global Governance. Consultado el 15 de mayo de 2020. <http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/>

Consejo Ejecutivo de la OMS. (4 de mayo de 2005). Informe de la Secretaría. Aplicación de la resolución WHA55.16 sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radio-nuclear que afecten a la salud.

Constitución de la OMS. (7 de abril de 1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>

- CNEPCE (s. f.) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Herramientas para la vigilancia epidemiológica. Consultado el 23 de setiembre de 2020. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/materiales/herramientas-para-la-vigilancia-epidemiologica/>
- Cueto, M. (2004). El Valor de la Salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud. In *Publicación Científica y Técnica* (Issue 600).
- Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (2019). The Birth of the World Health Organization, 1945–1948. In *the World Health Organization: A History* (Global Health Histories, pp. 34–61). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108692878.003
- Declaración de Almá-Atá. (6 -12 de setiembre de 1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Almá-Atá, URSS.
- Delgado, G., & Pichardo, M. (2002). *La Representación OPS/OMS en Cuba: Conmemorando 100 años de salud*.
- Dick, G. W. A., Kitchen S. F., Haddow A. J., Zika Virus (I). Isolations and serological specificity. (1952). Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 46 (5) 509–520, [https://doi.org/10.1016/0035-9203\(52\)90042-4](https://doi.org/10.1016/0035-9203(52)90042-4)
- D. L. No 1161 Que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (2013).
- D. S. No 008-2017-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (2017)
- Fidler, D. P. (2001). The globalization of public health: The first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 842–849. <https://doi.org/10.4324/9781315254227-10>
- Fidler, D. P. (2004). *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230006263>
- Fidler, D. P. (2010). The Challenges of Global Health Governance. *Tobacco Control*, 86(May), 1–6. http://www.globalhealthurope.org/index.php?option=com_content&view=article&id=306:the-10-challenges-of-global-health-governance&catid=85:opinion-pieces&Itemid=139
- Fidler, D. (2013). Who owns MERS? The intellectual property controversy surrounding the latest pandemic. *Foreign Affairs*.
- Fitzmaurice, A. G., Mahar, M., Moriarty, L. F., Bartee, M., Hirai, M., Li, W., Gerber, A. R., Tappero, J. W., Bunnell, R., & Group, G. I. (2017). *Contributions of the US Centers for Disease Control and Prevention in Implementing the Global Health Security Agenda in 17 Partner Countries*. 23(December).

- Garret, L. (2013). Why a Saudi virus is spreading alarm? Council on Foreign Relations. Recuperado el 4 de octubre de 2011 de: <https://www.cfr.org/expert-brief/why-saudi-virus-spreading-alarm>
- Garrett, L. (2015). Ebola's Lessons: How the WHO Mishandled the Crisis. Foreign Affairs. Setiembre/octubre 2015.
- Gavi. (s.f.). Gavi: Eligibility Criteria. Recuperado el 12 de octubre de 2020 de: <https://www.gavi.org/types-support/sustainability/eligibility>
- Gavi (2020) Facts & Figures Gavi, the Vaccine Alliance. Actualización de junio de 2020.
- Global Health Security Agenda. (s.f.). Action Packages. Recuperado el 13 de agosto de 2020 de: <https://ghsagenda.org/action-packages/>
- Global Health Security Agenda. (s.f. a). Governance. Recuperado el 13 de agosto de 2020 de: <https://ghsagenda.org/ghsagovernance/>
- Global Health Security Agenda. (2018). *Global Health Security Agenda (GHS) 2024 Framework Overview*. <http://www.who.int/emergencies/diseases/en/>.
- Global Preparedness Monitoring Board. (2019). Un mundo en peligro: Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias. In *Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias*. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_Spanish.pdf
- Global Preparedness Monitoring Board. (2020). Un mundo desorganizado: Informe anual de la Junta de Vigilancia de Preparación 2020. https://apps.who.int/gpmb/annual_report.html
- Gouglas, D., Christodoulou, M., Plotkin, S. A., & Hatchett, R. (2019). CEPI: Driving Progress Toward Epidemic Preparedness and Response. *Epidemiologic Reviews*, 41(1), 28–33. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxz012>
- Gostin, L. O., & Katz, R. (2016). The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. *Milbank Quarterly*, 94(2), 264–313. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>
- Gostin, L. O., & Katz, R. (2016). The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. *The Milbank quarterly*, 94(2), 264–313. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>
- Gozer, E., Canchihuamán, F., Piazza, M., Vásquez, H., Hajar, G., & Velásquez, A. (2016). Contribución del Perú en las iniciativas para promover la seguridad sanitaria mundial. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 574-9. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2324>

- GPMB. (s.f.). What is the GPMB? Recuperado el 13 de setiembre de 2020 de: <https://apps.who.int/gpmb/about.html>
- GPMB. (s.f.a). Our Work. Recuperado el 13 de setiembre de 2020 de: <https://apps.who.int/gpmb/work.html>
- Green, M. S., Swartz, T., Mayshar, E., Lev, B., Leventhal, A., Slater, P. E., & Shemer, J. (2002). When is an epidemic an epidemic? *Israel Medical Association Journal*, 4(1), 3–6.
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). Transversalización de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Guía de referencia para los Equipos de las Naciones Unidas en los países.
- Heywood, A. (2011). *Global Politics*. Palgrave Macmillan.
- Howard-Jones, Norman & World Health Organization. (1975). The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. *History of International Public Health, 1*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62873>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Total Flows of Global Health Financing in 2019. Recuperado el 3 de octubre de 2020 de: <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). *Financing Global Health 2019: Tracking health spending in a time of crisis*. University of Washington.
- Johns Hopkins, & NTI. (2019). *Global Health Security Index 2019*.
- Karesh, W., Cook, R. (2005). The Human - Animal Link. *Foreign Affairs*. Julio - agosto 2005.
- Ley N. ° 26842 Ley General de Salud. (1997)
- Ledger, T. (2013). Gobernanza global. En *Introducción a las Relaciones Internacionales: América Latina y la Política Global* (pp. 253–282). Oxford University Press.
- Lee JW, McKibbin WJ. (2004). Estimating the global economic costs of SARS. En: Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats; Knobler S, Mahmoud A, Lemon S, et al. (Eds.), *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak: Workshop Summary*. National Academies Press (US); 2004. Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92473/>
- Lee, K., & Smith, R. (2011). *What is 'Global Health Diplomacy? A conceptual review Submitted to: Global Health Governance*. 44(January 2011), 1–24.
- Mackenzie JS, Drury P, Ellis A, et al. (2004). The WHO response to SARS and preparations for the future. En: Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats; Knobler S, Mahmoud A, Lemon S, et al. (Eds.), *Learning from SARS: Preparing for the Next*

Disease Outbreak: Workshop Summary. National Academies Press (US). Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92476/>

McGrew, A. (2008). Globalization and global politics. *Globalization and Global Politics*, 14–33.

Meyerson, F. A. B., Merino, L., Durand, J., Meyerson, F. A. B., Merino, L., & Durand, J. (2007). *Immigration and environment in the context of globalization*. 5(4), 182–190.

Mlakar, J., Korva, M., Tul, N., Popović, M., Poljšak-Prijatelj, M., Mraz, J., Kolenc, M., Resman Rus, K., Vesnaver Vipotnik, T., Fabjan Vodusek, V., Vizjak, A., Pižem, J., Petrovec, M., & Avšič Županc, T. (2016). Zika Virus Associated with Microcephaly. *The New England journal of medicine*, 374(10), 951–958. <https://doi.org/10.1056/NEJMoal600651>

Moon, S., Sridhar, D., Pate, M. A., Jha, A. K., Clinton, C., Delaunay, S., Edwin, V., Fallah, M., Fidler, D. P., Garrett, L., Goosby, E., Gostin, L. O., Heymann, D. L., Lee, K., Leung, G. M., Morrison, J. S., Saavedra, J., Tanner, M., Leigh, J. A. Piot, P. (2015). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386(10009), 2204–2221. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0)

Mullen, L., Potter, C., Gostin, L. O., Cicero, A., & Nuzzo, J. B. (2020). An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Concern Designations. *BMJ Global Health*, 5(6), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002502>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). About the International Coordinating Group (ICG) on Vaccine Provision. Consultado el 07 de septiembre de 2020. <https://www.who.int/groups/icg/about>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.a). Preguntas frecuentes acerca del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Recuperado el 31 de julio de 2020 de: <https://www.who.int/ihr/about/faq/es/#faq02>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.b). What has changed in the International Health Regulations (2005). Recuperado el 30 de julio de 2020 de: <https://www.who.int/ihr/revisionprocess/revisionchange/en/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.c). MERS-CoV IHR Emergency Committee. Recuperado el 30 de julio de 2020 de: <https://www.who.int/groups/mers-cov-ihr-emergency-committee>

Organización Mundial de la Salud. (s.f. d). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-cov) Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>

- Organización Mundial de la Salud. (s.f.e). Ground zero in Guinea: the Ebola outbreak smoulders-undetected- for more than 3 months. Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <https://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Update 95—SARS: chronology of a serial killer. 2003. Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: https://www.who.int/csr/don/2003_07_04/en/
- Organización Mundial de la Salud. (24 de febrero de 2010). What is a pandemic? Recuperado el 2 de octubre de 2020 de: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Bulletin of the World Health Organization July 2011. 469-544. 89 (7)
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Agosto de 2014). Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola outbreak in West Africa. Recuperado el 5 de octubre de 2020 de: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Respuesta mundial al brote del virus del Zika. Consultado el 6 de septiembre de 2020. <https://www.who.int/emergencies/zika-virus/response/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). El enfoque multisectorial de la OMS “Una Salud”. Consultado el 27 de setiembre de 2020 de: <https://www.who.int/features/qa/one-health/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). WHO Research and Development Blueprint 2018 Annual review of diseases prioritized under the Research and Development Blueprint. *World Health Organization, February, 6-7 February 2018, Geneva, Switzerland.* <http://www.who.int/emergencies/diseases/2018prioritization-report.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). WHO. Contributors. Recuperado el 6 de octubre de 2020 de: <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). WHO unveils sweeping reforms in drive towards “triple billion” targets. Recuperado el 5 de octubre de 2020 de: <https://www.who.int/news-room/detail/06-03-2019-who-unveils-sweeping-reforms-in-drive-towards-triple-billion-targets>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). ¿Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019? Recuperado el 21 de setiembre de 2020 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es

- Organización Mundial de la Salud. (2019a). Nota de Prensa. Espaldarazo a la vacuna contra el virus del Ébola aprobada por la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/18-10-2019-major-milestone-for-who-supported-ebola-vaccine>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cronología de la actuación de la OMS en el contexto de la COVID-19. Recuperado el 03 de setiembre de 2020 de: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). Ebola virus disease Fact sheet. Consultado el 06 de setiembre de 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6087>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.b). Ex directores de la Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14455:former-directors&Itemid=72321&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f. c). Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f. d). Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 4 de octubre de 2020 de: <https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos>
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. *El Código Sanitario Panamericano: Hacia una política de salud continental Hacia una política de salud continental*.
- Osterholm MT. (2017). Global Health Security: An unfinished journey. *Emerging Infectious Diseases*, 23(December), 225–227.
- Pan American Health Organization. (2016). Timeline of the emergence of Zika virus in the Americas, April 2016. Recuperado el 5 de octubre de 2020 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11959:timeline-of-emergence-of-zika-virus-in-the-americas&Itemid=41711&lang=en
- Plan Estratégico Sectorial Multianual PESEM – Salud (2016 – 2021). Recuperado de https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_/plan-estrategico-sectorial-multianual-pesem-salud-2016-2021/
- PVE (2005) Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Parte I. Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

- Querejazu, A. (2020). Comprendiendo y cuestionando la gobernanza global. *Colombia Internacional*, 102, 63–86. <https://doi.org/10.7440/colombiaint102.2020.04>
- Ralaidovy AH, Adam T. (2019). Standard classification of health categories. Global Observatory on Health R&D, World Health Organization <https://www.who.int/research-observatory/classifications/disease/en/>
- Ruckert, A., Labonté, R., & Lencucha, R. (2019). Health in Canadian foreign policy: the role of norms and security interests. *Canadian Foreign Policy Journal*, 25(3), 325–341. <https://doi.org/10.1080/11926422.2019.1642216>
- Reglamento Sanitario Internacional. (2007). Tercera Edición del Reglamento Sanitario Internacional.
- Šehović, A. B. (2019). Health diplomacy: For whom? By whom? For what? *Regions and Cohesion*, 9(1), 161–176. <https://doi.org/10.3167/reco.2019.090110>
- Sodaro, M. J. (2006). Política y Ciencia Política: Una Introducción. (MCGRAW-HILL Interamericana. (2. ° ed.))
- Stiglitz, J. E. (2002). *El Malestar de la Globalización* (Santillana Ediciones Generales S. L. (ed.)).
- Stocking, B., Jean-Jacques, M.-T., Shuaib, F., Carmencita, A.-B., & Julio, F. (2015). Report of the Ebola interim assessment panel. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.1345/aph.1P599>
- The Global Fund. (20 de febrero de 2017). Rebuilding health care in the shadow of Ebola <https://www.theglobalfund.org/en/blog/2017-02-20-rebuilding-health-care-in-the-shadow-of-ebola/>
- The Global Found. (2020). Building resilient and sustainable systems for health. Global Health Security section. Consultado el 24 de agosto de 2020. <https://www.theglobalfund.org/en/global-health-security/>
- The Lancet. (2009). What is Health? The ability to adapt. ISSN: 0140-6736, Vol: 373, Issue: 9666, Page: 781
- The Washington Post. (29 de junio de 2014). West Africa cannot manage the Ebola outbreak. Editorial Board. Consultado el 6 de septiembre de 2020. https://www.washingtonpost.com/opinions/west-africa-cant-manage-the-ebola-outbreak/2014/06/29/07f4c354-fee9-11e3-b1f4-8e77c632c07b_story.html
- The Washington Post. (18 de junio 2017). New global coalition launched to create vaccines, prevent epidemics. <https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2017/01/18/new-global-coalition-launched-to-create-new-vaccines-prevent-epidemics/>

- The White House. (2015). Press release. FACT SHEET: The Global Health Security Agenda. Recuperado el 5 de octubre de 2020 de: <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2015/07/28/fact-sheet-global-health-security-agenda>
- Tobar, S., Buss, P., Coitiño, A., Kleiman, A., Fonseca, L. E., Rigoli, F., Sealey, K., & Victoria, V. (2017). Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.145>
- United Nation Archives. (s.f.). Fonds United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) (1943-1946) - AG-018. Recuperado el 1 de noviembre de 2020 de: <https://search.archives.un.org/united-nations-relief-and-rehabilitation-administration-unrra-1943-1946>
- Velásquez, A. (2016). Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 397-8. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2339>
- Velásquez Valdivia, A., Cachay, C., Munayco, C., Poquioma, E., Espinoza, R., Secián, Y. (2009). La Carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Ministerio de Salud.
- World Health Organization. (s.f.). Timeline of Influenza A(H1N1) cases. Laboratory confirmed cases and deaths. As reported to WHO. Recuperado el 4 de noviembre de 2020 de: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/history_map/InfluenzaAH1N1_maps.html
- World Health Organization. (2000). Global outbreak alert and response: report of a WHO meeting, Geneva, Switzerland, 26-28 April 2000. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66750>
- World Health Organization. (2005). Bulletin of the World Health Organization. 83 (4) Recuperado el 6 de octubre de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/83/4/editorial10405/en/>
- World Health Organization. (2015). Implementation of the International Health Regulations: report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Recuperado el 2 de setiembre de 2020 de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-en.pdf.
- World Health Organization. (2018). Key facts about Non-Communicable Diseases. Recuperado el 6 de octubre de 2020 de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- World Health Organization (WHO). (2019). Global Spending on Health: A World in Transition 2019. *Global Report*, 49. https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019/en/
- Yarley, Jim. (15 de mayo de 2005). After Its Epidemic Arrival, SARS Vanishes. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2005/05/15/health/after-its-epidemic-arrival-sars-vanishes.html>
- Youde, J. (2013). The Rockefeller and Gates Foundations in Global Health Governance. *Global Society*, 27(2), 139–158. <https://doi.org/10.1080/13600826.2012.762341>
- Zaki, A. M., Sander, v. B., Bestebroer, T. M., Osterhaus, A. D. M. E., & Fouchier Ron, A. M. (2012). Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia. *The New England Journal of Medicine*, 367(19), 1814-1820. <http://dx.doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/10.1056/NEJMoa1211721>