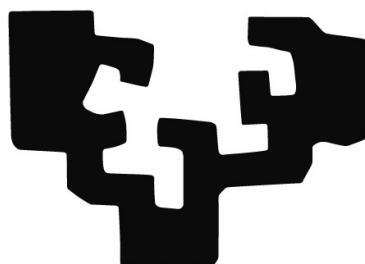


eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

TESIS DOCTORAL

El papel de la Organización Mundial de la salud en el siglo XXI y la importancia del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a las emergencias sanitarias. El caso de la “crisis” del brote de Ébola.

AUTOR:

Gabriel Díez Cuevas

Mayo de 2016

Director/a:

Javier Uncetabarrenechea

INDICE.	3
AGRADECIMIENTOS.	12
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	13
CAPITULO PRIMERO: INTRODUCCIÓN.	15
1. Antecedentes y justificación del tema.	15
2. Metodología.	18
3. Objetivos.	19
4. Hipótesis.	19
5. Estructura de la investigación.	20
CAPITULO SEGUNDO. LA OMS Y LA NO SIEMPRE FÁCIL APUESTA POR EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD.	22
1. La OMS y su difícil labor en la era de la gobernanza en el terreno de la salud.	22
2. La OMS y su apuesta por el reforzamiento de los sistemas públicos de salud en tiempos complejos.	26
3. Una breve mirada al desarrollo de los sistemas de salud en África como terreno de confrontación de los distintos enfoques.	32
3.1. Las tres debilidades de los sistemas de salud africanos.	33
3.2. El distrito de salud.	34
4. La crisis de la OMS y el impulso de la agenda en el terreno de la salud de otras organizaciones internacionales.	36
4.1. La polémica del Programa de Medicamentos esenciales.	39
4.2. El impulso a la agenda en el campo de la salud del Banco Mundial.	39
4.2.1. La Organización Mundial del Comercio y su influencia en la salud: la elaboración de un informe conjunto con la OMS.	41
4.3. La salida de la crisis con el nombramiento de Brundtland: un giro (parcial) hacia la adopción de enfoques neoliberales.	42
5. Lecciones extraídas en la primera década del siglo XXI: el inicio de un proceso de reforma	45

5.1. Prioridades de liderazgo.	46
5.1.1. Avanzar hacia la Cobertura Sanitaria Universal.	47
5.1.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.	47
5.1.3. Abordar el reto que plantean las enfermedades no transmisibles.	47
5.1.4. Aplicar las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	48
5.1.5. Aumentar el acceso a productos médicos.	49
5.1.6. Abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales.	49
5.2. La gobernanza como prioridad estratégica de la OMS.	50
5.3. La gobernanza sanitaria y la reforma de la OMS.	51
5.4. Organización del trabajo de la OMS para los próximos años.	52
5.5. Organización de la financiación de la OMS para los próximos años.	53
CAPÍTULO TERCERO. LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD.	55
1. El concepto de Salud pública.	55
1.1. Primeras definiciones de salud pública.	56
1.2. La historia de la salud pública.	58
1.3. El concepto de salud y la definición de la salud de la OMS.	59
2. Sistemas públicos de salud.	62
3. El marco conceptual del sistema de salud de la OMS.	62
3.1. Un marco único con seis componentes esenciales claramente definidos.	64
3.1.1. Sistemas y programas de salud: obtener resultados .	66
3.1.2. Un papel más eficaz para la OMS en los países.	67
3.1.3. El papel de la OMS en la agenda del sistema internacional de salud.	67
CAPÍTULO CUARTO. LA INFLUENCIA DEL MUNDO DE LA GRAN EMPRESA EN NACIONES UNIDAS Y LA RELEVANCIA DEL SECTOR PRIVADO EN LA GOBERNANZA GLOBAL DE LA SALUD.	69
1. El sistema de Naciones Unidas y el mundo empresarial.	69

1.1. La “inclusión” de la empresa como parte de la sociedad civil en el contexto de Naciones Unidas.	71
1.2. Formas de participación del sector privado en la ONU.	73
1.3. Razones de la participación del sector privado.	74
1.4. Aspectos positivos y negativos de las alianzas público-privadas.	74
2. Las Alianzas público privadas en materia de Salud.	76
2.1. El papel del sector privado en el campo de la salud.	76
2.2. La influencia de la filantropía en la agenda global de la salud.	77
2.3. Principales iniciativas de las fundaciones filantrópicas.	78
2.3.1. Bill and Melinda Gates Foundation.	78
2.3.2. Rockefeller Foundation.	82
2.3.3. Clinton Foundation.	82
2.3.4. Soros Foundation.	82
2.4. Principales iniciativas de las compañías multinacionales.	83
2.4.1. Compañías farmacéuticas.	83
2.4.2. Empresas que no se dedican a la salud.	84
2.5. Alianzas público-privadas en el sector de la salud. El papel de la OMS.	85
2.5.1. Cambio de prioridades en el presupuesto de la OMS.	85
2.5.2. La financiación de la OMS por el sector privado.	87
2.6. Principales alianzas público privadas en materia de salud.	90
2.6.1. Fondo Mundial de Lucha Contra el VIH-SIDA, Tuberculosis y Malaria.	90
2.6.2. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization).	90
2.6.3. Lucha contra la Oncocercosis, (la ceguera de los ríos) .	91
2.6.4. La erradicación de la poliomielitis.	91
2.6.5. La Iniciativa sobre los medicamentos para las enfermedades desatendidas.	91
2.7. Factores que justifican la implicación del sector privado en materia de salud. Las críticas a su participación.	92
2.8. Críticas a la participación del sector privado.	92

CAPITULO QUINTO. LAS ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS Y LA ESTRATEGIA DE LUCHA INTEGRADA CONTRA LA ÚLCERA DE BURULI EN BENÍN.	94
1. Dicotomías y nuevas perspectivas en materia de Salud Pública.	95
1.1. La prevención contra el tratamiento.	96
1.2. Enfoques verticales y horizontales.	97
1.3. El enfoque diagonal.	98
1.4. Atención primaria y atención especializada.	100
1.5. Enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles.	100
1.6. Conocimiento y acción.	101
1.7. Determinantes sociales de la salud o atención sanitaria.	101
2. Las Enfermedades Tropicales Desatendidas. La úlcera de Buruli.	102
2.1. La Declaración de Londres.	104
2.2. La úlcera de Buruli.	106
2.3. Los principales retos que plantea la enfermedad.	107
3. La experiencia de Benín en el marco de la lucha contra la úlcera de Buruli (UB).	109
3.1 Los enfoques transversales en la lucha contra la úlcera de Buruli en Benín. La higiene básica y el saneamiento.	112
3.1.1. Algunos resultados de la experiencia desarrollada en materia de Higiene y Saneamiento.	113
3.2. Enfoque integrado en la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas de la OMS. El ejemplo de Benín.	116
3.3. Una experiencia de integración en la comuna de Lalo, en Benín.	118
CAPITULO SEXTO. LA RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS SANITARIAS Y EL REFUERZO DE LOS ENFOQUES EN CLAVE DE SECURITIZACIÓN.	121
1. Sobre la naturaleza del riesgo sanitario y los primeros pasos en el análisis de estas cuestiones en clave de seguridad.	121
1.1. El concepto de “salud global” y la asunción de las enfermedades infecciosas como agente no tradicional de amenaza en la década de los noventa.	123
2. La epidemia del SRAS como factor de cambio.	125
2.1. Enfermedad emergente y epidemia.	125

2.2. Historia de la epidemia del SRAS.	126
2.3. Las lecciones aprendidas del SRAS. La respuesta de la OMS.	127
3. La aprobación de la reforma del Reglamento Sanitario Internacional de 2005.	131
4. La salud como un ámbito de (creciente) securitización.	135
CAPÍTULO SÉPTIMO. LA GESTIÓN DE LA OMS DE LA CRISIS DE LA GRIPE H1N1 Y LA INVESTIGACIÓN ABIERTA POR EL CONSEJO DE EUROPA.	141
1. La gestión de la crisis de la gripe H1N1 por la OMS.	142
1.1. El sistema de gobierno de la OMS y las instancias concernidas en los casos de pandemia.	143
1.1.1. Diferentes niveles de alerta.	144
1.2. La declaración del nivel de alerta de pandemia.	145
2. Las críticas a la gestión de la OMS de la crisis de la gripe H1N1.	145
2.1. El papel de Wolfgang Wodarg y su entrevista en L'Humanité.	146
2.2. El papel de algunos expertos y de los medios de comunicación.	148
3. La Investigación del Consejo de Europa sobre la gestión de la pandemia por parte de la OMS.	148
3.1. El informe del Consejo de Europa.	149
3.1.1. Diferentes niveles de alerta.	150
3.1.2. Estrategias de vacunación.	150
3.1.3. Adecuación y pertinencia de las medidas adoptadas.	150
3.1.4. Conflictos de intereses.	151
3.1.5. El rol de la industria farmacéutica durante la pandemia.	152
3.1.6. El papel de los Estados Miembros.	153
3.2. La respuesta del Consejo de Europa.	154
3.2.1. La Resolución 1749 y recomendación 1929 (2010).	154
3.2.2. Respuesta del Consejo de Ministros del 24 de junio de 2011.	154
3.3. La respuesta de la Unión Europea.	155
3.3.1. Documento de lecciones aprendidas sobre la gripe H1N1 de la UE.	155

3.3.2. Propuesta de resolución sobre la evaluación de la gestión de la gripe H1N1 en 2009 y 2010 en la UE.	155
4. Evaluación externa de la OMS de respuesta a la pandemia.	156
5. El caso de la gripe H1N1. Un caso de securitización de la salud.	158
CAPÍTULO OCTAVO. EL BROTE EPIDEMIOLÓGICO DEL VIRUS EBOLA Y LA RESPUESTA DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL.	161
1. El Brote epidémico del virus Ébola en África del Oeste.	162
1.1. Virus de Ébola. Características fundamentales.	163
1.2. Condiciones sociales que permiten y favorecen la transmisión de la enfermedad.	165
1.3. La respuesta al brote de Ébola de 2014 en África Occidental. El rol de la OMS como autoridad sanitaria internacional.	167
1.4. El fin del brote de Ébola.	172
2. Los errores cometidos en la gestión de la epidemia de Ébola.	176
2.1. La responsabilidad de los tres Estados (Guinea, Liberia y Sierra Leona).	178
2.2. La responsabilidad de la OMS.	179
2.3. La responsabilidad de los países occidentales.	183
2.4. La intervención del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en el brote de Ébola.	183
2.5. El papel de las organizaciones regionales en la gestión de la crisis.	186
2.5.1. El rol de la Organización de la Salud de África Occidental.	187
2.5.2. El papel de la Unión Africana.	188
CAPITULO NOVENO. EL BROTE EPIDEMIOLÓGICO DEL ÉBOLA Y LA SECURITIZACIÓN DE LA SALUD.	190
1. La narrativa en torno al brote epidémico del virus Ébola.	191
2. Una explicación del rol jugado por la OMS desde el punto de vista de la securitización de la salud.	195
3. El brote del Ébola y la securitización de la salud.	199
3.1. El “espectáculo” del Ébola y el tratamiento de los medios de comunicación de las crisis sanitarias.	202

3.2. La respuesta farmacéutica al Ébola.	203
3.2.1. Movilización de recursos para la fabricación de vacunas.	205
3.2.2. Administración de medicamentos sin testar.	206
3.2.3. Ensayos clínicos para probar medicamentos y vacunas.	206
CAPÍTULO DÉCIMO. EL BROTE DEL VIRUS DE EBOLA Y LAS IMPLICACIONES PARA LOS SISTEMAS DE SALUD AFRICANOS.	208
1. El brote del Ébola y su impacto en los sistemas públicos de salud.	208
1.1. Evaluación sobre el impacto del Ébola en dos distritos de salud en Sierra Leona.	210
1.2. La importancia de los trabajadores de salud en un sistema de salud.	214
1.3. La problemática de la fuga de cerebros en el África subsahariana.	215
1.4. Sistemas de salud dependientes.	217
1.5. Las lecciones de la epidemia de Ébola según la Fundación Gates y el fortalecimiento de los sistemas de salud.	219
1.6. Las 10 reformas formuladas por un panel de expertos independientes antes de la próxima epidemia.	221
1.6.1. Prevención de brotes de enfermedades graves.	222
1.6.2. Respuesta a brotes de enfermedades graves.	223
1.6.3. Investigación: producción e intercambio de datos, conocimientos y tecnología.	223
1.6.4. Gobernar el sistema mundial para prevenir y responder a los brotes.	224
2. Respuestas a un cuestionario sobre el impacto del Ébola sobre los sistemas públicos de salud.	225
2.1. Análisis cuantitativo.	226
2.2. Análisis cualitativo de las respuestas del cuestionario.	234
CAPITULO UNDÉCIMO. COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD. LA NOCIÓN DE RESILENCIA.	237
1. Cobertura Sanitaria Universal y el fortalecimiento de los sistemas de salud.	237
1.1. Resolución sobre Salud Mundial y política exterior de la Asamblea General de las Naciones Unidas.	238
1.2. La definición del concepto de Cobertura Sanitaria Universal.	239

1.3. Como los países pueden progresar hacia la cobertura sanitaria universal.	240
1.4. Reformas de financiación sanitaria y Cobertura Sanitaria Universal.	242
1.4.1. Recaudar suficientes recursos financieros para sufragar los servicios sanitarios.	242
1.4.2. Mancomunar los fondos para aumentar la protección contra los riesgos financieros.	242
1.4.3. Adquirir servicios sanitarios para velar por el uso óptimo de los recursos disponibles.	244
1.5. Plan de acción de la OMS para la Cobertura Sanitaria Universal.	244
1.6. Cobertura Sanitaria Universal. La OMS y el Banco Mundial.	246
1.7. CSU y Objetivos de Desarrollo Sostenibles.	247
2. Sistemas de salud resilientes. Las lecciones aprendidas del brote del Ébola.	248
CONCLUSIONES.	254
BIBLIOGRAFÍA.	266
1. Bibliografía general.	266
2. Documentos oficiales.	278
Documentos relevantes sobre la Gripe H1N1.	278
Documentos oficiales sobre la epidemia de Ébola.	280
Documentos oficiales sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas.	282
Resoluciones oficiales de la OMS.	283
Otros documentos Oficiales de las Naciones Unidas.	285
Otras publicaciones relevantes de la OMS.	286
RELACIÓN DE ANEXOS RELATIVOS AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL BROTE DE ÉBOLA.	290
ANEXO 1: Referentes técnicos que participaron en el cuestionario.	291
ANEXO 2: Cuestionario.	292
ANEXO 3: Cronología del brote epidémico de Ébola. Fechas clave.	295

AGRADECIMIENTOS.

Esta tesis Doctoral es el fruto de un largo camino que no hubiera sido posible sin el amor y la ayuda de mi mujer, Miren. Gracias de corazón por tu apoyo y comprensión. Este trabajo es tuyo.

A mi hijo Beñat por todos los buenos momentos que me da y por haberme cambiado la vida. Perdóname si no estoy todo lo presente que debiera en ocasiones. Prometo compensarte.

A Begoña y José Ignacio porque sin vuestro apoyo no hubiera logrado dedicar el tiempo y el esfuerzo que este trabajo requería.

Mi eterno agradecimiento a Javier Uncetabarrenechea mi director de tesis; por sus sabios consejos, su capacidad de trabajo, su acompañamiento, su motivación y empatía. Si hemos llegado a puerto ha sido porque estuviste ahí.

A mis compañeros del área de África de Anesvad con los que tuve la oportunidad de descubrir África. A los pasados y a los presentes.

A todas las personas de Benín y Togo que bien directa o indirectamente han contribuido y me han ayudado a hacer este trabajo. Mi reconocimiento por todo lo que me habéis aportado y por demostrarme vuestra amistad.

A todas las personas que tuvieron la amabilidad de participar en el estudio de Ébola. Gracias por vuestro tiempo y dedicación.

Quisiera dedicar este trabajo a mi madre Carmen y a la memoria de mi padre Gabriel que siempre me acompaña.

GLOSARIO DE SIGLAS.

AME: Agencia del Medicamento Europea

APCE: Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa

APED: Action Programme On Essential Drugs (Programa de Medicamentos Esenciales)

APS: Atención Primaria de la Salud

BAD: Banco Africano de Desarrollo

CCM: Country Coordinating Mechanisms of Global Found.

CDC: Center for Disease Control and Prevention

CEDEAO: Comunidad Económica de Estados de África Occidental

CMS: Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS.

CSU: Cobertura Sanitaria Universal

DALY: Disability-Adjusted Life Year (Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad)

EFPIA: European Federation of Pharmaceutical Industries Association (Federación europea de las industrias y asociaciones farmacéuticas).

ETD: Enfermedades tropicales desatendidas

EVE: Enfermedad por virus Ébola

EVM: European Vaccine Manufacturers (Grupo de productores europeos de vacunas)

FMI: Fondo Monetario Internacional

FMSTM: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alianza Global de Vacunas e inmunización)

GOARN: Global Outbreak Alert and Response Network (Red Global de alerta y acción en caso de epidemia)

INFOSAN: International Food Safety Authorities Network (Red Internacional de las autoridades de seguridad sanitaria de los alimentos)

MSF: Médecins Sans Frontières

NOEI: Nuevo Orden Económico Internacional

OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos

ODM: Objetivos de desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OIHP: Oficina Internacional de Higiene Pública

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMC: Organización Mundial de Comercio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OOAS: Organisation Ouest Africaine de la Santé

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEP-FAR: US President Emergency Programme for AIDS Relief (Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA)

PHEIC: Public Health Emergencies of International Concern (Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional)

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SAGE: Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (Grupo Estratégico Consultivo de Expertos) de la OMS

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo y Grave

UA: Unión Africana

UB: úlcera de Buruli

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)

UNFPA: United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

UNITAID: International Drug Purchase Facility (Unidad internacional de compra de medicamento)

UNMEER: United Nations Mission for Ebola Emergency Response (Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta a la Emergencia del Ébola)

UNMIL: United Nations Mission in Liberia (Misión de las Naciones Unidas en Liberia)

UNRRA: United Nations Relief and Rehabilitation Administration (Administración de las Naciones Unidas para el Alivio y la Rehabilitación)

CAPITULO PRIMERO: INTRODUCCIÓN.

1. Antecedentes y justificación del tema.

El estudio de los desafíos que actualmente vive la gobernanza global en el ámbito de la salud es un tema de absoluta actualidad que merece una mayor atención por parte del mundo académico. Mi propia experiencia personal y profesional en materia de cooperación en salud internacional desde hace años, me impulsó a pensar sobre estos múltiples desafíos y las respuestas adecuadas para responder a los mismos. El mundo académico juega un papel clave en la medida que permite analizar críticamente prácticas más o menos establecidas pero el conocimiento de la dimensión aplicada, la realización de un trabajo de campo sobre el terreno, ofrece una perspectiva de la que en no pocas ocasiones el académico carece. Por todo ello, mi pretensión con la realización de esta tesis es la de, por un lado, dar respuesta a una inquietud personal que busca en la literatura académica herramientas conceptuales para analizar críticamente las prácticas de la gobernanza de la salud y que el mundo académico tenga en cuenta las realidades de un trabajo sobre el terreno que en no pocas ocasiones debe llevarse a la práctica en condiciones muy complejas.

Por todo ello, la presente tesis Doctoral se basa fundamentalmente en mi experiencia práctica y en el contacto personal y profesional con la realidad de países de África del Oeste como Benín, Togo o Camerún. En definitiva, esta investigación pretende modestamente abrir un puente entre dos mundos que están menos en contacto de lo que a mi juicio deberían: el mundo de la academia y su sentido crítico y una visión más cercana a la realidad de lo que sucede sobre el terreno en materia de salud pública. Ambas visiones pensamos que no son excluyentes y se complementan.

La necesidad de construir puentes no se limita a estos dos ámbitos. A veces, en nuestra humilde opinión, se pueden llegar a realizar análisis alejados de la realidad. Un ejemplo de esto pueden ser las comparaciones que se están planteando entre el brote de Ébola en África Occidental y los brotes epidémicos existentes de Zika en América Latina para los cuales la OMS ha adoptado un Marco de respuesta estratégica¹. Esta asociación nos parece equivocada por cuanto el virus Zika no tiene el potencial desestabilizador del Ébola. El virus Zika puede abordarse desde la prevención o el control de vectores. Lo que sí tienen en común es que son dos enfermedades relacionadas con la pobreza y tanto para una como para la otra el fortalecimiento de los sistemas de salud es capital.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>

La gobernanza de la salud en este siglo presta una gran atención a las emergencias sanitarias en la medida que concentran una gran atención política y mediática. En efecto, como veremos más adelante, la respuesta al SRAS impulsó una profunda transformación de la gobernanza global de la salud con la aprobación de la Reglamento Sanitario Internacional en 2005 y las posteriores emergencias con la gripe H1N1 y el Ébola nos ofrece un panorama de cambio. Y en dicho contexto, el papel de la OMS se vuelve todavía más importante.

La OMS juega un papel clave y su credibilidad es un tema de gran relevancia. Lo ocurrido con la gestión de la crisis de la Gripe H1N1 puede transmitir una idea equivocada sobre dicha Organización Internacional como un actor tradicionalmente sumiso frente a los intereses de los países más ricos y de las grandes compañías farmacéuticas. La historia, como veremos, nos la muestra más bien como un actor que siempre ha defendido la importancia de los sistemas públicos de salud y ha adoptado medidas, como por ejemplo con la aprobación del programa de medicamentos esenciales, que le valieron una férrea oposición principalmente del sector farmacéutico.

La relevancia de la OMS aumenta si tenemos en cuenta que a la hora de implementar políticas y llevar a la práctica todo tipo de proyectos tiene que trabajar con actores diversos con intereses y planteamientos muy dispares y en algunas ocasiones hasta contradictorios. A lo largo del capítulo cuarto veremos algunos ejemplos de partenariados público-privados en el terreno de la salud que ponen en marcha iniciativas cuya importancia no podemos minusvalorar pero que merece una reflexión crítica sobre los peligros que plantea una gobernanza en la que las grandes corporaciones y Fundaciones asociadas a grandes empresas y grandes multimillonarios juegan un papel clave. El equilibrio entre unas iniciativas en la que dichos actores del sector privado participen constructivamente en materia de salud global y que evite el riesgo de que dicha cooperación termine colocando a la OMS en un lugar subordinado resulta sin duda difícil.

Las dificultades aumentan si tenemos en cuenta la situación en general del sistema de Naciones Unidas. Así, en las dos últimas décadas nos encontramos con una ONU en la que los países más ricos y poderosos no confían y que tiene que buscar ayuda (y financiación) articulando una relación cada vez más estrecha con el mundo de las grandes corporaciones. Este proceso se aceleró sobre todo con la llegada de Koffi Annan a la Secretaría General de las Naciones Unidas y que con el nombramiento de Brundtland como Directora General de la OMS tuvo un particular giro neoliberal dentro de la Organización. En este sentido conviene recalcar que la OMS tiene un importante margen de autonomía como Organización

dentro del sistema pero tampoco puede desvincularse del todo de las transformaciones que está conociendo la ONU en su conjunto.

Un reflejo de esta situación lo encontramos en la gran influencia que tiene la Fundación Bill y Melinda Gates dentro del sistema de Naciones Unidas y en especial en el campo de la salud global. Su peso se observa no sólo a la hora de llevar en marcha proyectos de todo tipo sino que llega a todos los niveles, desde la planificación de las políticas al establecimiento de prioridades sin muchas veces tener en cuenta, en nuestra opinión, las necesidades reales del terreno y las opiniones de los Estados. Su incidencia en materia de salud global es enorme y se puede observar en iniciativas tan influyentes como GAVI o el que en este siglo se haya convertido en el segundo contribuyente a la OMS por detrás tan sólo de los Estados Unidos.

La influencia de los actores del sector privado unida a una debilidad de un sistema de Naciones Unidas con un serio déficit de financiación complica todavía más la situación. La OMS después de las convulsiones provocadas por la gestión de la Gripe H1N1, y la investigación posterior del Consejo de Europa, el inicio de una agenda de reforma de la Organización más las lecciones aprendidas con la respuesta a la crisis del Ébola, ha favorecido una reflexión en la que se vuelve a recalcar con fuerza la necesidad de reforzar los sistemas públicos de salud para dar una respuesta adecuada a este tipo de emergencias.

La crisis del Ébola nos ofrece un marco adecuado para la reflexión sobre el papel que debe jugar la OMS para dar respuesta a las crisis sanitarias. En este sentido, una crisis ofrece casi siempre una buena oportunidad para la reflexión y un incentivo para el cambio, y la respuesta global a la crisis del Ébola merece un profundo análisis. De acuerdo con esto, resulta particularmente significativa la reflexión realizada por Bill Gates que, entre otros aspectos, reconoce que existe una necesidad crítica de mejorar los sistemas públicos básicos de salud.

Por último, una motivación añadida para la realización de esta tesis es nuestra preocupación ante el creciente número de trabajos que conectan desde enfoques muy diversos salud y seguridad. Siendo muy amplio y diverso el espectro de las teorías críticas de seguridad, cuando hablemos del tema a lo largo de la tesis nos centraremos en la llamada Escuela de Copenhague y en concreto en una de sus principales aportaciones, la teoría de la securitización, que ha dado origen a bastantes trabajos que se ocupan del tema de la salud pública.

2. Metodología.

La presente investigación define un objeto de investigación amplio y complejo que exige una ardua labor de trabajo, investigación y lectura. En el análisis de la bibliografía académica relevante nos encontramos con el manejo de una amplia literatura con autores y aportaciones de distintas disciplinas, pero con un predominio de los trabajos que proceden de las Relaciones Internacionales y de la Salud Pública. Sin entrar en mayores precisiones epistemológicas, los problemas evidentes de la aplicación de los métodos de las ciencias naturales no nos deben llevar a caer en un relativismo extremo.²

Wallerstein planteó una vía para salir de este dilema y no abandonar la ciencia como una “actividad humana fundamental” y lo resume en dos enunciados modestos pero enormemente relevantes³: Según el primero, hay un mundo que trasciende nuestra percepción, que siempre ha existido y no es producto de nuestra imaginación. En segundo lugar, ese mundo real puede conocerse parcialmente “por métodos empíricos y el conocimiento obtenido puede resumirse en teorizaciones heurísticas”.⁴

El tema de estudio exige el manejo de una gran cantidad de documentación oficial de diversas organizaciones internacionales, fundamentalmente de la OMS aunque también la encontramos de otras organizaciones. Ello exige una ardua labor de selección ya que no consideramos procedente la inclusión en la bibliografía final de toda documentación de la OMS que se refiera al Ébola sino que necesariamente hemos optado por una labor de selección que nos permite localizar la documentación que consideramos más relevante.

Una tesis de este tipo cuenta con la dificultad de que en muchas ocasiones se puede realizar un abordaje demasiado teórico sin tener en cuenta las opiniones de expertos que han vivido de cerca problemáticas como las del Ébola u otras crisis sanitarias de diversa índole. Por todo ello, hemos creído conveniente realizar un estudio descriptivo mediante el cual una serie de personas de un perfil profesional muy concreto nos ofrecen sus opiniones sobre la implicación que tienen este tipo de emergencias en los sistemas de salud africanos.

Estas opiniones fueron recogidas mediante un cuestionario⁵ con una serie de preguntas cualitativas y cuantitativas sobre los impactos de las crisis sanitarias como la del Ébola en

² WALLERSTEIN, Inmanuel: “A favor de la ciencia, en contra del cientificismo. Los dilemas de la producción contemporánea del saber”, WALLERSTEIN, Inmanuel: *Las incertidumbres del saber*, Barcelona, Gedisa, 2005, pp. 15-21

³ *Ibidem*, pp. 19-20.

⁴ *Ibidem*, p. 20.

⁵ Se adjunta en anexo 2.

los países de África Occidental. El cuestionario fue testado previamente con participantes no incluidos en el estudio y que viven en Benín y Togo. Para la elección de la población del estudio, realizamos una muestra por conveniencia tendente a seleccionar a responsables relevantes en materia de salud pública que ocupan cargos estratégicos en África Occidental (ministerios de salud, OMS y representaciones en organizaciones internacionales).

Se seleccionaron actores de dos tipos, por una parte profesionales sanitarios procedentes de los países y que tuvieron una implicación directa en la gestión de la epidemia y por otro lado, profesionales del ámbito de salud pública que trabajan en África Occidental y que se ven confrontados a la eventual aparición de problemas de salud pública. El cuestionario fue respondido por un total de 11 expertos.⁶

3. Objetivos.

1. Analizar de manera crítica la Organización Mundial de la Salud como actor fundamental de la gobernanza sanitaria internacional y su capacidad para responder a los desafíos de la gobernanza global de la salud.
2. El estudio de las implicaciones del peso del sector privado en la gobernanza global de la salud.
3. El análisis de las emergencias sanitarias y sus implicaciones en la agenda de la salud global.
4. El estudio de las implicaciones de la crisis del Ébola en la concienciación de la necesidad del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.
5. El análisis de las implicaciones de la utilización de enfoques de securitización en el campo de la salud global.

4. Hipótesis.

1. La OMS tiene una larga trayectoria de defensa de la importancia de los sistemas públicos de salud que en determinadas épocas le supuso importantes críticas.
2. La OMS es la agencia técnica internacional del sistema de las Naciones Unidas capacitada para dar respuesta a los desafíos sanitarios.
3. La OMS al igual que el sistema de Naciones Unidas en su conjunto lleva dos décadas marcadas por la desconfianza y la falta de fondos por parte de los países más ricos y poderosos. En este contexto, el sector privado y el mundo de la gran empresa

⁶ Se adjunta en Anexo 1, una descripción de los participantes.

sobre todo bajo el mandato de Brundland ha adquirido una gran influencia en las orientaciones políticas de la Organización.

4. La Fundación Bill y Melinda Gates se ha convertido en un actor fundamental de la gobernanza mundial de la salud y ejerce un enorme influjo en las políticas públicas de salud a nivel global.
5. La creciente conexión entre salud y temas de seguridad que se observa en la progresiva relevancia de los enfoques en clave de securitización plantean una serie de riesgos a la hora de afrontar la gobernanza global de la salud.
6. La gestión de la crisis de la gripe H1N1 y las duras críticas recibidas ha favorecido una reflexión interna en el seno de la OMS.
7. Las lecciones de la crisis del Ébola ha reforzado la convicción de la OMS de la necesidad de reforzar los sistemas públicos de salud para dar respuesta a las emergencias sanitarias.

5. Estructura de la investigación.

Además del capítulo introductorio y de las conclusiones esta tesis Doctoral consta de diez capítulos más. En el segundo capítulo analizaremos el proceso histórico que ha vivido la OMS, desde su creación hasta nuestros días y su evolución como actor principal de la gobernanza sanitaria mundial. Asimismo, explicaremos el desarrollo de los sistemas de salud en África y los distintos enfoques que se han aplicado a la hora de elaborar las políticas públicas de salud. Por otra parte, expondremos el notable papel que tuvo sobre todo a partir de los ochenta el Banco Mundial y sobre todo con la llegada de la directora Bruntland con una agenda muy marcada por el neoliberalismo. En este capítulo, abordaremos también las prioridades que la OMS ha establecido en su proceso de reforma, iniciado a comienzos de la década.

El capítulo tercero lo destinaremos a definir el concepto de salud pública y de sistemas públicos de salud para pasar al capítulo cuarto donde nuestro objetivo será analizar la influencia del mundo de la gran empresa en Naciones Unidas y sobre todo la relevancia del sector privado en la gobernanza de la salud global. Abordaremos las diferentes formas de participación del sector privado en la ONU, las alianzas público privadas en materia de salud y el rol que en la actualidad desempeña el sector privado en la salud y sobre todo las fundaciones filantrópicas como la Gates que han adquirido una influencia notoria desde el inicio del milenio.

Expondremos, muy relacionado con lo anterior, en el capítulo quinto el caso práctico de una experiencia desarrollada en Benín, en la lucha contra una “Enfermedad Tropical Desatendida” denominada úlcera de Buruli que trata de superar los enfoques centrados en la enfermedad característicos de las fundaciones filantrópicas a otras opciones que pretenden fortalecer los sistemas de salud en su conjunto.

Al mismo tiempo, han surgido durante estos últimos años una gran cantidad de trabajos que conectan desde enfoques diversos la relación entre salud y seguridad. Estudiaremos por tanto, esta conexión entre salud y seguridad, centrándonos en las aportaciones de la llamada Escuela de Copenhague y en concreto a una de sus principales aportaciones: la teoría de la securitización y en concreto en su plasmación en el ámbito de la salud en el capítulo sexto.

Posteriormente en el capítulo séptimo, analizaremos el caso de la gripe H1N1 que dio lugar a una investigación del Consejo de Europa sobre la gestión que la Organización Mundial de la Salud que puede ser interpretada en clave de securitización (capítulo séptimo).

Respecto al brote de Ébola hemos dividido su estudio en tres capítulos; profundizaremos en la respuesta de la comunidad internacional ante el brote (capítulo octavo), realizaremos un análisis en clave de securitización que a nuestro entender se ha producido (capítulo noveno) y trataremos de describir las implicaciones que tuvo el brote de Ébola y su impacto en los sistemas públicos de salud de estos países para lo cual hemos elaborado un estudio basado en las opiniones de expertos en salud pública de los países de África Occidental (capítulo décimo).

Finalizaremos esta tesis doctoral con un capítulo destinado a explicar los conceptos de Cobertura Sanitaria Universal y de resiliencia aplicado a los sistemas de salud, en el capítulo undécimo y cómo una de las lecciones más profundas aprendidas tras la crisis del Ébola fue la necesidad de reforzar los sistemas públicos de salud a todos los niveles, para poder hacer frente con garantías, a futuras emergencias sanitarias.

CAPITULO SEGUNDO. LA OMS Y LA NO SIEMPRE FÁCIL APUESTA POR EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD.

1. La OMS y su difícil labor en la era de la gobernanza en el terreno de la salud.

La OMS es el organismo internacional del sistema de Naciones Unidas responsable de la salud y un actor clave en la gobernanza global en esta materia. En este sentido, su labor cuenta con una dimensión indudablemente técnica, en la cual los expertos juegan un rol decisivo elaborando directrices y normas sanitarias y ayudando a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La organización también apoya y promueve las investigaciones sanitarias.⁷ Sin embargo, la OMS cuenta con una dimensión muy política en la medida que afecta a una competencia clave de los Estados, lo que ha provocado que sus decisiones hayan sido observadas con lupa y que, a lo largo de su historia, recibiera no pocas críticas.

La OMS fue creada en junio de 1948 como una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas y surge de la unificación de tres agencias internacionales preocupadas por la higiene, la salud pública y las emergencias en salud; es decir, la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Legión de las Organizaciones Nacionales de Salud y la Administración de las Naciones Unidas para el Alivio y la Rehabilitación.⁸

La OMS es una organización intergubernamental que agrupa a 193 gobiernos y sus principales relaciones se producen, fundamentalmente, con los gobiernos que en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo, deciden sus programas y sus objetivos. Tiene igualmente relaciones estatutarias con las Naciones Unidas, sus fondos y programas y con las otras agencias especializadas de la ONU así como con otras organizaciones intergubernamentales.⁹

Entre los mayores logros de la institución se encuentran iniciativas como el Programa Global de Control del pian (1952-1964), el Programa Global de Control de la ceguera de los ríos en África del Oeste (lanzado en 1974), la erradicación de la polio (lanzada en 1988) y la erradicación de la viruela (1967-1979). La OMS está activamente implicada en la divulgación

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Trabajar en pro de la salud. Presentación de la Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2006, Ginebra, p.2.

⁸ MACIOCCO, Gavino, "De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud", *Observatorio Global de Salud Italiano, Medicina Social*, volumen 3, número 1, enero 2008, p. 37.

⁹ BEIGBEDER, Yves, "Les partenariats de l'Organisation mondiale de la Santé", *Revue Études Internationales*, Volume XLI, nº2, juin 2010, p.233.

de conocimientos mediante iniciativas como la Clasificación Internacional de la Enfermedad (que comienza en 1948) y la Lista de Medicamentos Esenciales (1977).

La OMS ha contribuido a la identificación, monitoreo y control de brotes como el SARS (síndrome respiratorio agudo y grave), la gripe aviar o porcina y está implicada en la promoción de determinados enfoques en materia de salud, como la Atención Primaria en Salud (1978) y en políticas concretas como el tratamiento de la malaria o iniciativas para reducir la obesidad.

A nivel organizacional, la Organización cuenta con una estructura estratificada que incluye la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo ejecutivo y la Secretaría dirigida por el Director General. En la Asamblea Mundial de la Salud, se reúnen los representantes de los países una vez al año para establecer la política de la Organización. El Consejo Ejecutivo está integrado por 34 personas y supervisa y da efecto a las decisiones adoptadas por la Asamblea. Mientras que los delegados de la Asamblea son representantes designados por los Estados, los delegados del Consejo son elegidos por la Asamblea y actúan como expertos¹⁰ que los Estados Miembros eligen con ese fin para un plazo de tres años. El Consejo se reúne por lo menos dos veces al año; la reunión principal tiene lugar normalmente en enero, seguida de una segunda reunión, más breve, en mayo, inmediatamente después de la Asamblea de la Salud. Las principales funciones del Consejo Ejecutivo consisten en dar efecto a las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud, en asesorarla y, de manera general, en facilitar su trabajo.¹¹

La historia de la OMS nos muestra que su trabajo no siempre ha sido sencillo. En el presente capítulo veremos cómo dicha organización ha tenido una historia complicada, ha recibido presiones y críticas por mantener determinada agenda de actuación y, alrededor de una década en la que la OMS se mostró más abierta a planteamientos de mercado coincidiendo con el liderazgo de Brundtland junto con la mala gestión de la crisis de la Gripe A no puede echar por tierra una trayectoria con más luces que sombras.

La OMS, como veremos en el apartado siguiente, ha seguido durante décadas una trayectoria claramente alineada en la defensa de la relevancia del poder público en el ámbito de la salud. En 1945, la Conferencia de San Francisco aprueba la Carta de las Naciones Unidas que preveía la puesta en marcha de una institución especializada que se ocuparía de los problemas internacionales en el campo de la salud pública y que tomaría el nombre

¹⁰ CHOREV, Nitsan, "Restructuring neoliberalism at the World Health Organization", *Review of International Political Economy*, Vol.20, No.4, 2013, pp.636-637.

¹¹ <http://www.who.int/governance/eb/es/>

de Organización Mundial de la Salud. Siguiendo el deseo unánime de los delegados en San Francisco, el 16 de junio de 1946, se reúnen Nueva York en una Conferencia internacional de la salud, las delegaciones de cincuenta y un países miembros de la ONU y de trece Estados no miembros. Sus trabajos condujeron a la redacción de una Constitución para la futura institución, firmada el 22 de julio de 1946.

La Conferencia adopta además un arreglo para la creación de una Comisión interina encargada de preparar la reunión de la Primera Asamblea mundial de la salud y continuar con los trabajos que correspondían hasta entonces a la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), después a la Administración de las Naciones Unidas para el Alivio y la Rehabilitación (UNRRA), esperando el establecimiento definitivo de la futura institución que no tendrá lugar hasta la ratificación de la Constitución por veintiséis Estados Miembros.

Justo antes de la creación oficial de la OMS y mientras la Comisión interina se encontraba aún en funciones, la institución que se encuentra en proceso de gestación, tiene que hacer frente a su primera crisis sanitaria: la llegada del cólera a Egipto, en septiembre de 1947.¹² La precariedad de medios de las autoridades egipcias dificultó enormemente la tarea y la cooperación internacional resultó decisiva a la hora de resolver la crisis. Así, las autoridades egipcias decretan la vacunación general con la ayuda de la comunidad internacional en el contexto de solidaridad que precede a la guerra y las vacunas llegarán de numerosos países, especialmente de los Estados Unidos. La Comisión interina se encargará de coordinar esta afluencia de ayuda que revela además muchas deficiencias.

La epidemia de cólera de 1947 se centró esencialmente en el mundo rural gracias a los avances en materia de higiene y el aprovisionamiento en materia de agua potable en las ciudades. A pesar de la falta de preparación, las autoridades sanitarias logran, en estrecha colaboración con la ayuda internacional y bajo el liderazgo de la Comisión interina de la OMS controlar la epidemia, representando una exitosa primera experiencia práctica.¹³

La respuesta a esa primera crisis otorgó sin duda credibilidad a organización que iba a surgir pero en la actualidad la respuesta a una emergencia sanitaria resulta mucho más compleja y en la misma están implicadas bastantes más actores. La misma OMS, enmarcada en un contexto de reforma señala que la “gobernanza sanitaria ya no es el terreno exclusivo de los Estados nación” y se tiene que tener en cuenta el papel de muchos más actores como “las redes de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales de

¹² CHIFFOLEAU, Sylvia, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Institut, Français du Proche-Orient, 2012, Beyrouth, pp. 258-259.

¹³ *Ibidem*, pp.259-260.

ámbito internacional y local, los grupos profesionales, las fundaciones filantrópicas, las asociaciones de empresarios, los medios de comunicación, las empresas nacionales y transnacionales, y los individuos y las comunidades espontáneas y heterogéneas” influyen en la toma de decisiones que afectan a la salud¹⁴.

La apertura del proceso político y el establecimiento de nuevos cauces de participación a los mismos nos puede llevar a una visión de la gobernanza que se limite a recalcar este aspecto indudablemente positivo en la gestión de los asuntos públicos mundiales. La gobernanza global o en ámbitos más desarrollados como el de la Unión Europea, encaja plenamente con una idea de la gobernanza con un poso profundamente tecnocrático, de raigambre neoliberal y que muestra una apuesta por un “gobierno débil” que usa cada vez más técnicas procedentes del mundo de la empresa¹⁵.

Las fronteras entre lo público y lo privado se han vuelto muy difusas y cada vez resulta más habitual una gestión de los asuntos públicos en la que poderes públicos y privados colaboran para poner en marcha proyectos de todo tipo¹⁶. El desarrollo de crecientes formas privadas de autoridad, unida el enorme poder del mundo corporativo y una creciente debilidad del poder público (sobre todo si hablamos de organizaciones internacionales) hace que una colaboración potencialmente positiva puede terminar definiendo una agenda global demasiado orientada a defender los intereses del mundo corporativo.

La misma OMS parece huir de una visión idealizada de la gobernanza al señalar en el Informe que hemos citado anterior que esta debe “asegurar la preeminencia de los Estados Miembros en la adopción de decisiones en materia de políticas, y proteger la labor normativa de la OMS frente a cualesquiera intereses creados”¹⁷ En definitiva, intentar conciliar de forma constructiva intereses que pueden ser muy contrapuestos es un reto enormemente complejo que la OMS asume al desempeñar su función en la gobernanza sanitaria¹⁸.

¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial*, Informe de la Directora General, 132ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 132/5 Add.5, 18 de enero de 2013, p. 2.

¹⁵ UNCETABARRENECHEA, Javier: “Los riesgos de una relevancia excesiva de la competitividad para el proceso de integración europea: una mirada crítica a la Estrategia de Lisboa”, VV.AA: *VIII Premio de Investigación Francisco Javier de Landaburu Universitas 2009*, Vitoria-Gasteiz, Eurobask, 2009, pp. 137-141.

¹⁶ IBÁÑEZ, Josep, “Poder y legitimidad en la gobernanza del interés público global”, BOUZA, Nuria; GARCÍA, Caterina y RODRIGO, Ángel J. (Dir.), *La Gobernanza del Interés Público Global. XXV Jornadas de la AEPDIRI*, Madrid, Tecnos, 2015, pp. 109-114.

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial*, Informe de la Directora General, 132ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 132/5 Add.5, 18 de enero de 2013, p. 2.

¹⁸ *Ibidem*, p.2.

2. La OMS y su apuesta por el reforzamiento de los sistemas públicos de salud en tiempos complejos.

La Constitución de la OMS entra en vigor el 7 de abril de 1948. En junio de ese mismo año, delegados procedentes de 53 de los 55 Estados Miembros de la OMS celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud y decidieron que las principales prioridades de la organización serían el paludismo, la salud materna infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental¹⁹.

La primera Asamblea Mundial de la Salud se reúne en Ginebra el 24 de junio de 1948, iniciando una nueva era de la gestión internacional de la salud pública. En virtud de una decisión votada el abril de 1946 en el marco de su última asamblea, la Sociedad de Naciones queda disuelta y transfiere sus funciones a la Organización de las Naciones Unidas. La Organización de Higiene se encuentra así unida *de facto* en la OMS. La transferencia de competencias de la OIHP no culmina hasta enero de 1952. La Oficina de información sanitaria para el Próximo Oriente y la Oficina sanitaria Panamericana, son sucesivamente absorbidas por la OMS en la primera y la segunda Asamblea mundial de la salud.²⁰

En los años sesenta y setenta, la OMS estuvo influenciada por los sucesos políticos relacionados con la descolonización de los Estados africanos, los movimientos nacionalistas y socialistas, fundamentalmente apoyados por países no alineados y las nuevas teorías sobre el crecimiento. Es en este contexto en el que se desarrolla la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para abordar problemas de atención de la salud básicos no resueltos, reforzar estructuras sanitarias, especialmente en áreas rurales, y apoyar el desarrollo económico y social y favoreció unas transformaciones impulsadas por un proyecto ordoliberal global²¹.

Las tres décadas siguientes la OMS continuó su labor sin excesivas críticas en la medida era plenamente coherente con el discurso hegemónico de la época. Probablemente el mayor hito en la actuación de la OMS lo encontramos en la organización de la Conferencia sobre Atención Primaria de la Salud tuvo lugar en Alma Ata, capital de la entonces República Soviética de Kazajistán, en septiembre de 1978. Esta conferencia resultó ser

¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Trabajar en pro de la salud. Presentación de la Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2006, Ginebra, p. 4.

²⁰ CHIFFOLEAU, Sylvia, *Óp. Cit.*, p.260

²¹ CORNAGO, Noe: "Law, contestation and power in the global political economy", *Oñati Socio-Legal Series*, Vol. 3, No. 4, 2013, pp. 769-770.

fundamental puesto que por primera vez en la historia, representantes de todos los países del mundo se reunieron con el fin de definir una estructura de referencia para la promoción de atención de salud. Es la primera vez, por otra parte, que los problemas sanitarios de los países más pobres serían seriamente considerados.²² En esta declaración se incita a los gobiernos de todo el mundo a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar la salud para todos en el año 2000.²³

La declaración de Alma Ata fue el primer intento de unificar el pensamiento sobre la salud en un marco político único. Sus valores fundamentales, acceso universal, equidad, participación y acción intersectorial y el énfasis en la importancia de la promoción de la salud y en el uso de tecnología apropiada son fundamentales para el trabajo de la OMS y en las políticas de salud de muchos países.²⁴

La declaración de Alma Ata, mediante la generalización de la Atención Primaria en Salud preconiza la “salud para todos en el año 2000”. La Atención Primaria en Salud está fundamentada en principios científicos sólidos y socialmente aceptables. El discurso movilizador surgido de la conferencia apela claramente a una emancipación política, tanto de los países como de los grupos sociales y políticos. La Atención Primaria en Salud se convierte según Dominique Kerouedan y Michel Pletschette en un instrumento de lucha política y de cambio.²⁵ El concepto de salud se amplía de manera paradójica: pierde su contenido médico y biológico y se convierte en social en la medida en que el nivel elevado de salud viene definido por la participación plena y completa del individuo en la vida social.

La puesta en práctica de la Atención Primaria en Salud plantea la adopción de elecciones contradictorias en el nivel local. Las opciones son cada vez más competitivas en la medida en que las presiones demográficas van en aumento, y el debate se centra rápidamente en los criterios de la naturaleza bio-clínica y de gestión, tales como la tasa de cobertura. El resultado será a menudo un debate entre los integracionistas y los animadores de los programas verticales.²⁶

²²MACIOCCO, Gavino, *Óp. Cit.*, p.38.

²³Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, *Declaración de Alma Ata*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

²⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, World Health Organization, 2007, Geneva, p.5.

²⁵KEROUEDAN, Dominique, PLETSCHETTE, Michel, “Santé et Développement. Histoire des politiques et de l'architecture institutionnelle de la coopération sanitaire internationale”, en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris, p.305.

²⁶ *Ibidem*, p.305

El movimiento de Alma Ata marca un momento de transformación en la medida que en esos años la creciente influencia de los planteamientos neoliberales tanto a nivel general como a nivel de organizaciones internacionales dificultan el desarrollo de la agenda desarrollada en dicha conferencia. Así, la buena voluntad, la creatividad y el impulso que supuso la declaración no fueron suficientes ante la escasez de recursos. La pobreza gana terreno, los países se endeudan y no consiguen generar los recursos económicos suficientes para la salud y deben someterse a las medidas de ajuste estructural impuestas por las instituciones de Bretton Woods.²⁷

Un buen ejemplo de la creciente hegemonía de los planteamientos neoliberales lo encontramos un año después de Alma Ata. Así, J.A. Walsh y K.S. Warren, dos investigadores de la Fundación Rockefeller publican un artículo en la revista *New England Journal of Medicine* que representó el inicio de un movimiento llamado Atención Primaria Selectiva que iba en dirección opuesta a lo que se planteaba en Alma Ata. El documento resulta fundamental para comprender determinados planteamientos vinculados con una visión de la salud pública que promueve enfoques centrados en una sola enfermedad más allá de enfoque que promueven el fortalecimiento del sistema en su conjunto. Según los autores; ante el gran número de problemas de salud a los que se enfrenta la humanidad, todos ellos no pueden ser afrontados simultáneamente y se deben priorizar teniendo en cuenta la eficacia y la eficiencia.²⁸

La visión de Walsh y Warren es que la Atención Primaria en Salud, es el mejor medio para luchar contra las enfermedades pero para ello es necesario desarrollar todos los sectores de la economía. Dado que los recursos disponibles para los programas de salud suelen ser limitados, la prestación de atención primaria de salud integral a todo el mundo en un futuro próximo resulta poco probable²⁹. El documento de Walsh y marca un hito en la medida en que propone una estrategia alternativa para disminuir rápidamente y a bajo costo la mortalidad de los lactantes y de los niños de corta edad. Estos autores concluyen que las causas de la gran mayoría de las defunciones de niños menores de cinco años eran pocas (diarrea, paludismo, enfermedades respiratorias y sarampión, entre otras). También determinaron que esas muertes se podían evitar fácilmente mediante vacunación (a nivel mundial, solo el 15% de los niños estaban vacunados en esa época), terapia de rehidratación oral, lactancia materna y medicamentos antipalúdicos. Esa investigación se realizó en un momento crítico del debate sobre las ventajas relativas de los enfoques

²⁷ *Ib ídem*, p.306

²⁸ WASH, Julia, WARREN, Kenneth, "Selective Primary Health care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 301, nº18, 1979, pp. 967-968.

²⁹ *Ib ídem*, p. 970.

horizontal y vertical y sobre si los principios de la atención primaria de salud se podían llevar al terreno de la realidad convirtiéndolos en programas eficaces.³⁰

A partir de este momento, las organizaciones internacionales como UNICEF o el Banco Mundial, optaron por la Atención Primaria Selectiva como su estrategia, a pesar de ser confrontadas a la evidencia de que la mejora de la salud de cualquier población trasciende el combate de una o dos enfermedades. La “revolución de la supervivencia infantil”, liderada por UNICEF y puesta en marcha en 1982, partió de este esquema y se concentró en cuatro intervenciones de bajo costo, conocidas en conjunto como estrategia GOBI: vigilancia del crecimiento para evaluar el estado nutricional, terapia de rehidratación oral para tratar la diarrea infantil, lactancia materna para garantizar la salud de los niños pequeños, e inmunización contra seis enfermedades mortales de la niñez.

La OMS ante este nuevo clima ideológico cuya influencia se observaba de forma variable dentro de los organismos, agencias y programas del sistema de Naciones Unidas, tuvo que intentar conciliar el mantenimiento de sus enfoques tradicionales con la adopción de algunas medidas que respondían a los nuevos planteamientos. Así, la estrategia GOBI recibió apoyo de las principales iniciativas dirigidas por la OMS, como el Programa Ampliado de Inmunización y otros programas para el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.³¹

El grado de complejidad de estas acciones permite entrever el enorme esfuerzo logístico y de planificación requerido para hacer participar al conjunto de la población en beneficio de esta política. Los diferentes componentes de esta estrategia conocerán logros desiguales y progresiones modestas en los años siguientes. El impacto más visible será la vacunación infantil, sobre todo con la introducción de la vacuna contra el sarampión.

En resumen, las políticas en materia de financiación de los sistemas de salud conocerán evoluciones muy importantes desde los años 1980. La OMS lanza una estrategia universal fundada sobre el concepto de Atención Primaria en Salud que dará lugar a desde el momento que se tome en consideración las implicaciones económicas de las buenas intenciones, a un debate sobre la Atención Primaria Selectiva.

Más tarde, será también la OMS quien popularizará el concepto de concepto de “distrito de salud” en 1987 y junto con la UNICEF propondrá, la Iniciativa de Bamako que supone un

³⁰ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 2008. Supervivencia infantil*, 2007, Nueva York, p.31.

³¹ *Ibidem*, p.31.

primer enfoque de cofinanciación de la salud por los propios usuarios de los servicios sanitarios y de recuperación de los costes de los centros de salud de base en África.³²

Durante los años 1980, los problemas de salud considerados como prioritarios eran aquellos que estaban ligados a las enfermedades infecciosas (en primer lugar la epidemia del VIH-SIDA, el resurgimiento de la tuberculosis y el paludismo), aquellos vinculados con la urbanización (que plantean, debido a la promiscuidad y a las carencias de las viviendas, problemas en materia de higiene y saneamiento), al crecimiento demográfico y a la crisis económica que perdura, sobre todo en África. Las políticas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial se ponen en práctica en el continente africano a lo largo de ese decenio y afectan con carácter especial a los sectores sociales más desfavorecidos, fundamentalmente a nivel de las inversiones y con carácter notorio a los presupuestos de la salud en África.³³

En un momento de explosión de la pandemia del SIDA y en un contexto caracterizado por la reducción del gasto público destinado a la salud, tiene lugar una degradación de los servicios de atención sanitaria, especialmente de los hospitales. El coste de funcionamiento del sector de la salud no pueden ser asumido por los Estados que tienen sus prioridades en otros lugares (los presupuestos destinados a la salud de los países están siempre por debajo del 10% del presupuesto general de los Estados y en numerosos países habían empezado a disminuir antes de las políticas de ajuste estructural y el impacto de la crisis). A menudo, el nivel de cualificación de los profesionales de la salud es precario, la formación de base es insuficiente a medida que los servicios de base se degradan.³⁴

Tomando en cuenta las dificultades presupuestarias de los Estados y la insuficiencia de los gastos nacionales en materia de salud, la OMS y la UNICEF proponen en 1987, a través de la iniciativa de Bamako, un primer enfoque de recuperación de los gastos de los centros de salud de base en África. Los resultados esperados de esta estrategia son la disponibilidad de medicamentos esenciales, la mejora de la calidad en la atención médica, la responsabilización de las comunidades, la descentralización de la oferta de atención médica, un acceso equitativo para llegar a las estructuras de salud por parte de las poblaciones más pobres y la motivación de los agentes de salud.³⁵ Estos modelos de organización de los sistemas de salud se aplican a día de hoy en África.

³² KEROUEDAN, Dominique, PLETSCHETTE, Michel, *Óp. Cit.*, p.306.

³³ *Ibidem*, p.306.

³⁴ *Ibidem*, p.306.

³⁵ *Ibidem*, p.306.

Por otra parte, según Bruno Dujardin, a partir de 1987, la OMS adopta las políticas del distrito de salud definidas en la Conferencia de Harare. Señala, subrayando las dificultades que plantea la puesta en práctica de estos distritos, que esta política es la más apta para cumplir con las condiciones previas para el establecimiento de un sistema de salud.

Los distritos de salud descansan sobre un concepto globalizador que explota los diferentes niveles del sistema de salud mientras que, según Dujardin, la estrategia de la iniciativa de Bamako se limita a apoyar los centros de salud y solo considera un nivel del sistema de salud.³⁶

Según Juliette Bigot es la UNICEF, un fondo de las Naciones Unidas más preocupado por los aspectos operacionales quien está en el origen de la Iniciativa de Bamako y que se suma al proceso de puesta en marcha de los distritos mediante la colocación de la financiación en primer plano, según una visión instrumental de la salud (usuarios) que debe participar en la financiación de la asistencia sanitaria, especialmente para paliar una financiación presupuestaria insuficiente.³⁷

El intento de conciliar las nuevas ideas en la gestión de la salud con sus enfoques y objetivos fundamentales se observa con claridad en esta época. Así, bajo el impulso de la OMS; del ministerio federal de salud canadiense y la Sociedad Canadiense de Salud Pública, los Estados Miembro adoptan la Carta de Ottawa; un texto fundamental desde el punto de vista de la salud pública donde se define el concepto de "promoción de la salud" que "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

La carta de Ottawa es capital porque por primera vez, se reconoce que hay unas condiciones o requisitos previos necesarios para la salud en concreto la paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Además, en la Carta de Ottawa se define, y esto es fundamental desde el punto de vista de la Salud Pública y la articulación de las políticas de salud, los ejes de intervención según los cuales deben de estructurarse las acciones de promoción de la salud; en concreto:

³⁶ BIGOT, Juliette, "Les districts de santé et l'Initiative de Bamako" en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris, pp.181-182.

³⁷ *Ibidem*, p.182

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear ambientes que favorezcan la salud.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reorientar los servicios de salud³⁸.

Según el Profesor Deschamps, una referencia en materia de Salud Pública a nivel mundial, la carta de Ottawa constituye uno de los textos fundamentales de la Salud Pública Moderna y propone una metodología adaptada para luchar contra los excesos de la mundialización y sus efectos sobre la salud.³⁹

En 2005, una nueva carta en materia de promoción de la salud fue elaborada que es complementaria a la de Ottawa y define los principales desafíos y los compromisos necesarios para reducir las desigualdades y para alcanzar los Objetivos del Milenio (ODM). En Bangkok se subraya la evolución de la salud y de sus determinantes en un mundo globalizado y el desafío de hacer frente a la doble carga de enfermedades crónicas y transmisibles. Pone, asimismo, de manifiesto la puesta en marcha de políticas y la creación de alianzas entre gobiernos, organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado⁴⁰.

3. Una breve mirada al desarrollo de los sistemas de salud en África como terreno de confrontación de los distintos enfoques.

La respuesta a los desafíos en el terreno de la salud se volvió especialmente importante en África condicionada por diversos factores entre los que cabe incluir el pasado colonial. Así, antes de los procesos de independencia, los sistemas de salud se caracterizaban por el enfoque centrado en la hospitalización y los programas verticales. Las colonias se protegían de las enfermedades construyendo hospitales en las grandes ciudades y focalizándose en la lucha contra determinadas patologías y esto ha perdurado en numerosos países de África francófona hasta nuestros días.

Tras los procesos de independencia en la segunda mitad del siglo XX hay una voluntad de los nuevos gobiernos de extender los servicios de salud al conjunto de la población unido

³⁸ *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, Ottawa, Canadá, 21 de noviembre de 1986.

³⁹ DESCHAMPS, Jean Pierre, "Une "relecture" de la Charte d'Ottawa", *Santé Publique*, Paris, Vol. 15, n°3, 2004, pp.315.

⁴⁰ *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, Bangkok, Tailandia, 11 de agosto de 2005.

a una voluntad de eficacia. Coexisten dos grandes objetivos; el primero es poner en marcha programas específicos destinados a combatir y erradicar un solo problema de salud, responsable de una gran morbilidad/mortalidad o que se dirige a una franja de la población que se encuentra más expuesta. Este enfoque selectivo explicado en los párrafos anteriores conlleva éxitos limitados y genera desigualdades. En segundo lugar, es necesario poner en marcha sistemas de salud, accesibles a todo el mundo y capaces de responder a las necesidades de toda la población. Esto conduce a la política de Atención Primaria en salud promovida en Alma Ata. El primer contacto con la población debe producirse en el corazón del sistema de salud y esto supone una ruptura con el enfoque centrado en la hospitalización prevaleciente. A este doble problema, se produce una respuesta doble; la iniciativa de Bamako con la política de puesta en marcha de los distritos definida en Harare.⁴¹

3.1. Las tres debilidades de los sistemas de salud africanos.

Podemos distinguir varias razones estructurales y coyunturales que motivan la reforma de los sistemas de salud de los años 1980. El balance de estos países durante esos años es catastrófico: la esperanza de vida es baja, la mortalidad infantil es elevada y la maternidad plantea riesgos. Según UNICEF, las dos principales causas de esta situación son el pobre desempeño de los servicios de atención primaria y su acceso limitado. Estos dos factores son determinantes y predominan sobre factores económicos y sociales como el comportamiento humano, la pobreza y la prevalencia de enfermedades.

Juliette Bigot plantea tres debilidades de los servicios de atención primarios.

- Los gastos nacionales en materia de salud son insuficientes. Por una parte, la capacidad de los países en desarrollo para financiar los servicios públicos de base es muy débil, a causa de los efectos de las políticas de ajuste estructural, por el peso de la devolución de la deuda y por el empeoramiento de la relación de intercambio. Por otra parte, el presupuesto en materia de salud se concentra en las infraestructuras, el equipamiento y los salarios (80%). Nos encontramos con una paradoja, mientras que se supone que existe gratuidad en la atención médica, los gastos en salud asumidos por el paciente superan los gastos públicos en materia de salud por persona. En efecto, los gastos en salud de los hogares se elevan la mayoría de las veces al 70% o el 80% de los gastos totales en materia de salud de un país.

⁴¹ BIGOT, Juliette, *Óp. Cit.*, p.182.

- Los recursos económicos se malgastan y existe una gran ineficacia. Las malas políticas llevan a esta ineficacia. Hay estudios que demuestran que no es el nivel de recursos lo que impide mejorar la salud sino la manera en que estos recursos se destinan y utilizan.
- La gestión mediocre y las reformas institucionales inoperantes. Se plantea en este sentido el problema de fondo, es decir, cómo reformar un modo de gestión colonial con una estructura administrativa centralizada y jerárquica. La lucha contra las grandes epidemias y los programas de salud son verticales y fragmentados y difíciles de integrar en la política nacional.⁴²

3.2. El distrito de salud.

En vista a racionalizar el conjunto, la OMS propone el distrito de salud como base de la reestructuración del sistema de salud. El distrito de salud es un subconjunto del sistema de salud que comprende las actividades desarrolladas por la comunidad, el primer nivel de contacto (centro de atención) y el primer nivel de recurso (hospital de distrito). Existe un poder de decisión, de organización, de gestión de los recursos materiales, humanos y financieros así como su propia estructura administrativa (un equipo dotado de estatus que le permite desempeñar un poder real). De media, un distrito agrupa entre 100.000 y 200.000 personas, un hospital de referencia (entre 100 y 200 camas) y entre 10 y 20 centros de salud de primer contacto.⁴³

Los principios generales de los distritos de salud son:

1. La eficiencia: para ser económicamente eficaz, hace falta efectuar elecciones políticas donde se privilegien las actividades con la mejor relación coste-eficacia lo que permitirá satisfacer a un mayor número de personas.
2. La equidad, esto es, la accesibilidad geográfica (descentralización) y financiera de los servicios de salud y la aceptabilidad cultural.
3. La prioridad. Los aspectos curativos anteceden a los aspectos preventivos pero los servicios preventivos deben ocupar un lugar importante.
4. La calidad. La mejora de la calidad técnica de la oferta sanitaria es una prioridad pero la calidad de la relación entre el paciente y el personal de salud debe igualmente ser mejorada asegurando un salario digno y la formación continua en forma de motivación.

⁴² *Ibidem*, p.183.

⁴³ *Ibidem*, p.183.

5. La sostenibilidad. La visión a largo plazo es primordial en los países en desarrollo puesto que el desarrollo en materia sanitaria está completamente o en parte basado en la ayuda internacional. Para que los efectos perduren, hay que tener en cuenta las potencialidades reales de los países para poder desarrollar proyectos e intervenciones y poder asegurar su continuidad una vez que la ayuda internacional finalice.
6. El enfoque intersectorial. El enfoque del desarrollo es un enfoque general que tiene en cuenta el sector de la salud pero también otros sectores que la influyen como la educación o la higiene y el saneamiento.
7. La promoción humana. Asegurar la motivación del personal de salud es un elemento clave. Son los motores del sistema y en tal sentido deben de estar promocionados en su seno a través de la formación continua, etc.
8. La autodeterminación; esto es promover la participación de la población. Es necesario de que la comunidad pueda ejercer un control democrático sobre el funcionamiento de los servicios de salud.

Así la eficiencia prima sobre la eficacia (primer principio), gracias a la participación, las intervenciones serán sostenibles (principio 5) y el desarrollo homogéneo (principio 6). La Iniciativa de Bamako retoma estos 8 postulados claves de los distritos de salud⁴⁴. En 1993, el Banco Mundial aporta su apoyo a sus tres objetivos que son: asegurar al conjunto de la población el acceso a servicios de salud de atención primaria a precios abordables, restaurar la confianza de los usuarios en los servicios de atención públicos y cambiar los comportamientos nefastos de los hogares. En su diseño, la iniciativa de Bamako utiliza dos estrategias. En primer lugar, la descentralización del poder de decisión del nivel nacional al de los distritos, instituyendo el financiamiento y la cogestión comunitarias de los servicios de salud de base y proporcionando “el paquete mínimo” de servicios de salud esenciales a nivel de las unidades de salud de base. Dos elementos son fundamentales: la revitalización y la extensión de los servicios de salud a nivel periférico para las poblaciones aisladas y la promoción de los medicamentos genéricos para asegurar la accesibilidad a un precio abordable y un mejor conocimiento de las prescripciones y su utilización.

En segundo lugar, la implicación de las comunidades permite modificar el equilibrio de poderes entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios. Dos elementos son fundamentales: el financiamiento comunitario y el control también comunitario puesto que los fondos derivados del financiamiento comunitario no se revierten al tesoro público o al Ministerio de salud. En este sentido, la comunidad confía el control a un comité de gestión a

⁴⁴ *Ibíd*em, p.184.

nivel local lo que permite hacer efectiva la participación de la comunidad en la toma de decisiones. Según Dujardin, los distritos de salud serían la mejor estrategia a los principios directores de la iniciativa de Bamako.⁴⁵

Si la iniciativa de Bamako ha dado, de manera muy localizada buenos resultados en materia de utilización de servicios, en algunos lugares sus resultados son discutibles, Según Kerouedan y Pletschette, las dificultades son numerosas en un movimiento que pretende dar a la comunidad la responsabilidad plena sobre las elecciones que le conciernen. Las colectividades locales, a menudo endeudadas no contribuyen a la mejora de las infraestructuras como convenido en algunos casos, el personal de salud percibe en determinados países salarios extremadamente bajos y exigen en ocasiones contribuciones paralelas a los enfermos lo que hace que la oferta de servicios sea inaccesible y los centros están muy poco frecuentados.⁴⁶

4. La crisis de la OMS y el impulso de la agenda en el terreno de la salud de otras organizaciones internacionales.

Los cambios en clave neoliberal a finales de los setenta se confirmaron con rotundidad en la década de los ochenta con el impulso de las políticas de ajuste estructural. Las consecuencias de los recortes en políticas clave como la salud o la educación, así como los disfuncionamientos internos de los sistemas de salud, han conducido a los socios internacionales a poner en marcha, junto con los países beneficiarios, alternativas a la financiación pública de la salud.⁴⁷

Las Organizaciones de Bretton Woods, esto es el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, apostaron claramente por el impulso de los programas de ajuste estructural y el llamado “Consenso de Washington” se convirtió en el eje fundamental de su actuación. Sin embargo, dentro de las organizaciones, fondos, programas y agencias del sistema de Naciones Unidas la aceptación de esta agenda política fue mucho más controvertida. El impulso de dichas políticas en clave neoliberal tuvieron como consecuencia un recorte drástico en el gasto público en políticas como la educativa y la sanitaria con efectos catastróficos en ambas políticas a los que se sumaron algunos factores que agravaron el problema como la epidemia del VIH-SIDA⁴⁸:

⁴⁵ *Ibidem*, pp.184-185.

⁴⁶ KEROUEDAN, Dominique, PLETSCHETTE, Michel, *Óp. Cit*, p.306-307.

⁴⁷ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, “Financements privés de la santé en Afrique, en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris, p. 469

⁴⁸ MACIOCCO, Gavino, *Óp. Cit.*, p. 40.

Las organizaciones, fondos, programas y agencias no siempre abrazaron el cambio y la UNESCO y la OMS fueron percibidas como dos organizaciones que no simpatizaban con dicho cambio político. El creciente peso de las ideas neoliberales a finales de los setenta se vio tremendamente impulsada en la década siguiente con la llegada de Ronald Reagan a la presidencia de los Estados Unidos y la hostilidad hacia la OMS y sus políticas se plasmó con claridad. La respuesta, y esto vale tanto para la OMS como para la UNESCO, tuvo fundamentalmente una doble dimensión: por un lado hay un recorte presupuestario que dificulta su funcionamiento y provoca que la organización entre en crisis y, por otro, se refuerza a la agenda de otras organizaciones internacionales que mostraban una actitud más proclive al desarrollo de políticas en clave neoliberal. En este sentido, en el tiempo y en el desarrollo de los hechos, entre lo ocurrido con la OMS y lo sucedido con la UNESCO; cuyo peso en la agenda educativa global se vio afectado por una apuesta por el Banco Mundial, la OCDE e incluso la OMC⁴⁹.

La crisis financiera de la OMS fue el resultado de tres cuestiones. La primera, siguiendo las presiones de los Estados Unidos y de algunos países europeos, la OMS, que había visto crecer su presupuesto al menos un 10% todos los años, introdujo una política de crecimiento nominal nulo desde 1993. Como resultado de esta política, durante los 90, las contribuciones obligatorias a la OMS se redujeron de un 20% en términos reales. En segundo lugar, en 1985, el Congreso de los Estados Unidos redujo de manera unilateral sus contribuciones relativas y, durante un largo período, no pagó el importe total de sus pagos establecidos. Otros países, a su vez, no pagaron sus cuotas y la OMS tuvo que funcionar con un presupuesto menor que las evaluaciones acordadas. En tercer lugar, el declive de los pagos obligatorios fue parcialmente recuperado por contribuciones voluntarias. Entre los 70 y los 90, las contribuciones voluntarias se incrementaron en desde un 20% a casi el 60% del total del gasto de la OMS. Mientras que estas contribuciones ayudaron a la OMS a evitar el desequilibrio financiero, permitieron también a un pequeño número de países ricos a evitar a la Asamblea Mundial de la Salud, lo cual socavaba la potencial influencia de los Estados Miembros pobres y profundizaba la dependencia de la OMS hacia los países ricos.

Al mismo tiempo que el presupuesto ordinario de la OMS se reducía cada vez más, los programas estaban siendo financiados por medio de fondos extra presupuestales proporcionados por varios donantes; las naciones más ricas y las agencias multilaterales como el Banco Mundial. A principios de los noventa, estos fondos representaban el 54% del

⁴⁹ UNCETABARRENECHEA, Javier: "La política educativa de la Unión Europea con vistas al 2020: ¿una apuesta por la continuidad o por el cambio?", VV.AA.: *IX Premio de Investigación "Francisco Javier de Landaburu. Universitas 2010. La nueva Estrategia Europa 2020: una apuesta clave para la UE en el s. XXI*, Gasteiz, Eurobask, 2011, pp. 130-131.

presupuesto total de la OMS y tales financiamientos generaron programas “verticales” como el del VIH-SIDA, en los que las decisiones eran adoptadas por los donantes, fuera del control de la OMS. Este enfoque fue justificado por los donantes argumentando la baja eficiencia y la falta de confianza en la dirección interna de la OMS. Según Maciocco, en ese momento el Banco Mundial es la principal institución financiera en el campo de la salud y en sus planteamientos se puede observar su hostilidad hacia Alma Ata y a favor de una aproximación selectiva de la Atención Primaria en Salud ⁵⁰

Finalmente, bajo el liderazgo de Hiroshi Nakajima, que fue elegido en 1988, con el apoyo de los países en desarrollo y en contra de la posición de los Estados Unidos, la OMS sufrió una crisis de legitimidad. De acuerdo con Nitsan Chorev, el personal de la OMS y los donantes encontraban a Nakajima demasiado reservado y un mal comunicador, y hubo contra él reproches que eran a menudo personales. Se realizaron también críticas hacia su estilo autocrático y llegó a haber acusaciones de mala gestión, amiguismo y corrupción.⁵¹ Su nombramiento marcó el comienzo de una década de crisis en la institución agravada por una serie de problemas entre los que podemos citar, un presupuesto congelado y el conflicto entre la OMS y los Estados Unidos.

Ya el gobierno estadounidense había sido profundamente crítico con las políticas de su antecesor en el cargo Mahler que, entre otras medidas, promovió el Código Internacional de Sustitutos de Leche Materna (una acción que fue interpretada como un ataque al mercado libre) y el lanzamiento del Programa de Medicamentos Esenciales que, como veremos más adelante, recibió una feroz oposición por parte de la industria farmacéutica⁵².

La misma globalización de los sistemas de protección de la propiedad intelectual ha sido favorecida por empresas multinacionales y los sucesivos gobiernos de los Estados Unidos, la Unión Europea y Japón. De hecho, en la década de los ochenta se hizo una importante labor de lobby que culminó con la creación dentro de la OMC de un Acuerdo específico en el área de la propiedad intelectual.⁵³

⁵⁰ MACIOCCO, Gavino, *Óp. Cit.*, p. 42.

⁵¹ CHOREV, Nitsan, *Óp. Cit.*, p. 641.

⁵² MACIOCCO, Gavino, *Óp. Cit.*, p. 41.

⁵³ IBAÑEZ, Josep, “Regulación farmacéutica y de la propiedad intelectual: la incidencia de la autoridad privada”, XEUBA, Xavier (Coord.), *Salud pública y patentes farmacéuticas. Cuestiones de Economía, Política y Derecho*, Barcelona, Bosch, 2008, pp. 152-154

4.1. La polémica del Programa de Medicamentos esenciales.

En 1975, la Asamblea Mundial de la Salud solicitó al Director general el establecimiento de normas para las sustancias profilácticas y terapéuticas, en consulta con las organizaciones gubernamentales y las ONG en relación oficial con la OMS. En 1977, un comité de expertos propuso una lista de medicamentos esenciales, destinados a satisfacer la atención médica prioritaria en los países. Esta lista es utilizada por los Estados, UNICEF, el ACNUR o las ONG y comportaba 208 medicamentos. En 1978, la Asamblea constata que la gran mayoría de la población mundial no tenía acceso a medicamentos y vacunas esenciales. En oposición a la gran industria farmacéutica, consideraba que su producción en los Estados o el impulso a la creación de su propia industria farmacéutica era una aspiración legítima de los países en vías de desarrollo.⁵⁴

En 1982, la Asamblea aprobaba la creación del Programa de Medicamentos Esenciales (APED) para aplicar la lista modelo. La industria farmacéutica y los países ricos, conducidos por Estados Unidos se opusieron a este programa. Once de las dieciocho firmas farmacéuticas estaban basadas en este país y como medio de presión, en 1985, el gobierno de los Estados Unidos bloqueaba su contribución al presupuesto ordinario de la OMS. A partir de 1986, la OMS no se ha vuelto a referirse a la elaboración de un código internacional de prácticas comerciales para beneficio de Estados Unidos y de la industria farmacéutica. Sin embargo, el concepto y la práctica de medicamentos esenciales son reconocidos en el plano nacional e internacional. En 2007, la lista comprendía 340 medicamentos⁵⁵⁵⁶.

4.2. El impulso a la agenda en el campo de la salud del Banco Mundial.

La crisis favoreció que los países más ricos y poderosos impulsaran la relevancia del Banco Mundial en esta materia. Así, en 1987, el Banco Mundial, publicó un primer informe sobre el tema denominado “el financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma” en la que se observaba que su agenda contrastaba poderosamente con la de la OMS y apostaba decididamente por las políticas de ajuste estructural en el terreno de la salud: Entre las medidas propuestas para reestructurar los servicios sanitarios en los países en desarrollo se propone:

- Imponer cuotas a los servicios médicos.
- Promover la privatización de los servicios médicos.

⁵⁴ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p.237

⁵⁵ *Ibidem*, p.238.

⁵⁶ ANTEZANA, Fernando y SEUBA, Xavier: Medicamentos esenciales. Historia de un desafío, Barcelona, Icaria, 2008, pp. 30-31

- Promover los programas de seguros médicos privados.
- Descentralizar la administración de la atención sanitaria.

En línea con los planteamientos del Consenso de Washington, el Banco Mundial propone en su informe *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*⁵⁷ reducir la responsabilidad del gobierno en cuanto al pago de los servicios de salud. Este planteamiento arbitrario deja a los Estados la capacidad de decidir quién paga o no paga por la salud, pudiendo dejar a amplias cotas de la población sin acceso a servicios sanitarios gratuitos.

Según el documento, las personas con recursos deben estar dispuestas a pagar por la atención directa. De esta manera, aumentaría el volumen de los recursos disponibles para aquellas clases de servicios que para el Banco Mundial constituyen “bienes públicos” que serían aquellos programas de salud que padecen insuficiencias financieras como vacunaciones, control de enfermedades transmitidas por vectores o la educación en salud.⁵⁸

Como podemos observar, el documento es marcadamente ideológico y sigue los planteamientos defendidos por Walsh y Warren de la “Atención Primaria Selectiva”. También en 1987, la Iniciativa de Bamako, como hemos desarrollado anteriormente, instaura la recuperación de los costes de la salud, marcando así una ruptura con la gratuidad.⁵⁹

La posición en materia de políticas de salud del Banco Mundial fue por tanto desarrollada en tres informes específicos; además del anteriormente mencionado, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*⁶⁰ los otros se titularon *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*⁶¹ y *World Development Report: Investing in Health* de 1993⁶². Mientras que algunas de las recomendaciones realizadas en estos informes eran compatibles con el enfoque de la OMS, las recomendaciones más importantes contradecían a la institución. En primer lugar, el Banco Mundial promovía la reducción de la inversión pública en la provisión de servicios sanitarios e instruían a los países de bajos recursos a reducir su inversión pública en salud. En segundo lugar, los informes del Banco Mundial, recomendaban la recuperación parcial de los costos de los servicios de salud pública cobrando tarifas a los usuarios. En tercer

⁵⁷ AKIN, John, BIRDSALL, Nancy, DE FERRANTI, David, *El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*, Banco Mundial, 1987, pp. 696.

⁵⁸ *Ibidem*, p.696.

⁵⁹ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit*, pp. 469.

⁶⁰ AKIN, John, BIRDSALL, Nancy, DE FERRANTI, David, *Óp. Cit*.

⁶¹ GRIFFIN, Charles C., “Strengthening health services in developing countries through the private sector”, *Discussion Paper 4*, The World Bank and International Finance Corporation. Washington, DC. 1989.

⁶² WORLD BANK GROUP, *World Development Report 1993: Investing in Health*, International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, 1993.

lugar, el Banco Mundial insistía en una mayor confianza en el mercado para financiar los servicios sanitarios y promovía privatizaciones en los servicios sanitarios.

Además de las recomendaciones políticas, otra contribución del Banco Mundial para la transformación de las perspectivas en salud global fue el desarrollo de una nueva manera de priorizar las intervenciones en materia de salud. En su informe *World Development Report: Investing in Health*⁶³, se introduce la unidad de medida *Disability-Adjusted Life Year* (DALY)⁶⁴ para medir la carga global de una enfermedad. La innovación que introduce el DALY es en medir la carga de una enfermedad no solo por el número de años perdidos por la muerte prematura, sino también por el número de años de vida productiva perdidos debido a la discapacidad y en este sentido se relacionan las enfermedades con la cuestión de la productividad económica y el crecimiento. Comparando el coste requerido para cada DALY salvado de varias intervenciones sanitarias, el Banco Mundial podía clasificar los servicios sanitarios en función de su coste-efectividad. Este enfoque desafiaba el énfasis en la igualdad de la OMS durante los años 70 y 80.

Los cálculos del Banco Mundial encontraron que determinadas intervenciones sanitarias necesitadas por los pobres como las inmunizaciones eran coste-efectivas pero esto era cuestión de suerte y no producto de un diseño metodológico.⁶⁵

4.2.1. La Organización Mundial del Comercio y su influencia en la salud: la elaboración de un informe conjunto con la OMS.

La actuación del Banco Mundial generó polémica por sus planteamientos políticos pero con la creación de la OMC surgió una nueva organización internacional que, de manera imprevista, tenía la capacidad de influir directamente en las políticas en materia de salud de sus Estados miembros. El desarrollo de la Tercera Conferencia Ministerial de la organización celebrado en Seattle en 1999 fue obstaculizado por la movilización en contra de un considerable sector de la sociedad civil. Dicha movilización ciudadana no fue la única responsable del fracaso de la Conferencia y de que la OMC entrara en un periodo de profunda crisis, pero sin duda jugó un papel muy importante en la misma⁶⁶.

Las críticas recalcan el peligro que la nueva Organización suponía para el mantenimiento a corto y medio plazo de servicios públicos esenciales como la salud o la

⁶³ WORLD BANK GROUP, *World Development Report 1993: Investing in Health*, International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, 1993.

⁶⁴ Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad

⁶⁵ CHOREV, Nitsan, *Óp. Cit.*, pp.639-640.

⁶⁶ UNCETABARRENECHEA, Javier: "Sociedad civil global y el futuro de los proyectos constitucionales globales", BELISLE, José Manuel y FILIBI, Igor (Eds.): *Constitucionalismo transnacional: Derecho, democracia y economía*, Córdoba, Universidad Católica de Córdoba, 2010, pp.319-322.

educación⁶⁷. Nuestro escaso conocimiento sobre el funcionamiento de la OMC nos impide dar una respuesta a si dicha organización supone un peligro real para dichos servicios públicos esenciales, pero si resulta particularmente interesante que la OMC, en coautoría con la OMS, elaboraran en 2002 un amplio informe de casi doscientas páginas titulado “Los Acuerdos de la OMC y la salud pública”⁶⁸.

El prólogo fue elaborado conjuntamente por los máximos dirigentes de ambas organizaciones y parten de la premisa de que “en un mundo cada vez más integrado resulta cada vez menos posible llevar las distintas esferas de política aisladas unas de otras”⁶⁹. Tras constatar que la relación entre comercio y salud se ha situado en el centro del debate, apuestan por un debate riguroso y recalcan el mensaje de que “los responsables de la política sanitaria y de la política comercial no pueden sino beneficiarse de una cooperación más estrecha para velar por la coherencia entre sus respectivas esferas de responsabilidad”⁷⁰.

La OMC que entró en una profunda crisis tras el fracaso de Seattle ha iniciado una época de recuperación parcial tras el Acuerdo alcanzado en diciembre de 2013 en el marco de la novena conferencia ministerial de la Organización Mundial del Comercio celebrada en Bali. Si bien la OMC ha recibido un balón de oxígeno, tampoco cabe caer en el triunfalismo cuando gran parte del ambicioso programa de Doha está todavía por negociar puesto que el Paquete de Bali supone apenas un 10% del programa negociador de Doha⁷¹. El debate sobre hasta qué punto una OMC revitalizada pudiera influir en la gobernanza global de la salud sigue estando abierto.

4.3. La salida de la crisis con el nombramiento de Brundtland: un giro (parcial) hacia la adopción de enfoques neoliberales.

La elección en 1998 de Gro Harlem Brundtland, Primer Ministro de Noruega, como Directora General de la OMS detuvo el deterioro de la organización y volvió a poner a la salud en la agenda de la política internacional. Algunas iniciativas logradas durante su

⁶⁷ GEORGE, Susan, *Pongamos la OMC en su sitio*, Barcelona, Icaria, 2002.

⁶⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Los Acuerdos de la OMC y la salud pública. Un estudio conjunto de la OMS y de la Secretaría de la Secretaría de la OMC*, Ginebra, OMC/OMS, 2002.

⁶⁹ *Ibidem*, p.1.

⁷⁰ *Ibidem*, p.1.

⁷¹ BERMEJO, Romualdo y LÓPEZ-JACOISTE, María Eugenia: “El sistema comercial multilateral y su evolución: la Organización Mundial del Comercio”, ALDECOA, Francisco; FERNÁNDEZ LIESA, Carlos R. y ABAD CASTELOS, Montserrat (Dir.): *Gobernanza y reforma internacional tras la crisis financiera y económica: el papel de la Unión Europea*, Madrid, Marcial Pons, 2014. p. 380

dirección incluyen la publicación del *Informe sobre Salud en el Mundo 2000*⁷² donde se establecieron criterios de evaluación para los sistemas sanitarios. Sin embargo, la contrapartida a dicha salida de la crisis fue un cambio en la política de la organización que no era sustancialmente distinta a la llevada a la práctica por el Banco Mundial.

Durante los cinco años que duró su mandato (1998-2003), hubo una proliferación de actividades financiadas por los mecanismos extra-presupuestales, por medio de los cuales se lograron rápidamente fondos más elevados que los de las actividades financiadas por la OMS. Algunos de los programas que fueron puestos en marcha son: las Alianzas Globales para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis, para la Eliminación de la Filariasis linfática, de la Lepra, etc.⁷³

Bruntland estaba convencida de que la única manera para revivir a la OMS de su deteriorada posición era incorporar activamente a la organización en el ambiente neoliberal. Bruntland también consideraba que para realizarlo con éxito la OMS tenía que ampliar el número de aliados para incluir a nuevas audiencias y revisar su mensaje de modo que nuevos públicos lo encontraran atractivo.⁷⁴

Bruntland, para persuadir a los responsables gubernamentales de apoyar la salud había aprendido a partir de su experiencia en la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo que una manera efectiva para ganar el apoyo de los ministros de finanzas era no hablar de salud, sino hablar de economía. Por lo tanto, la OMS abandonaría sus antiguas posiciones de que la salud era un aspecto del desarrollo social que debe perseguirse con independencia de las preocupaciones políticas y, aceptando el reduccionismo neoliberal del desarrollo social en el desarrollo económico.⁷⁵

Para lograr las evidencias económicas necesarias, la OMS constituye la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) en enero de 2000, dirigida por el economista Jeffrey Sachs, entonces en la Universidad de Harvard. Otros miembros de la CMS eran Ministros de Finanzas, responsables del Banco Mundial, del FMI, de la OMC y del PNUD.

La mayoría de los economistas de la Comisión, incluidos los de los países pobres habían estudiado en prestigiosas universidades de Occidente. Claramente, la Comisión fue un

⁷² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud, 2000.

⁷³ MACIOCCO, Gavino, *Op. Cit.*, p. 42.

⁷⁴ CHOREV, Nitsan, *Op. Cit.*, pp. 643.

⁷⁵ *Ibidem*, p.643.

intento de cooptar economistas de referencia dándoles la tarea de presentar la posición de la OMS.⁷⁶

La instrucción de Bruntland a la Comisión fue de situar a la salud en el corazón de la agenda de desarrollo.⁷⁷ El informe de la Comisión dirigido por Sachs *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*⁷⁸, seguía estas instrucciones. El documento evidenciaba que la mejora de la salud de los pobres conduciría a tasas de fertilidad más bajas, a la mejora del rendimiento educativo, a incrementar la productividad del trabajo y a mejorar la estabilidad macroeconómica y por lo tanto, contribuiría al crecimiento económico. La Comisión también concluyó que para los países de desarrollo medio y bajo, invertir en salud y en tecnologías de la salud es una de las maneras más efectivas de alcanzar el deseado desarrollo económico.⁷⁹

El Comité Ejecutivo de la OMS endorsó el informe de manera entusiasta. La OMS se basa en las posturas económicas para conceder al campo de la salud pública que la única manera de justificar su intervención en el mundo desarrollado era el crecimiento económico. Con esta justificación la OMS revierte dos principios centrales de su agenda de los años 70. El primero, la OMS acepta una visión del desarrollo reducida a la dimensión económica y ya no defiende la noción de desarrollo social. En segundo lugar, la OMS ahora se concentra en la cuestión del crecimiento en general a nivel nacional, más bien que en la cuestión de la distribución equitativa dentro de un país.⁸⁰

El Banco Mundial enfatizaba la relación causal entre pobreza y enfermedad para priorizar el desarrollo económico y minimizar la necesidad de una atención directa al sector de la salud. El informe de la CMH, enfatizaba el vector opuesto, el cual iba de la enfermedad a la pobreza, postulando que mejorando la salud se obtendrá desarrollo económico. En resumen, la OMS fue capaz de ajustar su agenda al nuevo entorno ideológico mientras protegía su misión principal, alterando el significado de la lógica neoliberal antes de adoptarla. La OMS adopta por tanto su propia versión del neoliberalismo lo que contribuye a la pluralidad de políticas neoliberales en las organizaciones internacionales. El razonamiento económico utilizado en el informe del CMH, ayudó a transformar la posición de otras organizaciones internacionales.⁸¹

⁷⁶ *Ibidem*, p. 644.

⁷⁷ *Ibidem*, p.644.

⁷⁸ SACHS, Jeffrey D., *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, World Health Organization (WHO), 2001, Geneva.

⁷⁹ CHOREV, Nitsan, *Óp. Cit.*, p. 645.

⁸⁰ *Ibidem*, p.645.

⁸¹ *Ibidem*, p.646.

El informe del Banco Mundial priorizaba, tal y como hemos explicado, los cálculos en términos de coste-eficiencia. Siguiendo al Banco Mundial, la OMS también, cambio sus prioridades desde programas destinados a las ayudar a las personas con más necesidades a aquellos que ofrecían intervenciones coste-efectivas. Con este cambio, que significó alejarse de las consideraciones de igualdad, la OMS protegió otro principio, el del acceso universal.

La elección del DALY como la medida más apropiada para elegir las prioridades en las intervenciones en materia de salud, introdujo una nueva articulación en los valores de la OMS. Por un lado, los cálculos en términos de coste eficiencia reemplazan el anterior foco de la OMS centrado en los más necesitados.⁸² El *Informe Mundial de la Salud del año 2000*⁸³, rechaza el enfoque de Atención Primaria en Salud que estaba basado en intervenciones para los más pobres y que dominó los programas de la OMS en las décadas previas. En el informe se presenta un algoritmo que ofrece una lista de cuestiones que deben guiar a los gobiernos en su toma de decisiones y recomienda intervenciones para los pobres siempre y cuando sean coste-efectivas. Por otra parte, la OMS rechaza a su vez la rigidez de las soluciones neoliberales enteramente centradas en el mercado.⁸⁴

Al comienzo de los 90, las prioridades de la OMS se centraron en los problemas de salud, siguiendo la sensibilidad neoliberal, que tuvieran un mayor impacto socioeconómico en el desarrollo y donde las intervenciones coste-efectivas fueran posibles. Con todo, las nuevas prioridades de la OMS fueron las 3 mayores enfermedades transmisibles que afectaban a los pobres: Malaria, tuberculosis y VIH-SIDA. Las tres iniciativas fueron presentadas en el sentido de que contribuían al desarrollo. Estas iniciativas reflejan a menudo el dominio de la lógica neoliberal, que incluye la presencia de soluciones impulsadas por el mercado y soluciones que pueden transferir la responsabilidad desde el ámbito público al sector privado creando la posibilidad de negocio.⁸⁵

5. .Lecciones extraídas en la primera década del siglo XXI: el inicio de un proceso de reforma.

La misma OMS señala que la primera década del siglo XXI ha traído consigo desafíos impredecibles y oportunidades para la salud de las personas. Los viejos problemas de salud

⁸² *Ibidem*, pp.646-647.

⁸³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud, 2000.

⁸⁴ *Ibidem*, p.647.

⁸⁵ *Ibidem*, pp.647-648.

pública persisten y emergen nuevos. Las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población, la globalización, la migración, el cambio climático, los desastres y las emergencias están incrementando la complejidad de los desafíos sanitarios a los cuales nos enfrentamos. El panorama de la salud pública global está repleto y vagamente coordinado. Esto requiere un renovado liderazgo en la salud global de la OMS, centrado en las principales prioridades de la salud global, respondiendo rápidamente a las necesidades emergentes, adaptándose a las nuevas formas de trabajar y usando los recursos de manera eficiente y efectiva.⁸⁶

El Duodécimo Programa General de trabajo 2014-2019 de la OMS, establece las prioridades y la orientación global para los próximos seis años y es el resultado del trabajo entre la Secretaría y los Estados Miembros. Forma parte del programa de reforma de la OMS iniciado en 2010, y refleja los tres componentes principales de la reforma: programas y prioridades, gobernanza y gestión.

Este documento establece las prioridades de liderazgo que definirán las áreas clave en las que la OMS intenta ejercer su influencia en el campo de la salud. Segundo, fija el rumbo para lograr una gobernanza más eficaz por parte de los Estados Miembros, así como un papel directivo y coordinador de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial. Por último, explica cómo se organizará la labor de la OMS durante los próximos seis años.⁸⁷

5.1. Prioridades de liderazgo.

En una reunión de los Estados Miembros en 2012, se decide emplear los siguientes criterios para establecer las prioridades de la OMS para 2014-2019; en concreto, la situación sanitaria del momento; las necesidades de apoyo de la OMS que tienen los distintos países; los instrumentos acordados a nivel internacional con implicaciones en la salud; la existencia de intervenciones basadas en pruebas y costo-eficaces; y, la ventaja comparativa de la OMS, especialmente,

- Su capacidad para generar datos probatorios.
- Sus posibilidades de contribuir a la creación de capacidades.
- Su capacidad para responder a las necesidades cambiantes,
- Las posibilidades de que la colaboración con otros sectores, organizaciones y partes interesadas tenga un impacto significativo en la salud.

⁸⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Our reform story*.

⁸⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. No solo la ausencia de enfermedad*, Organización Mundial de la Salud, 2014, Ginebra, p.5.

Las prioridades de liderazgo descritas en el 12º Programa son las áreas en las que la OMS trazará las líneas generales del debate mundial, para propiciar la participación de los países y orientar la forma de trabajar de la Organización.⁸⁸ Y que describimos a continuación.

5.1.1. Avanzar hacia la Cobertura Sanitaria Universal.

El concepto de Cobertura Sanitaria Universal será desarrollado de manera detallada más adelante en un capítulo específico. La OMS establece como una de sus prioridades estratégicas ayudar a los países a mantener o ampliar el acceso a todos los servicios sanitarios de salud necesarios a la protección económica y promover la Cobertura Sanitaria Universal.⁸⁹

5.1.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

En el 12º Programa, se reconocen, los avances importantes realizados en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y los logros, por ejemplo, en materia de reducción de la mortalidad e infantil, la mejora de la nutrición, la reducción de la morbilidad y la mortalidad por el VIH, la tuberculosis y el paludismo, y en el aumento del acceso al agua y al saneamiento. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, y después de 2015⁹⁰ habrá que intensificar la actuación colectiva por lo que la agenda inconclusa de los ODM es una prioridad de liderazgo para la OMS por varias razones. En primer lugar, en el momento en que se inicia el debate sobre la próxima generación de objetivos, ha quedado clara la necesidad e extraer enseñanzas de las experiencias adquiridas. En segundo lugar, las actividades relativas a los objetivos constituyen uno de los modos principales en que la OMS contribuye a la lucha contra la pobreza y a favor de la equidad. En tercer lugar, la agenda asociada a los ODM integra las actividades emprendidas en toda la Organización, reuniendo bajo una única prioridad varios aspectos de la labor de la OMS, en particular la necesidad de construir sistemas de salud robustos e instituciones sanitarias eficaces.⁹¹

5.1.3. Abordar el reto que plantean las enfermedades no transmisibles.

Durante los próximos seis años, la OMS se centrará principalmente en combatir las cuatro enfermedades no transmisibles principales (Enfermedades cardiovasculares, cáncer, neumopatías crónicas y diabetes) y sus factores de riesgo más importantes (consumo de tabaco, dietas malsanas, inactividad física y uso nocivo del alcohol).

⁸⁸ *Ib ídem*, p. 26.

⁸⁹ *Ib ídem*, p. 27.

⁹⁰ El 12º Programa es previo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

⁹¹ *Ib ídem*, pp. 29-30.

Respecto a la salud mental, la Secretaría se centrará en la información y la vigilancia, apoyando a los Estados Miembros en la elaboración de políticas, estrategias e instrumentos jurídicos, centrándose en particular en la protección de los derechos; desarrollando e integrando los servicios de salud mental en el marco de la atención primaria, y proporcionando apoyo mental y psicosocial en las emergencias humanitarias.

En relación con la violencia y los traumatismos no intencionales, la Secretaría se concentrará en ampliar la base de evidencias para su prevención, ampliar el apoyo a los Estados Miembros para la vigilancia de estos problemas. En materia de discapacidad, la OMS trabajará en mejorar los datos sobre las discapacidades, fortalecer los sistemas de salud para que faciliten tecnologías de rehabilitación y ayuda, y potenciar la rehabilitación de base comunitaria, en consonancia con el plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021.⁹²

5.1.4. Aplicar las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Tal y como hemos explicado en el presente capítulo, el RSI es el instrumento jurídico central utilizado en caso de emergencia sanitaria. En un informe de 2011 del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 se llega a la conclusión de que el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave o a cualquier otra emergencia de salud pública. El RSI, y otros elementos tales como el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, se centran en las amenazas para la salud pública. Sin embargo, las repercusiones de la prioridad que se otorgue a la aplicación de sus disposiciones serán amplias según el 12º Programa.

La prioridad otorgada a la aplicación del RSI se ve apoyada según el 12º Programa, por la constatación de que los países que invierten en la reducción de los riesgos, la preparación y el manejo de las emergencias son más resilientes a otros desastres y tienden a responder de forma más eficaz, independientemente de la causa de la amenaza. Sin embargo, sigue habiendo grandes y preocupantes diferencias entre los Estados Miembros en cuanto a su capacidad de preparación y respuesta ante las amenazas agudas y a más largo plazo. La Secretaría proporcionará a los países el apoyo necesario para que establezcan las capacidades básicas en materia de legislación, política y financiación nacionales; coordinación y comunicación del Centro Nacional de Enlace; vigilancia; respuesta; preparación; comunicación de riesgos; recursos humanos; y laboratorio.

⁹² *Ibidem*, pp. 31-32.

Además, la OMS prestará apoyo a las actividades nacionales y la notificación de los progresos realizados y reforzará sus propios sistemas y redes para asegurar que la respuesta a las futuras emergencias de salud pública sean rápidas y estén bien coordinadas.⁹³

5.1.5. Aumentar el acceso a productos médicos.

La equidad en salud pública depende de la posibilidad de tener acceso a tecnologías médicas de calidad y accesibles: medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico, etc. El 12º Programa establece como una prioridad de liderazgo aumentar el acceso a estos productos a unos precios asequibles, sobre todo en los países en desarrollo donde son más las personas que tienen que pagar los gastos médicos de su bolsillo. La mejora del acceso a los productos médicos es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. El documento de programa señala un elemento importante: la innovación para crear productos nuevos debe de ir acompañada de medidas para prevenir el avance y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos que es mortífera, dificulta el control de las enfermedades infecciosas y provoca un drástico aumento de los costos de la atención de salud.⁹⁴

5.1.6. Abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales.

Las actividades sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud no son novedad en la OMS y se remontan a la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de la salud. La decisión de la OMS de controlar el tabaco mediante del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ejemplifica un planteamiento que afronta uno de los determinantes de mortalidad y discapacidad más letales, y no meramente sus consecuencias biomédicas. Las actividades sobre los determinantes sociales han recibido una atención especial como consecuencia de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, celebrada en septiembre de 2011, el establecimiento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro en octubre de 2011.

El concepto de determinantes sociales de la salud constituye un planteamiento y un modo de reflexionar sobre la salud que requiere el reconocimiento explícito de una amplia gama de determinantes sociales, económicos y de otra índole que están asociados con la mala salud y con la inequidad de los resultados sanitarios. Su finalidad es mejorar los resultados

⁹³ *Ibidem*, p. 33.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 34.

sanitarios y aumentar la esperanza de vida sana. La aplicación amplia de este planteamiento, es una prioridad de liderazgo del 12º Programa.⁹⁵

5.2. La gobernanza como prioridad estratégica de la OMS.

Según el informe de la Directora General Margaret Chan, “La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial”, la función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial es una expresión práctica de su mandato constitucional para “actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional”. La idea fundamental en que se sustenta la gobernanza es que los recursos que tiene el planeta para mejorar la salud pueden utilizarse con mayor eficacia y eficiencia.

Según este informe, la gobernanza ya no es el terreno exclusivo de los Estados. Las redes de la sociedad civil, las ONG e ámbito internacional y local, los grupos profesionales, las fundaciones filantrópicas, las asociaciones de empresarios, los medios de comunicación, las empresas nacionales y transnacionales, y los individuos que han encontrado una nueva manera de ejercer su influencia gracias a las tecnologías de la información y las redes sociales, son todos actores que ejercen su influencia en la toma de decisiones que afectan a la salud. Asegurar la preeminencia de los Estados Miembros en la adopción de decisiones en materia de políticas, y proteger la labor normativa de la OMS frente a cualquiera intereses creados al tiempo que se siguen buscando medios de involucrar de forma constructiva a otras partes interesadas se ha convertido en algo fundamental en el modo en que la OMS desempeña su función.

El panorama institucional de la salud mundial es cada vez más complejo y los incentivos que favorecen a creación de nuevas organizaciones, canales de financiación y sistemas de vigilancia en lugar de la reforma de los ya existentes podrían hacer que la situación empeore.

Tal y como se articula en la Declaración política de Rio, el enfoque basado en los determinantes sociales lleva implícito dos conceptos diferenciados: la gobernanza en salud, que se ocupa de la coordinación, la dirección y la coherencia interna y la gobernanza en pro de la salud que conlleva una función que se centra en la acción de sensibilización y las

⁹⁵ *Ibidem*, p. 35.

políticas públicas, y pretende influir en la gobernanza de otros sectores, de forma que ello tenga un efecto positivo en la salud humana.⁹⁶

5.3. La gobernanza sanitaria y la reforma de la OMS.

En el proyecto el 12º programa general de trabajo se definen dos medidas como medidas de éxito vinculadas a la gobernanza como prioridad estratégica:

- Un sistema racionalizado y eficaz de gobernanza en la OMS que incremente las sinergias en toda la Organización, garantice una vigilancia estratégica y repose la participación teniendo en cuenta todo el espectro de cuestiones que preocupan a la OMS.
- Un enfoque más coordinado de un programa de acción sanitaria mundial bien definido y de carácter multisectorial, que se traduzca en una adaptación más adecuada de la asistencia financiera y técnica prestada a las políticas y estrategias sanitarias de los países.

La primera medida se centra en la gobernanza interna de la OMS por los Estados Miembros a nivel nacional y regional. La segunda se refiere al papel coordinador y rector de la OMS.

El programa de gobernanza interna se centrará inicialmente en la labor de los órganos deliberantes: la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y los comités regionales. En el caso del Consejo, ello significa el fortalecimiento de su función ejecutiva y de supervisión, el aumento de su función estratégica y la racionalización de los métodos de trabajo. En lo que respecta a la Asamblea Mundial de la Salud, el carácter más estratégico de su función permitirá velar por que las resoluciones contribuyan a mejorar el establecimiento de prioridades. La labor de los comités regionales estará vinculada más estrechamente a la gobernanza mundial de la OMS.

En su reunión extraordinaria sobre la reforma, el consejo Ejecutivo convino, en su decisión EBSS2(2), que la gobernanza tiene que ser un proceso plenamente inclusivo, que respete el principio de multilateralismo, y en que la colaboración con otras partes interesadas se debería orientar en los principios siguientes:

⁹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial*, Informe de la Directora General, 132ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 132/5 Add.5, 18 de enero de 2013, pp.1-3.

- El carácter intergubernamental de la adopción de decisiones en la OMS sigue teniendo una importancia capital.
- La formulación de normas, patrones, políticas y estrategias que forma el núcleo del trabajo de la OMS, tiene que seguir basándose en el uso sistemático de datos objetivos y tiene que protegerse de la influencia de cualquier interés velado;
- Toda iniciativa nueva tendrá que ofrecer beneficios claros y agregar valor en el sentido de enriquecer las políticas o acrecentar la capacidad nacional desde la perspectiva de la salud pública.
- El aprovechamiento de los mecanismos existentes debe cobrar precedencia sobre la creación de foros, reuniones o estructuras nuevas.

Un elemento común a todos los aspectos del programa de gobernanza sanitaria es la necesidad de fortalecer la capacidad de la OMS en el conjunto de la Organización, con el fin de gestionar ese programa de un modo eficaz y asegurar que el personal disponga de incentivos para trabajar con el espectro de organizaciones cuya actividad está relacionada con la salud. Ello entrañará una coordinación interna más eficiente a todos los niveles de la Organización, a fin de que la OMS pueda adoptar posturas coherentes y convincentes en pro de la salud. También será preciso utilizar diferentes herramientas que permitan fortalecer las competencias del personal y los sistemas vinculados al programa de gobernanza de la acción sanitaria.⁹⁷

5.4. Organización del trabajo de la OMS para los próximos años.

En una reunión celebrada en febrero de 2012, los Estados Miembros acordaron que la labor de la OMS se organizaría en función de un número limitado de categorías de trabajo. Estas categorías se definieron como sigue:

- Enfermedades transmisibles: reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas.
- Enfermedades no transmisibles: reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las cardiopatías, el cáncer, las neumopatías, la diabetes y los trastornos mentales, así como la discapacidad y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de todos los factores de riesgo de dichas enfermedades.

⁹⁷ *Ibíd.*, pp.6-8.

- Promover la salud a lo largo del ciclo de vida: reducir la morbilidad y la mortalidad y mejorar la salud durante el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la niñez y la adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva, y promover un envejecimiento en actividad y sano, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes de la salud y las metas de desarrollo acordadas a escala mundial, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
- Sistemas de salud: respaldar el fortalecimiento de los sistemas de salud, concediendo especial atención a la prestación de servicios integrados; la financiación para lograr la cobertura sanitaria universal; el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud; los sistemas de información sanitaria; el fomento de la transferencia de tecnologías; la promoción del acceso a productos médicos asequibles, de buena calidad, seguros y eficaces, y la promoción de la investigación sobre los sistemas de salud.
- Preparación, vigilancia y respuesta: apoyar la preparación, la vigilancia y la respuesta eficaz a los brotes epidémicos y a las emergencias agudas de salud pública, así como la gestión eficaz de los aspectos de los desastres humanitarios relacionados con la salud con objeto de contribuir a mantener la seguridad sanitaria.
- Servicios corporativos/funciones instrumentales: asegurar el liderazgo institucional y los servicios corporativos necesarios para mantener la integridad y el funcionamiento eficaz de la Organización.

Las categorías se dividen en áreas programáticas que constituyen el marco organizador del presupuesto por programas.⁹⁸

5.5. Organización de la financiación de la OMS para los próximos años.

La financiación como hemos explicado ha sido un tema controvertido en la OMS. En el 12º Programa se define un nuevo método de financiación según el cual, las prioridades convenidas por los órganos deliberantes se alinearán con los fondos disponibles para su financiación; gracias a este método aumentará la previsibilidad y estabilidad de dicha financiación.

⁹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. No solo la ausencia de enfermedad*, Organización Mundial de la Salud, 2014, Ginebra, p.50.

La propia OMS reconoce las limitaciones que ha tenido históricamente para financiar su labor. En primer lugar, hay una falta de alineación entre el presupuesto por programas de la OMS y los fondos disponibles para financiarlo, lo que en parte se debe a la dependencia de contribuciones voluntarias destinadas a fines muy específicos. En segundo lugar, este tipo de financiación puede resultar imprevisible. En tercer lugar, hay una vulnerabilidad que resulta de depender de un grupo muy reducido de donantes. En cuarto lugar, hay elevados costos de transacción y una cierta falta de transparencia resultantes de los métodos actuales de movilización y gestión de los recursos. Por último, los fondos no destinados a fines específicos, necesarios para subsanar déficits y responder a las circunstancias cambiantes, son limitados.

A raíz de la adopción de un nuevo modelo de financiación, tanto la Secretaría como los Estados Miembros deberán efectuar cambios normativos y prácticos. Dicho modelo se basa en un nuevo método de estimación, movilización y asignación de los recursos. En cada nuevo bienio, los costos de los productos se calcularán utilizando una serie de valores de referencia para determinar los costos unitarios adecuados. A este respecto, el bienio 2014-2015 será un periodo de transición y posteriormente, la movilización de recursos se basará en un presupuesto con costos totalmente determinados.

Con respecto a las fuentes de financiación, los presupuestos de la OMS se seguirán financiando mediante una combinación de contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, aportadas estas últimas por Estados y por donantes no estatales. El nuevo modelo de financiación propiciará una mayor alineación de los recursos con el presupuesto por programas y un mayor grado de previsibilidad y flexibilidad de los recursos. Una base de Estados donantes más amplia y diversificada y la posibilidad de aprovechar nuevas fuentes de financiación no estatales pueden reducir la vulnerabilidad. El nuevo método, según la OMS, también abarca un nuevo proceso más transparente que adopta la forma de un diálogo de financiación orientado a lograr un presupuesto plenamente financiado y más previsible.⁹⁹

⁹⁹ *Ibidem*, p.58.

CAPITULO TERCERO. LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD.

En el capítulo introductorio explicábamos que nuestro propósito no es realizar una tesis doctoral disciplinaria al uso sino que partiendo de nuestro objetivo de estudiar de manera crítica la evolución de un actor de las internacionales como la OMS y su modo de actuar en el marco de las crisis sanitarias se nos hace necesario abordar elementos teóricos de otra disciplina como es la salud pública. Definiremos, por tanto el concepto, su evolución histórica y trataremos de proporcionar una definición de los sistemas públicos de salud.

1. El concepto de Salud pública.

Definir la salud pública es complejo por cuanto es un campo que no dispone de una definición admitida por todos y ha dado nacimiento a una especialidad médica que no es como la mayoría de las especialidades, centradas sobre un enfoque por patologías y organizadas en torno a una enfermedad. Su campo de acción es más amplio por cuanto integra las nociones de prevención, promoción de la salud, apreciación de los riesgos para la salud, medidas para hacer frente a las patologías, de definición de políticas públicas de salud y de organización de cuidados y de sistema de salud. La salud pública concierne a las poblaciones, al conjunto de los ciudadanos y no solo al individuo o a una persona enferma, lo cual ha llevado a calificar a la disciplina como medicina de las poblaciones.¹⁰⁰

La nueva salud pública va más allá de los límites del sistema de salud para privilegiar un enfoque transversal, multisectorial de las cuestiones sanitarias, integrando todos los componentes de la protección de la salud. Numerosos profesionales provenientes de las ciencias sociales, del derecho o de la economía trabajan en el campo de la salud pública.¹⁰¹

Desde principios del siglo XX se han enunciado diferentes definiciones de salud pública. C.E. Winslow, profesor de salud pública de la facultad de medicina de Yale proporciona una de las primeras definiciones.¹⁰²

¹⁰⁰ BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, Didier, "Définitions de la santé publique", en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris, p.1.

¹⁰¹ *Ibidem*, p.1.

¹⁰² *Ibidem*, p.1.

1.1. Primeras definiciones de salud pública.

Según C.E Winslow, la “Salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física mediante la organización de esfuerzos comunitarios para la salubridad del medio, el control de las infecciones en la comunidad, la educación del individuo en los principios de la higiene personal, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de la maquinaria social que va a asegurar a todos los individuos en la comunidad, un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.¹⁰³ La salud pública así concebida según Winslow, será profundamente diferente al ejercicio de la pura política que ha sido la principal expresión en el pasado.¹⁰⁴ Winslow define la disciplina por la movilización de diferentes ciencias que contribuyen a elaborar los programas de salud.¹⁰⁵

En 1988, la OMS define la salud pública como “un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria”¹⁰⁶

Esta definición de la salud pública está íntimamente ligada a la expresión de la salud entendida como un Derecho Humano fundamental, indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, y necesario para vivir una vida con dignidad. El derecho al “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y aparece anunciado por primera vez en 1946, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y ha sido reiterada en numerosas declaraciones a las que hemos hecho referencia en el capítulo anterior ¹⁰⁷

En 1997, la OMS recomienda apoyarse en las funciones esenciales de la salud pública (FESP) para renovar la política de la salud para todos del año 2000 anunciada en Alma Ata.

¹⁰³ “Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, promoting physical health and efficiently through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health.”

¹⁰⁴ WINSLOW, C.E.A., *The untilled fields of public health*, Science, New Series, Vol. 51, N° 1306, 1920, p.30.

¹⁰⁵ BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, Didier, *Op. Cit.*, pp. 1-2-.

¹⁰⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Promoción de la salud. Glosario*, Organización Mundial de la Salud, 1998, Ginebra, p.12.

¹⁰⁷ RIEDEL, Eibe, “The Human Right to Health: Conceptual Foundations”, CLAPHAM, Andrew y ROBINSON, Mary, *Realizing the Right to Health*, Zurich, Rüffer&rub, 2009, pp.21-22.

Estas FESP fueron definidas a partir de una encuesta Delphi¹⁰⁸ entre 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades. Fueron retenidas nueve funciones esenciales de salud pública:

- ✓ Prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles,
- ✓ Promoción en el trabajo
- ✓ Higiene en el trabajo
- ✓ Protección del medio.
- ✓ Legislación y reglamentación en salud pública.
- ✓ Gestión en salud pública.
- ✓ Servicios específicos en salud pública
- ✓ Cuidados sanitarios para los grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo.

En 1992, J. Frenk propone la definición siguiente.¹⁰⁹ “La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.”¹¹⁰

En 1997, el Instituto de salud pública de Quebec define la salud pública como “el estudio, por una parte, de los determinantes físicos, psicosociales, y socioculturales de la salud de la población y, por otra, de las acciones para mejorar la salud de la población”.

Partiremos de la definición que se propone en el “Traité de Santé Publique” que define la salud pública como el conjunto de saberes, experiencias, prácticas y reglas jurídicas que buscan conocer, explicar, preservar, proteger y promover el estado de salud de las personas”. La salud pública descansa sobre los conocimientos del conjunto de las disciplinas médicas, de la epidemiología, de la bioestadística, las ciencias sociales, económicas, jurídicas y humanas. Sus campos de estudios, de investigación y de

¹⁰⁸ El método DELPHI Fue creado en la década del 50 por la empresa RAND *corporation* para la Fuerza Aérea de los EEUU. Se trata de un método anticipatorio (o de prospectiva) con estricta metodología y una vasta experiencia de uso en los más diversos ámbitos de aplicación. Su fundamento es el análisis de las ideas - respecto del futuro- de un grupo de expertos en un área del conocimiento y la búsqueda de un consenso de opiniones.

¹⁰⁹ BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, Didier, *Op. Cit.*, p. 1-2.

¹¹⁰ FRENK, Julio., *La nueva salud pública. En OPS. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate.* Organización Panamericana de Salud, Pub. Científica n° 540, Washington D.C., 1992, p.75.

intervención son renovados constantemente en función de las evoluciones sanitarias y sociales.¹¹¹

1.2. La historia de la salud pública.

Las preocupaciones públicas y privadas no nacen con los movimientos higienistas y la medicina científica. Los historiadores de la antigüedad y los etnólogos han demostrado que múltiples divinidades, prácticas corporales y proverbios tenían por objeto combatir la enfermedad y, desde la Edad Media los tratados sobre el mantenimiento de la buena salud se han venido multiplicando. Es probable que el primer conjunto de reglamentos y medidas articuladas de manera deliberada con el objeto de proteger la salud de los habitantes de una ciudad sea obra de las grandes ciudades comerciales italianas del siglo XIV, confrontadas al peligro de las epidemias, en particular a la Peste negra de 1347-1348. Estas medidas tuvieron por objeto identificar la inminencia del peligro y de actuar para proteger la ciudad.

Este conjunto de medidas de protección de la salud incluían dimensiones ligadas al espíritu de aquél tiempo: conviene protegerse de la cólera de Dios, por ejemplo luchando contra la suciedad, multiplicando las procesiones, persiguiendo a los no cristianos y en particular; a las comunidades judías instaladas en muchas ciudades de Europa occidental.

En el siglo XIX, con el neohipocratismo, movimiento que pretende redescubrir las obras de Hipócrates, que atribuía una gran importancia a las causas del entorno y del contexto de la enfermedad, se desarrollan acciones de prevención general de las enfermedades como el drenaje de zonas húmedas, la ventilación de los edificios y la aireación de las habitaciones. La prevención y los comportamientos individuales de precaución y el cuidado del cuerpo se van desarrollando de manera paulatina.

Los consejos de salubridad creados en diversas ciudades (París en 1802) reúnen a la elite intelectual y tratan de aconsejar a los políticos para mejorar las situaciones en materia de salud.

La obligatoriedad de la vacunación, los principales hallazgos de la bacteriología, las campañas de salud pública, la formación de un personal médico dedicado a la salud pública, la red de dispensarios y la expansión de la medicina social han contribuido a convertirse en

¹¹¹ BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, Didier, *Op. Cit.*, p. 2.

los elementos de una salud pública institucionalizada, mucho más compleja en 1940 que un siglo antes pero donde las intenciones y los proyectos existían ya¹¹².

Es en el siglo XIX, cuando podemos comenzar a identificar la disciplina de la salud pública. Tras la instauración del principio de una asistencia sanitaria para el público en Francia durante la Revolución Francesa en 1797 y las leyes que preveían la asistencia a los pobres en el Reino Unido (*Public health act*) y la instauración de un comité consultivo de higiene pública en Francia en 1848, comienza a oficializarse el concepto de higiene pública. En este mismo momento, los primeros fundamentos de la epidemiología con John Snow y Pierre Alexandre David comienzan a definirse. Durante más de medio siglo, la higiene pública y después la medicina social a comienzos del siglo XX fueron la principal expresión de la salud pública.

Al mismo tiempo que el concepto de salud cambiaba y se alejaba del modelo biomédico con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud de 1948, la creación de la Seguridad Social en Francia en 1945 que tuvo como iniciador a Pierre Laroque se instituía progresivamente la noción de desarrollo de los cuidados curativos, con la aparición de medicamentos como los corticoides, los primeros antibióticos y toda la farmacopea actual¹¹³.

1.3. El concepto de salud y la definición de la salud de la OMS.

A lo largo de la historia, podemos ver como se han desarrollado tres grandes enfoques en torno a la salud y la enfermedad: el enfoque relacionado con la visión biológica que asume el cuerpo desde una dimensión eminentemente física, el segundo enfoque que afronta estos procesos desde una perspectiva psicológica y el tercero que lo aborda desde una visión sociológica.¹¹⁴

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹¹⁵ Esta definición es importante por diferentes razones:

¹¹² BOURDELAIS, Patrice, “Histoire de la santé publique”, en FASSIN Didier, HAURAY, Boris, *Santé publique : l'état des savoirs*, Éditions La Découverte, 2010, Paris, pp.14-16.

¹¹³ VV.AA, “Repères pour un siècle de santé publique”, *Politique Santé*, nº1, décembre 1997, pp. IV-VII.

¹¹⁴ CARMONA, Luz, ROZO, Claudia, MOGOLLÓN, Amparo, “La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social”, *Revista Ciencias de la Salud*, 3, enero-junio de 2005, Bogotá, pp.62-64.

¹¹⁵ CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1948, p.1,

- ✓ La salud no es solo la ausencia de enfermedad es la expresión positiva de esta ausencia.
- ✓ La salud es un concepto tanto social, como mental y físico.
- ✓ Según esta definición, no es suficiente con estar enfermo física o mentalmente para estar en buena salud, es necesario estar bien integrado en la comunidad. Esta última noción plantea dificultades: un parado con la prestación por desempleo agotada o un migrante aislado no pueden considerarse seres humanos que gozan de buena salud a pesar de que los profesionales sanitarios bien poco puedan hacer frente a este tipo de problemáticas.
- ✓ El estado de buena salud no puede ser la consecuencia de la curación de una patología o el éxito de los mecanismos de prevención. Es una disposición positiva física, biológica, mental y social que se conserva y se mantiene a cada instante.

Esta concepción nueva de la salud como un estado dinámico compartido entre las responsabilidades individuales y colectivas ha estado en el origen de las reflexiones y de las acciones en materia de promoción de la salud y de salud comunitaria. Parte asimismo de la presunción de que cada individuo dispone de un capital de salud cuando nace que debe saber fructificar, o al menos no dilapidar.¹¹⁶

La definición de salud de la OMS sirve de base para la institución para el cumplimiento de sus competencias como máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.

Uno de los propósitos de la OMS según Alcántara, es difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países, incorporándola en su legislación interna. Esta homogeneización también se aplica con respecto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual la OMS creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) en 1989 que es revisada y actualizada periódicamente.¹¹⁷

Sin embargo esta definición ha recibido críticas. Según, Carmona, Rozo y Mogollón la definición de la OMS muestra debilidades en dos sentidos: en primer lugar, la concepción de bienestar es tautológica, ideal y utópica y en segundo lugar, la visión del Estado tiene una

¹¹⁶ TESSIER, Stéphane, ANDRÉYS, Jean-Baptiste, RIBEIRO, Marie-Adèle, *Santé Publique, Santé communautaire*, Éditions Maloine, 2004, Paris, pp.11-12.

¹¹⁷ ALCANTARA, Gustavo, "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Vol.9, Núm.1, junio 2008, p.96.

connotación estática sobre la salud y la enfermedad y, por lo tanto, es de carácter ahistórico. De igual manera, su acepción sigue centrada en los individuos y no en el problema de la salud de los colectivos.¹¹⁸

Para otros como Alcántara, la definición de la OMS superó el enfoque asistencialista sanitario predominante en gran parte de los países. Este enfoque tenía una noción negativa de la historia de la salud. La definición de la OMS tiene un carácter holista y progresista que considera a la salud, ya no solo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. La salud se considera así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinaridad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí.¹¹⁹

En la actualidad, los enfoques que analizan el proceso vital humano destacan como elementos fundamentales los siguientes aspectos:

- ✓ La salud-enfermedad no como una expresión antagónica, sino como la manifestación de unos determinantes que influyen en el sujeto a lo largo de su vida.
- ✓ La salud-enfermedad como un proceso continuo de actualización de las necesidades y posibilidades de desarrollo de los sujetos en un contexto específico. Este proceso connota una noción de movimiento y de permanente cambio, por lo que se define como dinámico.
- ✓ La salud-enfermedad, al estar en relación con las condiciones de vida de los sujetos, se teje en lugares y tiempos específicos, acorde con los valores del conjunto social, es decir, tiene un carácter histórico.
- ✓ El reconocimiento de la influencia del medio ambiente, la falta de solución de las necesidades básicas, la calidad del trabajo, el aislamiento, la marginalidad y la pobreza se constituyen en determinantes de la enfermedad.
- ✓ Esta visión de la salud y la enfermedad considera al sujeto integral, en cuanto se asume que las expresiones de dicho proceso reconocen los planos biológico, psicológico y social en relación permanente. De esta forma, valida las percepciones, las representaciones y los conceptos de los sujetos de su propio cuerpo en un intento por romper la lógica de las leyes universales.¹²⁰

¹¹⁸CARMONA, Luz, ROZO, Claudia, MOGOLLÓN, Amparo, *Óp. Cit.*, p.67.

¹¹⁹ALCANTARA, Gustavo, *Óp. Cit.*, p.100.

¹²⁰CARMONA, Luz, ROZO, Claudia, MOGOLLÓN, Amparo, *Óp. Cit.*, p.68.

2. Sistemas públicos de salud.

Según Stéphane Tessier, un sistema de salud sería toda la organización compuesta de estructuras y de personas encargadas directamente o indirectamente por una población para trabajar por su salud.¹²¹

Según la OMS, en su publicación de 2007, *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, a la hora de hablar de cualquier estrategia para el fortalecimiento de los sistemas de salud, se necesita una percepción compartida básica sobre lo que es un sistema de salud. Según este documento un sistema de salud consistiría en todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal sea promover, restaurar o mantener la salud lo cual incluye todos los esfuerzos para influenciar sobre los determinantes sociales de la salud. Un sistema de salud sería por lo tanto más que la pirámide de instalaciones de propiedad pública que prestan servicios de salud e incluiría por ejemplo a los proveedores privados, los programas de cambio de comportamiento, los programas de control de vectores, las organizaciones de seguros de salud o la legislación sobre seguridad y salud en el trabajo. Los valores y objetivos de los sistemas de salud aparecen consagrados en la Declaración de Alma Ata de 1978 que explicamos en el capítulo anterior.¹²²

Sistemas de salud de algún tipo existen desde que los individuos han tratado de proteger su salud y tratar la enfermedad, pero los sistemas organizados tienen apenas 100 años, incluso en los países industrializados. Son instituciones políticas y sociales que han pasado por varias generaciones y se han ido conformando por valores y metas nacionales e internacionales. La Atención Primaria en Salud tal y como aparece articulada en la Declaración de Alma Ata representa el primer intento de unificar el pensamiento sobre salud en un único marco político.¹²³

3. El marco conceptual del sistema de salud de la OMS.

Un sistema de salud tiene múltiples objetivos y para alcanzar estos objetivos todo sistema tiene que llevar a cabo algunas funciones básicas, independientemente de cómo esté organizado. Debe de proveer servicios, poner en marcha recursos humanos, movilizar y asignar medios financieros, y asegurar el liderazgo del sistema y su gobernanza.

¹²¹ TESSIER, Stéphane, ANDRÉYS, Jean-Baptiste, RIBEIRO, Marie-Adèle, *Óp. Cit.*, p. 26.

¹²² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, World Health Organization, 2007, Geneva, *Óp. Cit.*, p.2

¹²³ *Ibidem*, p.9.

La OMS ha identificado una serie de funciones en el Informe Mundial de la Salud del año 2000¹²⁴ que han sido desglosadas en un conjunto de seis componentes esenciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Todos ellos son necesarios para mejorar los resultados en materia de salud y ha sido denominado “el marco conceptual de los sistemas de salud de la OMS”.¹²⁵

La OMS, en tanto que agencia técnica en materia de salud del Sistema de Naciones Unidas tiene como funciones básicas afrontar estos desafíos. Algunas de las funciones no le corresponderían únicamente a la OMS y otras agencias estarían activamente implicadas en, por ejemplo, desarrollar herramientas u ofrecer apoyo técnico. Sin embargo, el mandato de la OMS, su estatus de neutralidad y el poder contar con la casi totalidad de los países le da una posición de ventaja como actor clave para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

En este sentido, la OMS está implicada en todos los aspectos de la salud y de los sistemas de salud. Está, por lo tanto, bien situada para poder comprender como el fortalecimiento de los sistemas de salud afecta a la forma en la prestación de servicios sobre el terreno.

La OMS es percibida por los gobiernos como un asesor de confianza asesor en aspectos cargados de valores puesto que es directamente responsable ante sus Estados Miembros y porque no es un importante financiador, por lo que su asesoramiento es independiente de potenciales préstamos y donaciones.

Además de su papel normativo, la red de trabajo de la OMS en 144 países y sus 6 oficinas regionales le posiciona en una posición fuerte para vincular la política y la estrategia nacional e internacional.

La presencia continua de la OMS le sitúa en una posición de fuerza de cara a apoyar respuestas rápidas antes crisis y de cara a apoyar intervenciones más duraderas para apoyar la mejora de los sistemas de salud.

¹²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud, 2000.

¹²⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, World Health Organization, 2007, Geneva, Óp. Cit., p.2

Según el mismo documento, la OMS necesita establecer prioridades. Sin embargo, no puede centrarse en un aspecto del fortalecimiento de los sistemas de salud a expensas de otros. En efecto, adoptar un enfoque más holístico es una prioridad en sí mismo.¹²⁶

3.1. Un marco único con seis componentes esenciales claramente definidos.

Tal y como se ha descrito un sistema de salud, como cualquier otro sistema, es un conjunto de partes interrelacionadas que tiene que funcionar de manera conjunta para ser efectivas. Este aspecto resume las direcciones principales del trabajo de la OMS en cada uno de los seis componentes y donde hay vínculos importantes entre ellos. Las prioridades por componentes esenciales son los que siguen a continuación:

- Prestación de servicios. En cualquier sistema de salud, la prestación de servicios en materia sanitaria adecuada sería aquella que es proporcionada de manera efectiva, segura, por personal de calidad y por servicios basados en la comunidad para aquellos que lo necesitan, cuando lo necesitan, con un mínimo derroche. A pesar de que no existen modelos universales de buena prestación de servicios, existen algunos requisitos como la existencia de un personal formado con los equipamientos y medicinas adecuadas y con una adecuada financiación. Su éxito depende también de que haya un entorno organizacional que provea de incentivos a prestatarios de servicios y usuarios.¹²⁷
- Personal de salud. El personal de salud está constituido por personas comprometidas en acciones cuya intención es la proteger y mejorar la salud. El personal de salud de un país consiste en general en los prestatarios de servicios sanitarios, el personal encargado de la gestión y en el personal de apoyo. Esto incluye, trabajadores del sector público y privado, trabajadores asalariados y voluntarios, cuadros profesionales laicos y religiosos. Los países tienen una enorme variedad de niveles, competencias y diversidad de género en su personal de salud. En general, hay una relación en sentido positivo entre la densidad de personal de salud y la cobertura de servicios y resultados en términos de salud.¹²⁸
- Información. La generación y el uso estratégico de la información, la investigación en materia sanitaria y en los sistemas de salud es una parte integrante del componente liderazgo y gobernanza. Como parte de los esfuerzos de crear un mundo más seguro, los países deben estar en alerta y preparados para

¹²⁶ *Ibidem*, p.13.

¹²⁷ *Ibidem*, p.13.

¹²⁸ *Ibidem*, p.16.

responder de manera colectiva a cualquier amenaza de epidemia o cualquier otra emergencia de salud pública.¹²⁹

- Productos médicos, vacunas y tecnologías. Un sistema de salud que funcione bien garantiza un acceso equitativo a los productos médicos esenciales, las vacunas y a las tecnologías de calidad, seguras y eficaces. La OMS promueve la selección de medicamentos, vacunas y tecnologías basados en pruebas mediante el desarrollo de reglas, normas y directrices internacionales a través de los comités de expertos de la OMS y los procesos de consulta. Los programas de precalificación de la OMS / ONU en prioridad para vacunas, medicamentos y diagnósticos prioritarios se verán impulsados significativamente con el establecimiento de UNITAID, la nueva unidad internacional de compra de medicamentos.¹³⁰
- Financiación. Un buen sistema de salud destina los fondos adecuados a la salud de manera que la gente pueda utilizar los servicios requeridos y están protegidos de catástrofes financieras o del empobrecimiento asociado a tener que pagar por los servicios. Los sistemas de financiación de la salud que logran la cobertura universal de esta manera también fomentan la provisión y el empleo de una combinación eficaz y eficiente de servicios personales y de servicios basados en la comunidad.¹³¹
- Liderazgo y gobernanza. El liderazgo y la gobernanza de los sistemas de salud es posiblemente el componente más complejo pero crítico de cualquier sistema de salud y trata sobre el papel del gobierno en materia de salud y su relación con otros actores cuyas actividades repercuten en la salud. Esto implica supervisar y guiar a todo el sistema de salud, tanto privado como público, con el objeto de proteger el interés público. Requiere además, prestar atención a la corrupción y un enfoque de salud basado en los derechos humanos. No existe un modelo para un liderazgo y gobernanza eficaces en salud. Aunque en última instancia es responsabilidad del gobierno, esto no significa que todas las funciones de liderazgo y gobernanza tengan que ser llevadas a cabo por los ministerios de salud.¹³²

Existe una amplia gama de instrumentos e instituciones para llevar a cabo las funciones necesarias para un liderazgo y una gobernanza eficaces. Los instrumentos incluyen políticas sectoriales y planes de gasto a medio plazo; paquetes de prestación estandarizados;

¹²⁹ *Ibidem*, p.18.

¹³⁰ *Ibidem*, p.20.

¹³¹ *Ibidem*, p.21

¹³² *Ibidem*, p.23

fórmulas de asignación de recursos; contratos basados en el desempeño; compromisos explícitos del gobierno con respecto a la no discriminación y la participación pública; tarifas públicas. Las instituciones implicadas pueden incluir otros ministerios, parlamentos y sus comités, otros niveles de gobierno, órganos estatutarios independientes tales como consejos profesionales y comisiones de auditoría, ONG de vigilancia y medios de comunicación libres.

La tendencia de la OMS en la actualidad es centrarse en el desarrollo de políticas técnicas específicas de salud. Esto es importante, pero el reto añadido para los gobiernos es proporcionar una visión y dirección para todo el sistema de salud y supervisar la implementación de las políticas de salud. Esto incluyen: conciliar demandas competitivas de recursos; trabajar a través del gobierno para promover resultados de salud; gestionar la creciente oferta del sector privado; abordar la corrupción, responder a la descentralización; implicarse con la sociedad civil y una creciente variedad de agencias internacionales de salud. Este es un ámbito en el que la OMS necesita mejorar su capacidad para prestar apoyo a los ministerios de salud.¹³³

3.1.1. Sistemas y programas de salud: obtener resultados.

La participación de la OMS en todos los aspectos de la salud y de los sistemas de salud constituye una auténtica ventaja comparativa. La OMS está mejor situada que muchas otras agencias internacionales para identificar las demandas competitivas en materia de salud y para entender cómo los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud afectan a los servicios sobre el terreno.

Cada vez hay más experiencia en las relaciones inter-departamentales que desarrollan de manera conjunta programas. Muchas de las colaboraciones existentes se centran en cuestiones normativas, como el cálculo de los costos de replicar programas, la estimación de la carga de morbilidad o la red de relaciones que se produce entre los actores interesados en la política farmacéutica y los departamentos técnicos con vinculados con las listas de medicamentos esenciales, fabricantes o pautas de tratamiento. La colaboración en aspectos más operacionales del fortalecimiento de los sistemas de salud es menos común.

Muchos departamentos técnicos desarrollan sus propias redes de apoyo a los países a través de las cuales proporcionan asesoramiento independiente sobre la prestación de servicios en materia de salud.¹³⁴

¹³³ *Ibidem*, p. 24.

¹³⁴ *Ibidem*, p.26.

3.1.2. Un papel más eficaz para la OMS en los países.

Los países con diferentes niveles de desarrollo buscan colaborar con la OMS para mejorar sus sistemas de salud. Algunos países están principalmente interesados en intercambiar ideas y experiencias sobre aspectos clave de sus políticas (como la migración de los trabajadores de la salud) u obtener una mayor exposición internacional para aspectos importantes de su agenda doméstica o en el desarrollo de Normas y estándares para medir el rendimiento. Todos los países buscan la experiencia comparativa de la OMS en relación a diferente en esferas como la financiación de la salud.

Sin embargo, hay países con menor nivel de ingresos que buscan más participación en el desarrollo de sus políticas de salud, con otros socios como el Banco Mundial. Este aspecto según la OMS requiere mejoras. En los Estados que se están recuperando de emergencias o que salen de un conflicto, la OMS debe ser llamada a actuar como coordinadora de las numerosas organizaciones que se ocupan del trabajo en salud; para garantizar que la salud siga siendo un elemento central de la agenda de seguridad y humanitaria y para asesorar sobre la reconstrucción del sistema de salud en su conjunto.¹³⁵

3.1.3. El papel de la OMS en la agenda del sistema internacional de salud.

El trabajo a nivel internacional de la OMS complementa su implicación más directa en los países, mediante la producción de normas, procedimientos, políticas y guías. Además, el trabajo internacional de la OMS es importante en la medida de que apoya el incremento de la efectividad de sistemas internacionales tales como las redes de vigilancia y respuesta o la configuración de la arquitectura de la ayuda sanitaria internacional.

La OMS debe responder a la demanda constante de los países y desarrollar acuerdos de cara al desarrollo de un lenguaje común para describir los componentes de los sistemas de salud y las medidas necesarias para hacerlos funcionar con mayor eficacia. Aunque hay progresos, aún queda mucho por hacer para simplificar y comunicar la terminología de los sistemas de salud a una variedad más amplia de audiencias. El desarrollo de métodos y herramientas estandarizados debe de continuar siendo un aspecto central del trabajo de la OMS.

Por otra parte, es necesario un enfoque más sistemático de la investigación y el aprendizaje. La evidencia sobre estrategias efectivas para el fortalecimiento de los sistemas de salud es aún escasa cuando la necesidad es importante.

¹³⁵ *Ibidem*, p.28.

Una función central de la OMS es utilizar su poder de convocatoria eficazmente para trabajar con los sistemas mundiales y regionales para una mejor salud. Las redes de instituciones regionales de las que la OMS es parte integrante son cada vez más importantes en el fortalecimiento del apoyo a los países.¹³⁶

¹³⁶ *Ibidem*, p.31.

CAPÍTULO CUARTO. LA INFLUENCIA DEL MUNDO DE LA GRAN EMPRESA EN NACIONES UNIDAS Y LA RELEVANCIA DEL SECTOR PRIVADO EN LA GOBERNANZA GLOBAL DE LA SALUD.

La participación del sector privado en general y del mundo de las grandes corporaciones en general en los asuntos relativos a la gobernanza global en el sistema multilateral ha emergido como una nueva forma de cooperación. La creciente cooperación existente en el ámbito internacional entre el sector público y el sector privado ha adquirido un gran relieve sobre campo de la salud pública internacional. En efecto, en las últimas décadas, podemos ver como el sector público lucrativo participa en este tipo de alianzas sanitarias y, a lo largo del presente capítulo trataremos de buscar las razones de ello. En este punto, nos centraremos en el papel de las fundaciones filantrópicas, financiadas o dirigidas por empresas o multimillonarios y en el papel de empresas como las farmacéuticas.

La participación del sector privado en el ámbito de la salud internacional ha sido muy criticada y las empresas han sido acusadas de moverse por intereses particulares y por su ánimo de lucro. Las voces críticas señalan la capacidad de influencia que han adquirido estos actores en la toma de decisiones de las organizaciones intergubernamentales y cuestionan su legitimidad tanto de esta forma de cooperación como del peso que están adquiriendo en la definición de la agenda global.

Por todo ello, en primer lugar haremos referencia a una transformación de las Naciones Unidas que ha llevado a definir una profunda relación con el sector privado. Posteriormente, nos ocuparemos de las alianzas público-privadas en el terreno de la salud global y del papel que la OMS juega en las mismas.

1. El sistema de Naciones Unidas y el mundo empresarial.

La cooperación dentro del sistema de las Naciones con el mundo de la gran empresa ha alcanzado estas dos últimas décadas, sobre todo tras la llegada de Koffi Annan a la Secretaría General de la ONU, una magnitud increíble sobre todo si tenemos en cuenta que durante décadas la relación se caracterizaba en líneas generales por la hostilidad y la desconfianza. En el capítulo segundo vimos como no pocas medidas que la OMS proponía, como por ejemplo el Programa de Medicamentos Esenciales, contaba con una feroz oposición del mundo de las grandes farmacéuticas. La hostilidad ha mutado en una profunda cooperación que ha merecido todo tipo de valoraciones. Así, hay quien habla de

que “tropas corporativas invaden Naciones Unidas”¹³⁷, pero hay quien constata que la relación ha dado un salto en lo cuantitativo y en lo cualitativo y, parafraseando a Karl Polanyi, señala que en la ONU se ha producido una Gran Transformación¹³⁸.

Las voces críticas con el creciente peso del mundo corporativo argumentan que, en la actualidad, estamos experimentando una “privatización” del sistema multilateral provocada por la crisis financiera de las instituciones multilaterales. Otros autores, ven las nuevas formas de colaboración como un medio para que las instituciones puedan perseguir sus tareas de una manera más eficiente en un mundo en el que los gobiernos de los países ricos no son capaces o no están dispuestos a proveer los recursos necesarios para sacar a los países pobres de la miseria¹³⁹.

El objetivo de este apartado no es analizar en profundidad las múltiples formas de cooperación que se han desarrollado entre el sector privado y las Naciones Unidas. Más bien se trata de recalcar que las Naciones Unidas, en primer lugar, han intentado reducir las críticas ante la creciente participación al intentar colar en diversos foros que las empresas forman parte de la sociedad civil como una forma de que dicha cooperación resultara más aceptable ante la opinión pública. En segundo lugar, prestaremos atención al primer informe en el que, a comienzos de siglo, las Naciones Unidas analizaban los ejemplos de una cooperación que ya era profunda pero que ya se vislumbraba que a futuro lo sería todavía más.

Así, en marzo de 2001, la Asamblea General aprueba la resolución 55/215¹⁴⁰ en la que se pedía al Secretario General que solicitara las opiniones de todos los Estados Miembros para mejorar la cooperación entre la ONU y todos los colaboradores pertinentes, en particular el sector privado. El 28 de agosto de 2001, la Secretaría General presentó un informe¹⁴¹, centrado en la cooperación con la comunidad empresarial denominado “Cooperación entre las Naciones Unidas y todos los colaboradores pertinentes, en particular el sector privado”.

¹³⁷ GEORGE, Susan: *Los usurpadores. Como las empresas transnacionales toman el poder*, Barcelona, Icaria, 2015, pp. 157-170.

¹³⁸ UNCETABARRENECHEA, Javier, “La creciente relación entre las Naciones Unidas y el mundo empresarial: ¿de la desconfianza a la luna de miel?”, *Administración & Ciudadanía*, Vol.2, nº1, 2007. P.135.

¹³⁹ BOAS, Morten, BULL, Benedicte, y McNEILL, Desmond, “Private Sector Influence in the Multilateral System: A changing Structure of World Governance?”, *Global Governance*, Vol.10, Nº4, Oct.-Dec., 2004, p. 481.

¹⁴⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas. 2001, *Hacia formas mundiales de colaboración*, A/RES/55/215, 6 de marzo de 2001.

¹⁴¹ UNCETABARRENECHEA, Javier, “La creciente relación entre las Naciones Unidas y el mundo empresarial: ¿de la desconfianza a la luna de miel?”, *Administración & Ciudadanía*, Vol.2, nº1, 2007, p.136.

1.1. La “inclusión” de la empresa como parte de la sociedad civil en el contexto de Naciones Unidas.

En este apartado no pretendemos entrar en un profundo debate teórico sobre si el mundo de la empresa entra dentro de la definición de sociedad civil. Sin entrar en cuestiones profundas cabe señalar que Hegel fue el primer autor que separó Estado y sociedad civil, hecho que le acerca a las definiciones liberales del concepto, pero también incluyó al mercado dentro de su visión de la sociedad civil, lo que aleja de las concepciones habituales del término¹⁴². En este punto, llama la atención como en un contexto en el que la cooperación con el mundo empresarial era cada vez más profunda, hecho que era recibido con fuertes críticas procedentes sobre todo por las ONG, las Naciones Unidas iniciaron diversos movimientos para que se aceptara incluir a la empresa dentro de la sociedad civil como una forma de volver más aceptable políticamente la cooperación con el mundo de los negocios¹⁴³.

El primer informe que se ocupaba en profundidad de esta cuestión eludió este espinoso tema y se limitaba a señalar ciertos problemas de definición por las discrepancias existentes en cuanto a qué constituye el sector privado. El informe lo define como a) empresas o negocios comerciales con fines de lucro; b) asociaciones y coaliciones empresariales; c) Fundaciones filantrópicas empresariales, financiadas o dirigidas por empresas.¹⁴⁴

En 2003, Koffi Annan nombró a Fernando Henrique Cardoso presidente de un grupo encargado de examinar la relación entre las Naciones Unidas y la sociedad civil y cuya tarea principal fue elaborar una serie de recomendaciones con vistas a mejorar la cooperación de la ONU con la sociedad civil.¹⁴⁵ Ahora bien, unos términos de referencia ambiguos en el que se hablaba de fomentar la interacción entre sociedad civil y un documento de antecedentes elaborado por el presidente del Grupo, mostraban avanzar en esta dirección aunque las críticas le llevaron a abandonar esta vía¹⁴⁶.

Según el informe, muy criticado por la inclusión del sector privado en la toma de decisiones y por la difícil relación entre la sociedad civil y el mundo empresarial¹⁴⁷, la participación de estos actores es esencial para responder con eficacia a las prioridades

¹⁴² UNCETABARRENECHEA, Javier: “Sociedad civil global...”, *Óp. cit.*, pp.301-306.

¹⁴³ UNCETABARRENECHEA, Javier: “La creciente relación...”, *Op. cit.*, pp. 138-140.

¹⁴⁴ Secretaría General de las Naciones Unidas. 2001, *Cooperación entre las Naciones Unidas y todos los colaboradores pertinentes, en particular el sector privado*, A/56/323, 28 de Agosto, p.6.

¹⁴⁵ UNCETABARRENECHEA, Javier, “La creciente relación...”, *Op. Cit.*, p.135.

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 138-139.

¹⁴⁷ *Ibidem*, p.142.

globales y representa una protección frente al menoscabo del multilateralismo y se mantiene dispuesta a colaborar con los nuevos actores¹⁴⁸. En el informe Cardoso se reconoce, por tanto, la existencia de tres grupos interesados: la sociedad civil, el sector privado y el Estado.

En definitiva, el Grupo Cardoso intentó contribuir al objetivo político de hacer más aceptable la cooperación con el mundo de los negocios al incluirlo como un actor más de la sociedad civil, favorecido por unos términos de referencia confusos que incluían una referencia al sector privado y un primer documento de Antecedentes elaborado por Cardoso en el que se observan más pasos en esa dirección. En su redacción final, el Informe tuvo que separar sociedad civil y sector privado, pero avanza hacia dicho objetivo al reconocer la existencia de *zonas grises* entre ambos¹⁴⁹.

La ONU si ofrecía una base para una cooperación formal con ONG pero no con el sector privado. Así, la Carta de las Naciones Unidas permitía el establecimiento de una relación consultiva formal, aunque circunscrita al Consejo Económico y Social, principalmente con organizaciones no gubernamentales internacionales¹⁵⁰. En el caso de la OMS, en el artículo 71 de su Tratado fundacional, se autoriza su cooperación con organizaciones internacionales no gubernamentales y con organizaciones nacionales, gubernamentales y no gubernamentales. Así, En el caso de las ONG, los objetivos y actividades de las 189 ONG que mantienen una relación oficial con la OMS deben estar en conformidad con los principios de su constitución y exentas de naturaleza esencialmente comercial o de ánimo lucrativo. La casi totalidad de estas ONG son asociaciones o federaciones que trabajan en el campo de la salud pública.¹⁵¹¹⁵² Es importante señalar que desde enero de 2017, el Consejo Ejecutivo decidió aceptar que se establezcan relaciones oficiales con los siguientes actores no estatales: Fundación Bill y Melinda Gates, Grand Challenges Canada, International Rescue Committee, Knowledge Ecology International y The Fred Hollows Foundation.¹⁵³ De la relevancia de la Fundación Gates en el campo de la salud global hablaremos más adelante, sin embargo, que esta Fundación con su enorme capacidad de influencia en el campo de la salud global, adquiera el estatus de actor no estatal en relaciones oficiales con

¹⁴⁸ Secretaría General de las Naciones Unidas, *Nosotros los pueblos: la sociedad civil, las Naciones Unidas y la gobernanza global. Informe del Grupo de Personas Eminentes encargado de examinar la relación entre las Naciones Unidas y la sociedad civil*, A/58/817, 11 de junio., 2004, p.7.

¹⁴⁹ UNCETABARRENECHEA, Javier, "La creciente relación...", *Óp. Cit.*, p.142.

¹⁵⁰ TEIJO, Carlos: *Organizaciones Internacionales no Gubernamentales y Derecho Internacional*, Madrid, Dilex, 2005, pp. 157-166.

¹⁵¹ Sin embargo, dos de ellas, la Federación Internacional del Medicamento (FIM) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIF), representan a empresas comerciales con ánimo de lucro, a pesar de que se presenten como ONG.

¹⁵² BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p.234.

¹⁵³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Colaboración con agentes no estatales*, 140º reunión Consejo Ejecutivo EB140(10), Organización Mundial de la Salud, 31 de enero de 2017.

la OMS nos parece sumamente relevante. El número total de actores no estatales (incluyendo ONG, fundaciones Filantrópicas y asociaciones académicas y de salud pública) en enero de 2017 era de 206 según la OMS.¹⁵⁴

1.2. Formas de participación del sector privado en la ONU.

Las formas de participación del sector privado en el sistema internacional, están actualmente caracterizadas por un incremento cualitativo de proyectos e iniciativas conjuntas así como por nuevas formas de cooperación. Un indicador significativo es el número de nuevas entidades organizacionales que se han establecido en el sistema multilateral desde 1995; ya sea como resultado directo de alianzas con el sector privado o diseñados para facilitarlos¹⁵⁵.

A la hora de referirse a los objetivos de este tipo de colaboración, el informe de las Naciones Unidas de 2001 destaca que la mayor parte de las iniciativas de cooperación entre el sistema de las Naciones Unidas y el sector privado, se centran en uno o varios de los objetivos siguientes: diálogo normativo, promoción, movilización de fondos privados, información y aprendizaje y ejecución operacional.¹⁵⁶

- Diálogo normativo que incluye la participación formal y no formal del sector privado en las deliberaciones intergubernamentales oficiales y en la gestión institucional. Pueden ser iniciativas que varían en alcance y en la formalidad de la plena participación en un órgano multilateral.
- Alianzas de promoción. Son alianzas cooperativas entre instituciones multilaterales y actores no estatales. El propósito de estas asociaciones es sensibilizar al público y apoyar los objetivos y programas de la institución multilateral en cuestión.
- Movilización de fondos privados. Incluye esfuerzos cooperativos entre instituciones multilaterales y el sector privado para movilizar conjuntamente capitales públicos y privados para programas multilaterales y de desarrollo en general. En esta categoría se encuentran las alianzas dirigidas a la movilización de fondos filantrópicos como la donación de la Fundación Ted Turner y la Fundación Bill y Melinda Gates de 750 millones de dólares a la Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GAVI).

¹⁵⁴ English/French list of 206 non-State actors in official relations with WHO reflecting decisions of the 140th session of the Executive Board, January 2017: <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/non-state-actors-list.pdf?ua=1>

¹⁵⁵ BOAS, Morten, BULL, Benedicte, y McNEILL, Desmond, *Óp. Cit.*, p.482.

¹⁵⁶ Secretaría General de las Naciones Unidas, 2001, *Óp. Cit.*, p.15.

- Alianzas de la información y aprendizaje que incluye alianzas para compartir la investigación y el conocimiento.
- Participación del sector privado en operaciones. En estas alianzas el sector privado juega un rol en el diseño, implementación, y evaluación de proyectos y programas en terreno.¹⁵⁷

1.3. Razones de la participación del sector privado.

Existen múltiples razones por las que el sistema de las Naciones Unidas se ha comprometido con el sector privado. Desde un punto de vista general, la crisis financiera del sistema de las Naciones Unidas ha sido un impulso para la búsqueda de soluciones creativas. Algunos autores argumentan que la creciente participación del sector privado es una consecuencia directa de la falta de financiación de los Estados Miembros.¹⁵⁸

El segundo factor podría ser el cambio ideológico que ha tenido lugar donde el neoliberalismo ha influido a las Naciones Unidas para tomar en cuenta la incorporación del sector privado.¹⁵⁹

Un tercer aspecto para entender la incorporación del sector privado tiene que ver con el liderazgo. Cuando el Secretario general de las Naciones Unidas, Koffi Annan tomó posesión en 1997, su visión era volver a hacer de la ONU una instancia relevante en el plano mundial y para conseguirlo, creía que tenía que hacer trabajar a las Naciones Unidas con actores no estatales, particularmente, el sector privado. La falta de financiación por parte de los Estados Miembros jugó un papel muy importante pero, de la misma manera, la idea dominante de las virtudes del sector privado como agente más eficiente para el cambio. Annan alineó su visión con el discurso hegemónico del neoliberalismo. En su proyecto, se le unieron influyentes líderes de las agencias de las Naciones Unidas como Mark Malloch Brown, jefe del PNUD, o Gro Harlem Brundtland de la Organización Mundial de la Salud.¹⁶⁰

1.4. Aspectos positivos y negativos de las alianzas público-privadas.

La participación del sector privado ha tenido un impacto muy importante en la estructura del sistema de las Naciones Unidas. Por esta razón, se han creado nuevas unidades con el propósito de movilizar sus demandas e iniciativas. Un argumento es que esta participación conduce a una mayor flexibilidad en el sistema de las Naciones Unidas.

¹⁵⁷BOAS, Morten, BULL, Benedicte, y McNEILL, Desmond, *Óp. Cit*, p.483.

¹⁵⁸ *Ibidem*, p.484.

¹⁵⁹ *Ibidem*, p.484.

¹⁶⁰ *Ibidem*, p. 485.

Mientras que para algunos sectores parece que hay un consenso sobre la pertinencia de las alianzas público privadas, algunas voces críticas realizan las siguientes críticas.¹⁶¹

La proliferación de nuevas entidades, puede contribuir a la fragmentación del sistema y las organizaciones que lo comprenden puesto que puede verse reducida la coordinación. Por otra parte, las prioridades de una organización pueden ser pasadas por alto, sobre todo en el nivel operativo.

En los últimos años, se han aprendido una serie de lecciones acerca de lo que constituye las denominadas buenas prácticas de las políticas de desarrollo. Una conclusión es que si la programación se gestiona desde el nivel nacional, las inversiones coordinadas apoyadas por múltiples actores generan los mejores resultados a largo plazo en materia de desarrollo.

Por otra parte, la participación del sector privado puede motivar una distorsión en los objetivos de las políticas. La elección de los proyectos puede venir determinada por los intereses del sector privado y por la priorización de sectores donde tienen fuertes intereses.¹⁶²

Además, puede llevar a distorsiones geográficas. Un ataque al trabajo en materia de responsabilidad social corporativa según la cual las empresas son socialmente responsables es que sus esfuerzos filantrópicos están dirigidos hacia áreas donde tienen inversiones.¹⁶³

Otras críticas realizadas por autores como Lund-Thomsen es que no queda claro lo que abarca el concepto de Alianzas público-privadas que comprende actividades tan diversas como la filantropía empresarial, la colaboración en la investigación entre las empresas del sector privado y las universidades, los acuerdos de regulación para la aplicación de códigos de conducta voluntarios o la responsabilidad social corporativa (RSC).¹⁶⁴

Ciertos trabajos académicos críticos importantes han hecho hincapié en las limitaciones que presentan las Alianzas público-privadas en relación a la posible cooptación de las organizaciones no gubernamentales, el Estado y las agencias de la ONU; el debilitamiento de los esfuerzos para responsabilizar a las empresas transnacionales por sus acciones; el desarrollo de una cultura interna de la censura en organizaciones de la ONU y sin ánimo de

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 486.

¹⁶² *Ibidem*, p. 487.

¹⁶³ *Ibidem*, pp.487-488.

¹⁶⁴ LUND-THOMSEN, Peter, "Assessing the Impact of Public-Private Partnerships in the Global South: The Case of the Kasur Tanneries Pollution Control Project", *Journal of Business Ethics*, Volume 90, Issue 1 Supplement, 2009, p.58.

lucro o la falta de mecanismos de vigilancia para garantizar promuevan intereses públicos y no sólo privados.¹⁶⁵

Para autores como Brinkerhoff, al resumir los beneficios potenciales de las alianzas sugiere que éstas podrán:

- Aumentar la eficacia en tanto que actores que ganan en experiencia y relaciones.
- Reducir los costos de transacción y mejorar el acceso a la información.
- Mejorar la eficiencia a través de la identificación y la explotación de las ventajas comparativas
- Facilitar la solución creativa de problemas a través de los esfuerzos conjuntos de los socios con diferentes perspectivas y experiencias.
- Reducir los conflictos, ya que los actores se dan cuenta de que los costes asociados a la tensión permanente entre las partes interesadas (por ejemplo con las ONG) son demasiado altos, por lo que deciden cooperar.¹⁶⁶

2. Las Alianzas público privadas en materia de Salud.

2.1. El papel del sector privado en el campo de la salud.

A pesar de que algunos actores europeos comienzan a hacer su aparición, el paisaje de la filantropía está, en la actualidad, dominado por las fundaciones norteamericanas. Entre 1998 y 2000, la parte destinada con carácter anual por las fundaciones americanas a programas internacionales sanitarios se ha duplicado y alcanzó un volumen record de 3.300 millones de dólares en 2001 (en 1998 era de 1.500 millones).

Por lo que respecta a la contribución de las empresas multinacionales, es mucho más complejo evaluarlas porque, aparte de las campañas de comunicación destinadas a promover su imagen, las empresas suelen ser poco transparentes sobre los montos invertidos. Sin embargo, parece claro que las multinacionales han participado en la financiación de programas sanitarios por la demanda creciente de los consumidores y de la sociedad civil para una mayor responsabilidad social corporativa de las empresas. Esta fuerte demanda para una mayor equidad respecto al reparto de los beneficios de la mundialización, ha conducido a las empresas, en primer lugar las empresas farmacéuticas, a comprometerse con la salud pública internacional. Su participación puede adquirir formas

¹⁶⁵ *Ibidem*, p.58.

¹⁶⁶ *Ibidem*, p.58.

muy diversas¹⁶⁷, yendo desde simples donaciones a fundaciones u obras caritativas o a la creación de su propia fundación¹⁶⁸¹⁶⁹.

Sin embargo, limitaremos el campo de análisis a los fondos privados destinados a financiar programas de salud pública sin ánimo de lucro; en concreto, los fondos de las fundaciones filantrópicas y de las empresas multinacionales.

La mayoría de los fondos privados destinados a financiar programas de salud pública se concentran en las tres grandes pandemias que son el VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis así como las enfermedades para las que existen tratamientos eficaces. Las fundaciones y las empresas buscan, principalmente, mejorar el acceso a los bienes y servicios de salud o financiar proyectos de investigación, en detrimento de los programas tendentes a fortalecer las capacidades del personal de salud, por ejemplo.¹⁷⁰

Las fundaciones filantrópicas, a menudo creadas por multimillonarios y las compañías multinacionales comparten una voluntad común de aplicar una lógica “privada” al desarrollo.¹⁷¹

Por esta razón muchos autores se han comenzado a interesar por las razones que motivan a estos actores a invertir en cooperación sanitaria, sus modalidades de financiación y sus prioridades estratégicas así como los resultados de sus acciones y los nuevos desafíos que implica su existencia.¹⁷²

2.2. La influencia de la filantropía en la agenda global de la salud.

La salud y en particular la erradicación de las enfermedades han sido un foco importante de atención de las fundaciones filantrópicas desde el principio de su actividad en la escena internacional en los años treinta del siglo pasado. La lucha contra enfermedades como la anquilostomiasis o la fiebre amarilla fue uno de los primeros proyectos de la Fundación Rockefeller y la Fundación Ford. En la primera mitad del siglo pasado, especialmente la

¹⁶⁷ Podemos considerar, en este sentido, que las compañías de seguros o las clínicas privadas participan en la mejora del estado de salud de la población. De la misma manera, algunas inversiones directas extranjeras pueden mejorar, de manera directa o indirecta, la salud pública. Pueden por ejemplo, sacar del aislamiento zonas enclavadas o facilitar el suministro de medicamentos a través de la construcción de infraestructuras de transporte.

¹⁶⁸ Es el caso de empresas como L’Oreal.

¹⁶⁹ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit*, 470-471.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p.468.

¹⁷¹ *Ibidem*, p.469.

¹⁷² *Ibidem*, p.469.

Fundación Rockefeller fue muy influyente en la configuración del discurso sobre los desafíos mundiales de la salud y la estructura institucional de la gobernanza de la salud mundial.¹⁷³

Sin embargo, con el cambio de milenio, la Fundación Bill y Melinda Gates ha crecido hasta convertirse en el actor principal en materia de salud global. La Fundación gasta enormes recursos destinados a programas mundiales de salud y ejerce una tremenda influencia en la agenda de la gobernanza de la salud mundial. Desde su creación, la Fundación Gates ha proporcionado más de 18.300 millones de dólares en subvenciones a institutos de investigación sanitaria, ONG, alianzas público-privadas y organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud.¹⁷⁴

La Fundación Gates no sólo es el mayor donante de muchas de las alianzas público-privadas globales en el sector de la salud, como la Alianza contra la Tuberculosis, la Asociación de Medicamentos para la Malaria, la Asociación Internacional para Microbicidas y la Alianza Global Para las vacunas y la inmunización (GAVI Alliance), sino que también se ha convertido en la fuerza motriz detrás de estas iniciativas, reuniendo a los actores públicos y privados.¹⁷⁵

2.3. Principales iniciativas de las fundaciones filantrópicas.

De manera general, la implicación creciente de las fundaciones en la escena internacional, beneficia prioritariamente a las organizaciones del Norte (Estados Unidos, Canadá y Europa) que trabajan en los países del Sur. Cuando los fondos son destinados directamente a los países el África subsahariana las universidades son los principales receptores. A continuación, presentamos una breve descripción de las fundaciones filantrópicas americanas que operan en el campo de la salud pública internacional.

2.3.1. Bill and Melinda Gates Foundation.

La Fundación Bill y Melinda Gates como acabamos de decir es el principal donante internacional en materia de salud, fue creada en 2000 y está basada en Seattle y dispone de un capital colosal, sobre todo desde que Warren Buffet le donó la mayor parte de su fortuna (31.000 millones de dólares) en 2006. Este capital, junto con los intereses que genera permite a la fundación realizar una contribución anual de cerca de 2.000 millones de dólares destinados a proyectos sanitarios, lo cual representa el equivalente al presupuesto anual de

¹⁷³ MARTENS, Jens, SEITZ, Karolin, *Philanthropic power and Development. Who shapes the agenda?*, Misereor, Germany, 2015, p.23.

¹⁷⁴ *Ibidem*, p.23.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p.23.

la OMS (el presupuesto bianual de la OMS para 2008-2009, fue de 4.227 millones de dólares).¹⁷⁶

En 2012 y 2013, el monto gastado por la Fundación Gates en salud representó la mitad del presupuesto total de la OMS para el bienio (Gates Foundation: 1,98 mil millones de dólares y la OMS 3,96 mil millones de dólares). La Fundación Gates fue además, el segundo mayor donante de ayuda al desarrollo para la salud en 2012-2013 (1,74 mil millones de dólares), por detrás de los Estados Unidos (6,98 mil millones de dólares).¹⁷⁷

La Fundación Gates se ha marcado por objetivo reducir la mortalidad infantil a la mitad de aquí en veinte años. Sin embargo, concentra sus fondos en las tres grandes pandemias (VIH-SIDA, Tuberculosis y Malaria) en mayor medida que en las principales causas de la mortalidad infantil a escala internacional (infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y la malnutrición).

Entre 1998 y 2007, la fundación ha concedido 1.094 subvenciones por un monto total de cerca de 9.000 millones de dólares. La gran mayoría de estos fondos (65%) se han concentrado en una veintena de organizaciones, entre las cuales podemos citar la *Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI)*, los Fondos Mundiales contra el VIH-SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la ONG americana PATH especializada en salud y un pequeño número de universidades americanas y británicas (*John Hopkins University, Harvard y Columbia University*). La fundación financia también ciertos programas de investigación, como la *Malaria Vaccine Initiative* y la *International AIDS Vaccine Initiative*.¹⁷⁸

El enfoque de la Fundación Gates en materia de salud sigue el mismo espíritu de la Fundación Rockefeller, esto es se centra en soluciones biomédicas. La Fundación considera que las vacunas son intervenciones "catalíticas" que pueden estimular grandes avances en salud. Por esta razón, la financiación de la Fundación Gates se centra en programas para descubrir, desarrollar y proveer nuevas vacunas, concentrándose inicialmente en la malaria, el VIH / SIDA y la tuberculosis. Hasta la fecha, la Fundación Gates ha comprometido casi 2.000 millones de dólares en donaciones para combatir el paludismo y más 1.600 millones de dólares para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, comúnmente denominado Fondo Mundial. Al menos 20 de las 50 donaciones más importantes en el ámbito de la salud global otorgadas por la Fundación Gates se centran en

¹⁷⁶ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit*, 471

¹⁷⁷ MARTENS, Jens, SEITZ, Karolin, *Op. Cit.*, p.23

¹⁷⁸ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Op. Cit*, p. 471.

la investigación y el desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos, principalmente contra las tres enfermedades infecciosas VIH / SIDA, malaria y tuberculosis.

La Alianza GAVI es el ejemplo más destacado del compromiso de Gates. A pesar del indiscutible aumento en el número de niños inmunizados, GAVI ha sido criticada por las organizaciones de la sociedad civil y algunos investigadores por seguir un "enfoque Gates" en salud que se basa en enfoques horizontales en lugar de en enfoques más horizontales y holísticos (por ejemplo, fortalecimiento del sistema de salud). Respondiendo a las críticas, GAVI incluyó en 2005 un componente de apoyo al fortalecimiento del sistema de salud en su cartera de programas. Sin embargo, sólo el 10,6% (862,5 millones de dólares) de los compromisos totales de GAVI entre 2000 y 2013 se han dedicado al fortalecimiento del sistema de salud, mientras que más del 78,6% (US \$ 6.405,4 millones) se han utilizado para el apoyo a vacunas.¹⁷⁹

Según Martens y Seitz, el enfoque de la Fundación Gates centrado en la priorización de las vacunas para resolver múltiples problemas de salud deja ver la preferencia de la organización por intervenciones que pretenden soluciones rápidas, medibles y visibles.¹⁸⁰

Según estos autores, La Fundación Gates nunca ha manifestado explícitamente en público su escepticismo sobre la efectividad de los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud. Sin embargo, sus críticos han señalado que la priorización hacia los fondos verticales han minado, ya sea directa o indirectamente, un enfoque más holístico hacia las políticas de salud, principalmente porque ha provocado que los gobiernos modifiquen sus prioridades. Sin embargo, es posible que en los últimos años el trabajo de la Fundación Gates en la mejora de herramientas, tecnologías y el tratamiento haya gradualmente ampliado su visión hacia enfoques más amplios en materia de política sanitaria.¹⁸¹

No obstante, más adelante veremos cómo en un artículo publicado por Bill Gates, hace una defensa del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud tras las lecciones aprendidas tras la crisis del Ébola en África del Oeste.

Respecto al apoyo de la Fundación Gates a la OMS, desde 1998, la fundación ha donado 2.100 millones de dólares mediante más de 200 donaciones a la OMS. Esto la convierte en el mayor financiador no estatal de la OMS y, en 2014, el segundo mayor donante en general (después de los Estados Unidos). Las donaciones de la Fundación Gates son contribuciones

¹⁷⁹ MARTENS, Jens, SEITZ, Karolin, *Op. Cit.*, pp.28-29

¹⁸⁰ *Ibidem*, p.35.

¹⁸¹ *Ibidem*, p.36.

asignadas y, como tales, influyen *de facto* en el establecimiento de las prioridades de la OMS.¹⁸²

Además, la Fundación Gates también contribuye indirectamente al presupuesto de la OMS mediante el financiamiento de la Alianza GAVI, PATH, la Fundación de las Naciones Unidas y el Fondo Mundial, todos los cuales proporcionan una financiación sustancial a los programas de la OMS. Sólo GAVI aportó 222,94 millones de dólares a la OMS en el bienio 2012-2013. El importante papel que desempeña la Fundación Gates en el presupuesto de la OMS se debe no sólo a la determinación de la Fundación de demostrar la eficacia de sus esfuerzos intensificados para erradicar la enfermedad, sino también al hecho de que los Estados Miembros de la OMS no respaldan adecuadamente las propuestas de presupuesto de la organización, en particular con respecto a la preparación para luchar contra las emergencias sanitarias. Con el fin de asignar más recursos a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, las asignaciones presupuestarias de la OMS para luchar contra brotes epidemiológicos y en la respuesta a las crisis se redujeron en más del 50% entre 2012-2013 y 2014-2015, concretamente de 469 millones de dólares a 228 millones.

La OMS ha despedido a cerca de un tercio de su personal de emergencia desde 2009, cuando las deficiencias de financiación derivadas de la crisis financiera mundial afectaron por primera vez al departamento de preparación para emergencias y respuesta a crisis. Los déficits de financiación y la escasez de personal con experiencia adecuada contribuyeron a la respuesta inadecuada de la OMS a la crisis del Ébola, como llegó a reconocer la propia organización.¹⁸³

La Fundación Gates es por otra parte miembro del Health 8 (H8), un grupo informal creado en 2007 con el fin de reflexionar y elaborar estrategias para alcanzar los compromisos relacionados con la salud de los ODM. el H8 se compone de ocho organismos relacionados con la salud, incluida la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) GAVI y el Banco Mundial. Una de las reuniones de alto nivel que ha mantenido este grupo se celebró en el año 2009 en Seattle, sede de la Fundación Gates. El contenido de la reunión no ha estado disponible para el público, ni se ha publicado una agenda, ni ningún tipo de declaración fue realizada tras la reunión lo que deja entrever la poca

¹⁸² *Ibidem*, p.31.

¹⁸³ *Ibidem*, p.32-33.

transparencia que existe en la toma de decisiones relacionada con la agenda global de la salud.¹⁸⁴

2.3.2. Rockefeller Foundation.

La Fundación Rockefeller se constituye en 1913 y es una de las fundaciones pioneras en el campo de la filantropía en materia de salud. Ya en los años veinte, John D. Rockefeller había logrado un gran éxito en el sur de los Estados Unidos con su *Rockefeller Sanitary Commission* que logró erradicar la anquilostomosis.

Su acción en la lucha contra la malaria ha sido muy importante hasta que el empleo del DDT (insecticida) fue prohibido a causa de las consecuencias nefastas para el medio ambiente. La Fundación también financia programas destinados a fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de los países en desarrollo.¹⁸⁵

2.3.3. Clinton Foundation.

Entre las siete iniciativas principales de la Fundación William J. Clinton, la que se refiere a la salud es la denominada *Clinton HIV-AIDS Initiative*, puesta en marcha en 2002. Su objetivo es negociar precios preferentes con las industrias farmacéuticas para los antiretrovirales (ARV) y fortalecer los sistemas de salud en los países en desarrollo, especialmente en materia de recursos humanos. Una de sus particularidades es que no concede subvenciones a terceros y ejecuta sus programas ella misma.

2.3.4. Soros Foundation.

El *Open Society Institute*, integrado en la *Soros Foundation Network* tiene como objetivo favorecer la libertad de expresión y los sistemas democráticos en el mundo. En materia de salud, esta visión se traduce en programas destinados a mejorar la gobernanza sanitaria, principalmente fortaleciendo la implicación de los grupos marginalizados en los *Country Coordinating Mechanisms* (CCM) del Fondo Mundial y movilizándolo a la sociedad civil para formar parte del pilotaje de los presupuestos y en los debates públicos sobre la salud.

Hemos presentado a las principales fundaciones pero es importante señalar que han surgido otros nuevos filántropos como los fundadores de Ebay y de Google.

¹⁸⁴ *Ibidem*, p.37.

¹⁸⁵ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit*, p.472.

2.4. Principales iniciativas de las compañías multinacionales.

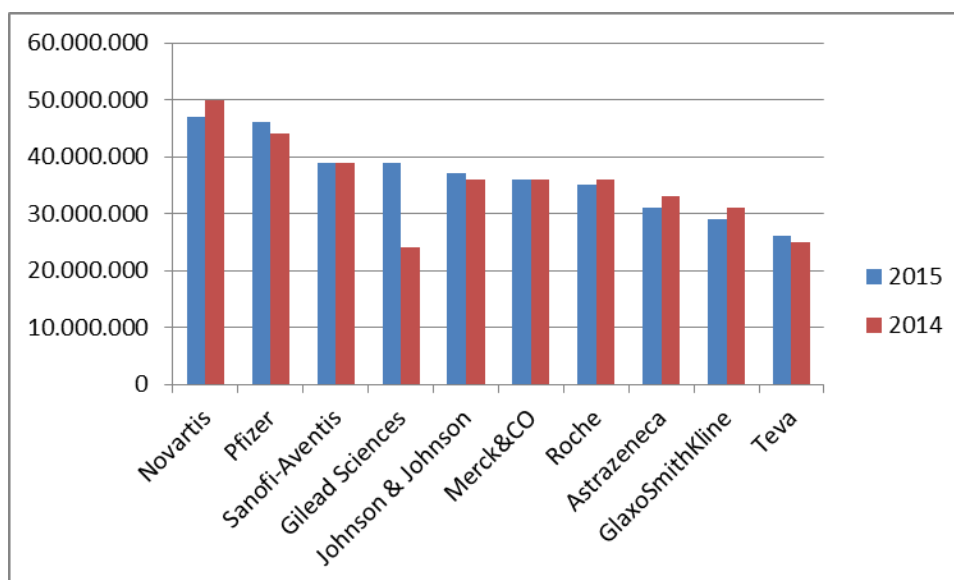
Las compañías multinacionales se han interesado por las cuestiones del desarrollo a lo largo de estos diez últimos años. Las empresas farmacéuticas, directamente concernidas por las cuestiones de salud pública han sido las primeras en incorporarse. Por otro lado, otras multinacionales que no forman parte del campo de la salud se han sumado también. El conjunto de estos actores se agrupan en diferentes redes, entre las cuales la más importante es la *Global Coalition to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*.

2.4.1. Compañías farmacéuticas.

La acción de las firmas farmacéuticas en favor de la salud pública internacional se traduce esencialmente en la donación de dinero o especie en forma de medicamentos, materiales y por la concesión de precios preferentes y de excepción de sus derechos de propiedad intelectual.¹⁸⁶

A continuación, en el siguiente gráfico presentamos el volumen de negocios de las principales compañías farmacéuticas en el año 2015 y 2014 según los datos recabados de la Empresas dedicadas a la industria del medicamento en Francia (LEEM).^{187/188}

Gráfico 1: Volumen de negocio de las grandes empresas farmacéuticas entre 2014 y 2015



Fuente: Elaboración propia (los datos aparecen en miles de millones de euros).

¹⁸⁶ *Ibidem*, p.473.

¹⁸⁷ LEEM-LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT, Les entreprises du médicament en France. BILAN ÉCONOMIQUE – ÉDITION 2015, Paris 2015.

¹⁸⁸ LEEM-LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT, Les entreprises du médicament en France. BILAN ÉCONOMIQUE – ÉDITION 2016, Paris 2016.

Según LEEM, el volumen de ventas del mercado farmacéutico en 2015 fue de aproximadamente 913 mil millones de dólares frente a los 910 mil millones de dólares del año 2014. Entre 2013 y 2014 se alcanzó además, un crecimiento del 8.8% respecto al año anterior. Estados Unidos copa en torno al 40% de las ventas frente al 20% que representan las ventas europeas.

Como podemos evidenciar las 10 empresas farmacéuticas más importantes controlan cerca del tercio de este mercado y muchas de ellas presentan márgenes de beneficio superiores al 30%. En la actualidad, un tercio de estas empresas gastan un tercio de sus ingresos en el marketing de sus productos (dos veces más de lo que gastan en investigación y desarrollo).¹⁸⁹

A su vez, GlaxoSmithKline (GSK), Hoffmann-La Roche, Novartis se encuentran incluidos en el top 20 de los contribuyentes no estatales de la OMS en el año 2014. Otras farmacéuticas contribuyen además a la financiación de la OMS, como Bayer, Merck y Pfizer.¹⁹⁰

2.4.2. Empresas que no se dedican a la salud.

La principal acción acometida por las empresas que no se dedican a la salud es la creación de programas de prevención y/o de atención del VIH-SIDA (o de malaria y tuberculosis) para sus empleados o programas de lucha contra la estigmatización. En este sentido podemos citar la *Global Business Coalition to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GBC); una red creada en 2001 para apoyar participación del sector privado en la lucha contra las tres grandes pandemias.

En su origen, la GBC contaba con 17 miembros y hoy en día tiene más de 200 empresas de sectores tan diversos como la industria automovilística o la comunicación. Sus principales objetivos consisten en facilitar la creación de alianzas público-privadas para la creación de nuevas redes de actores. Estas alianzas pueden asociar a una empresa con una ONG local (*one to one partnership*) una relación de donante-ejecutor clásica o tomar la forma de relaciones colaborativas más complejas. Asimismo la GBC, asegura la representación del sector privado en organizaciones internacionales como el Fondo Mundial.¹⁹¹

¹⁸⁹ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p. 234.

¹⁹⁰ ADAMS, Barbara, MARTENS, Jens, *Fit for whose purpose ? Private funding and corporate influence in the United Nations*, Global Policy Forum, 2015, Germany, p.64.

¹⁹¹ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit.*, p.474.

2.5. Alianzas público-privadas en el sector de la salud. El papel de la OMS.

En las últimas décadas, la OMS ha perdido importancia política relativa respecto a los nuevos actores que han emergido en el campo de la salud mundial. De ser la primera y virtualmente la única autoridad durante las primeras décadas de existencia, la OMS se encuentra ahora en medio de un creciente número de actores públicos y privados, de iniciativas y alianzas en salud como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), la Alianza Global de Vacunas (GAVI), ONUSIDA o la Fundación Gates a la que nos hemos ampliamente referido en párrafos anteriores.

Al mismo tiempo, otros organismos internacionales como UNICEF y el Banco Mundial, han ampliado su papel en la salud y destinan importantes recursos para la ejecución de programas de salud. Además, la capacidad de la OMS para desarrollar su papel como autoridad mundial de la salud se ve cada vez más debilitado por las continuas crisis presupuestarias debido a la disminución las cuotas de los Estados Miembros. En consecuencia, la organización recibe cada vez más fondos voluntarios destinados a realizar actividades que los donantes desean priorizar. Los fondos provienen por tanto de los Estados Miembros de la OMS y de otras fuentes públicas y cada vez más de un conjunto de contribuyentes privados, incluidas las corporaciones filantrópicas y las empresas.¹⁹²

2.5.1. Cambio de prioridades en el presupuesto de la OMS.

En los últimos años, la OMS se ha enfrentado a una grave falta de recursos en marcado contraste con las necesidades de financiación enormes y las crecientes necesidades en la salud pública mundial. El presupuesto general de la OMS creció entre 1998-1999 y 2010-2011, pero ha disminuido desde entonces. Sólo el presupuesto por programas propuesto para 2016-2017 indica una ligera tendencia al alza.

Al igual que en el caso de otras agencias especializadas de la ONU, las contribuciones obligatorias al presupuesto ordinario de la OMS provienen de los Estados Miembros, mientras que las contribuciones voluntarias en forma de donaciones o subvenciones, provienen del sector público y privado, o de una mezcla de ambas fuentes de financiación. Las cuotas provenientes de los Estados Miembros de la OMS al presupuesto general han disminuido, sobre todo desde el año 1998. Hasta entonces los Estados Miembros habían insistido en que al menos el 51% del presupuesto de la OMS debía ser financiado a través de sus contribuciones obligatorias. Sin embargo, en el año 2014, las cuotas representaban solo el 23% del presupuesto total de la OMS.

¹⁹² ADAMS, Barbara, MARTENS, Jens, *Óp. Cit.*, p.59.

El creciente desequilibrio cada vez mayor entre las contribuciones voluntarias en relación a las cuotas obligatorias ha dado como resultado que la OMS tiene cada vez menos flexibilidad a la hora de asignar su presupuesto lo que ha sido exacerbado por las cada más dominantes contribuciones voluntarias. Estos fondos están destinados a determinados programas particulares, a menudo, tienen exigencias determinadas por los donantes o pueden ser muy volátiles de año en año. El resultado es que la agenda de la OMS se ha venido configurando cada vez en mayor medida en función de las prioridades de los donantes, tanto públicos como privados.¹⁹³

El presupuesto aprobado por la OMS para 2014-2015 fue de 3,977 mil millones de dólares; una cantidad que la organización consideraba realista. Según la OMS, la asignación de los fondos presupuestarios fue determinada mediante criterios de priorización y a través de las categorías de trabajo establecidas entre la OMS y los Estados miembros. Aparentemente el presupuesto se alinea con la visión estratégica del programa de trabajo, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013.¹⁹⁴

Con el fin de liberar fondos para las enfermedades no transmisibles donde la OMS tiene un creciente foco de atención y para implementar el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020, la OMS propuso en el presupuesto 2014-2015, recortar los fondos para las enfermedades transmisibles y, en particular, para la respuesta ante brotes y crisis sanitarias en más de un 50%. Este tipo de recorte no parece sin embargo congruente en el contexto actual en la medida en que según la propia OMS la respuesta ante crisis son sucesos impredecibles y en ocasiones requieren una respuesta masiva de la OMS. La Organización ha perdido por otra parte, tal y como explicamos en páginas precedentes, alrededor de un tercio de sus expertos en emergencias desde 2009 cuando el departamento de respuesta ante emergencias sanitarias comenzó a sufrir los recortes en el contexto de la crisis financiera internacional y el personal tuvo que ser despedido.¹⁹⁵

La reciente crisis de Ébola ha puesto de relieve el inadecuado presupuesto de la OMS para hacer frente a las emergencias. Con la financiación disponible disminuida y la reducción del número de personal con la experiencia necesaria, la organización no puede ser capaz de responder con la velocidad, la escala y la competencia necesaria que anteriormente demostró con la crisis del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) en 2003. De hecho, la capacidad de la OMS para identificar rápidamente y frenar la

¹⁹³ *Ibidem*, pp. 60-61.

¹⁹⁴ *Ibidem*, p.61.

¹⁹⁵ *Ibidem*, pp. 61-62.

propagación del SARS condujo, a través de la adopción del Reglamento Sanitario Internacional revisado en 2005, a la extensión de las responsabilidades institucionales de la OMS en el caso de una emergencia de salud pública de importancia internacional. Estos problemas han sido reconocidos con posterioridad a la crisis de Ébola como explicaremos en el capítulo específico.¹⁹⁶

2.5.2. La financiación de la OMS por el sector privado.

Como consecuencia del cambio en los patrones de financiación los donantes tradicionales, la OMS ha tratado de atraer a nuevos donantes. Los esfuerzos en este sentido, han ido en el sentido de atraer los fondos del sector empresarial y de las fundaciones, y otras iniciativas multisectoriales que trabajan en el campo de la salud. Según las cifras recientes que disponemos a través del trabajo de Adams y Martens, las contribuciones de las fundaciones y el sector privado a la OMS constituyen el 19% y el 1% respectivamente del total de las contribuciones voluntarias.¹⁹⁷

Nos parece muy relevante señalar que en una lista realizada por estos dos autores en el año 2014, de los 20 mayores contribuyentes voluntarios de la OMS, 10 no eran Estados. Tras los Estados Unidos, el donante más importante es la Fundación Gates, seguido en orden por el Reino Unido, la Alianza GAVI, Rotary International y la Comisión Europea lo cual da una idea de la influencia del sector privado en la financiación de la OMS.¹⁹⁸

En el año 2000, el Consejo Ejecutivo de la OMS invitó ya a la creación de formas más livianas de asociación y aprobó una nueva política que autoriza a las entidades del sector privado a contribuir mediante recursos extra-presupuestarios en los proyectos sanitarios.¹⁹⁹

Para la OMS, las Alianzas público privadas, definidas en un documento del año 2002 son

“relaciones de colaboración, que trascienden las fronteras nacionales, reuniendo al menos a dos partes, una empresa o una asociación de empresas y una organización intergubernamental, para alcanzar un objetivo que favorece la salud sobre la base de un reparto de tareas convenido de común acuerdo y definido con precisión”.

¹⁹⁶ *Ibidem*, pp. 62-63.

¹⁹⁷ *Ibidem*, p.63.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p.63-64.

¹⁹⁹ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, pp.233-234.

Los objetivos que busca la OMS mediante este tipo de alianzas son:

- Alentar a la industria a respetar los principios de la salud para todos.
- Facilitar el acceso de todos a los medicamentos y a los servicios de salud esenciales.
- Acelerar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas, instrumentos de diagnóstico y medicamentos para las enfermedades desatendidas.
- Prevenir los casos prematuros de mortalidad, de morbilidad y de incapacidad, acordando una atención particular a la adopción de políticas y de comportamientos nuevos.
- Animar a la industria a adoptar procedimientos de fabricación menos nocivos para los trabajadores y el medio ambiente.
- Adquirir los conocimientos y la experiencia del sector privado.
- Mejorar la imagen de la OMS en el seno de grupos a priori hostiles.²⁰⁰

Más recientemente, como parte del proceso de reforma de la OMS que se inició en 2011, los gobiernos solicitaron al Director General desarrollar un Marco de compromiso con los actores no estatales (*Framework of Engagement with non-State Actors: Fensa*). La Secretaría de la OMS estuvo trabajando en un proyecto de Marco de compromiso desde 2012 y presentó sus informes en mayo y diciembre de 2014. En respuesta al primer borrador varios Estados Miembros plantearon algunas reticencias que se tomaron en cuenta para la elaboración del documento final. Estas incluyen entre otras:²⁰¹

- Los conflictos de intereses y su gestión fueron identificados como los aspectos más críticos del marco de compromiso. Hubo en este sentido varias llamadas para que la política de conflicto de intereses fuera parte integrante del marco de compromiso.
- La OMS podrá aceptar recursos financieros de entidades del sector privado solo si los posibles conflictos de intereses han sido descartados y si este compromiso de financiación no pone en tela de juicio la integridad y la reputación de la OMS.
- La adscripción de los representantes de los actores no estatales a la OMS fue puesto en cuestión. La principal preocupación en este sentido era proteger la independencia y la integridad de la OMS.
- Algunas entidades del sector no privado pueden verse influidas por las entidades del sector privado. Se sugirió que las organizaciones no gubernamentales, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas cercanas a entidades del sector privado deberían ser consideradas como entidades del sector privado también.

²⁰⁰ BUSE, Kent, WAXMAN, Amalia, "Partenariat public-privé pour la santé: une stratégie pour l'OMS", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, recueil d'articles, n°6, Genève, 2002, pp.1-2.

²⁰¹ ADAMS, Barbara, MARTENS, Jens, *Op. Cit.*, pp. 69

- Fue propuesto también que el concepto de "agente no estatal" fuera refinado para incluir más entidades que entren dentro de la definición, como las asociaciones público-privadas y las iniciativas en la que pudieran participar diversos actores.²⁰²
- Se hace referencia a que asociaciones pueden ser elegibles para la admisión en relaciones oficiales, con especial atención a las asociaciones empresariales internacionales. Aunque existe acuerdo en que la OMS no debe comprometerse con las industrias del tabaco y de las armas, esta restricción podría / debería ampliarse a otras, en particular las industrias del alcohol, los alimentos y las bebidas alcohólicas.
- Se sugirió que se clarificaran las funciones respectivas de los órganos rectores y de la Secretaría y que la participación del sector privado debía estar abierta al examen de los Estados Miembros de la OMS y que los Estados Miembros debían participar en la debida diligencia.²⁰³
- Se expuso asimismo aumentar a más de seis el número de miembros del Comité del Consejo Ejecutivo encargado de los agentes no estatales y pedir a dicho Comité que informara también a la Asamblea de la Salud.
- Se señaló que no está claro si el marco se aplica también a las alianzas en las que la OMS participa y cómo se gestionan los conflictos de intereses en dichas alianzas.
- Se sugirió que la OMS introdujera el concepto de "neutralidad competitiva" (también conocido como "igualdad de condiciones") en su compromiso con el sector privado. Con ello se pretende que las interacciones de la OMS no confieran ventajas competitivas indebidas.
- Se propuso agregar disposiciones para aclarar cómo debe actuar la Organización en situaciones de emergencia y como evitar la distribución indisimulado de medicamentos en forma de donaciones. Algunos Estados Miembros sugirieron la necesidad de establecer criterios objetivos y justificables para la selección de los países, las comunidades o los pacientes beneficiarios de dichas donaciones.
- Se preguntó si la OMS está utilizando el mecanismo y las medidas adecuadas para garantizar la protección de su nombre y emblema contra el mal uso con fines promocionales, en particular por parte de entidades del sector privado.
- Algunos Estados Miembros observaron la necesidad de incluir un proceso de evaluación del marco de trabajo. Sugirieron que la función de evaluación debería integrarse en el marco con miras a tomar decisiones futuras.²⁰⁴

²⁰² *Ibidem*, p.69.

²⁰³ *Ibidem*, p.70.

²⁰⁴ *Ibidem*, p.70.

Según Adams y Martens, el hecho de que el marco no diferencie suficientemente entre actores empresariales, ONG de interés empresarial y ONG de interés público es motivo de preocupación.

El desafío sigue siendo en cualquier caso que la OMS desarrolle un sistema de regulación legal y ético para la interacción con empresas y otros actores no estatales que va más allá de lo que ya se ha propuesto.

Por otra parte, es necesario de que los Estados Miembros reorienten su responsabilidad y defiendan el derecho a la salud de todos sus ciudadanos. Para ello, deberán aumentar su apoyo financiero y político a la OMS como actor a nivel mundial. Para que la salud pública no se vea influenciada por las prioridades cambiantes de las empresas y de la filantropía, esta responsabilidad debe incluir un aumento de las cuotas regulares de los Estados Miembros para asegurar la continuidad del presupuesto de la OMS y permitir al Director General poder utilizar estos fondos desatados con flexibilidad, cuando sea necesario. Sólo con estos esfuerzos se resolverán las contradicciones entre el mandato constitucional de la OMS y los intereses de los donantes y los particulares y se hará posible una OMS operativa e independiente, regida por los principios de justicia social, solidaridad mundial y derechos humanos.²⁰⁵

2.6. Principales alianzas público privadas en materia de salud.

2.6.1. Fondo Mundial de Lucha Contra el VIH-SIDA, Tuberculosis y Malaria.

El Fondo Mundial fue creado en 2002 y en él participan la OMS, ONUSIDA, organismos bilaterales, los gobiernos de los países beneficiarios, ONG y miembros de la sociedad civil organizada (en particular, los representantes de las comunidades afectadas por las tres enfermedades). Está a su vez asociado a otras Alianzas público privadas como *Stop Tuberculosis Initiative* y *Roll Back Malaria*. El sector privado interviene como donantes de fondos y han recibido contribuciones significativas de la Fundación Bill y Melinda Gates o los beneficios de la campaña *Red products*²⁰⁶²⁰⁷.

2.6.2. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization).

El programa GAVI es una alianza público privada creada en 1999 mediante una donación inicial de 753 millones de dólares para cinco años de la Fundación Gates. En él están varios

²⁰⁵ *Ibidem*, p.72.

²⁰⁶ Esta campaña lanzada por nueve multinacionales (American Express, Apple, Converse, Dell, Emporio Armani, Gap, Hallmark, Starbucks, Coffee y Windows) ha permitido recaudar 100 millones de dólares. Su objetivo era vender productos especialmente concebidos para el proyecto.

²⁰⁷ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit*, p.475.

gobiernos del Norte (Estados Unidos, Canadá, Francia, Gran Bretaña, Suecia, Noruega, Países Bajos, Irlanda y Luxemburgo) y del Sur, La Unión Europea, organismos internacionales (OMS, Unicef, Banco Mundial) y socios privados (Fundación Gates, representantes de la industria farmacéutica). Esta alianza ha permitido movilizar 2500 millones de dólares para promover la vacunación a gran escala en los países en desarrollo.

208

2.6.3. Lucha contra la *Oncocercosis*, (la ceguera de los ríos).

Gracias a las donaciones de mectizan, por Merck&Co en 1987, las intervenciones de lucha han cambiado. A una estrategia centrada en el vector se le ha sumado el tratamiento exclusivo. El programa de lucha contra la oncocercosis en África del Oeste, cerró oficialmente en el año 2002 después de haber logrado parar la transmisión de la enfermedad en todos los países participantes; salvo en Sierra Leona donde las intervenciones fueron detenidas a causa del conflicto armado.^{209,210}

2.6.4. La erradicación de la *poliomielitis*.

La iniciativa mundial fue creada por la Asamblea mundial de la salud en 1988. Ha sido apoyada por gobiernos de países del Norte, la OMS, Unicef, *US Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Los socios del sector privado fueron Aventis, Pasteur, De Beers y Wyeth, Rotary International y la Fundación Gates que han aportado importantes fondos a la campaña. Antes de la iniciativa, la polio era endémica en 125 países en cinco continentes paralizando a más de 1.000 niños por día. En 2009, quedaban 1.517 casos declarados en 26 países.²¹¹

2.6.5. La Iniciativa sobre los medicamentos para las enfermedades desatendidas.

Médicos sin Fronteras (MSF) obtuvo el premio Nobel de la paz en 1999. La ONG ha utilizado sus fondos y los de sus secciones nacionales para crear un modelo alternativo para la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos para las enfermedades desatendidas. Siete organizaciones crearon esta iniciativa en 2003; cinco organizaciones del sector público, la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), el *Indian Council for Medical Research*, el *Kenia Medical Research Institute*, el Ministerio de Salud de Malasia, el instituto Pasteur, MSF y el Programa PNUD/Banco Mundial/Programa especial de la OMS para la investigación y la formación en enfermedades tropicales.²¹²

²⁰⁸ *Ibidem*, p.475.

²⁰⁹ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p.241.

²¹⁰ Es importante destacar que, en amplias zonas de África Occidental (Camerún, Benín o Togo), la oncocercosis sigue siendo aún un grave problema de salud pública.

²¹¹ *Ibidem*, p.242.

²¹² *Ibidem*, p.244.

2.7. Factores que justifican la implicación del sector privado en materia de salud. Las críticas a su participación.

La implicación creciente de los actores privados en materia de cooperación sanitaria puede resumirse mediante tres elementos principales: la evolución ideológica desde los años setenta hasta nuestros días; la aparición del VIH-SIDA y el desencanto hacia Naciones Unidas²¹³.

En los años setenta y ochenta, la ideología neoliberal dominaba el pensamiento económico mundial. Este pensamiento se aplicó al sector de la salud y tuvo como consecuencia la multiplicación de los operadores privados. A partir de los años noventa, los desequilibrios de la mundialización invitaron a interrogarse por los medios para favorecer un crecimiento equitativo y es así como surge el concepto de responsabilidad social corporativa (RSC).²¹⁴

El segundo factor, es la aparición del VIH-SIDA. En 1981, se identifica el virus por laboratorios estadounidenses. Esta nueva enfermedad, para la cual no hay tratamiento curativo disponible, ha afectado ya a 60 millones de personas de las que 20 millones han fallecido. El sector privado se integra en la lucha contra el VIH-SIDA. Asimismo, la existencia de un riesgo sanitario importante para las poblaciones del Norte motiva a los gobiernos, los donantes privados y las organizaciones internacionales, a implicarse más activamente en la lucha contra esta plaga.²¹⁵

El tercer factor es el desencanto que se ha producido hacia las Naciones Unidas. Después de un largo período de optimismo, durante el cual se depositaron grandes esperanzas en la ONU en tanto que sistema multilateral garante de valores universales, vino el tiempo de la decepción. Desde los años ochenta, la ONU es para muchos un sistema ineficaz, burocrático, compuesto de instituciones cuyo mandato está mal definido, generando el despilfarro de los recursos.²¹⁶

2.8. Críticas a la participación del sector privado.

La crítica más frecuente realizada a fundaciones como la Gates se refiere a su sistema de concesión de subvenciones que parece que se base en redes informales y no en

²¹³ CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, *Óp. Cit.*, p.476.

²¹⁴ *Ibidem*, p.476.

²¹⁵ *Ibidem*, p.476.

²¹⁶ *Ibidem*, p.476.

licitaciones internacionales seguida por una selección de los proyectos por un comité de expertos independientes, en función de criterios técnicos y financieros objetivos.²¹⁷

En la *Global Business Coalition*, por el ejemplo, la elección de iniciativas corresponde a las consideraciones internas de las empresas, vinculadas a sus competencias específicas o su implantación geográfica.²¹⁸

Algunas Alianzas público privadas han sido denunciadas por los gobiernos de los países en los que las iniciativas eran puestas en marcha sin haber sido consultados. Este es el caso de la *Initiative Secure the Future*, implementada por ONUSIDA en 1999 para investigar sobre el VIH-SIDA y donde los gobiernos namibio y sudafricano rechazaron el proyecto por no haber participado en su concepción.²¹⁹

Por otra parte, parece que hay una cierta incompatibilidad entre la necesidad de alinear las acciones de cooperación en el marco de las prioridades nacionales de los países, y las rigideces programáticas de algunas fundaciones. La lógica privada de la rentabilidad, que implica que cada dólar tiene que ser invertido allá donde permita obtener los mejores resultados, tiende a conducir a los actores privados a elegir a los países de intervención, no en función de las necesidades, sino en función de los resultados esperados.²²⁰

Además de las prioridades geográficas, la selección de los sectores de intervención no parece responder a una lógica fundada en la evaluación de las necesidades. Resulta sorprendente hasta qué punto los fondos privados se concentran en la lucha contra las tres pandemias en detrimento de otras patologías.

Otro aspecto que puede amenazar la eficacia de los actores privados en los programas sanitarios de desarrollo es la posible presencia de conflictos de intereses. Un artículo de *Sciences Magazine* de 2008, acusaba a la Fundación Gates de colaborar con empresas irrespetuosas con el medio ambiente.²²¹

²¹⁷ *Ibidem*, p.479.

²¹⁸ *Ibidem*, p.479.

²¹⁹ *Ibidem*, p.479.

²²⁰ *Ibidem*, p.479.

²²¹ *Ibidem*, pp.479-480.

CAPITULO QUINTO. LAS ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS Y LA ESTRATEGIA DE LUCHA INTEGRADA CONTRA LA ÚLCERA DE BURULI EN BENÍN.

En el capítulo anterior explicábamos la creciente cooperación existente en el ámbito internacional entre el sector público y el sector privado y el gran relieve que han adquirido en el campo de la salud pública internacional las fundaciones filantrópicas dedicadas a la salud. Estas grandes fundaciones que orientan la agenda de la salud se preocupan y priorizan unas enfermedades por encima de otras que no tienen la suerte de contar con su “mecenazgo”. Sin embargo, en el campo de la salud global existen experiencias de éxito que con menos recursos han logrado importantes resultados. Expondremos el caso práctico de una experiencia desarrollada en Benín, en la lucha contra una “Enfermedad Tropical Desatendida” denominada úlcera de Buruli.

Así desde el año 2007, las autoridades sanitarias de Benín junto con otros actores clave como la OMS, centros de investigación y organizaciones Internacionales como la Fundación Anesvad vienen trabajando en la aplicación de un enfoque según el cual, partiendo de una estrategia centrada en una Enfermedad Tropical Desatendida (ETD) denominada úlcera de Buruli (UB) que se da en contextos de extrema pobreza, se aspira a fortalecer el sistema público de salud en su conjunto.

Esta estrategia tiene semejanzas con el enfoque diagonal que expondremos más adelante por cuanto; partiendo de la lucha contra una enfermedad se consiguen impactos beneficiosos para el conjunto de la población (“impactos indirectos”). Los resultados que se vienen logrando en Benín estos últimos años han sido documentados y presentados en diferentes foros de alto nivel que ampliaremos más adelante.

Nos parece sustantivo dedicarle un espacio a esta experiencia por cuanto se trata de la aplicación práctica de enfoques que se promueven a nivel teórico y que han tenido impactos indudables en un sistema de salud de un país que es uno de los países más pobres de la tierra. Partiremos del análisis sobre las falsas dicotomías que ha realizado Octavio Gómez y Julio Frenk para analizar el caso²²².

La salud pública ha evolucionado en los últimos años desde una serie de posicionamientos teóricos fuertemente arraigados y promovidos sobre todo por la OMS y

²²² FRENK, Julio, GÓMEZ-DANTÉS, Octavio "False dichotomies in global health: the need for integrative thinking", *The Lancet*, Vol. 389, February 2017, p.667.

que han sido llevados a la práctica por otras agencias del sistema de Naciones Unidas como UNICEF, hacia una lógica integradora a la hora de abordar la lucha contra las enfermedades, en materia de recursos (humanos, técnicos, financieros), de estrategias y de procesos para buscar mayores impactos.

La OMS jugó un rol en el pasado que, a nuestro modo de ver favoreció las dicotomías enunciadas por Frenk y Gómez. Es de recibo sin embargo reconocer el cambio de enfoque que se ha producido estos últimos años fruto en nuestra opinión de las lecciones aprendidas y el duro varapalo que supuso la gestión tanto de la Gripe H1N1 y sobre todo del Ébola.

1. Dicotomías y nuevas perspectivas en materia de Salud Pública.

Según Octavio Gómez y Julio Frenk, autor de numerosas artículos en materia de salud pública, durante el siglo XX, la salud internacional ha estado fuertemente influenciada por un conjunto de dicotomías que han limitado los avances de la agenda en materia de salud. Esta lista de dicotomías van desde la que confrontan la prevención con el tratamiento, el enfoque vertical con el enfoque horizontal, atención primaria versus atención especializada, enfermedades infecciosas versus enfermedades no transmisibles, conocimiento versus acción.²²³

Desafortunadamente, según estos autores la fijación maniquea en falsos dilemas sigue separando a los miembros de la comunidad de la salud global con el resurgimiento, en el contexto de las discusiones de la agenda de desarrollo sostenible post-2015, de una vieja discusión; si invertir en los determinantes sociales de la salud o en el cuidado de la salud.

Según estos autores, para afrontar los desafíos complejos de un mundo interdependiente, la salud mundial debe moverse, de una vez por todas, más allá de los engañosos dilemas hacia la integración. El significado de la palabra integración está relacionado con las ideas de un todo equilibrado y un propósito común que tan necesarias son en la salud global en el siglo XXI.²²⁴

Con los resultados alcanzados contra las enfermedades infecciosas y el incremento de la supervivencia en niños mayores de años, las poblaciones de todo el mundo viven más y experimentan las enfermedades no transmisibles asociadas a la edad. En 2010, el 65% de

²²³ *Ibidem*, p.667.

²²⁴ *Ibidem*, p.667.

todas las muertes en el mundo (más de 36 millones) fueron atribuidas a estas enfermedades y el 80% de estas muertes sucedieron en países de bajos y medios ingresos.²²⁵

Sin embargo, en los países en desarrollo esta transición se ha producido mientras que las enfermedades transmisibles y la mortalidad materna continúan siendo serias amenazas creando así lo que se ha venido a denominar la doble carga de la mala salud. En sentido estricto deberíamos hablar de una triple carga, puesto que también deberíamos considerar los desafíos sanitarios vinculados con la globalización, tales como las pandemias de la gripe H1N1, el Ébola o las amenazas sanitarias asociadas al cambio climático a lo que los países en desarrollo son más vulnerables.²²⁶

La creciente prevalencia de las enfermedades no transmisibles ha transformado también el significado de la enfermedad. Antes, la experiencia de la enfermedad estaba marcada por una sucesión de episodios agudos de los cuales las personas se recuperaban o morían. Ahora, las personas gastan partes sustanciales de sus vidas en una situación crónica. La enfermedad ya no siempre va a matarnos pero siempre va a acompañarnos.²²⁷

A fin de que podamos confrontar de manera exitosa estos complejos desafíos epidemiológicos se necesita implementar un cambio importante en el pensamiento de la salud global. Un importante componente de este cambio es el abandono de los enfoques dicotómicos que han polarizado a la comunidad de salud global durante más de un siglo²²⁸ y que han estado muy presentes a la hora de abordar estos últimos años, a nuestro entender algunas de estas Enfermedades Tropicales Desatendidas.

1.1. La prevención contra el tratamiento.

Probablemente la primera dicotomía que ha dividido a la comunidad de salud global ha sido la de la prevención versus tratamiento. Según Frenk y Gómez-Dantés este es un falso dilema puesto que los sistemas de salud requieren tanto prevención como tratamiento porque incluso si invertimos cantidades crecientes de recursos en prevención todavía tendremos que lidiar con las consecuencias de las exposiciones a los factores de riesgo que ya han ocurrido.

²²⁵ *Ibidem*, p.667.

²²⁶ *Ibidem*, p.667.

²²⁷ *Ibidem*, p.667.

²²⁸ *Ibidem*, p.667.

La nueva agenda de salud global debería considerar la integración de estos dos enfoques, los cuales se refuerzan mutuamente. Se ha demostrado, por ejemplo, que el tratamiento de los pacientes con SIDA tiene enormes impactos en la prevención de la propagación de esta enfermedad. La detección precoz y el tratamiento de la diabetes también son vitales para evitar las complicaciones de esta dolencia, que requieren intervenciones complejas y costosas que imponen enormes presiones financieras tanto para los hogares como para los sistemas de salud.²²⁹

1.2. Enfoques verticales y horizontales.

Otra fuente de conflicto en salud internacional en el siglo XX ha sido la división entre enfoques verticales y horizontales para la mejora de la salud. Los programas verticales característicos de las ETD, que son específicos para una enfermedad y prestan servicios muy precisos a través de unidades especializadas, fueron criticados por ignorar los determinantes de la salud, privilegiando intervenciones de orientación técnica y descuidando enfermedades que exigían intervenciones e inversiones complejas extensas y de largo plazo.²³⁰

Las intervenciones horizontales, que abordan varios problemas mediante el fortalecimiento del funcionamiento general de los sistemas de salud, fueron criticadas a su vez por ser demasiado amplias e incapaces de producir resultados significativos en períodos cortos de tiempo. Sin un sentido claro de las prioridades, estos enfoques horizontales de la atención de la salud en los países en desarrollo también tienden a atender a las necesidades de las personas más favorecidas.²³¹

Para Sepúlveda, los programas verticales se refieren a intervenciones focalizadas, proactivas y específicas para una enfermedad a escala masiva, mientras que los programas horizontales se refieren a servicios de salud más integrados, guiados por la demanda y con recursos compartidos.²³²

La salud global en el siglo XXI debe integrar los programas verticales y horizontales porque sabemos que, en base a lo que Sepúlveda y el propio Frenk han llamado el enfoque

²²⁹ *Ibidem*, pp.667-668.

²³⁰ *Ibidem*, p.668.

²³¹ *Ibidem*, p.668.

²³² SEPÚLVEDA, Jaime, BUSTREO, Flavia, TAPIA, Roberto, RIVERA, Juan, LOZANO, Rafael, OLAIZ, Gustavo, PARTIDA, Virgilio, GARCÍA-GARCÍA, M^ª Lourdes y VALDESPINO, Juan Luis, "Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal", *Salud Pública de México*, vol.49, suplemento 1, 2007, p.117.

diagonal, podemos utilizar intervenciones prioritarias explícitas para fortalecer la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud.²³³

Según Andrew Jack, en un artículo publicado en *Financial times* en 2007, existe la preocupación de que los llamados programas de salud "verticales", creados para combatir enfermedades particulares puedan tener consecuencias negativas no deseadas. En particular, corren el riesgo de desviar la atención de, o incluso socavar, los sistemas de salud "horizontales" más amplios establecidos para prevenir y tratar todas las formas de mala salud.²³⁴

Por ejemplo, el tratamiento del SIDA no puede proporcionarse de manera aislada de los sistemas de salud. Un enfoque vertical funciona por un tiempo pero luego se ve confrontado a la insuficiencia de trabajadores sanitarios y a sistemas de salud disfuncionales, particularmente en países con una alta prevalencia de este tipo de enfermedades.

Hay un llamamiento creciente para una mayor integración de programas entre iniciativas de enfermedades prioritarias y la prestación de atención sanitaria. Dado que la prevención y el tratamiento de enfermedades prioritarias requieren una gran coordinación entre los servicios de salud y en llegar a diferentes poblaciones y porque la gestión de enfermedades prioritarias depende en última instancia de la vitalidad y efectividad de los sistemas sanitarios, la gestión de los programas verticales debe de realizarse de manera diagonal para ser más efectiva. Al mismo tiempo, la defensa de los enfoques puramente verticales u horizontales puede acentuar la competencia por los recursos.²³⁵

1.3. El enfoque diagonal.

Para algunos autores este enfoque diagonal es un concepto esencial para cambiar la arquitectura de la asistencia sanitaria global.²³⁶ Este enfoque es en parte fruto de las investigaciones realizadas en México desde los años 1980 sobre el sistema de salud y que sirven para explicar la reducción de la mortalidad en menores de 5 años. Según Sepúlveda,

²³³ FRENK, Julio, GÓMEZ-DANTÉS, Octavio, *Óp. Cit.*, p.668.

²³⁴ JACK, Andrew, *From symptom to system*, Financial Times, Publicado el 28 de septiembre de 2007, Consultado el 19 de febrero de 2017.

²³⁵ OOMS, Gorik, VAN DAMME, Win, K.BAKER, Brook, ZEITZ, PAUL and SCHRECKER, Ted, "The 'Diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?", *Globalization and Health*, 2008, p.3.

²³⁶ *Ibidem*, p.2.

se han identificado intervenciones eficaces que evitan las muertes de niños en lugares con tasas altas de mortalidad y sistemas de salud poco estructurados²³⁷.

En efecto, desde los años 1980 en México se pusieron en marcha intervenciones en salud pública que servirían para explicar la acelerada reducción de la mortalidad en menores de 5 años, en especial en menores de un año por enfermedades diarreicas. Estas intervenciones empezaron como programas verticales y se reforzaron en alcance según se iban obteniendo mejoras en los indicadores de salud. A esta estrategia se le denominó el enfoque diagonal esto es “la provisión proactiva, impulsada por la demanda, basada en ofrecer una serie de intervenciones altamente costo-efectivas y a gran escala, que crearon un puente que unió los servicios de salud de atención primaria con los hogares.”²³⁸

El estudio que realiza Sepúlveda muestra que el camino para reducir la mortalidad infantil incluye varios factores. La brecha entre el sector de la salud y las políticas e inversiones es para él otra falsa dicotomía. En muchos países, se ha descubierto que la educación de las madres aumenta la supervivencia de los niños y reduce la desnutrición, incluso cuando se mantienen constantes otros factores determinantes. Por otra parte, las intervenciones para reducir la incidencia de infecciones, como las vacunas o el agua y el saneamiento han tenido también un impacto positivo.²³⁹

Para Sepúlveda, en la experiencia de salud pública de México, se ha dividido la reducción artificial entre el enfoque vertical que entiende prioridades específicas de enfermedades y el enfoque horizontal centrado en fortalecer la estructura y funciones globales del sistema de salud. Para poder ir de lo que este autor llama falso dilema y buscar una aproximación diagonal, las autoridades sanitarias de salud de México definieron una estrategia en la que se usaron prioridades explícitas de intervenciones para fomentar las mejoras requeridas en el sistema de salud. En un intento por reducir la mortalidad en menores de 5 años, las autoridades de salud se enfocaron en una serie de intervenciones costo-efectivas, como la vacunación, complementación de Vitamina A, sales de rehidratación oral o desparasitación, que alcanzaron y mantuvieron cobertura alta en la población. En suma, la importancia del liderazgo en salud, el desarrollo de capacidades en los sistemas institucionales, tanto en el sector privado como en el público, el fortalecimiento de los recursos humanos y la continuidad de las políticas durante más de dos décadas,

²³⁷ SEPÚLVEDA, Jaime, BUSTREO, Flavia, TAPIA, Roberto, RIVERA, Juan, LOZANO, Rafael, OLAIZ, Gustavo, PARTIDA, Virgilio, GARCÍA-GARCÍA, M^ª Lourdes y VALDESPINO, Juan Luis, *Op. Cit.*, pp.110-111.

²³⁸ *Ibidem*, pp. 115-116.

²³⁹ *Ibidem*, p.122.

fueron los ingredientes para la estrategia exitosa mexicana y podría ser replicada en otros países.²⁴⁰

1.4. Atención primaria y atención especializada.

Una tercera dicotomía a la que se refieren Frenk y Gómez-Dantés es la relacionada con la atención primaria y la atención especializada. Durante el último siglo la atención primaria en la salud fue el paradigma dominante en el ámbito internacional de la salud y fue presentada con frecuencia, en conflicto con la atención especializada. Según estos autores, la comunidad de salud global debe tratar de integrar los diferentes niveles de atención a través de la creación de redes que garanticen la continuidad de la atención, que es crucial para el tratamiento adecuado de la mayoría de las enfermedades no transmisibles.

Los medios para construir estas redes se encuentran en una serie de revoluciones del siglo XXI, a nivel biomédico, de las comunicaciones y de la gestión. En particular, la revolución de las telecomunicaciones está movilizando innovaciones que ya están disponibles incluso en las comunidades más pobres, como los teléfonos móviles.²⁴¹

1.5. Enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles.

Una cuarta dicotomía es la que existe entre las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles. En el siglo XX a la salud internacional se la identificaba con el control de las enfermedades transmisibles, que se suponía que eran características de los países en desarrollo. Las enfermedades no transmisibles, por el contrario, estaban prácticamente ausentes de la agenda de salud mundial, en base a la creencia de que estarían limitadas durante bastante tiempo a los países de altos ingresos.

En el siglo XX también hubo un consenso general en torno a la idea de que las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles eran biológicamente diferentes. La realidad ha demostrado ser mucho más compleja. Las enfermedades no transmisibles son en la actualidad la principal causa de muerte y discapacidad en los países de ingresos medios, y su prevalencia está aumentando rápidamente en los países de bajos ingresos. Las enfermedades infecciosas no han desaparecido del mundo desarrollado, y en este sentido el SIDA y la resistencia a los antibióticos son un recordatorio importante para no bajar la guardia contra las enfermedades transmisibles.

²⁴⁰ *Ibidem*, p.123.

²⁴¹ FRENK, Julio, GÓMEZ-DANTÉS, Octavio *Óp. Cit.*, p.668.

Para hacer frente al desafío representado por las enfermedades no transmisibles, es necesario integrarlas con las enfermedades transmisibles en la agenda mundial de la salud²⁴² como así ha quedado patente en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” que incluye una meta según la cual se aspira, “para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen también una meta específica que busca “para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”.²⁴³

1.6. Conocimiento y acción.

El quinto falso dilema planteado por Frenk y Gómez-Dantés es el que se produce entre conocimiento y acción. En el siglo XXI, según estos autores se debe difundir la idea de que la excelencia académica debe definirse no sólo como una adhesión estricta a los más altos estándares de investigación y educación, sino también como la realización de todos los esfuerzos posibles para traducir el conocimiento en acción.²⁴⁴

1.7. Determinantes sociales de la salud o atención sanitaria.

En los últimos años, ha resurgido una vieja división en el ámbito mundial: el dilema entre invertir en los determinantes sociales de la salud o invertir en la atención sanitaria. El alegato de que las intervenciones sanitarias focalizadas y las políticas socioeconómicas deben considerarse como opciones opuestas está asociado con una visión limitada de lo que se supone que un sistema de salud debe hacer. Tradicionalmente, los sistemas de salud se han identificado principalmente con la provisión directa de servicios médicos de salud pública y esta es, por supuesto, una función esencial. Sin embargo, para poder prestar estos servicios, los sistemas de salud deben desempeñar otras funciones, como la administración, la financiación y la generación de recursos.²⁴⁵

²⁴² *Ibidem*, p.668.

²⁴³ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

²⁴⁴ *Ibidem*, pp.668-669.

²⁴⁵ *Ibidem*, p.669.

2. Las Enfermedades Tropicales Desatendidas. La úlcera de Buruli.

En septiembre del año 2000, los líderes mundiales adoptaron la Declaración del Milenio consistente en un ambicioso conjunto de ocho objetivos de desarrollo para el milenio que buscaban eliminar la pobreza extrema, el hambre y la enfermedad para el año 2015. El sexto objetivo "Combatir el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades", abordaba específicamente la salud y el impacto económico de las enfermedades infecciosas.²⁴⁶

Este objetivo ha dado lugar a un considerable apoyo financiero a través de ambiciosas iniciativas a gran escala, patrocinadas por los gobiernos del G8 para combatir el VIH-SIDA y la malaria. Sin embargo, los programas para combatir muchas de las "otras enfermedades", en particular las enfermedades tropicales desatendidas no tuvieron tal apoyo.²⁴⁷

Las enfermedades tropicales desatendidas (NTD) son un grupo de 18 enfermedades tropicales^{248,249} prevalentes en África, Asia y América del Sur que afectan a más de 1.000 millones de personas en el mundo²⁵⁰. Estas enfermedades parasitarias y bacterianas se encuentran entre las infecciones más comunes para los aproximadamente 2,7 billones de personas que viven con menos de \$ 2 y afectan sobre todo a poblaciones rurales pobres y a las de los centros urbanos pobres de países en desarrollo del África subsahariana, Asia y América latina.²⁵¹

Estas "enfermedades Tropicales Desatendidas", término acuñado por Peter Hotez, son causa importantes de morbilidad y de discapacidad así como de estigmatización de las poblaciones afectadas, perpetuando el círculo de la pobreza.²⁵²

En total, las ETD causan aproximadamente 534.000 muertes al año. Este número de muertes es sustancialmente inferior al número resultante de las muertes causadas por las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, el VIH-SIDA o el paludismo.

²⁴⁶ HOTEZ, Peter, MOLYNEUX, David, FENWICK, Alan, KUMARESAN, Jacob, EHRLICH SACHS, Sonia, SACHS, Jeffrey D., SAVIOLI, Lorenzo, "Control of Neglected Tropical Diseases", *The New England Journal of Medicine*, 6 September, 2007, p.1018.

²⁴⁷ *Ibidem*, p.669.

²⁴⁸ El dengue, la rabia, el tracoma, la úlcera de Buruli, treponematosis endémica (pian), la lepra (enfermedad de Hansen), enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis humana africana (enfermedad del sueño), la leishmaniasis, la cisticercosis, dracunculosis (enfermedad del gusano de Guinea), la equinococosis, infecciones de trematodos transmitidas por los alimentos, la filariasis linfática (elefantiasis), la oncocercosis (ceguera de los ríos), la esquistosomiasis (bilharzia), las geohelmintiasis (gusanos intestinales).

²⁴⁹ Recientemente, se ha incluido en el lista el Mycetoma.

²⁵⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des Maladies Tropicales Négligées. Feuille de Route pour la mise en œuvre. Résumé.*, Organisation Mondiale de la Santé, 2013, Genève, p.1.

²⁵¹ HOTEZ, *Op. Cit.*, p.1019.

²⁵² *Ibidem*, p. 1019.

Sin embargo, si nos referimos a la discapacidad y a la pobreza asociada con estas enfermedades, las ETD tienen un impacto claro en la salud y en el desarrollo económico de los países de bajos ingresos. En términos de años de vida ajustados a la discapacidad (DALY), las ETD pueden clasificarse en estrecha relación con las enfermedades diarreicas, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebro-vasculares, la malaria y la tuberculosis como uno de los problemas de salud más importantes en el mundo en desarrollo. Además, el efecto de las ETD sobre la productividad de los trabajadores causa pérdidas anuales de miles de millones de dólares.²⁵³

A través de la administración masiva de medicamentos y los tratamientos específicos, se tiene la oportunidad de controlar o incluso eliminar algunas de las ETD más importantes en términos de prevalencia y carga de enfermedad. El empleo de la distribución masiva de medicamentos para el control de ETD o quimioterapia preventiva, fue pionero en China para la eliminación de la filariosis linfática como problema de salud pública. Egipto también ha logrado reducir la prevalencia de la filariosis linfática y la esquistosomiasis y su morbilidad asociada a través de la distribución masiva de medicamentos. Estos éxitos han resultado fundamentales para el establecimiento de alianzas internacionales dirigidas a controlar o eliminar estas enfermedades.

A finales de los años 80, Merck crea la primera alianza para controlar una ETD, la oncocercosis. Igualmente, Pfizer se asoció con la Iniciativa Internacional de lucha contra el Tracoma para donar azitromicina como parte de un programa integral para eliminar la enfermedad. GlaxoSmithKline ha trabajado junto con la OMS, Merck y la Alianza Global para Eliminar la Filariosis Linfática.²⁵⁴

Hotetz, ya en 2007 decía que aunque se han logrado grandes avances en varios países, no está claro si los recursos financieros existentes y los compromisos políticos mundiales son suficientes y en cambio, es probable que se necesiten mayores esfuerzos para ampliar la cobertura mundial e integrar medidas para controlar las enfermedades tropicales desatendidas.²⁵⁵

Estos esfuerzos consistirían en armonizar y coordinar las actividades de los actores implicados en el control o la eliminación de las ETD más prevalentes junto con los ministerios de salud y la OMS. La justificación de la integración de las medidas de quimioterapia preventiva se basa en la observación de que hay una alta co-endemicidad en

²⁵³ *Ibidem*, pp.1019-1021.

²⁵⁴ *Ibidem*, p1021.

²⁵⁵ *Ibidem*, p1021.

determinadas zonas geográficas. Las poblaciones en estas regiones están infectadas con varios parásitos diferentes y tienen múltiples ETD simultáneamente. Por lo tanto, la distribución de medicamentos por los agentes de salud comunitarios puede implicar la reducción de la discapacidad e incluso en algunos casos la interrupción de la transmisión de enfermedades.²⁵⁶

A pesar de sus enormes beneficios, la quimioterapia preventiva no afectará a las tres ETD con las tasas más altas de muerte: la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana humana y la leishmaniosis visceral. Las estrategias para controlar estas enfermedades se basan en la vigilancia, diagnóstico y tratamiento precoz y control de vectores.²⁵⁷ Este es el caso de la úlcera de Buruli cuyo mecanismo de transmisión no se ha elucidado y donde el control de la enfermedad se basa en la vigilancia a nivel comunitario, el diagnóstico y el tratamiento precoz.

En 2011, el Grupo Asesor Estratégico y Técnico de la OMS sobre las ETD y los principales socios estratégicos adoptaron un plan de trabajo para el control, eliminación y erradicación de estas enfermedades para el 2012-2020. Según la OMS, a pesar de la complejidad que plantean estas enfermedades, es posible lograr estos objetivos.²⁵⁸

Para prevenir, controlar, eliminar y erradicar las ETD, la OMS propone 5 estrategias.

- la quimioterapia preventiva
- atención médica intensiva de estas enfermedades;
- La lucha anti vectorial;
- La salud pública veterinaria.
- Garantizar agua sin riesgos y medios para el saneamiento.²⁵⁹

2.1. La Declaración de Londres.

Esta hoja de ruta inspira la declaración de Londres sobre las enfermedades tropicales desatendidas que se firma el 30 de enero de 2012. En esta declaración, los diferentes socios que luchan contra las ETD se comprometieron a apoyar y extender los programas de control, eliminación y erradicación y asegurar el suministro necesario de medicamentos y otras intervenciones. El impacto y la amplia difusión de la declaración de Londres

²⁵⁶ *Ibidem*, p.1022.

²⁵⁷ *Ibidem*, p.1023.

²⁵⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des Maladies Tropicales Négligées. Feuille de Route pour la mise en œuvre. Résumé.*, Op. Cit. p.2.

²⁵⁹ *Ibidem*, p.3.

demuestran que la Agenda mundial de salud pública abarca ahora a las ETD y que los socios estratégicos que apoyaron esta declaración han sido cruciales donando recursos, experiencia, tiempo y energía para desarrollar y apoyar intervenciones. Es importante decir que las relaciones informales continuas y la buena voluntad que existen entre la OMS, la comunidad implicada en la lucha contra las ETD y los gobiernos de los países endémicos han sido esenciales para llegar a estos puntos de encuentro.²⁶⁰

La declaración de Londres²⁶¹ fue adoptada por empresas farmacéuticas, donantes entre los que se encuentra la Fundación Bill y Melinda Gates, países endémicos y organizaciones no gubernamentales y han aportado como venimos diciendo conocimientos técnicos, medicamentos, investigación, financiación y otros recursos para tratar y prevenir las enfermedades tropicales desatendidas.

Es importante destacar que la declaración de Londres se refiere únicamente a 10 de las 17 ETD consideradas por la OMS y la mayoría de ellas pueden ser tratadas con medicamentos. Su tratamiento por lo demás, no es tan complejo como el de la úlcera de Buruli.

Que determinadas enfermedades como la UB que afectan fundamentalmente a población pobre en áreas de África del Oeste se excluyan de declaraciones como la de Londres hace que se conviertan en enfermedades doblemente desatendidas por cuanto quedan fuera de la Agenda Global. Desde hace un tiempo a esta parte, fundamentalmente gracias a la Declaración de Londres, las ETD son cada vez más conocidas y reciben importantes cantidades de fondos procedentes de fundaciones filantrópicas como la Fundación Carter o la Fundación Gates. El problema radica en que los fondos van dirigidos a las enfermedades para las cuales hay un tratamiento médico eficaz. La lucha contra estas enfermedades tiene un impacto neto y directo por cuanto las personas afectadas se recuperan gracias a la distribución de medicamentos. Lo que acabamos de decir guarda relación con esa propensión de la Fundación Gates por intervenciones que pretenden soluciones rápidas, medibles y visibles. Todo lo contrario a la úlcera de Buruli que no se encuentra en el grupo de las 10 ETD²⁶² priorizadas por la Fundación Gates (las ETD

²⁶⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Sustaining the drive to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases. Second WHO Report of Neglected Tropical Diseases*, World Health Organization, 2013, Geneva, p.5.

²⁶¹ *Ibidem*, p.6.

²⁶² Las ETD priorizadas por la Fundación Gates son la Enfermedad de Chagas, Dracunculosis, Tripanosomiasis africana (o enfermedad del sueño), Leishmaniosis visceral (o fiebre negra), Lepra, Filariasis linfática (o elefantiasis), Oncocercosis (o ceguera de los ríos), Esquistosomiasis (o fiebre del caracol), Helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo (anquilostomiasis, ascariasis y tricuriasis), y el Tracoma.

priorizadas en la declaración de Londres)²⁶³ y que requiere en su lucha, de soluciones complejas en materia de detección precoz y sensibilización, tratamiento médico quirúrgico y prevención de discapacidades y la adopción de un enfoque holístico y una visión sistémica de los problemas de salud superando esa visión tradicional centrada en una única enfermedad.

Al mismo tiempo, las estrategias en la lucha contra las ETD de la Fundación Gates son el suministro masivo de medicamentos, la vigilancia de la salud pública y la lucha contra los vectores. La Fundación Gates no adopta por tanto una visión integral y excluye cuestiones básicas en el abordaje de una enfermedad como son el tratamiento quirúrgico o la prevención de las discapacidades. Por ejemplo, Gates incluye dentro de su portfolio de enfermedades, la lucha contra la filariasis linfática que puede ser atendida con medicamentos pero esta enfermedad provoca secuelas graves que deben ser tratadas en medio hospitalario, (linfedema, elefantiasis e hidrocele) discapacidades y un enorme estigma social²⁶⁴. Estos pacientes son abandonados a su suerte y en el mejor son tratados por el sistema público o con el apoyo de algunas ONG que tienen en cuenta estos componentes fundamentales.

2.2. La úlcera de Buruli.

La úlcera de Buruli (UB) es una infección crónica y debilitante causada por una bacteria denominada *Mycobacterium ulcerans*, que afecta principalmente a la piel, y a veces al hueso. Este microorganismo pertenece a la misma familia que las bacterias causantes de la tuberculosis y la lepra. *M. ulcerans* es una bacteria presente en el medio ambiente cuyo modo de transmisión al ser humano todavía se desconoce. El diagnóstico y el tratamiento tempranos constituyen la principal estrategia para minimizar la morbilidad, los costes y evitar discapacidades de larga duración.

Estudios científicos muestran que se han notificado casos de úlcera de Buruli en 33 países de África, las Américas, Asia y el Pacífico Occidental. La mayoría de los casos se produce en regiones tropicales y subtropicales, aunque también se han notificado casos en Australia, China y el Japón. De esos 33 países, 15 de ellos informan a la OMS periódicamente.

²⁶³ <http://www.gatesfoundation.org/es/What-We-Do/Global-Health/Neglected-Tropical-Diseases#undefined>

²⁶⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs102/es/>

La mayoría de los casos se ha registrado en el África Occidental y Central, en particular en Benín, Camerún, Costa de Marfil, la República Democrática del Congo y Ghana. En los últimos años, Australia ha notificado un número creciente de casos.²⁶⁵

2.3. Los principales retos que plantea la enfermedad.

A continuación recogeremos algunos de los principales retos que plantea la enfermedad.

- El Modo de transmisión de la enfermedad es desconocido por lo que no es posible establecer una acción preventiva clara ni es posible plantear la eliminación ni erradicación de la enfermedad, por el momento solo su control.²⁶⁶
- Hay un descenso en el número de nuevos casos en algunos países más endémicos (Costa de Marfil y Benín), aunque ha aumentado en otros como Nigeria o permanece estable como en el caso de Australia.
- Posible subnotificación en el número de casos reportados posiblemente por varios factores: descenso en la intensificación de acciones de búsqueda activa de casos; las actividades de control en los países endémicos se restringen a una zona geográfica concreta y no se despliegan a nivel nacional; en algunas áreas hay pocas o ninguna actividad de detección debido al conocimiento insuficiente de la enfermedad.
- Varios países endémicos (Benín, Costa de Marfil, Ghana) todavía reportan un alto porcentaje de lesiones categoría III (lesiones graves) por lo que es necesario intensificar las actividades de detección precoz a nivel comunitario.²⁶⁷
- El tratamiento antibiótico recomendado por OMS incluye una parte inyectable, la estreptomina, y la rifampicina que se administra oralmente y es un tratamiento contraindicado para mujeres embarazadas y lactantes y presenta efectos secundarios en algunos pacientes. El Grupo Técnico Consultor sobre úlcera de Buruli de la OMS²⁶⁸, en su reunión celebrada el 21 de marzo de 2017, ha decidido modificar la Recomendación de la OMS en beneficio de la asociación rifampicina-claritromicina proponiendo un tratamiento totalmente oral, en espera de los resultados completos del ensayo clínico que se está realizando.

²⁶⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/es>

²⁶⁶ La erradicación de una enfermedad es la reducción permanente a 0 de la incidencia mundial de una enfermedad sin riesgo de reintroducción. La eliminación (interrupción de la transmisión), es la reducción a 0 de la incidencia en una zona geográfica dada. El control es la reducción de la incidencia de la enfermedad, la prevalencia, la intensidad, la morbilidad o la mortalidad, o una combinación de éstas.

²⁶⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/es>

²⁶⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Rapport du Groupe consultatif technique sur l'ulcère de Buruli, Siège de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse 21 mars 2017*, Organisation Mondiale de la Santé, 23 de Mars 2017.

- Es necesario el tratamiento quirúrgico de los casos complicados: ausencia de personal médico y cirujano especializado en los países endémicos para el tratamiento de secuelas y cirugía reparadora.
- Inexistencia por el momento, de métodos/test rápidos para el diagnóstico a pesar de que en se esté trabajando en diferentes iniciativas.²⁶⁹
- Necesidad de fortalecer los conocimientos y la formación del personal médico que trabaja en las estructuras de atención respecto al diagnóstico diferencial. En este sentido, es necesario capacitar sobre los protocolos de tratamiento en función de la etiología de cada lesión.
- Necesidad de mayor implicación y de reforzar el rol de la comunidad y de los actores intervinientes en la misma en relación al componente de detección precoz.
- La carga/impacto socio-económica/o que supone la enfermedad tanto para pacientes (hospitalizados y externos) como para sus familias, pese a la gratuidad del tratamiento: en términos de pérdida de productividad, absentismo escolar, aislamiento social y marginación, dificultad de inserción laboral, y carga del cuidado de familiares sobre las mujeres.
- Progresiva integración de algunos componentes (detección precoz, prevención de discapacidades, sensibilización –IEC-, gestión de cicatrices) de la estrategia de control de la UB con otras ETD que presentan manifestación cutánea (lepra y pian).

En efecto, en el caso de enfermedades como la lepra y la UB, las estrategias de control son similares y en algunos países se implementan por el mismo personal de salud. En el contexto actual de reducción de casos, resulta complejo movilizar recursos e interés para hacer frente a estas enfermedades como hemos explicado. Estas cuestiones fueron discutidas en el marco de un encuentro internacional celebrado en mes de mayo de 2015 en Costa de Marfil y organizado por la Fundación francesa Raoul Follereau, para formar al personal socio sanitario de distritos co-endémicos en úlcera de Buruli y Lepra e intercambiar impresiones sobre las posibilidades de integración entre diferentes ETD con manifestación cutánea. En este foro, participaron representantes de Ghana, Benín, Camerún y Costa de

²⁶⁹ CRUZ, Isra, MUÑOZ, Eguzkiñe, DIEZ, Gabriel, ROELTGEN, Katharina, BEISSNER, Markus, ABLORDEY, Anthony, PLUSCHKE, Gerd, BRETZER, Gisela, PHANZU, Delphin, PHILLIPS, Richard, SOPOH, Ghislain, AMEWU, Richard, PEÑA, Sara, GARCÍA, Bernardo, M. NDUNG'U, Joseph, "Collaborative efforts to improve access to diagnosis of Buruli ulcer", *WHO Meeting on Buruli ulcer, 20–22 March 2017, Abstract*, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 2017.

Marfil y ONG Internacionales como American Leprosy Mission (ALM), MAP International, FARMEID o Anesvad.²⁷⁰

- Apuesta de la OMS por abordar el control y eliminación de las ETD como elemento clave de la Cobertura Sanitaria Universal²⁷¹. En el capítulo segundo del tercer informe sobre ETD de la OMS se plantea la necesidad de alinear metas las metas de control, eliminación y erradicación de las ETD para 2020 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030²⁷². En concreto, los objetivos
- ✓ 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todo
- ✓ y 13.3 Mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional respecto de la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana

Estos objetivos proporcionan un marco para la inversión en cobertura universal contra las enfermedades tropicales desatendidas, incluida la eliminación y erradicación de enfermedades, así como las inversiones a largo plazo en el control de vectores que se requerirán en el contexto del cambio climático.²⁷³

3. La experiencia de Benín en el marco de la lucha contra la úlcera de Buruli (UB).

Como ya hemos explicado, la UB es una infección causada por *Mycobacterium Ulcerans*, un microorganismo de la misma familia que las bacterias causantes de la tuberculosis y la lepra. Los países más endémicos son Costa de Marfil, Ghana y Benín.²⁷⁴

En Benín, a partir de 2008, el enfoque de Atención Primaria en Salud y la puesta en marcha de actividades que benefician no solo a la población afectada por la enfermedad

²⁷⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA, Formation intégrée du personnel socio-sanitaire des districts coendémiques pour la lèpre et l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, 3-8 mai 2015, Divo (Côte d'Ivoire).

²⁷¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Sustaining the drive to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases*. Op. Cit. p.7.

²⁷² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Investing to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases*. Third WHO report on neglected tropical diseases, World Health Organization, 2015, Geneva, p.11.

²⁷³ *Ibidem*, p.14.

²⁷⁴ DIEZ, Gabriel, GARCÍA, Bernardo, PEÑA, Sara, "Promoción del Derecho Humano a la salud en el marco de la lucha contra la úlcera de Buruli (UB), en Benín", IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional celebrado en Calpe (Alicante), del 22 al 24 de octubre de 2015.

sino también a la comunidad en sí misma, han guiado la estrategia del Ministerio de salud y sus socios estratégicos en el país. Ese mismo año, se realiza una evaluación del Plan Estratégico por entonces en vigor, para definir los pasos a seguir y elaborar el futuro plan estratégico 2009 2012.²⁷⁵

En esta evaluación ya se identifican determinados impactos en el sistema de salud. La puesta en marcha de los centros de detección y de tratamiento contra la enfermedad contribuyen a mejorar la cobertura de salud porque los hospitales, sobrecargados y mal equipados, ya no podían hacer frente a la gestión de los casos de UB. En otro orden de cuestiones, la disponibilidad de quirófanos en estas estructuras permite que algunos de ellos puedan jugar el papel de referencia en la gestión de emergencias lo que podría contribuir, por ejemplo a la reducción de la mortalidad materna e infantil.

La estrategia de lucha contra la UB es coordinada por el Programa Nacional de lucha contra la Lepra y la Úlcera de Buruli (PNLLUB), dependiente del Ministerio de salud del país. Las acciones operativas se concentran en los (4) departamentos endémicos a través de sus Centros de Detección y de Tratamiento (CDTUB). La red de estructuras de primer contacto (15 centros de salud) es el punto de entrada de los casos detectados que son tratados a nivel periférico después de su validación clínica, o referidos hacia los CDTUB.

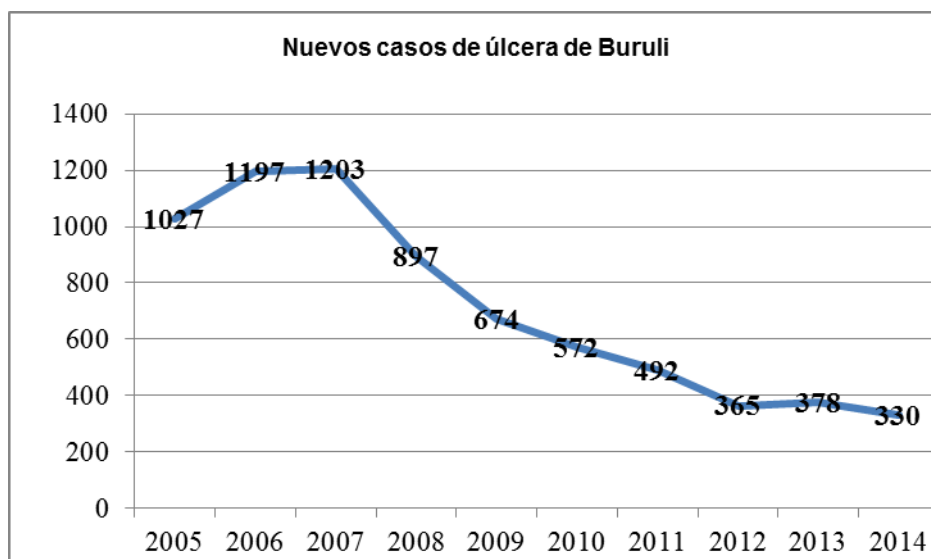
Las actividades se articulan en torno a la detección precoz, sensibilización, atención de casos y prevención de discapacidades.²⁷⁶

Mediante la estrategia implementada en una zona endémica con una población estimada de: 3.094.718 (2014) y sobre todo a través de la acciones de Educación para la Salud con carácter anual y sistemático (sensibilizaciones seguidas de detección sistemática de casos, emisiones radio comunitarias, etc.) se logra una reducción significativa del número de casos tal y como se puede ver en el cuadro siguiente.

²⁷⁵ JOHNSON, Roch Christian, DOUTI, Kombaté Monfomba, BAROGUI, Yves, DOSSOU, Ange, MALDA, Veronica, DIEZ Gabriel', Asiedu, Kingsley "Évaluation de la lutte contre l'UB au Bénin", Bull. de l'ALLF n° 24, avril 2009 *Bulletin de l'Association de Léprologues en Langue Française*, N°24, avril 2009, p.65-71.

²⁷⁶ DIEZ, Gabriel, *Op. Cit.*

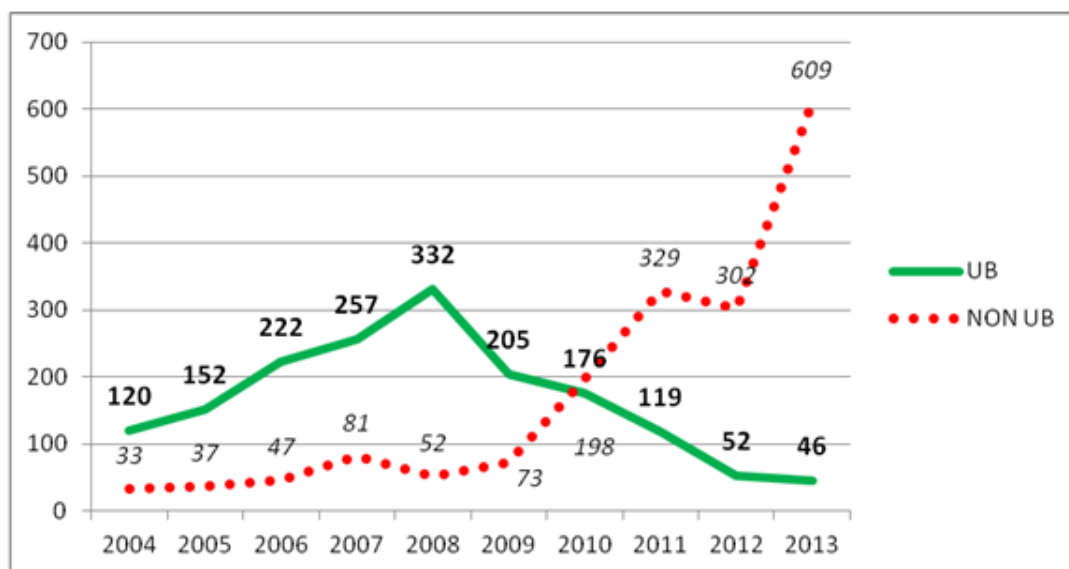
Cuadro 1. Reducción significativa de casos en Benín de 2007 a 2014.



Fuente: PNLLUB.

Se constata un fenómeno que tiene una importancia sustantiva respecto al fortalecimiento del sistema público de salud. A través del trabajo realizado, las estructuras de tratamiento van acogiendo cada vez un menor porcentaje de casos de UB frente a otras lesiones (úlceras crónicas: 80% No Buruli y 20% Buruli), que se diagnostican a nivel comunitario. Este abordaje permite la viabilidad de las estructuras de tratamiento y la especialización de estos centros en otras patologías.

Cuadro 2. Evolución de los casos de UB y no UB en la Comuna de Lalo (distrito endémico de Benín).



Evolución de casos no UB en el CDTUB de Lalo

Fuente: Yves Barogui

Esta lógica de intervención que acabamos de explicar, es un ejemplo en nuestra opinión que trataría de superar las falsas dicotomías que según Julio Frenk y Octavio Gómez han guiado (y limitado) los avances en materia de salud pública en los últimos años.

Así en Benín, la estrategia seguida ha priorizado un enfoque en el que prevalece tanto la prevención como en tratamiento (primera dicotomía: prevención versus tratamiento) y mediante intervenciones centradas en una enfermedad se ha tratado de fortalecer el sistema en su conjunto adoptando una visión sistémica de los problemas de salud (segunda dicotomía: enfoques horizontales y verticales). Por otra parte, se conjuga una lógica según la cual se detectan y se provee tratamiento a los afectados a nivel comunitario pero los casos graves se refieren a estructuras especializadas (tercera dicotomía: atención primaria versus atención especializada). Por último, se ha seguido un abordaje que ha priorizado tanto el conocimiento como la acción en la medida en que los diferentes pasos seguidos han sido documentados y estudiados y han retroalimentado la acciones siguientes (cuarta dicotomía: conocimiento y acción).

3.1. Los enfoques transversales en la lucha contra la úlcera de Buruli en Benín. La higiene básica y el saneamiento.

La Organización Mundial de la Salud ha lanzado, recientemente un plan estratégico 2015-2020 de lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas donde la higiene básica y el saneamiento han sido reconocidas como un componente principal en la estrategia de lucha.²⁷⁷ Al mismo tiempo, un objetivo específico ha sido definido para las Enfermedades Tropicales Desatendidas y la Higiene básica y el saneamiento en los Objetivos de Desarrollo sostenible.

La relación entre el agua y la higiene básica y el saneamiento resulta evidente en la atención médica de la úlcera de Buruli; en concreto: en el cuidado de las heridas, en la higiene correcta de las cicatrices tras las intervenciones quirúrgicas y en la buena higiene para prevenir las sobreinfecciones.

El Ministerio de salud de Benín, a través del PNLLUB antes mencionado y el *Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche pour le Développement Durable* (CIFRED) desarrollaron una intervención en materia de Higiene Básica y en saneamiento (entre 2014-

²⁷⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *L'eau, l'assainissement et l'hygiène pour accélérer et pérenniser les progrès dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. Stratégie mondiale 2015-2020*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Genève, 2015.

2016) en el marco de la lucha contra la UB en dos zonas endémicas especialmente vulnerables; en Lalo y en Zé.

El diagnóstico de partida que se realiza muestra entre otras cuestiones que:

- ✓ Casi todos (94%) de los hogares carecen de letrinas
- ✓ El 100% del agua residual es vertida en la naturaleza;
- ✓ 100% de los hogares realizan una mala gestión de los residuos domésticos
- ✓ Hay graves problemas de contaminación microbiológica y química del agua subterránea en la zona del proyecto.

3.1.1. Algunos resultados de la experiencia desarrollada en materia de Higiene y Saneamiento.

El trabajo realizado en materia de higiene y saneamiento ha sido objeto de dos publicaciones científicas^{278,279} y ha sido presentado en el Congreso Internacional de Lepra celebrado en Pekín en septiembre de 2016.²⁸⁰ Los principales hallazgos documentados tras la intervención son los siguientes:

- ✓ El 95% de los hogares utilizan el agua para consumo de los pozos construidos.
- ✓ El 50% de las mujeres se lavan las manos con agua y jabón después de realizar sus necesidades.
- ✓ El 90% de las mujeres no utilizan las hojas de los árboles para estabilizar el agua potable durante el transporte;
- ✓ 85% de los hogares lavan regularmente sus tarros, tapas y copas;

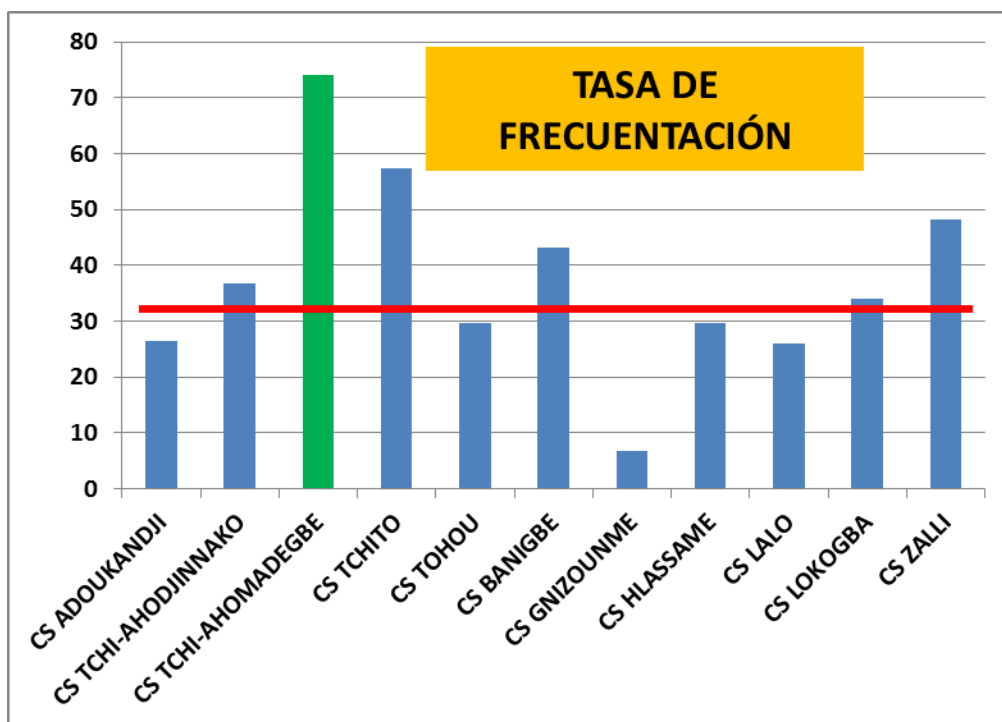
El trabajo realizado en materia de higiene y saneamiento unido a toda la actividad desplegada en el marco de la lucha contra la úlcera de Buruli nos ha permitido constatar una serie de mejoras que tiene que ver con el fortalecimiento del sistema de salud de la zona de intervención. Así, hemos identificado una serie de impactos indirectos positivos en los indicadores sanitarios en la comuna de Lalo. Si bien es cierto de que no podemos establecer una lógica causal, es cierto que estas mejoras se producen en el mismo tiempo y lugar donde se desarrolla la intervención.

²⁷⁸ JOHNSON, Roch Christian, BONI, Gratien, BAROGUI, Yves, SOPOH, Ghislain Emmanuel, HOUNDONUGBO, Macaire, ANAGONOU, Esai, AGOSSADOU, Didier, DIEZ, Gabriel, BOKO, Michel, "Assessment of water, sanitation, and hygiene practices and associated factors in a Buruli ulcer endemic district in Benin (West Africa)", *BMC Public Health*, 19 august 2015.

²⁷⁹ JOHNSON, Roch Christian, BONI, Gratien, AMOUKPO, Hermione, BAROGUI, Yves, DIEZ, Gabriel, AGOSSADOU, Didier, SOPOH, Ghislain Emmanuel, BOKO, Michel, "Microbiological Quality Assessment of Drinking Water in Lalo Commune, Benin (West Africa)", *Journal of Water Resource and Protection*, 20 July 2016.

²⁸⁰ DIEZ, Gabriel, "Les approches transversales dans la lutte contre l'ulcère de Buruli. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement au Bénin", The 19th International Leprosy Congress. September 18 - 21, 2016 Beijing, China.

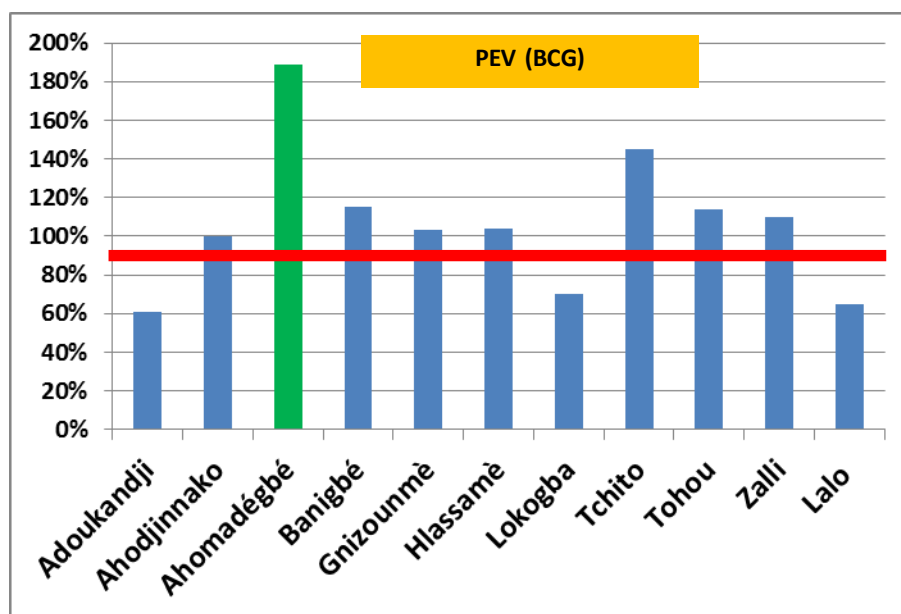
Cuadro 3: Indicadores del primer trimestre de 2015 sobre la tasa de frecuentación de las estructuras sanitarias de primer contacto de Lalo (la línea roja representa la media del año anterior).



Fuente: Yves Barogui, Médico jefe de la Comuna de Lalo

Podemos ver como prácticamente todas las estructuras (7 de 11) mejoran sus tasas de frecuentación. El Centro de salud de Ahomadegbe (en verde) es el lugar donde se despliega la estrategia de Higiene y saneamiento y es el que mejor asistencia presenta en el período analizado.

Cuadro 3: Indicadores del primer trimestre de 2015 sobre la tasa de cobertura del Programa de Vacunación de las estructuras sanitarias de primer contacto de Lalo (la línea roja representa la media del año anterior).



Fuente: Yves Barogui, Médico jefe de la Comuna de Lalo

Podemos observar cómo se producen aumentos sustantivos y que el centro en el que se desarrollan las actividades en materia de higiene y saneamiento de nuevo, es el que mejores porcentaje de cobertura de vacunación presenta.

Podemos concluir por tanto;

- ✓ El contexto de disminución de casos de UB requiere el desarrollo de aspectos transversales en línea con las directrices promovidas por la OMS.
- ✓ La Higiene básica y el saneamiento es un aspecto transversal a la lucha contra las enfermedades endémicas en general.
- ✓ Es necesario desarrollar una visión holística y sistémica de los problemas de salud en lugar de intervenciones centradas en una sola enfermedad (Enfoque vertical).
- ✓ Hay una potencialidad clara para mutualizar los recursos de la Higiene básica y saneamiento como determinante social de la salud desde una perspectiva de Atención Primaria en Salud y de promoción de la salud.
- ✓ Existe la potencialidad para promover estrategias en materia de Higiene básica y saneamiento para la detección y seguimiento de los casos UB así como para otras Enfermedades Tropicales Desatendidas que presentan manifestación cutánea y de extender estas intervenciones a otras zonas endémicas de lepra y UB en una lógica de integración desde una perspectiva de fortalecimiento del sistema de salud.

3.2. Enfoque integrado en la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas de la OMS. El ejemplo de Benín.²⁸¹

De las 18 Enfermedades Tropicales Desatendidas, 12 de ellas son endémicas en África y cinco de ellas presentan manifestación cutánea e implican una atención médica intensiva; en concreto la Ulcera de Buruli, la lepra, el pian, la leishmaniosis cutánea y el Mycetoma. En el plano mundial se han logrado progresos a lo largo de los últimos años en la lucha contra estas enfermedades. Por ejemplo, para la lepra se ha logrado el objetivo mundial de eliminación y en materia de lucha contra la UB se ha reducido el número de casos en 10 años en torno al 50%. Respecto al pian se persigue el objetivo de erradicación gracias a la introducción de un nuevo protocolo antibiótico a base de azitromicina.

Estas enfermedades a menudo son co-endémicas, presentan signos clínicos similares y los recursos tanto financieros como humanos son limitados. Desde un tiempo a esta parte, se promueven tal y como hemos explicado con anterioridad, intervenciones integradas a la hora de abordar estas enfermedades. De las 5 ETD que implican atención médica intensiva y a las que nos acabamos de referir, 4 presentan una manifestación cutánea. En el caso de Benín, únicamente se ha demostrado formalmente que la UB y la Lepra son endémicas. La presencia del pian no ha sido aún probada.

A lo largo de los últimos años, el número de casos de UB y lepra han disminuido considerablemente tanto en Benín, como en la mayoría de los países africanos. Ante esta disminución de casos y la dificultad para obtener recursos, la OMS ha recomendado la puesta en marcha de un enfoque integrado para luchar contra las ETD.

Tras la publicación por la OMS, de la hoja de ruta para la eliminación de las ETD, la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013 y el Comité Regional para África en septiembre de 2013 han adoptado sendas resoluciones (WHA 66.12 AFR/RC63.R6) en las que se promueve un enfoque de integración en la lucha contra estas enfermedades. Según la resolución de la Asamblea, “los enfoques actuales para la prevención y el control de las enfermedades tropicales desatendidas, cuando se aplican de manera integrada y en todos los sectores pertinentes, son sumamente eficaces y contribuyen a fortalecer los sistemas de salud”. Además la resolución hace referencia a la necesidad de “integrar los programas de control de las enfermedades tropicales desatendidas en los servicios de atención primaria

²⁸¹ BAROGUI, Yves, SOPOH, Ghislain E., JOHNSON, Roch C., DIEZ, Gabriel, ANAGONOU, Isai, HOU EZO, Jean Gabin, KINGSLEY, Asiedu, “Approche intégrée de la lutte contre les maladies tropicales négligées à manifestations cutanées à Lalo au Bénin”, *WHO Meeting on Buruli ulcer, 20–22 March 2017, Abstract*, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 2017.

de salud y las campañas de vacunación, o en los programas existentes cuando sea posible, a fin de lograr una mayor cobertura y reducir los costos operativos".²⁸² En la resolución de AFRO se requiere a los Estados africanos a proporcionar liderazgo para establecer y fortalecer programas nacionales integrados de ETD así como a forjar una colaboración multisectorial.²⁸³

Desde un punto de vista operativo, la OMS organizó en junio de 2016 con la colaboración del Ministerio de salud de Benín, la primera reunión de responsables de programas nacionales de ETD de atención intensiva de casos²⁸⁴ donde se pasa revista a las diferentes experiencias de integración que se están desarrollando en la región, se plantea realizar incidencia en torno a las autoridades y los socios estratégicos para la adopción de la estrategia integrada de lucha contra las ETD con manifestación cutánea y se presentan 3 documentos técnicos para su evaluación por parte de los asistentes a la reunión²⁸⁵²⁸⁶²⁸⁷.

Estas reuniones y documentos han servido como base para que los diferentes países endémicos desarrollen sus propios planes estratégicos con esta visión de integración. En el caso de Benín²⁸⁸ y de Costa de Marfil²⁸⁹ estos documentos han sido ya definidos y en el caso de Benín se están poniendo en práctica a nivel nacional desde principios de 2017. Por último, el último y cuarto informe de la OMS sobre ETD recientemente publicado (abril de 2017), centra su análisis en esta visión de integración en línea con los principios de cobertura universal de salud que está en el centro de la agenda de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.²⁹⁰

Esta nueva visión que a nuestro modo de ver es revolucionaria y va en línea con la promoción de un modelo que pretende fortalecer los sistemas de salud, superando esas

²⁸² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Neglected tropical diseases*, WHA 66.12, 27 may 2013, Geneva.

²⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGIONAL COMMITTEE FOR AFRICA, *Regional strategy on neglected tropical diseases in the WHO African Region*, AFR/RC63/R6, 4 September 2013, Brazzaville, Republic of Congo.

²⁸⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Premières réunions sur les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des cas (MTN-PCC) des responsables nationaux de Programmes et des membres du Groupe régional de revue du Programme MTN dans la région africaine de l'OMS*, 14-15 juin 2016, Cotonou, Benin.

²⁸⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Guide de supervision intégrée des agents des centres de santé périphériques sur les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des cas (MTN-PCC)*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Septembre 2015.

²⁸⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Guide de suivi et évaluation des programmes de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des cas (MTN-PCC)*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, octobre 2015.

²⁸⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Manuel de prise en charge intégrée de 5 Maladies Tropicales Négligées*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, octobre 2015.

²⁸⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Plan Stratégique Intégré de lutte contre la Lèpre, l'Ulcère de Buruli et le Pian (PSILUB) 2017-2020*, 2016, Cotonou, Benin (draft).

²⁸⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, *Plan stratégique national de lutte intégrée contre l'ulcère de Buruli, lèpre et pian 2017-2021*, 2016, Abidjan, Cote d'Ivoire (draft).

²⁹⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Integrating Neglected tropical diseases into global health and development. Fourth WHO Report of Neglected Tropical Diseases*, World Health Organization, 2017, Geneva.

falsas dicotomías de las que hablaban Gómez-Dantés y Frenk y que, sobre todo a partir de los años 80 fueron promovidas no solo por la OMS, sino también por otras agencias del sistema de Naciones Unidas como UNICEF y que fueron fervientemente apoyados por instituciones como el Banco Mundial. A lo largo de las páginas de esta tesis, hemos tratado de ver como la OMS ha evolucionado desde que fue fundada y como ha tratado de salvar no pocos obstáculos (problemas de liderazgo, ausencia de recursos). La OMS es merecedora de críticas, la principal es que carece de autonomía y que está supeditada a los intereses de sus donantes y sobre todo a los designios de fundaciones filantrópicas como la Fundación Gates pero también es cierto que, sobre todo tras la gestión de la gripe H1N1 donde su liderazgo fue puesto en duda y tras el reciente brote de Ébola podemos percibir cómo la Organización ha sufrido un proceso de aprendizaje que se traslada a estrategias como la que venimos de explicar y que queda patente en el proceso de reforma. El enfoque de integración que hoy en día abandera, es un ejemplo de este largo proceso que ha sufrido la OMS.

3.3. Una experiencia de integración en la comuna de Lalo, en Benín.

En suma, a lo largo de este capítulo hemos tratado de explicar que la lucha contra las ETD necesita estrategias múltiples que están siendo promovidas por la OMS: la quimioprofilaxis preventiva, la atención médica intensiva de casos, la cirugía, la lucha anti vectorial, la Información, Educación y la Comunicación (IEC) o la higiene y el saneamiento. Con tal multiplicidad de estrategias, el desarrollo de sinergias entre ETD resulta un desafío.

Enfermedades como la Lepra o la UB son coendémicas en Benín, Costa de Marfil y Camerún. A estas enfermedades podríamos sumarle el Pian y la leishmaniosis cutánea puesto que son todas ellas ETD con manifestación cutánea. Para estas enfermedades, las estrategias de control son similares y se implementan en ocasiones por el mismo personal sociosanitario para el beneficio de las mismas poblaciones que están expuestas.

En la actualidad ante el reducido número de casos de lepra y de UB, es muy complejo movilizar y despertar el interés de las autoridades nacionales y la comunidad de donantes sobre estas enfermedades. Resulta por tanto, cada vez más difícil mantener estrategias centradas en una única enfermedad tanto desde el punto de vista operativo como financiero. Además, el interés del personal de salud para concentrarse en una única patología resulta cada vez más complicado de movilizar. Parece pertinente, por tanto, desarrollar progresivamente estrategias comunes e integradas en la lucha contra estas enfermedades cuando son coendémicas. Esta estrategia de lucha integrada resulta una oportunidad para

los sistemas de salud, donantes y personal investigador para así poder desarrollar herramientas en la lucha contra estas enfermedades. El taller celebrado en Costa de Marfil el pasado mes de mayo de 2015 promovido por la Asociación Francesa Raoul Follereau fue un acontecimiento central para Benín, Costa de Marfil, Ghana y Camerún. Este proceso ha venido acompañado además por el liderazgo de la OMS.

Esta visión integradora tiene implicaciones desde el punto de vista programático, respecto a la movilización de los recursos y la organización de los servicios sanitarios. El desarrollo de un enfoque de integración sumado a otras actividades comunitarias ya existentes (campañas de promoción de la salud, campañas específicas de otras enfermedades), permite lograr una mayor cobertura y reducir los gastos operativos.

Los actores implicados en la cadena de lucha contra la UB (actores comunitarios, personal de salud, a saber: enfermeros/as, médicos/as, personal de laboratorio y de las estructuras de fisioterapia) tienen una experiencia y una reputación adquirida a lo largo de los años. Por esta razón, coincidiendo con el descenso en la incidencia, las estructuras de tratamiento han ido recibiendo por recurso referido o espontáneo otro tipo de lesiones que no son UB y que son tratadas por estos centros, para las cuales es necesario realizar, por un lado, un buen diagnóstico inicial y, por otro, proveer de competencias al personal sanitario sobre los protocolos sanitarios adecuados para tratar estos casos con calidad.

Presentamos a continuación, la experiencia en Benín que fue expuesta en marzo de 2017, en el marco de la reunión de la iniciativa mundial de lucha contra la úlcera de Buruli de la OMS, en Ginebra.

Desde 1 de mayo al 31 de diciembre de 2016:

- ✓ Una formación integrada de agentes de salud, promotores de salud profesores y antiguos pacientes de UB sobre los signos de reconocimiento de la lepra, la úlcera de Buruli y el pian.
- ✓ Sesiones de sensibilización y de detección integradas sobre estas tres enfermedades en pueblos y en escuelas.
- ✓ El test rápido de Pian ha sido efectuado de manera sistemática a todos los sujetos portadores de una lesión cutánea sospechosa.

➤ Los resultados que hemos obtenido han sido los siguientes:²⁹¹

²⁹¹ Los resultados fueron analizados con el programa IBM SPSS Versión 2.0.

- ✓ En total, 1106 personas, de las cuales el 37,05% eran mujeres fueron examinadas en 27 escuelas y 32 pueblos en la zona endémica de UB. La edad media de las personas examinadas fue de 11 años.
- ✓ 34 (3,1%) de casos sospechosos de UB de las cuales 15 fueron confirmados
- ✓ 8 (0,7%) casos sospechosos de lepra de los cuales 3 fueron confirmados.
- ✓ 185 (16,5%) casos sospechosos de pian, todos negativos al test rápido.
- ✓ 879 (79%) casos de otras afecciones cutáneas de las cuales se encontraron infecciones fúngicas, celulitis, eczemas y otras úlceras crónicas.
- ✓ El equipo de detección a nivel comunitario mantiene la vigilancia con los resultados siguientes:
 - ✓ detección precoz de UB: el 20% únicamente representan formas graves lo cual conlleva una reducción de los costos directos e indirectos de la atención médica.
 - ✓ Se refieren cada vez más enfermedades de la piel.
 - ✓ La puesta en marcha de un sistema que no excluye a los pacientes (lógica vertical), implica que haya una menor subnotificación de otros casos de ETD.

En suma, según los datos de esta experiencia, para obtener 15 casos de UB y de Lepra se han examinado 1.106 personas. El 79% han representado otras úlceras que se han tratado según los principios de equidad, lo cual dota al sistema de mayor eficiencia (se utilizan los mismos recursos para tratar varias ETD, de mayor equidad (atención médica de otras dermatosis). Como punto débil constatamos que el diagnóstico etiológico no es aún preciso y se requieren especialistas en dermatología.

Podemos concluir que un sistema integrado permite una detección y una atención médica óptimas de las ETD que presentan una manifestación cutánea. La sostenibilidad de este enfoque pasa por el fortalecimiento de las capacidades de los agentes de salud sobre las ETD y también sobre la dermatología elemental.

CAPITULO SEXTO. LA RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS SANITARIAS Y EL REFUERZO DE LOS ENFOQUES EN CLAVE DE SECURITIZACIÓN.

1. Sobre la naturaleza del riesgo sanitario y los primeros pasos en el análisis de estas cuestiones en clave de seguridad.

La noción de patología emergente, según señaló Philippe Barboza, es un concepto que agrupa fenómenos de naturaleza diferente. Puede ser la emergencia de una nueva patología como el SIDA en la década de los ochenta o del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) a principios de este siglo que, como veremos más adelante, jugó un papel muy importante en la reforma de 2005 del Reglamento Sanitario Internacional y en el surgimiento de cada vez más trabajos en el mundo académico que analiza estas cuestiones utilizando el concepto de securitización. Estos hechos unidos a enfermedades hasta ahora parcialmente o nada diagnosticada (fiebres hemorrágicas, hepatitis C), la reemergencia de enfermedades parcialmente controladas como la fiebre amarilla o la enfermedad del sueño o la extensión a una nueva zona geográfica (virus West Nile) o a nuevas poblaciones en riesgo como el paludismo.²⁹²

Los factores que pueden influenciar estos riesgos sanitarios son números, pero muchos de ellos están inducidos por la actividad humana.

- Factores demográficos. el aumento contante de la población mundial y de la densidad de la población, la modificación de la distribución de la edad y el aumento del intercambio con poblaciones antes aisladas son factores susceptibles de modificar la dinámica de la difusión de las enfermedades transmisibles.
- Factores ecológicos. La presión demográfica creciente ejercidas en las zonas de bosque primario aumenta de manera importante la interfaz entre las poblaciones y los ecosistemas vírgenes aumentando el número de personas potencialmente en contacto con los agentes patógenos presentes en estos ecosistemas. El cambio climático, especialmente modificando la zona de distribución geográfica de determinados vectores, expone a las poblaciones no afectadas a patologías tales como el paludismo.
- Factores tecnológicos. Los cambios aportados en el modo de producción alimentaria pueden estar en el origen de nuevas patologías como en el caso de la

²⁹² BARBOZA, Philippe, "Crise Sanitaires Internationales : L'exemple du SRAS", en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris, p.292.

enfermedad Creutzfeldt-Jakob²⁹³. Podemos igualmente citar patologías ligadas a las técnicas médicas como las infecciones nosocomiales o la selección de gérmenes resistentes ligados a la utilización masiva de antibióticos o a errores respecto al respecto del protocolo de tratamiento para los pacientes.

- Factores sociales. Los cambios de comportamiento pueden modificar la dinámica de transmisión, especialmente en el caso de las enfermedades sexualmente transmisibles.
- Factores económicos. los aspectos económicos, en particular el acceso a cuidados médicos, pueden modificar la epidemiología de las enfermedades, especialmente en términos de población en riesgo.
- Factores políticos. Los conflictos armados, la inestabilidad política y los desplazamientos de población que a menudo implican son un factor muy importante en la propagación de enfermedades.²⁹⁴

El desarrollo de nuevos enfoques en las ciencias sociales, como por ejemplo la sociedad del riesgo global, favorecieron estas transformaciones. En efecto, siguiendo a Ulrich Beck, el “riesgo” es el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana; las diversas consecuencias no deseadas de la modernización radicalizada. Según este autor, el riesgo no es nacional sino global²⁹⁵.

Para Wallace Brown y Harman, el riesgo y la percepción del riesgo son dos elementos fundamentales que intervienen en la conceptualización y en la práctica de la gobernanza sanitaria global. La OMS entiende el riesgo en términos de una combinación de factores que conducen a enfermedades, lesiones o mala salud. Los factores de riesgo se definen según la OMS, por otra parte como problemas que tienen: (1) potencial para un impacto global; 2) alta probabilidad de que el riesgo cause la enfermedad asociada; (3) como problemas que pueden ser modificados; Sólo cuando se comprenden y se evalúan plenamente estos factores de riesgo se pueden prevenir enfermedades y lesiones. Por lo tanto, es la comprensión del riesgo y su percepción lo que constituyen un reto fundamental para la salud global sobre todo en la medida en que el "riesgo" puede sobreestimarse o subestimarse.²⁹⁶

La globalización de los riesgos epidemiológicos no es un fenómeno nuevo. Ya en el siglo XV, con el proceso de colonización por Europa y las nuevas enfermedades que llevaron

²⁹³ La enfermedad Creutzfeldt-Jakob (“enfermedad de las vacas locas” es una forma de daño cerebral que lleva a una disminución rápida de la función mental y del movimiento.

²⁹⁴ BARBOZA, Philippe, *Óp. Cit.*, p.292.

²⁹⁵ BECK, Ulrich, *La sociedad del riesgo global*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2002, p.5.

²⁹⁶ WALLACE BROWN, Garrett, HARMAN, Sophie, “Risk, Perceptions of Risk and Global Health Governance”, *Political Studies*, Vol. 59, 2011, p.773.

como la gripe o la rubeola, diezmaron literalmente las poblaciones autóctonas no inmunes. En el siglo XIX, los adelantos tecnológicos sobre todo en el campo del transporte, han igualmente modificado la naturaleza del riesgo epidemiológico. En 1817 se produce la primera pandemia de cólera, una enfermedad que hasta la fecha únicamente era endémica en el subcontinente indio. Es a partir de las grandes epidemias de cólera que afectaron a Europa entre 1830 y 1850 que la necesidad de un enfoque internacional del control de las enfermedades infecciosas se formaliza por vez primera. La primera conferencia internacional de la salud que tiene lugar en París en 1851 abre la vía del proceso que tendrá como desenlace en la adopción en 1851 de un Reglamento Sanitario Internacional.²⁹⁷

1.1.El concepto de “salud global” y la asunción de las enfermedades infecciosas como agente no tradicional de amenaza en la década de los noventa.

Dominique Kerouedan describió que el concepto de “salud global” proviene de la traducción de *global health* y apareció por primera vez en el año 1997 en un informe publicado por *el Institute of Medicine*; una instancia científica de referencia para la política americana. Dicho informe titulado *America’s Vital Interest in Global Health* se propone poner en evidencia el interés de cuestiones vinculadas con la salud para la seguridad de los Estados Unidos.²⁹⁸

Un año antes, en 1996, una directiva presidencial de Bill Clinton apelaba a una estrategia de Estados Unidos más centrada en la lucha contra las enfermedades infecciosas. Durante el período 1999-2008, los servicios secretos americanos también muestran un interés creciente por las cuestiones sanitarias. En 10 años, el *National Intelligence Council* (NIC), publica seis informes exclusivamente centrados en aspectos relacionados con la salud mundial. El NIC considera que las enfermedades infecciosas pueden representar el origen de la desestabilización política cuando su magnitud amenace las condiciones socioeconómicas del desarrollo y ralenticen los procesos de democratización y de transición que pudieran conllevar la emergencia de situaciones de conflicto. Por primera vez, la enfermedad se presenta como un agente no tradicional de amenaza.²⁹⁹

El sucesor de Clinton, George W. Bush continuará con esta visión de la lucha contra la enfermedad y obtendrá una financiación sin precedentes a través del Programa PEP-FAR

²⁹⁷ BARBOZA, Philippe, *Óp. Cit.*, p.292.

²⁹⁸ KEROUEDAN, Dominique, *Géopolitique de la santé mondiale*, Leçons inaugurales du Collège de France, Fayard, 2013, p. 24.

²⁹⁹ *Ibidem*, p. 55-57.

(*US President Emergency Programme for AIDS Relief*). La visibilidad del SIDA en tanto que amenaza sanitaria da el poder al presidente para movilizar prerrogativas presupuestarias³⁰⁰.

La movilización de la comunidad internacional en favor del VIH-SIDA es tan fuerte a partir del 2000, que esta enfermedad es considerada por las Naciones Unidas como una cuestión de seguridad internacional. La Asamblea general consagra una sesión especial en 2001 preparatoria de la Cumbre del G8 en Génova donde el Secretario general de las Naciones Unidas, Koffi Annan, hace una llamada para la creación de fondos especiales, que se convertirán en el año 2002, en el Fondo Mundial contra el VIH-SIDA, la tuberculosis y la malaria.³⁰¹

Como podemos ver, la salud que había sido considerada como parte de las llamadas “lowpolitics”, para numerosos autores ha migrado hacia la Agenda de la alta política.

Hay ciertos problemas de salud global con una alta carga de morbilidad y de mortalidad, enfermedades crónicas o no transmisibles que suponen verdaderos problemas de salud pública y sin embargo las enfermedades infecciosas han copado, las actuaciones de los principales actores de la salud internacional. La razón de esto, se encuentra en la declaración de las enfermedades infecciosas, principalmente el VIH-SIDA, como amenaza para la seguridad y estabilidad nacional e internacional, generando el fenómeno denominado “securitización de la salud”.³⁰²

Según Alan Ingram, podríamos encontrarnos ante una nueva geopolítica de la enfermedad, surgida de los países del Norte, en el contexto de los debates de la globalización, desarrollo y seguridad. Según este autor, la salud global puede ser considerada como un asunto geopolítico por cuatro motivos:

- La creciente importancia de la salud en el contexto de la globalización; particularmente, en aquellos aspectos que ligan salud y economía.
- Su potencial desestabilizador puesto que podría tener repercusiones en el mapa político que ha llegado a poner en cuestión la soberanía de muchos Estados.³⁰³

³⁰⁰ *Ibidem*, p.60.

³⁰¹ KEROUEDAN, Dominique, “Évolution de l’architecture internationale de l’aide en faveur de la santé dans les pays en développement”, en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris, p. 360.

³⁰² PEREZ COUTADO, Ariana, *Salud y desarrollo: la “securitización” de la salud y sus implicaciones*, latitud 94, enero de 2013, Madrid, p.7.

³⁰³ China intentó minimizar o tapar el verdadero alcance de la epidemia de SARS, para mantener el control dentro de sus fronteras hasta que los medios de comunicación airearon la noticia, y China se vio obligada a colaborar con la OMS.

- Porque los actores de la salud, de la política exterior y de la seguridad, han incrementado su interés en las intervenciones de salud, para lograr la estabilidad geopolítica.
- Ingram, alude a la instrumentalización de la salud, para llevar a cabo los objetivos de política exterior de los Estados Unidos, las actividades de salud pueden enfocarse a prioridades estratégicas, como el manejo del control de la propagación de enfermedades infecciosas, el desarrollo económico, la estabilidad de un país, etc. todo en aras de construir una determinada imagen global de los Estados Unidos; esto es convertir la salud global en una herramienta del softpower.³⁰⁴ o de poder blando, un concepto desarrollado por Joseph Nye.³⁰⁵

La influencia del VIH-SIDA y la inclusión de las cuestiones relacionadas con la salud global en clave de seguridad favoreció el cambio pero un factor clave fue el surgimiento, a comienzos del siglo del Síndrome Respiratorio Severo Agudo (SARS) y la gestión de dicha pandemia llevó a la aprobación en 2005 de una profunda reforma del Reglamento Sanitario Internacional.

2. La epidemia del SRAS como factor de cambio.

La emergencia del SRAS representó la primera gran crisis sanitaria del siglo XXI. La fuerte mortalidad asociada a esta enfermedad, la velocidad a la cual se expandió y el pánico que provocó ilustran los problemas que puede incitar la aparición de una enfermedad.³⁰⁶

Antes de comenzar a abordar el caso concreto nos referiremos el concepto de epidemia y al concepto de enfermedad emergente.

2.1. Enfermedad emergente y epidemia.

La OMS crea, el 1 de octubre de 1995, la División de Vigilancia y Control de las Enfermedades Víricas y Bacterianas Emergentes en respuesta a la resolución 4813 de la Asamblea Mundial de la salud.³⁰⁷ La OMS considera enfermedades emergentes “aquéllas cuya incidencia en el ser humano ha aumentado en los dos últimos decenios o cuya incidencia amenaza con aumentar en un futuro próximo. La reemergencia consiste en la

³⁰⁴ *Ibidem.*, pp.8-10.

³⁰⁵ NYE, J.S., *La Paradoja del Poder Norteamericano*, 2003, Madrid, Taurus.

³⁰⁶ BARBOZA, Philippe, *Op. Cit.*, p.293.

³⁰⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Communicable diseases prevention and control: new, emerging, and re-emerging infectious diseases*, 48^oWorld Health Assembly, WHA48.13, 12 May 1995.

reaparición de una enfermedad conocida después de una disminución importante de su incidencia”³⁰⁸

Por otra parte según Danièle Ilef, cuando hablamos de epidemia nos referimos a la aparición durante un tiempo dado y en un lugar determinado de un número de casos de una patología X superior al número esperado. El número de casos esperados es diferente de una enfermedad a otra. Podríamos, en este sentido, hablar de epidemia desde la aparición de dos casos de una patología rara mientras que en el caso de una enfermedad más frecuente no se puede hablar de epidemia hasta que se sobrepasa un determinado umbral “epidémico”. Este umbral viene determinado por los sistemas de vigilancia de la enfermedad. En ausencia de un sistema de vigilancia, la apreciación de la existencia de una epidemia será empírica y más difícil. Para intervenir de manera eficaz, es necesario reconocer una epidemia lo antes posible y para hacerse, hace falta una estructuración de las redes de alerta y de vigilancia.

La puesta en marcha de un sistema de vigilancia con una finalidad de alerta permite anticipar la organización de la respuesta a esta última. La organización de los actores de salud pública para la recepción y el análisis de las señales es también una condición necesaria para la identificación rápida de las epidemias.³⁰⁹

2.2. Historia de la epidemia del SRAS.

La primera pandemia del SRAS conocida tiene lugar entre noviembre de 2002 y julio de 2003. El 31 de diciembre de 2003, se notifica a la OMS por 29 países, un total de 8096 casos de los cuales 774 fueron defunciones. Asia fue de lejos, con el 96% de los casos, la región del mundo más afectada.

A lo largo del mes de febrero de 2003, la relación de tres fenómenos a priori independientes alertaron a las autoridades sanitarias internacionales, especialmente a las redes de vigilancia de la gripe:

- La notificación a la OMS por las autoridades chinas de una epidemia de neumonía atípica (305 casos de los cuales 105 afectaron a personal de salud).

³⁰⁸ *Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes, y revisión del Reglamento Sanitario Internacional*, 97ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 97/15, 7 de noviembre de 1995, p.1.

³⁰⁹ ILEF, Danièle, “Gestion d’une épidémie”, en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris, p.149.

- El aislamiento en Hong Kong de una familia con gripe aviar A (H5N1) con dos casos confirmados y dos casos sospechosos.
- La aparición de dos hogares con síndrome respiratorio agudo en Hanói y Hong Kong.

Las investigaciones rápidamente permitieron descartar la hipótesis de una gripe aviar en beneficio de una nueva. Esta nueva patología bautizada como síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) fue en un primer momento caracterizada por una definición sindrómica. Será más adelante cuando su etiología podrá ser atribuida a un coronavirus nunca antes se había aislado, el SRAS-CoV. Los estudios retrospectivos realizados en China permitieron determinar que el primer caso conocido se produjo el 16 de noviembre de 2002 en Foshan en la provincia de Guangdong.

Entre noviembre de 2002 y febrero de 2003, la epidemia quedó circunscrita a Cantón y cinco provincias de Guangdong. Solo haría falta que un solo caso se desplazara a Hong Kong para que la epidemia se expandiera al resto del mundo.

El 21 de febrero de 2003, un médico chino que había tratado casos de SRAS en Guangdong se traslada al Hong Kong. Durante su estancia en un hotel que durará menos de 48 horas contaminará a al menos 14 clientes. Estas 14 personas van a estar en el origen de las epidemias de Hanói, Toronto y Singapur, de al menos cuatro familias de Hong Kong hospitalizadas y de casos aislados en Vancouver, en Irlanda y en Estados Unidos.³¹⁰

2.3. Las lecciones aprendidas del SRAS. La respuesta de la OMS.

La OMS jugó un rol determinante en la respuesta a dicha crisis, declarando el estado de alerta mundial³¹¹. Este procedimiento excepcional pudo realizarse gracias a la red GOARN.

Desde abril de 2000, la Red Global de alerta y acción en caso de epidemia (GOARN), proporciona un marco de coordinación técnica de las actividades internacionales de alerta y acción llevadas a cabo por diferentes instituciones en todas las regiones. Su secretaría depende de la OMS y se rige por su propio Consejo de Orientación constituido por socios técnicos. GOARN ayuda a asegurar que las instituciones locales estén preparadas para

³¹⁰ BARBOZA, Philippe, *Op. Cit*, pp. 293-294.

³¹¹ BARBOZA, Philippe, *Op. Cit*, p.293.

intervenir en caso de brotes de enfermedades infecciosas y a responder a cualquier parte del mundo.³¹²

Desde su creación. La red GOARN ha dado respuesta a más de 80 crisis sanitarias en el mundo, desplegando sobre el terreno más de 500 expertos en cerca de 60 países. Durante los tres primeros meses de 2006, más de 120 expertos fueron desplegados en más de 30 países en el marco de la respuesta a las epidemias de gripe aviar.

La red GOARN está igualmente encargada de la detección de las epidemias. Las fuentes de información de las que dispone son de naturaleza diferente; las fuentes oficiales que emanan directamente de los Estados Miembros o de otras agencias de las Naciones Unidas y de fuentes informales tales como la vigilancia en internet o provenientes de organizaciones no gubernamentales.³¹³

Debido a las consecuencias políticas y económicas para las zonas afectadas de una crisis de este tipo y el pánico asociado a este tipo de epidemias, era necesario disponer de informaciones objetivas que emanaran de un organismo independiente como la OMS. La OMS, desde marzo aseguró por tanto la organización, la coordinación y la puesta en marcha de una red específicamente dedicada al SRAS y basada en los aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. La OMS jugó igualmente un rol fundamental en la validación de las informaciones puestas a su disposición por la comunidad científica internacional. Sin esta circulación de la información, no habría sido posible elaborar rápidamente las medidas adaptadas al control internacional de esta epidemia.

En los días siguientes a la alerta mundial y por primera vez en su historia, la OMS recomienda el aplazamiento de los viajes no esenciales a las zonas afectadas por la epidemia.

Esta epidemia ilustra según Phillipe Barboza, las dificultades encontradas para la atención médica de una patología emergente. El objetivo primero fue controlar la epidemia y, sobre todo que no se transformara en endémica. Para ello era necesario disponer de una definición de caso muy sensible, permitiendo identificar con carácter precoz, al conjunto de casos. En ausencia de un test diagnóstico, las definiciones de caso no podían más que incorporar elementos epidemiológicos y clínicos.

³¹² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Règlement sanitaire international (2005) : Domaines pour la mise en œuvre du Règlement*, *Op. Cit.*, p.11.

³¹³ BARBOZA, Philippe, *Op. Cit.*, p. 293.

La mayoría de los países pusieron en marcha y reforzaron de manera considerable los controles sanitarios en los aeropuertos, sobre todo para los viajeros provenientes de Asia del Sudeste o de Toronto. Estas medidas sin embargo, aunque contribuyan a limitar la propagación de la epidemia, son poco compatibles con un sistema perenne.³¹⁴

Esta crisis tuvo repercusiones económicas muy importantes a nivel mundial. Las pérdidas globales asociadas al SRAS han sido estimadas en millones de dólares. El impacto económico fue particularmente sensible en las zonas más afectadas; Hong Kong y Singapur.

Las medidas adoptadas, tanto en el plano nacional como en el plano internacional demostraron su eficacia. En efecto, únicamente pasaron 3 meses desde la identificación de la emergencia de una nueva enfermedad (alerta mundial del 12 de marzo) y su control (último caso en Taiwán el 15 de junio).

El resurgimiento de casos en 2003 y 2004 muestran que nuevas epidemias de SRAS son susceptibles de reaparecer y la OMS recomienda mantener una vigilancia elevad. A pesar de que la enfermedad pudo ser controlada en un tiempo record, el SRAS muestra ya la vulnerabilidad de los sistemas de salud, sobre todo en los países en desarrollo. Se pudo constatar que en los países más ricos, la proporción de personal médico cualificado o la disponibilidad en equipamiento especializado eran a menudo insuficientes para hacer frente a una epidemia de este tipo. La crisis muestra por tanto, la necesidad de fortalecer a nivel mundial las medidas de protección de rutina en el conjunto de las estructuras de salud.

Sin embargo, muchos países no disponen, sobre todo a nivel periférico, de medios mínimos para el diagnóstico o simplemente de acceso a atención sanitaria que permita una detección precoz del SRAS.

A pesar del número de casos si lo ponemos en perspectiva con los millones de muertes causadas cada año por el SIDA o la malaria parecen irrisorios, sin embargo, si la epidemia no hubiera sido controlada, las consecuencias hubieran sido dramáticas.³¹⁵

El debate sobre la importancia del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a las crisis sanitarias no es por tanto nuevo y ya en el marco de la respuesta ante la crisis del SRAS podemos ver cómo sin una mínima capacidad de respuesta, una crisis sanitaria puede tener un impacto tremendo. Pasaremos ahora a explicar que es el

³¹⁴ *Ibidem*, pp.298-299.

³¹⁵ *Ibidem*, p.300.

virus del Ébola, como se produjo la pandemia de 2014, cual fue la respuesta de la comunidad internacional y qué impactos tuvo esta crisis en unos sistemas de salud ya de por sí, fragilizados.

La aparición de un nuevo agente patógeno en forma de SARS ayudó a la secretaría de la OMS a establecer un nuevo enfoque para la seguridad sanitaria mundial. A finales del siglo XX, frente a la aparición de nuevas enfermedades como el VIH / SIDA, el resurgimiento de nuevas y resistentes formas de enfermedad como la tuberculosis multirresistente y la amenaza de las armas biológicas, los gobiernos comenzaron a ser conscientes cada vez en mayor medida de que los mecanismos existentes en la OMS para coordinar los brotes de enfermedades ya no eran adecuados y de la necesidad de reformar el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

A pesar de los aciertos en el caso del SRAS, se produjeron retrasos en su gestión y, antes de que pudieran completarse las revisiones del RSI, el SRAS se propagó a nivel internacional causando 700 muertes y daños económicos de más de 30.000 millones de dólares.

Para los gobiernos, la experiencia del SARS fue considerada como una "llamada de atención" y se alentó a la secretaría de la OMS a redoblar sus esfuerzos para ultimar las revisiones del RSI. El RSI actualizado fue adoptado por la 58a Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en 2005, y entró oficialmente en vigor en junio de 2007 tal y como hemos descrito en un apartado específico.

Al mismo tiempo, sin embargo, los Estados Miembros se aseguraron también de que se impusieran nuevos controles y equilibrios a la OMS para evitar repetir lo que algunos consideraban una autonomía absoluta de la secretaría durante toda la epidemia de SARS, particularmente en lo referente a las advertencias contrarias a viajar con los impactos económicos que tuvieron. Estas nuevas medidas incluían, entre otras cosas, el requisito explícito de que el Director General de la OMS convocara a un comité de expertos de emergencia antes de declarar una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC en sus siglas en inglés) o recomendar medidas (tales como advertencias de viaje). Si bien el Director General podrá seleccionar a las personalidades específicas para formar parte del comité de emergencia, sólo podrá elegirlos entre una lista de expertos designados por los Estados Miembros. Esto puede según Kamradt, fomentar la interferencia política en el comité. Aunque el Director General únicamente está obligado a considerar el

asesoramiento del comité, es difícil prever una situación en la que desestime ese consejo sin cuestionar públicamente su propia legitimidad.³¹⁶

3. La aprobación de la reforma del Reglamento Sanitario Internacional de 2005.

Una responsabilidad fundamental de la OMS es la gestión mundial contra la propagación internacional de enfermedades conforme a los artículos 21 (a) y 22 de la Constitución de la OMS³¹⁷. La Asamblea Mundial está facultada para adoptar reglamentos que una vez adoptados entran en vigor para todos los Estados Miembro de la OMS, excepto aquellos que expresamente lo rechacen.³¹⁸

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969, con el precedente del Reglamento Sanitario Internacional adoptado por la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en 1951. El Reglamento de 1969, que inicialmente abarcaba “seis enfermedades cuarentenables”, fue modificado en 1973 y 1981, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela.

Dado el aumento de los viajes y el comercio internacional, así como la aparición y reaparición de enfermedades y otros riesgos para la salud pública de alcance internacional, la 48ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1995, pidió que se revisara el reglamento de 1969.³¹⁹

Tras un importante trabajo de revisión desempeñado por la Secretaría de la OMS junto con los Estados Miembros, organizaciones internacionales y otros actores y tras la dinámica creada por la aparición del síndrome agudo severo SRAS (primera emergencia de salud pública de alcance mundial del siglo XXI), la Asamblea Mundial establece en 2003, un grupo de trabajo Intergubernamental para examinar el proyecto de revisión del Reglamento y recomendarlo a la Asamblea de la Salud. El RSI fue adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud del 23 de mayo de 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007.³²⁰

³¹⁶ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, p. 403.

³¹⁷ Artículo 21: La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar reglamentos referentes a:a) requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades;

Artículo 22: Estas reglamentaciones entrarán en vigor para todos los Miembros después de que se haya dado el debido aviso de su adopción por la Asamblea de la Salud, excepto para aquellos Miembros que comuniquen al Director General que las rechazan o hacen reservas dentro del periodo fijado en el aviso.

³¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, Organización Mundial de la Salud, 2016, Ginebra, p.VII.

³¹⁹ *Ibidem*, p.VII.

³²⁰ *Ibidem*, p.VII.

Según el artículo 2 del RSI: La finalidad y el alcance del reglamento son "prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales."³²¹

Según el artículo 3 referido a los principios, en su punto 4, "de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, los Estados tienen el derecho soberano de legislar y aplicar leyes en cumplimiento de sus políticas de salud. Al hacerlo, respetarán la finalidad del presente Reglamento."³²²

Se trata de un aspecto importante del RSI porque introduce un elemento de obligatoriedad a la hora de elaborar leyes en materia de salud para los Estados que hayan adoptado el RSI.

El RSI es el instrumento jurídico concebido para asegurar la seguridad sanitaria internacional y su desarrollo constituye una obligación para los Estados Miembro y la OMS.³²³

Por otra parte, el Artículo 5 del RSI insta a cada Estado parte a desarrollar, reforzar y mantener lo antes posible "pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento, y presentar informes sobre ellos"³²⁴. Este aspecto es controvertido por cuando deja a los Estados la responsabilidad de desarrollar los medios para hacer frente a las amenazas lo cual implica una ingente cantidad de recursos que muchos Estados no tienen capacidad para hacer frente.

El artículo 6 del RSI hace referencia a la notificación de eventos sustantivos que impliquen el despliegue de medidas. En concreto, "cada Estado Parte notificará a la OMS por el medio de comunicación más eficiente de que disponga, a través del Centro Nacional de Enlace para el RSI, y antes de que transcurran 24 horas desde que se haya evaluado la información concerniente a la salud pública, todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de

³²¹ *Ibidem*, p.11.

³²² *Ibidem*, p.12.

³²³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Règlement sanitaire international (2005) : Domaines pour la mise en œuvre du Règlement.*, Organisation Mondiale de la Santé , 2007, Lyon, p.5.

³²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, *Óp. Cit.*, p.13.

conformidad con el instrumento de decisión, así como toda medida sanitaria aplicada en respuesta a esos eventos".³²⁵

Resulta importante detenerse en el capítulo 12, relativo a la determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional (PHEIC). Según este artículo será el Director General quién determinará, "sobre la base de la información que reciba, y en particular la que reciba del Estado Parte en cuyo territorio se esté produciendo un evento, si el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con los criterios y el procedimiento previstos en el presente Reglamento. "Si el Director General y el Estado parte están de acuerdo sobre esta determinación, el Director General... solicitará la opinión del "Comité de Emergencias" que se establezca." Según este artículo, para determinar si un evento constituye una amenaza, el Director General considerará:

- "a) la información proporcionada por el Estado Parte;
- b) el instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2³²⁶;
- c) la opinión del Comité de Emergencias;
- d) los principios científicos así como las pruebas científicas disponibles y otras informaciones pertinentes; y
- e) una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional."³²⁷

A pesar de la obligatoriedad de consulta, el RSI otorga un gran poder al Director General que tiene la potestad de decretar una alerta sanitaria.³²⁸

Por último y referido a la lista de expertos del RSI, según el artículo 47, el "El Director General establecerá una lista de expertos en todas las esferas de competencia pertinentes... El Director General, al establecer la Lista de Expertos del RSI, se ajustará, salvo disposición en contrario del presente Reglamento, al Reglamento de los cuadros y comités de expertos... Además, el Director General nombrará a un miembro a petición de cada Estado Parte y, cuando proceda, a expertos propuestos por organizaciones intergubernamentales y organizaciones de integración económica regional pertinentes."

³²⁵ *Ibidem*, p.14.

³²⁶ Se trata de un algoritmo denominado "instrumento de decisión para la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional".

³²⁷ *Ibidem*, pp.17-18.

³²⁸ *Ibidem*, p.43.

Respecto al comité de Emergencias, según el artículo 48, éste asesorará al Director General, sobre "a) si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional; b) si procede declarar concluida una emergencia de salud pública de importancia internacional; y c) si procede formular, modificar, prorrogar o anular una recomendación temporal." El comité estará "integrado por expertos elegidos por el Director General entre los miembros de la Lista de Expertos del RSI y, cuando proceda, de otros cuadros de expertos de la Organización."³²⁹ Los expertos que se eligieron en el caso de la crisis de la gripe A fue fuente de polémica tal y como explicaremos en el capítulo referido a la gripe H1N1 y la respuesta de la OMS, por cuanto hubo acusaciones de conflicto de intereses.

Según el artículo 5, corresponde a los Estados tengan la capacidad para detectar, evaluar y para responder a los acontecimientos de salud pública. Algunos países no se encuentran aún en condiciones y deberán desarrollar planes de acción específicos.³³⁰

La capacidad de la OMS para captar, interpretar y difundir información precisa y oportuna para coordinar el apoyo a los Estados para permitir una evaluación de la amenaza inmediata y rápida lucha contra eventuales brotes, tener acceso a apoyo técnico y de gestión de la información es fundamental para la seguridad Internacional.

Hay una serie de redes regionales y mundiales dedicadas a la vigilancia, la prevención y la lucha contra la enfermedad. La OMS dirige algunas como, la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe, la red de laboratorios para la polio, o la Red Internacional de las autoridades de seguridad sanitaria de los alimentos (INFOSAN), mientras que varias organizaciones intergubernamentales han desarrollado su propia red regional, tales como el sistema de alerta y respuesta temprana de la Unión Europea.

Para sus operaciones internacionales de alerta y respuesta, la OMS recurre a los actores locales, regionales y globales, que tienen el conocimiento de las bases factuales técnicas, del contexto local, de las operaciones y de la comunicación de los riesgos, para evaluar la emergencia de salud, e identificar las amenazas y vulnerabilidades en la salud pública, de acuerdo con el mandato de la OMS en el marco del RSI.³³¹

³²⁹ *Ibidem*, p.44.

³³⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Règlement sanitaire international (2005) : Domaines pour la mise en œuvre du Règlement*, *Op. Cit.*, p.10.

³³¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Règlement sanitaire international (2005) : Domaines pour la mise en œuvre du Règlement*, *Op. Cit.*, pp.10-11.

4. La salud como un ámbito de (creciente) securitización.

El enfoque tradicional de seguridad, profundamente estatocéntrico y militar que dominó durante mucho tiempo la disciplina de las Relaciones Internacionales no ofrecía un marco conceptual adecuada para analizar y comprender esta nueva, o quizá no del todo nueva, realidad. En este sentido, ciertamente la Primera Guerra Mundial supuso una verdadera transformación en la historia de los conflictos bélicos causando un número de muertos sin precedentes en la historia, pero cabe recordar que la epidemia de la Gripe Española (1918-1919) causó un número de muertos muy superior y este tipo de amenazas no eran tenidas en cuenta en los enfoques tradicionales de las Relaciones Internacionales.

Esta visión estatocéntrica y militar ha conocido una profunda transformación en la disciplina de las Relaciones Internacionales fundamentalmente desde la década de los noventa³³². En definitiva se ha producido tanto una ampliación como una profundización en la agenda de seguridad que contempla una amplia gama de amenazas que van más allá de lo militar e incluye cuestiones relacionadas con el medio ambiente, el desarrollo o la salud. La profundización de la agenda de investigación ha permitido una amplia gama de planteamientos crítico con el enfoque tradicional y que abarca, entre otros, el enfoque de la seguridad humana y los denominados estudios críticos de seguridad.³³³

La ampliación de la agenda incluye como hemos señalado anteriormente la salud y, fundamentalmente en este siglo han surgido gran cantidad de trabajos que conectan desde enfoques diversos la relación entre salud y seguridad. En este punto, teniendo en cuenta por un lado su reciente predicamento entre analistas de seguridad asociados a distintos ejércitos, gobiernos e incluso en algunas Organizaciones Internacionales, y por otro, que ha dado lugar como veremos más adelante a una notable cantidad de estudios que conectan salud y seguridad, nos hemos centrado en las aportaciones de la llamada Escuela de Copenhague y en concreto a una de sus principales aportaciones: la teoría de la securitización y en concreto en su plasmación en el ámbito de la salud. En definitiva, dicho enfoque se encuadra dentro de los planteamientos constructivistas de las Relaciones Internacionales y ha tenido un eco muy notable en los estudios de seguridad.³³⁴

³³² PEREZ DE ARMIÑO, Karlos: “¿Más allá de la seguridad humana? Desafíos y aportes de los Estudios Críticos de Seguridad”, VV.AA.: *Cursos de Derecho Internacional y de Relaciones Internacionales de Vitoria-Gasteiz 2011*, Madrid, Tecnos, 2013, pp. 235-308.

³³³ *Ibidem*, pp. 247-301.

³³⁴ SANAHUJA, José Antonio, SCHÜNEMANN Julia, “Seguridad Humana, construcción de la paz y securitización de las políticas de ayuda al desarrollo”, en PEREZ DE ARMIÑO, Karlos y MENDIA AZKUE, Irantzu (Editores), *Seguridad Humana. Aportes críticos al debate teórico y político*, Tecnos, Madrid, 2013, pp.103-104.

En efecto, a partir de diferentes investigaciones y debates realizados por distintos académicos se puede identificar una escuela que tiene una aportación propia y un marco específico sobre la naturaleza de la seguridad, demarcando una serie de implicaciones para la elaboración de la política internacional. En palabras de Gabriel Orozco se podría decir que la Escuela de Copenhague ha creado un “paradigma específico” dentro de los estudios de seguridad que constituye un modo de ver la realidad internacional y los procesos de seguridad que se desarrollan en ella. Los investigadores de la Escuela de Copenhague advierten que hay que tener especial cuidado a la hora de identificar el sentido de la seguridad, pues dada su capacidad para convocar voluntades para movilizar recursos, es factible securitizar sectores del espectro internacional y provocar, con ello, daños o problemas mayores por causa de la manipulación de las élites sobre la población.³³⁵

La securitización en tanto que herramienta o marco de análisis, dirige su atención hacia los siguientes elementos:

- Los actores que securitizan que tienen que contar con la autoridad y los medios necesarios para que su *securitization claim* sea escuchada. Ello remite al Estado, pero deja la puerta abierta a otros actores, como los organismos internacionales, los actores políticos o los medios de comunicación.³³⁶
- La definición y la construcción de conceptos de seguridad y, en consonancia, de las amenazas existenciales y de los objetos referentes de la securitización (es decir aquello que es amenazado- el Estado, la comunidad, el individuo, su identidad y valores...- y que, por ello, ha de ser protegido. En ocasiones esto se denomina “movimiento de securitización” (*securitization moves*).³³⁷
- La “audiencia” o quienes han de persuadirse de que existe una amenaza a la seguridad, y de que es necesario afrontarla con medios extraordinarios. Constituye la meta de todo “movimiento de securitización” pues si este no tiene resonancia en la audiencia, la securitización de una cuestión determinada no se materializa.³³⁸
- El contexto, en tanto que estructura, el cual lejos de ser una realidad objetiva, es el marco de las relaciones sociales en las que se sitúan los actores y la “audiencia”, siendo permanentemente interpretado y reinterpretado en términos de la construcción de las amenazas.³³⁹

³³⁵ OROZCO RESTREPO, Gabriel Antonio, “El aporte de la Escuela de Copenhague a los estudios de seguridad”, *Revista Fuerzas Armadas y Sociedad*, año 2006, n°1, pp-142-144.

³³⁶ SANAHUJA, José Antonio, SCHÜNEMANN Julia, *Óp. Cit.*, p.107.

³³⁷ *Ibidem*, p.107.

³³⁸ *Ibidem*, p.107.

³³⁹ *Ibidem*, p.107.

El riesgo fundamental de la securitización, de una ampliación de los temas de seguridad a asuntos no militares, reside en ofrecer un marco para las medidas de excepción que resultan contraproducentes en clave democrática³⁴⁰. En este sentido, la desecuritización se convierte en una estrategia clave para que no pocas temas pasen de una “gestión de emergencia a una gestión política normal que permita apreciar mejor sus causas y dimensiones”³⁴¹.

Según un estudio de David Stuckler y otros autores³⁴², en los últimos años, las enfermedades infecciosas han estado sobre-presupuestadas con respecto a su carga real de morbilidad y mortalidad. Por el contrario, las enfermedades no transmisibles están seriamente infra-presupuestadas. Según dicho estudio³⁴³, hay un crecimiento de los presupuestos de la OMS en los últimos años que proviene de los fondos extra-presupuestarios. Se ha observado que en el período 2006-2007, el presupuesto regular de la OMS, sigue más fielmente la carga de morbi-mortalidad (61% enfermedades infecciosas, 38% no transmisibles, 1% lesiones) mientras que los fondos extra-presupuestarios se dedican en un 91% a enfermedades infecciosas. Podría pensarse que los presupuestos regulares persiguen el interés de los Estados mientras que los fondos extra-presupuestarios persiguen el de sus donantes, que son países del Norte, industria farmacéutica y organizaciones filantrópicas.³⁴⁴

En otro estudio del profesor Shiffman de la *Maxwell School of Syracuse University*³⁴⁵, se evidencia la distancia entre la carga de enfermedad y la atención recibida por parte de los donantes, con respecto a las enfermedades transmisibles. Según este autor, las enfermedades respiratorias no son consideradas una prioridad en la Agenda de salud porque a pesar de tener una fuerte carga de morbilidad, son rápidamente tratables en los países industrializados y no se consideran una amenaza en materia de salud pública.

Si nos referimos a los fondos elevados que recibe el VIH-SIDA con respecto a la carga de la enfermedad, encontramos varias lógicas:

³⁴⁰ PEREZ DE ARMIÑO, Karlos: *Óp. cit.*, pp. 268-269.

³⁴¹ *Ibidem*, p. 268.

³⁴² PEREZ COUTADO, *Óp. Cit.*, p.4

³⁴³ STUCKLER, David, KING, Lawrence, ROBINSON, Helen, McKEE, Martin, “WHO’s budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis”, *The Lancet*, Vol.372, November 1, 2008.

³⁴⁴ PEREZ COUTADO, *Óp. Cit.*, pp.4-6.

³⁴⁵ SHIFFMAN, Jeremy, “Donor funding priorities for communicable disease control in the developing world”, *Health Policy Plan*, Volume 21 Issue 6, November 2006.

- La rapidez de su expansión;
- Es una de las enfermedades que reporta más beneficios en concepto de medicamentos y de vacunas a las empresas farmacéuticas;
- Los fondos elevados también se explican cuando en los países industrializados la enfermedad se percibe como una amenaza para su seguridad nacional.³⁴⁶

Si la salud se define en términos exclusivos de interés nacional, el multilateralismo necesario para afrontar los problemas de salud global se pone en entredicho. Para Ingram, asociar la salud con intereses de seguridad nacional, amenaza los esfuerzos por construir formas más abiertas de gobernanza, y alianzas más diversas requeridas para responder a los problemas de salud global.³⁴⁷

La OMS, en su informe sobre la salud en el mundo de 2007 dedicado a promover la seguridad mundial de salud pública, define el concepto de seguridad mundial como sigue:

“el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad e incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales”³⁴⁸

El informe pone el énfasis en el cumplimiento global del Reglamento Sanitario Internacional, para lograr este objetivo. Es importa destacar el contraste que se produce entre esta definición que vincula la seguridad sanitaria global exclusivamente con el control de enfermedades transmisibles, con un vínculo claro con la seguridad nacional y la definición de seguridad humana del PNUD de 1994, vista como una plataforma para impulsar el desarrollo y centrada en la seguridad de los individuos.

El principal debate en torno al concepto de seguridad en materia de salud pública global, tuvo lugar en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en 2008. Los países en desarrollo encabezados por Brasil, cuestionaron el RSI como instrumento de alcanzar la seguridad sanitaria y ven en este instrumento (que permite la intervención en cualquier país, sin autorización previa bajo la justificación de que se tiene constancia de un riesgo para la salud global), una firme amenaza a su soberanía.

³⁴⁶ PEREZ COUTADO *Óp. Cit.*, pp.6-7.

³⁴⁷ PEREZ COUTADO, *Óp. Cit.*, pp.10- 11.

³⁴⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) *Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, Organización Mundial de la Salud, 2007, p. IX.

Para los países en desarrollo, la seguridad nacional no puede ser el pilar de la cooperación sanitaria sino en la comprensión de la salud como un bien público global y como un derecho. Este debate está presente desde la Conferencia de Alma Ata y el enfoque de Atención Primaria Selectiva³⁴⁹ que hemos desarrollado en apartados anteriores. La alternativa a este tipo de cooperación que prioriza los programas verticales, que defienden los países en desarrollo es el Enfoque de Salud para Todos. Este consistiría en un llamamiento ético y político, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), basado en cuatro estrategias: la atención primaria, la estrategia de promoción de la salud, la protección social y el concepto de salud como derecho humano.³⁵⁰

Si bien el SIDA supuso un acicate para el estudio de temas relacionados con la seguridad, la respuesta de la OMS ante la pandemia del SRAS y de otros actores como el Gobierno de la República Popular China³⁵¹, supuso un impulso para analizar los riesgos de la respuesta global a la pandemia. Hemos visto como la pandemia del SRAS fue clave en la reforma del Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y no faltan autores que, en la clave de una desconfianza ante las estrategias de securitización, ven el “empoderamiento” de la OMS en materia de respuesta a emergencias globales como una consecuencia del éxito de estas estrategias de securitización³⁵².

Los errores de gestión de la OMS que en el caso de la Gripe H1N1 dieron lugar, como veremos más adelante, a una investigación del Consejo de Europa sobre la gestión que la Organización Mundial de la Salud hizo de la crisis pueden ser interpretados de otra manera desde enfoques en clave de securitización. Un buen ejemplo lo encontramos en el controvertido cambio de criterio a la hora de definir cuándo se podía poner en marcha la Fase 6 al apostar por mantener el criterio de la rapidez de la expansión global y eliminando el de una mortalidad más alta que la media puede ser visto como un error de gestión de la OMS pero también ser visto como un paso necesario para securitizar la crisis de la Gripe H1N1³⁵³.

El desarrollo de estas estrategias de securitización ha provocado una notable cantidad de críticas y la reticencia de algunos países en desarrollo. Ciertamente, si llegamos a la conclusión de que la gestión de pandemias tales como el SRAS, la Gripe A y, como veremos más adelante con el Ébola, han alimentado el interés de los investigadores y de los

³⁴⁹ PEREZ COUTADO, *Óp. Cit.*, pp.11-12.

³⁵⁰ *Ibidem*, p.2.

³⁵¹ WISHNIK, Elizabeth: “Dilemmas of securitization and health risk management in the People’s Republic of China: the cases of SARS and avian influenza”, *Health Policy and Planning*, Vol. 25, 2010, pp. 454-466

³⁵² HANRIEDER, Tine, KREUDER-SONNEN, Christian: “WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health”, *Security Dialogue*, Vol. 45, No. 4, 2014, pp. 335-338.

³⁵³ *Ibidem*, p. 339.

medios de comunicación, no podemos ignorar la existencia de un debate que no se limita a una discusión teórica y crítica sobre la seguridad en la salud global sino que analiza una serie de prácticas concretas. En este sentido, las lecciones más profundas deben orientarse, como veremos en capítulos posteriores cuando hablemos del Ébola, a recalcar la importancia de desarrollar una infraestructura sanitaria adecuada y reforzar los sistemas públicos de salud. En ciertos países en desarrollo, como señaló Simon Rushton, reciben con irritación el énfasis en unas pocas enfermedades que interesan a los países occidentales³⁵⁴.

³⁵⁴ RUSHTON, Simon: "Global Health Security: Security for Whom? Security from What?", *Political Studies*, Vol. 59, No. 4, 2011, p. 794.

CAPÍTULO SÉPTIMO. LA GESTIÓN DE LA OMS DE LA CRISIS DE LA GRIPE H1N1 Y LA INVESTIGACIÓN ABIERTA POR EL CONSEJO DE EUROPA.

En el capítulo cuarto hemos visto que la gran influencia del sector privado en general y las grandes corporaciones en particular en todo el sistema de las Naciones Unidas se ha vuelto un tema de gran actualidad. La gestión de la Organización Mundial de la Salud de la crisis de la Gripe A o de la Gripe H1N1 provocó una oleada de críticas. Una posible opción era considerar que este hecho era una consecuencia lógica en el marco de una estrategia de securitización en la que la exageración del riesgo y conseguir un aumento considerable en percepción de la amenaza son factores clave a la hora de culminar con éxito el proceso de securitización. Otros recalcan que el factor clave es el enorme peso que el mundo de las grandes corporaciones tiene dentro del sistema de Naciones Unidas cuyas consecuencias más negativas pudieran ser claramente visibles en ese caso. Por supuesto, ambas explicaciones no son excluyentes pero en este capítulo queremos explorar más la segunda.

Este caso demuestra que la participación de las grandes corporaciones y su influencia en la gobernanza de la salud pueden tener consecuencias profundamente negativas. En la gestión de la crisis de la Gripe A la OMS no estuvo a la altura y provocó gran cantidad de críticas. Sin embargo, hay un elemento que convierte en un caso todavía más interesante. En este caso, el Consejo de Europa inició una investigación oficial sobre la gestión de la OMS y el conflicto de intereses con el sector privado estuvo con claridad sobre la mesa. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, se trata de la primera vez que una Organización Internacional investiga oficialmente a otra.

Este hecho por si sólo justificaría dedicarle un capítulo entero de la tesis al análisis de este caso pero además hemos tenido en cuenta que lo ocurrido con la gestión de la Gripe H1N1 y el aluvión de críticas unido a la investigación oficial del Consejo de Europa es un factor muy relevante para explicar la diferente manera en que la OMS gestionó la crisis del Ébola. Por todo ello, en el presente capítulo en primer lugar estudiaremos el proceso de desarrollo de la crisis y los pasos dados por la Organización Mundial de la Salud y, por último, estudiaremos la investigación oficial abierta por el Consejo de Europa y una reacción posterior de la Unión Europea.

1. La gestión de la crisis de la gripe H1N1 por la OMS.

Según la OMS, el virus gripal H1N1 era diferente a los otros virus gripales que circulaban entre seres humanos y podía provocar casos de enfermedad severa e incluso la muerte. Su propagación geográfica fue excepcionalmente rápida y, como veremos más adelante, permitió la declaración de la fase 6. Las cifras dejaron en mal lugar a los expertos de la OMS ya que si bien es cierto que el 1 de julio de 2009 se habían confirmado casos de infección en 120 países, el 12 febrero de 2010, la OMS anunciaba que el virus había matado al menos a 15.292 personas. Las cifras pueden parecer muy altas pero conviene recordar que se estima que la gripe estacional conlleva entre 3 y 5 millones de casos graves y entre 250.000 y 500.000 muertes en el mundo.³⁵⁵

La aparición de casos de infección humana por un nuevo virus de la gripe A o H1N1 en abril de 2009, en México y Estados Unidos junto con la comprobación de su transmisión interhumana llevó a la OMS a decretar el nivel de alerta pandémica. El primer caso confirmado en España fue declarado el 27 de abril en un viajero procedente de México, experimentando como la mayoría de los países del hemisferio Norte, una circulación del virus durante el verano de 2009, fuera del periodo habitual de actividad gripal.³⁵⁶

Según un artículo recientemente aparecido en *The Lancet*, una publicación médica de prestigio mundial, realizado por expertos de la División de gripe del *Center for Disease Control and Prevention* de Atlanta, Estados Unidos, las muertes confirmadas en laboratorio a causa de la gripe H1N1 fueron de 18.500 entre abril de 2009 y agosto de 2010.

Una vez pasada la crisis es importante destacar que, según estos especialistas, este número es sólo una fracción del número real de muertes asociadas a la pandemia. Por esta razón hicieron un estudio para determinar el número mundial de muertes durante los doce primeros meses de circulación del virus en cada país.

Los autores concluyen que a nivel mundial hubo 201.200 muertes por causas respiratorias a las que habría que sumar 83 300 muertes por causas cardiovasculares asociadas a la gripe H1N1 de 2009. El 80% de las muertes por causas respiratorias y

³⁵⁵ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p.247.

³⁵⁶ SIMON MÉNDEZ, Lorena et al., « Transmisibilidad y gravedad de la pandemia de la gripe A (H1N1) 2009 en España », *Gaceta Sanitaria*, 2 de mayo de 2011, p.297.

cardiovasculares se dieron en personas menores de 65 años y el 51% de los casos ocurrieron en el sudeste asiático y África.³⁵⁷

1.1. El sistema de gobierno de la OMS y las instancias concernidas en los casos de pandemia.

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la OMS. Su función principal consiste en elaborar las políticas de la Organización, nombrar al Director general, supervisar las políticas financieras de la OMS, examinar y aprobar las propuestas de presupuestos de los programas. Asimismo, estudia los informes del Consejo ejecutivo al que le da instrucciones sobre cuestiones para las cuales nuevas medidas, estudios de investigación o informes pueden ser necesarios.

El Consejo ejecutivo está compuesto por 34 expertos técnicamente cualificados en el campo de la salud que son elegidos por 3 años. Los Estados Miembros de la OMS están representados en los seis comités regionales que se reúnen con carácter anual.

Uno de los órganos de la OMS directamente concernido por las pandemias es el Grupo Estratégico Consultivo de Expertos (SAGE) que es el principal actor para la elaboración de políticas en materia de vacunación y de inmunización. El SAGE se compone de 15 miembros elegidos por un mandato inicial de 4 años (renovable una única vez) que participan a título personal y provienen de diferentes ámbitos disciplinarios respetando un equilibrio en términos de diversidad geográfica y de representación hombres-mujeres. Antes de ser designados, todos los miembros deben firmar una declaración en la que se comprometen a evitar todo conflicto de interés entre su actividad personal y la función consultiva en la OMS.

Según las disposiciones del Reglamento sanitario Internacional (RSI) de 2005, el Director General puede designar un Comité de urgencia para aconsejarle en caso de crisis graves o de situaciones de urgencia en materia de salud pública internacional. En el caso de la gripe H1N1, la Directora General convocó una primera reunión del Comité de urgencia el 25 de abril de 2009 para evaluar la situación y aconsejarla sobre las decisiones apropiadas a

³⁵⁷ W.A.A, "Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza AH1N1 virus circulation: a modelling study", *The Lancet*, Vol. 12, September 2012, p.687.

adoptar. La constitución de este comité no es pública y es en base a las recomendaciones de este consejo que se declaró la pandemia.³⁵⁸

Según Jordi Reina, de la Unidad de Virología del Hospital Universitario de Palma de Mallorca, la gripe H1N1 era nueva y cumplía por lo tanto, el primer requisito de virus pandémico pero según este especialista, las infecciones causadas por la nueva cepa gripal no parecían presentar una elevada morbi-mortalidad, pues en la mayoría de los pacientes se había presentado de manera semejante a un cuadro gripal leve de tipo estacional.³⁵⁹

1.1.1. Diferentes niveles de alerta.

Las pandemias gripales se producen por la emergencia de un nuevo tipo vírico que no ha circulado recientemente o nunca, y frente al que la población humana carece de respuesta o de memoria inmunológica.

La pandemia de la gripe española de 1918, afectó a 500 millones de personas y provocó unos 50 millones de fallecimientos, la gripe asiática de 1957 afectó a unos 45 millones de personas, la gripe de Hong Kong de 1968 afectó a una población y presentó una mortalidad similar a la de la gripe asiática. La gripe aviar afectó a 421 personas (datos de 2009) con una mortalidad del 61%.³⁶⁰

A partir de la amenaza de la gripe aviar, la OMS estableció el nivel de alerta 3 y con la aparición del nuevo subtipo H1N1, determinó el paso al nivel 4 y posteriormente, al determinarse su eficiencia de transmisión entre personas, lo elevó al nivel 5. Este nivel establece la existencia de brotes epidémicos en dos países distintos de la misma región; sin embargo la aparición de brotes en países de otras regiones debería conducir a la OMS a la asignación del nivel 6 o pandémico, que tan sólo significa un nivel elevado y sostenido de transmisibilidad en diferentes países y regiones del mundo. Según las fases pandémicas de la gripe de la OMS; las fases 1-3 serían infecciones animales con escasas infecciones humanas; la fase 4 la transmisión humana sostenida y las fases 5-6 (pandemia) la infección humana diseminada.

³⁵⁸ FLYNN, Paul, *La gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence. Rapport Commission des questions sociales, de la santé et de la famille*, Assemblée parlementaire. Conseil de L'Europe, 7 juin 2010, Doc. 12283, p.10.

³⁵⁹ REINA, Jordi, "Consideraciones generales sobre la nueva gripe A(H1N1)", *Medicina Clínica*, 15 de junio de 2009, pp. 626-627.

³⁶⁰ *Ibidem*, p. 628.

1.2. La declaración del nivel de alerta de pandemia.

El 11 de junio de 2009, la OMS anunciaba, mediante un comunicado, que una pandemia de gripe H1N1 estaba en marcha. Se declaró el paso a la fase 6 de alerta en el marco del Plan Mundial de la OMS. Esta decisión de la directora general de la Organización, la doctora Margaret Chan, daba curso a la opinión unánime del grupo de expertos del Comité de Urgencia.³⁶¹

Según la Directora de la Organización Mundial de la Salud, a día de publicarse el documento habían sido notificados 30.000 casos confirmados de gripe H1N1 en 74 países y con pocas excepciones donde se habían registrado no se disponían de los medios adecuados de vigilancia y de detección.³⁶²

Para Margaret Chan, hasta la fecha ninguna pandemia había sido detectada con tanta precocidad y en esos momentos, la incertidumbre científica era considerable puesto que a pesar de que la gripe en los primeros días era moderada, la gravedad podía variar. Margaret Chan, anuncia que habría que prepararse para que hubiera más muertes aunque no se preveía un aumento espectacular de casos graves o letales.³⁶³

Por otra parte, señala que no se sabe cómo el virus se va a comportar en los países en desarrollo puesto que la gran mayoría de casos se han producido en países ricos. Aunque la pandemia parecía moderada, era prudente aventurar su agravamiento cuando el virus se propagara a zonas con recursos limitados. La OMS precisa que ha mantenido un estrecho diálogo con los fabricantes de vacunas contra la gripe para asegurar el suministro apropiado³⁶⁴.

2. Las críticas a la gestión de la OMS de la crisis de la gripe H1N1.

La OMS, sobre todo cuando fueron conociéndose los datos reales y la enorme diferencia entre el pánico creado, fue objeto de ataques por parte de no pocos medios de comunicación y especialistas acusándola de haber sobreestimado el riesgo de la gripe H1N1 bajo la presión de la industria farmacéutica.

³⁶¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *El Nivel de Alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Dra Chan. Directora General de la Organización Mundial de la Salud*, Declaración de la Directora de la OMS a la prensa, 11 de junio de 2009.

³⁶² *Ibidem.*

³⁶³ *Ibidem.*

³⁶⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *El Nivel de Alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Dra Chan. Directora General de la Organización Mundial de la Salud*, Declaración de la Directora de la OMS a la prensa, 11 de junio de 2009.

En efecto, según los análisis realizados por Yves Beigbeder las grandes empresas farmacéuticas obtuvieron beneficios considerables: En noviembre de 2009, las ventas de vacunas se estimaban en más de 7.000 millones de dólares, que pasarían a 18.000 millones si la pandemia se agravaba. Sanofi-Aventis esperaba en aumento de sus beneficios del 11% en 2009. GlaxoSmithKline valoraba obtener beneficios anuales por la venta de vacunas del orden de 4.000 millones de dólares.³⁶⁵

Las críticas arreciaron ya que parecía ser que algunos de los expertos que formaban parte del Comité de urgencia o del Comité del SAGE tenían vínculos directos con compañías farmacéuticas, lo que podría influenciar sus opiniones y suponía un claro conflicto de intereses. Además, los criterios de declaración de pandemia de 2005, fueron modificados por la OMS en mayo de 2009: mientras que la definición anterior exigía que un nuevo virus pudiera conllevar tasas elevadas de mortalidad, esta exigencia desapareció y fue sustituida por una propagación y por brotes en varios países o regiones.³⁶⁶

El nivel de crítica fue un factor muy importante para comprender que la OMS tuviera que dar cuenta de su gestión de la crisis en una audiencia pública de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa (APCE) celebrada el 26 de enero de 2010 a propuesta del Doctor Wolfgang Wodarg, experto especialista en epidemiología³⁶⁷ y por entonces Presidente de la Comisión de Salud del Consejo de Europa. El 7 de enero de 2010, el doctor Wodarg, concedía una entrevista al diario francés *L'Humanité* que tuvo una gran repercusión y contribuyó a que una Organización Internacional (Intergubernamental) diera el paso de investigar formalmente la actuación de otra.

2.1. El papel de Wolfgang Wodarg y su entrevista en *L'Humanité*.

Según Wodarg, las cifras anunciadas por la OMS para justificar la proclamación de la pandemia eran muy débiles y se hablaba ya de la pandemia del siglo. Para Wodarg, nada justificaba esta alerta y esto fue solo posible porque la OMS cambió su definición de pandemia para que solo constara el ritmo de difusión de la enfermedad.

En la citada entrevista Wolfgang Wodarg hace un repaso de algunas de las irregularidades de la OMS en la gestión de la crisis. Así, se pretendía que el virus era peligroso por cuanto las poblaciones no habían podido desarrollar defensas inmunitarias

³⁶⁵ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p. 247.

³⁶⁶ *Ibidem*, pp.247-248.

³⁶⁷ *Ibidem*, p.248.

contra él y, como señaló en la citada entrevista, esto era falso porque se había observado que personas mayores de 60 años tenían anticuerpos.

Wodarg hace referencia a la recomendación de la OMS de practicar dos inyecciones. Este hecho es insólito y no había ninguna justificación científica para hacerlo. Se pidió, cuando no había ninguna razón utilizar vacunas patentadas particulares que las farmacéuticas habían fabricado en caso de aparición de una pandemia.

Al mismo tiempo, Wodarg hace mención a la utilización de coadyuvantes³⁶⁸ que no habían sido testados suficientemente. Esto tiene que ver con lo que sucedió con la gripe aviar de 2005-2006 cuando fueron definidos nuevos planes internacionales destinados a hacer frente a una alarma de pandemia y garantizar una fabricación rápida de vacunas en caso de alerta que dio lugar a una negociación entre las empresas farmacéuticas y los Estados según la cual, los primeros se encargarían de estar preparados para elaborar los medicamentos y por otro lado, los Estados les asegurarían que les comprarían la producción.

Ante la necesidad de obtener las vacunas de manera rápida se optó por técnicas peligrosas que consistían en cultivar los virus en bioreactores, lo que podría tener efectos secundarios y provocar, por ejemplo cáncer. Según Wodarg los efectos secundarios de las vacunas no fueron evaluados.

La Agencia Europea del Medicamento (AME) que es la institución europea encargada de conceder las autorizaciones para la venta de las vacunas en Europa y dio luz verde a la comercialización del producto, argumentando que este modo de fabricación no constituía un serio peligro lo cual ha sido contestado por numerosos especialistas.

Para Wodarg, la gripe H1N1 es una gripe normal, que no ha provocado ni la décima parte de las muertes ocasionadas por la gripe estacional clásica pero constituía una ocasión para aumentar los beneficios de las farmacéuticas. Aseguraba que un grupo de personas de la OMS estaba asociado de manera estrecha a la industria farmacéutica (Novartis, Glaxo o Baxter) y que pudo influenciar las decisiones que se adoptaron.³⁶⁹

³⁶⁸ Los coadyuvantes son utilizados en el proceso de elaboración de una vacuna para estimular el cuerpo y obtener una respuesta inmunitaria superior.

³⁶⁹ ODENT, Bruno, *Grippe A. L'implacable réquisitoire du député Wodarg*, L'Humanité, Publicado el 7 de enero de 2010, Consultado el 5 de febrero de 2017.

2.2. El papel de algunos expertos y de los medios de comunicación.

Por si el eco de la citada entrevista no fuera suficiente, las declaraciones de diversos especialistas contribuyeron a exacerbar los ánimos. En una editorial publicada en *Medicina Clínica* por dos miembros del Hospital Carlos III, de Madrid, aun considerando que la mortalidad de la gripe H1N1 era inferior a la de la gripe estacional señalan una serie de medidas que podríamos calificar de controvertidas. Según los autores, las actividades que supongan la congregación de multitudes y desplazamientos en transportes públicos deberían revisarse o clausurarse. Incluso llegan a hablar de “auto cuarentena” domiciliaria para las personas con sintomatología aunque no estuviera confirmada la etiología gripal.³⁷⁰ Los medios de comunicación son el medio mediante el cual se relatan los acontecimientos ligados a potenciales epidemias y pueden alimentar sentimientos de pánico perjudiciales para la acción de los poderes públicos. Adquieren, por tanto, un rol ambivalente en el sistema de alerta epidémica; son fuentes de información y, en ocasiones de pánico³⁷¹.

Un estudio realizado sobre el tratamiento de la gripe H1N1 en medios de comunicación españoles; en concreto sobre los titulares aparecidos en el diario *El País* y la *Voz de Galicia*, en el período que abarca de abril a mayo de 2009 subraya el tono alarmista utilizado en algunas noticias lo cual pudo generar miedo o inseguridad entre la población.³⁷²

3. La Investigación del Consejo de Europa sobre la gestión de la pandemia por parte de la OMS.

El 18 de diciembre de 2009, el Doctor Wodarg y trece parlamentarios presentan una moción en la APCE donde acusan, con motivo de la gripe H1N1, a las compañías farmacéuticas de haber influido a científicos y agencias oficiales y alarmado a los gobiernos del mundo para promover sus vacunas y medicamentos patentados y de haber hecho derrochar recursos sanitarios limitados para estrategias de vacunación ineficientes. Además, expusieron innecesariamente a millones de personas sanas al riesgo de los efectos secundarios de vacunas insuficientemente probadas. El grupo consideraba que la definición de alarma pandémica no podía estar bajo la influencia de las farmacéuticas y solicitan una

³⁷⁰ SORIANO, Vicente, GONZÁLEZ-LAHOZ, Juan, “El desafío de la gripe A”, *Medicina Clínica*, 2009, pp.708-709.

³⁷¹ MESSNER, Laetitia, « Le rôle ambivalent des médias dans le système d’alerte épidémique : information ou véhicule de panique » en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris, pp. 358-359.

³⁷² COSTA SANCHEZ, Carmen, “Tratamiento informativo de una crisis de salud pública: los titulares sobre gripe A en la prensa española”, *Revista de la SEECI*, nº25, julio 2011, p.60.

investigación al Consejo de Europa.³⁷³ Tras esta audiencia, la ACPE, encarga un informe que fue confiado al parlamentario británico Paul Flynn.³⁷⁴

3.1. El informe del Consejo de Europa.

Según este informe, la manera según la cual la gripe pandémica fue gestionada no sólo por la OMS, sino por las autoridades de salud competentes tanto a nivel de la Unión Europea como a nivel nacional, fue alarmante³⁷⁵. Algunas de las repercusiones, de las decisiones tomadas comportaron una distorsión de las prioridades de los servicios de salud pública europeos, un derroche de fondos públicos importante así como miedos injustificados sobre los riesgos de salud para la población en general.

Flynn destaca que se habían observado grandes lagunas en lo que respecta a la transparencia de los procesos de decisión ligados a la pandemia, lo que despierta las preocupaciones de la posible influencia que la industria farmacéutica hubiera podido ejercer.³⁷⁶³⁷⁷

Muestra su preocupación también por la manera en la que los poderes públicos han comunicado ciertas decisiones sensibles que luego han sido transmitidas por los medios de comunicación, alimentando los miedos y no permitiendo a los ciudadanos tener un punto de vista objetivo. Paul Flynn se felicita de que la OMS se haya mostrado abierta a establecer un diálogo abierto con el Consejo de Europa pero le parece poco acertado que no haya querido compartir ciertas informaciones esenciales concernientes, sobre todo, a la lista de expertos del órgano consultivo de la OMS y sus eventuales conflictos de intereses³⁷⁸. El informe matiza algunos aspectos relevantes.

3.1.1. Diferentes niveles de alerta.

³⁷³ *Faked Pandemics-a threat for health*, Parliamentary Assembly, Council of Europe, 18 December 2009. Doc. 12.110.

³⁷⁴ BEIGBEDER, Yves, *Op. Cit.*, p.248.

³⁷⁵ FLYNN, Paul, *La gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence. Rapport Commission des questions sociales, de la santé et de la famille*, Assemblée parlementaire. Conseil de L'Europe, 7 juin 2010, Doc. 12283, p.6.

³⁷⁶ FLYNN, Paul, *Op. Cit.*, p.6-7.

³⁷⁷ El relator Flynt dice en el informe lo siguiente: "Le rapporteur est vivement préoccupé par la gestion de la pandémie de grippe H1N1, par les décisions prises par l'OMS et les autorités compétentes au niveau européen ainsi que par les conseils donnés aux 47 Etats membres du Conseil de l'Europe. Il est particulièrement alarmé par certaines mesures excessives prises en réponse à ce qui s'est avéré être une grippe d'intensité modérée, par le manque de transparence des processus décisionnels concernés et par l'éventuel abus d'influence de l'industrie pharmaceutique sur certaines décisions majeures. "

³⁷⁸ FLYNN, Paul, *Op. Cit.*, p.7

La OMS describe el H1N1 como un virus gripal que no había sido identificado con fuente de infección en el ser humano pero los análisis genéticos realizados demuestran que tiene por origen virus gripales procedentes de animales.³⁷⁹

En base a los datos expuestos en la declaración de Margaret Chan³⁸⁰, la OMS solicitó la elevación del nivel de alerta pandémica. Según ciertos expertos, esta declaración fue temprana y solo fue posible porque la OMS modificó la descripción de las fases de alerta y sobre todo, porque el criterio relativo a la gravedad de la enfermedad no volvió a ser considerado en la definición de alerta máxima.³⁸¹

La OMS sostiene que la definición de pandemia no fue modificada, solo la descripción de los niveles de alerta. A pesar de estas afirmaciones existen pruebas que demuestran que esto no fue así y que los criterios relativos al impacto y a la gravedad no fueron tenidos en cuenta en la nueva versión del documento que aparecía en la web de la OMS y que fue retirada. Poco tiempo después, la Organización, justificó esta modificación aduciendo que la antigua definición era un “error” y por este motivo había sido desechada.³⁸²

3.1.2. Estrategias de vacunación.

La declaración de pandemia inició un proceso de programación de acciones a nivel internacional que motivó la puesta en marcha de campañas de vacunación en el plano nacional. Algunos países europeos se habían preparado para hacer frente a la pandemia y habían firmado contratos llamados “durmientes” con empresas farmacéuticas, que debían entrar en vigor con la declaración. Algunos de ellos, siguieron las recomendaciones de estas empresas que preconizaban la doble vacunación para garantizar una protección total contra el virus y adquirieron las cantidades suficientes de vacunas.³⁸³

3.1.3. Adecuación y pertinencia de las medidas adoptadas.

Desde la aparición de la enfermedad, parecía claro que un virus recombinado haría su aparición porque todos los años se producen numerosas variaciones de la gripe. Sin embargo, desde el verano de 2009, expertos médicos independientes habían advertido contra una exageración de la pandemia en curso y compartido su preocupación respecto a vacunaciones excesivas, bien fuera por los riesgos de los efectos secundarios o por la ineficacia de ciertos medicamentos y los eventuales abusos de influencia ejercidos por consejeros poco objetivos.

³⁷⁹ *Ibidem*, p.7.

³⁸⁰ *El Nivel de Alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Dra Chan, Op, Cit.*

³⁸¹ *Ibidem*, p.7.

³⁸² *Ibidem*, p.10.

³⁸³ FLYNN, Paul, *Óp. Cit.*, p.8.

Según el informe de Flynn, ante lo moderado de la pandemia es conveniente poner en tela de juicio la interpretación de los datos científicos. Aquellos que estaban a favor de la puesta en marcha de medidas de gran envergadura las justificaban por lo que se denomina “principio de precaución”. Algunos científicos preveían desde hacía tiempo, la aparición de una pandemia mundial y estaban extremadamente sensibilizados por las consecuencias dramáticas que podía tener este nuevo virus. Además, la posible mutación de la gripe porcina era considerada como el peligro más grave que podría conllevar la ineficacia de los tratamientos y vacunas antigripales existentes y acentuar la gravedad de la enfermedad.³⁸⁴

Por otra parte, numerosos países han tenido dificultades para hacer una distinción entre los pacientes fallecidos teniendo la gripe y los pacientes fallecidos a causa de la gripe. Según este aspecto, algunas estadísticas en base a las cuales fueron adoptadas decisiones posteriores pudieron estar “falseadas”.³⁸⁵

Durante el trabajo de investigación, el relator se entrevistó con responsables de la OMS para conocer porqué se había mantenido el nivel de alerta cuando los datos empíricos habían revelado que la pandemia era menos virulenta. El Dr. Keiji Fukuda, Consejero especial de la Directora General para la gripe H1N1, ha declarado en nombre de la OMS que, en los casos de urgencia de salud pública, las autoridades sanitarias deben de tomar medidas urgentes en un clima de incertidumbre científica. Se declara convencido de que era mejor enfrentarse a una pandemia moderada con una oferta abundante de vacunas que a una pandemia grave con provisiones de vacunas insuficientes.³⁸⁶ Por otro lado, según Fukuda, las medidas adoptadas por la OMS no habían estado influenciadas por la industria farmacéutica y existían diversos mecanismos para gestionar los conflictos de intereses. Declaró, igualmente, que se iba a realizar un examen sobre la gestión de la pandemia conducido por expertos independientes y cuyos resultados serían publicados.³⁸⁷

3.1.4. Conflictos de intereses

Según Flynn, a pesar de la puesta en marcha de mecanismos de protección contra los conflictos de intereses en la OMS, esta cuestión debería ser objeto de un seguimiento minucioso. Que los representantes de la industria farmacéutica hubieran podido influir en las decisiones políticas han sido alimentadas por diversos testimonios³⁸⁸.

³⁸⁴ *Ibidem*, p.10.

³⁸⁵ *Ibidem*, p.11.

³⁸⁶ *Ibidem*, p.11.

³⁸⁷ BEIGBEDER, Yves, *Óp. Cit.*, p.248.

³⁸⁸ FLYNN, Paul, *Óp. Cit.*, p.13.

Entre otros, por un artículo del *British Medical Journal* del 4 de junio, donde los periodistas Deborah Cohen y Philip Carter realizaron una investigación sobre el papel que jugaron ciertos científicos que asesoraban a la OMS y que habían sido remunerados por empresas farmacéuticas.³⁸⁹

El 8 de junio de 2010, La Doctora Chan envió una respuesta a la redacción del *British Medical Journal* en relación al artículo publicado donde asegura que en ningún momento, se tuvieron en cuenta los intereses comerciales en el proceso de adopción de decisiones y considera estas acusaciones sin fundamento.³⁹⁰

Entre los factores que han abonado el terreno para que surjan sospechas sobre el abuso de influencias se pueden citar, según el informe del relator Flynn, los acuerdos contractuales establecidos de manera precoz entre los Estados y las farmacéuticas así como los beneficios que éstas hayan podido obtener a causa de la epidemia. De cualquier manera, la principal sospecha viene dada por el vínculo entre los miembros de los consejos consultivos de la OMS con los grupos farmacéuticos que pondría en duda la neutralidad de sus opiniones. Desgraciadamente, la OMS rechazó hacer públicos sus nombres invocando el argumento del respeto a su vida privada y la necesidad de evitar que se ejerzan sobre ellos presiones de los medios de comunicación o de empresas.³⁹¹

3.1.5. El rol de la industria farmacéutica durante la pandemia.

Un cierto número de empresas farmacéuticas participaron en la producción de vacunas para la gripe H1N1. A nivel europeo, fueron Novartis, GlaxoSmithKline, Baxter internacional y Sanofi-Pasteur. Estas sociedades forman parte del Grupo de productores europeos de vacunas (EVM) que dependen de la Federación europea de las industrias y asociaciones farmacéuticas (EFPIA).

La industria farmacéutica estuvo representada por la EVM en la audiencia pública que tuvo lugar del 26 de junio de 2010.³⁹² En la comparecencia de su representante, Luc Hessel rechazó todas las acusaciones sobre la gestión de la preparación de la pandemia.³⁹³

Como ya hemos señalado, todas las vacunas oficiales siguieron el procedimiento oficial de la Agencia europea del medicamento (EMA) pero que los medicamentos pasaran por

³⁸⁹ COHEN, Deborah, CARTER, Philip, "WHO and the pandemic flu "conspiracies"", *British Medical Journal*, 3 June 2010, p.1.

³⁹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Carta de la Organización Mundial de la Salud a la redacción del BMJ*, Declaración 8 de junio de 2010, de la Directora general de la OMS.

³⁹¹ FLYNN, Paul, *Óp. Cit.*, pp.13-14.

³⁹² *Ibidem* pp. 15-16.

³⁹³ Declaración del European Vaccine Manufacturers en el marco del debate del Consejo de Europa sobre "les fausses pandémies: une menace pour la santé", publicado el 14 de abril, Bruselas. Intervención de Luc Hessel, EVM, en la audiencia pública del 26 de enero de 2010.

todos los test necesarios sobre los riesgos potenciales ha generado la duda entre muchos especialistas de salud pública.

El relator se pregunta si los gobiernos estuvieron suficientemente informados por las autoridades antes de tener que adquirir grandes cantidades de vacunas autorizadas por procedimientos acelerados que expusieron a los gobiernos a eventuales presiones de las farmacéuticas.³⁹⁴

3.1.6. El papel de los Estados Miembros.

Los Estados del Consejo de Europa reaccionaron de manera diferente a la pandemia, adoptando como Polonia una actitud extremadamente reservada frente a otros países más proactivos como Francia y el Reino Unido.³⁹⁵

El Ministerio de salud británico anunció en un primer momento que podrían esperarse 65.000 fallecimientos. A principios de 2010, estas estimaciones se revisaron hasta las 1.000 muertes. En enero de 2010, las cifras demostraban que menos de 5.000 personas habían contraído la gripe y “solo” se habían producido 360 muertos.

La actitud francesa demuestra hasta qué punto la pandemia pudo ser sobrevalorada: la gripe causó la muerte de 312 personas (cifras de abril de 2010) y se registraron 1334 casos severos. En base a la evolución de la pandemia, el gobierno francés tuvo que anular un pedido de 50 millones de dosis sobre un total de 94 millones que se solicitaron inicialmente. Una parte de las vacunas han sido vendidas a otros países pero Francia se encontró con un stock inútil de vacunas ya que en marzo de 2010, solo 5,7 millones de personas se habían vacunado. La factura de Francia fue de 365 millones de euros y un stock de 25 millones de dosis que caducaban en 2010.³⁹⁶

Polonia es uno de los raros casos en Europa que no se precipitó en la compra de vacunas por las dudas sobre la inocuidad y su desconfianza hacia las empresas que las fabrican.³⁹⁷

España por su parte de las 37 millones de vacunas contra la gripe A que encargó, finalmente sólo adquirió 13 millones ³⁹⁸

³⁹⁴ FLYNN, Paul, *Óp. Cit.*, pp.16-17.

³⁹⁵ *Ibidem*, p.18.

³⁹⁶ *Ibidem*, p.18.

³⁹⁷ *Ibidem*, pp.18.

³⁹⁸ Agencias, *La OMS se someterá a una auditoría externa para determinar si la alerta de gripe A fue exagerada*, RTVE.es, Publicado el 12 de enero de 2010, Consultado el 5 de febrero de 2017.

3.2.1. La Resolución 1749 y recomendación 1929 (2010).

Tras la publicación del Informe del relator Flynn, el 24 de junio de 2010, la Asamblea parlamentaria adopta la resolución 1749 en la que se muestra alarmada sobre la manera según la cual la gripe H1N1 fue gestionada, no sólo por la OMS sino también por las autoridades de la Unión Europea y a nivel nacional y destaca la falta de transparencia de las decisiones adoptadas y la influencia que las empresas farmacéuticas hubieran podido ejercer. Señalan como aspecto positivo el proceso de examen y evaluación de la crisis de la H1N1 de la OMS, las instituciones europeas y un cierto número de gobiernos pero deplora las reticencias de la OMS de compartir ciertas informaciones y su actitud extremadamente defensiva al no querer reconocer que la noción de pandemia fue modificada.³⁹⁹

La recomendación 1929 solicita una revisión rigurosa de las decisiones adoptadas por las autoridades sanitarias internacionales para recuperar la confianza del público y para que en caso de riesgo mayor, los gobiernos y ciudadanos sigan sus consejos.⁴⁰⁰

3.2.2. Respuesta del Consejo de Ministros del 24 de junio de 2011.

La respuesta del Consejo resultó ser un tanto tibia. Según el documento, la responsabilidad de la gestión de las pandemias incumbe a las autoridades nacionales y considera que las diferentes evaluaciones que se están realizando a nivel nacional, europeo e internacional sobre la gestión de la gripe H1N1 ofrecerán conclusiones útiles.⁴⁰¹

En la respuesta no se hace una sola mención a los diferentes aspectos esgrimidos en el informe de Flynn sobre la gestión de las crisis; sin embargo es importante destacar la importancia que tiene el trabajo realizado por la Comisión para sacar a la luz cómo fue gestionada la crisis y las insuficiencias de la OMS.

3.3.1. Documento de lecciones aprendidas sobre la gripe H1N1 de la Unión Europea.

El 18 de noviembre de 2010, la Comisión Europea emite un documento relativo a las lecciones aprendidas con la gestión de la gripe H1N1 donde se destaca la importancia de adquirir de manera conjunta, vacunas y medicación⁴⁰², la planificación de la preparación y

³⁹⁹ *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*, Assemblée Parlementaire. Conseil de l'Europe. Résolution 1749, 24 de junio de 2010.

⁴⁰⁰ *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*, Assemblée Parlementaire. Conseil de l'Europe. Recommandation 1929 de 24 de junio de 2010.

⁴⁰¹ *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*, Assemblée Parlementaire. Conseil de l'Europe. Réponse du Comité des Ministres adoptée à la 1103^a réunion des Délégués des Ministres (19-20 janvier 2011).

⁴⁰² *Documento de trabajo de los servicios de la Comisión relativo a las lecciones aprendidas con la pandemia de gripe H1N1 y a la seguridad sanitaria en la Unión Europea*, SEC (2010)1440, Comisión Europea, Bruselas, 18 de noviembre de 2010. pp. 2-3.

respuesta ante pandemias de gripe en la UE y el refuerzo de la colaboración a nivel de la UE en relación con otras enfermedades transfronterizas graves para la salud, sea cual sea su origen.⁴⁰³

3.3.2. Propuesta de resolución sobre la evaluación de la gestión de la gripe H1N1 en 2009 y 2010 en la UE.

En una propuesta de resolución del Parlamento Europeo que finalmente fue aprobada el 25 de enero de 2011⁴⁰⁴ y que se basa en un informe muy contundente elaborado por Michèle Rivesi, se realiza una evaluación y se repasan los aspectos más destacados de la gestión de la gripe H1N1 en 2009 y 2010 en la UE.

En el documento se reconoce que la industria farmacéutica tuvo que responder a una gran demanda de vacunas por parte de los Estados miembros en una situación de urgencia y que éstos tuvieron que incurrir a gastos cuantiosos pero que se podrían haber evitado si hubiera habido una mayor cooperación entre los países.

Se alude a las dudas en los que surgieron en los procedimientos de compra de vacunas y a la falta de transparencia en estos procedimientos.⁴⁰⁵

La propuesta de resolución conviene que la UE fue la región más preparada del mundo ante la pandemia a pesar de la falta de coordinación. Es importante señalar la mención expresa que se realiza a la necesidad de disponer de estudios sobre las vacunas y los medicamentos antivirales y que éstos sean independientes de las empresas farmacéuticas⁴⁰⁶.

El informe realiza una crítica expresa a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), que a pesar de las demandas de información realizadas por el Defensor del Pueblo Europeo sobre los protocolos de investigación, los ensayos clínicos y los efectos no deseados de los medicamentos sometidos a su evaluación éstos no fueron presentados. Se efectúa un reproche también a los medios de comunicación que a pesar de tener un papel crucial en la gestión de este tipo de crisis, su tratamiento pudo alterar la percepción de la opinión pública y las respuestas de las autoridades.⁴⁰⁷

⁴⁰³ *Ibidem*, pp.4-6

⁴⁰⁴ RIVASI, Michele, *Informe sobre la evaluación de la gestión de la gripe H1N1 en 2009 y 2010 en la UE*, Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, Documento de sesión del Parlamento Europeo A7-0035/2011, 9 de febrero de 2011.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, p.6.

⁴⁰⁶ *Ibidem*, p.7.

⁴⁰⁷ *Ibidem*, p.8.

En la resolución se solicita entre otras cuestiones que se revisen los planes de prevención elaborados en la UE y sus Estados miembros para futuras pandemias de gripe con objeto de ganar en eficacia y coherencia. Se insta por otro lado a la OMS a que revise su definición de pandemia teniendo en cuenta no solo su extensión geográfica sino también su gravedad y se hace mención también a la necesidad de establecer procedimientos de compra conjunta por parte de los Estados.⁴⁰⁸ Se destaca además, la necesidad de que los expertos científicos no posean intereses económicos o de otro tipo en la industria farmacéutica que pudieran influir en su imparcialidad.⁴⁰⁹

4. Evaluación externa de la OMS de respuesta a la pandemia.

El 5 de mayo de 2011, se presenta en la Asamblea general el Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 en relación con la pandemia por virus (H1N1). Según el documento elaborado por el Comité de Examen del RSI, desde que entró en vigor, la pandemia por virus H1N1 es la primera emergencia de salud pública de importancia internacional que se ha dado y por esta razón, se realiza un análisis sobre su aplicación.

Según el informe, el RSI facilita la actuación internacional coordinada porque exige que los países informen a la OMS sobre brotes epidémicos y eventos de salud de importancia internacional. Las disposiciones del RSI son jurídicamente vinculantes para los Estados Partes y la OMS⁴¹⁰, si bien es cierto que carece de sanciones que puedan aplicarse, lo cual es calificado por el informe como una deficiencia estructural.⁴¹¹

El Comité de Examen ofrece tres conclusiones generales sobre la gestión de la gripe H1N1⁴¹²:

- El RSI ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública.
- La OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia y el Comité no encontró indicios de ningún acto ilícito.

⁴⁰⁸ *Ibidem*, p.9.

⁴⁰⁹ *Ibidem*, p.10.

⁴¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*, Informe de la Directora General, 64ª Asamblea Mundial de la Salud, A64/10, 5 de mayo de 2011, pp.9-10.

⁴¹¹ *Ibidem*, p.14.

⁴¹² *Ibidem*, p.12.

- El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global.

El informe, extrae algunas conclusiones reseñables sobre la gestión de la crisis:

- La definición de pandemia: El informe reconoce la inexistencia de una descripción clara de la gravedad de la pandemia y vierte una crítica a la OMS sobre la manera inadecuada de disipar la confusión en la definición del concepto. Su renuencia a reconocer su parte de responsabilidad contribuyó a alimentar las sospechas sobre la OMS.
- Los conflictos de intereses. La polémica decisión en torno a la cual, la identidad de los miembros del Comité de Emergencias siguiera siendo confidencial tuvo el efecto de alimentar las sospechas de que la Organización tenía algo que ocultar. Según la evaluación, aunque la decisión fue congruente con las prácticas de la OMS, ésta no fue adecuada en el caso de un Comité cuyas labores durarían muchos meses. El documento critica la inexistencia de procedimientos para gestionar los conflictos de intereses de los expertos que realizan funciones de asesoramiento.

La evaluación reconoce que finalmente, las relaciones en cuestión se hicieron públicas, junto con los nombres de los miembros del Comité, cuando se declaró el final de la pandemia, el 10 de agosto de 2010. No obstante, antes de que se publicara esta información, las presunciones sobre posibles vínculos entre los miembros del Comité y la industria llevaron a algunas personas a sospechar sobre la existencia de irregularidades.

- Las críticas a la exageración de la pandemia y el anuncio de la fase 6. El comité considera que inicialmente no se sabía lo que iba a ocurrir y que los datos llevaron a muchos expertos, tanto de la OMS como ajenos a ella, a prever una pandemia potencialmente más grave de lo que en realidad fue.

Finalmente, respecto a las críticas de precipitarse en el anuncio de la fase 6 con el objeto de favorecer a los fabricantes de vacunas, según el informe, el anuncio fue retrasado hasta que fue innegable que se estaba produciendo una transmisión en diferentes regiones del mundo. El Comité de Examen no ha podido determinar que ningún crítico de la OMS haya aportado prueba directa alguna de una influencia comercial en la toma de decisiones y no se

encontró ninguna prueba de que los intereses comerciales hubieran influido a la OMS ni en las decisiones adoptadas.⁴¹³

En el apartado de conclusiones y recomendaciones no se hace ninguna mención a la polémica del uso de la doble vacunación. Más adelante, aparece una mención y se dice que los análisis habían revelado que en la mayoría de las situaciones bastaba con una sola dosis en lugar de las dos inicialmente previstas y en consecuencia algunos países se encontraron con lotes sin utilizar.⁴¹⁴

5. El caso de la gripe H1N1. Un caso de securitización de la salud.

El caso de la gripe H1N1 constituye para nosotros un caso evidente de securitización de la salud. En un mundo caracterizado por una sensación de vulnerabilidad enorme tras el final de la guerra fría y sobre todo a partir del 11 de Septiembre, el concepto y las políticas de seguridad se han redefinido y surgen nuevas amenazas para la seguridad global. Autores como Wendt consideran que la seguridad no es un estado objetivo a alcanzar sino un significado intersubjetivo que solo puede ser comprendido en el marco de unas relaciones sociales⁴¹⁵ y como determinadas cuestiones se “securitizan” y son convertidas por determinados actores en problemas de seguridad, como ha sido el caso de la gripe H1N1.

Los elementos que nos sirven para determinar que con la crisis de la gripe H1N1 podemos hablar de un caso evidente de securitización, son los que siguen a continuación. Seguiremos para ello la categorización de Balzacq que aparece en el trabajo de Sanahuja y Schünemann⁴¹⁶:

- El actor responsable de la securitización fue la OMS, la máxima autoridad sanitaria a nivel internacional. En concreto del comunicado de Margaret Chan del 11 de junio de 2009 realizado por la máxima representante del organismo internacional encargado de asumir el liderazgo de los asuntos sanitarios mundiales. La declaración de pandemia fue el *securitization claim*; es decir el anuncio de que nos encontrábamos ante un virus gripal cuyas consecuencias eran impredecibles en ese momento y que podría ocasionar la muerte de millones de personas.

⁴¹³ *Ibidem*, pp.16-18.

⁴¹⁴ *Ibidem*, p. 62.

⁴¹⁵ SANAHUJA, José Antonio, SCHÜNEMANN Julia, *Óp. Cit.*, p.104.

⁴¹⁶ *Ibidem*, p. 107.

➤ El objeto referente de la securitización; es decir aquello que era amenazado, fue la salud de millones de personas; sobre todo de los países ricos que se constituyen en la “audiencia” a quienes había de persuadirse de que existía una amenaza a la seguridad y de que era necesario afrontarla con medios extraordinarios (vacunaciones masivas, restricciones en los transportes, etc.)

➤ Tanto los medios de comunicación, como las declaraciones de ciertos expertos sobre la gravedad de la gripe H1N1 fueron los medios para que la securitización tuviera una resonancia en la audiencia y para ampliar y profundizar la noción de amenaza.

Con la declaración de la pandemia se puso en marcha el Reglamento Sanitario Internacional, elaborado tras la crisis de la gripe aviar, que podría ser uno de los objetivos de la securitización. El RSI, muy contestado sobre todo por los países en desarrollo, permitía a la OMS decretar la vacunación masiva en los países; invadiendo parcelas de la soberanía de los Estados.

Es muy importante señalar el cambio en la definición de pandemia que sólo tenía en cuenta la transmisión de la enfermedad y obviaba su gravedad así como la modificación de las fases de alerta; una y otra vez negado por la OMS hasta la evaluación que tuvo lugar en 2011.

Por otro lado, parece ser que hubo presiones por parte de las empresas farmacéuticas sobre los miembros del comité de urgencia para declarar el nivel de alerta pandémica que motivó las dudas sobre la hipotética existencia de conflictos de intereses en algunas personas.

Lo que es incuestionable es que las empresas farmacéuticas ganaron muchos millones de euros con la crisis y que los contratos “durmientes” con los Estados se pusieron en marcha para proceder a la vacunación masiva al decretarse la fase 6.

En este sentido es imprescindible señalar que insólitamente se aconsejara la doble vacunación. Este hecho es inaudito y poco justificable e implicó multiplicar por dos las ganancias de las farmacéuticas y poner en riesgo la salud de las personas vacunadas.

Asimismo, la misma recomendación de proceder a la fabricación de vacunas específicas ha sembrado las dudas entre los expertos por cuanto todos los años el virus de la gripe muta y no se fabrican vacunas concretas. Sorprende también, la aprobación acelerada de la

viabilidad de los productos por la Agencia Europea del Medicamento cuando no se habían realizado los controles suficientes.

Uno de los aspectos más reseñables que ya hemos mencionado es la investigación del Consejo de Europa según la cual, por primera vez una organización intergubernamental iba a investigar a otra. A pesar de que la respuesta del Consejo de Ministros fue bastante tibia, no debemos restar importancia a la amplia investigación liderada por el relator Flynn. En un informe muy duro, pone en tela de juicio la gestión de la crisis por parte de la OMS.

CAPÍTULO OCTAVO. EL BROTE EPIDEMIOLÓGICO DEL VIRUS EBOLA Y LA RESPUESTA DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL.

El brote de la enfermedad del virus Ébola (EVD) que tuvo lugar entre 2014 y 2015 en Sierra Leona, Liberia y Guinea fue una emergencia sanitaria, en muchos sentidos sin precedentes⁴¹⁷. Durante la epidemia, más de 11.000 personas murieron convirtiendo al brote de Ébola de África Occidental en el más letal de la historia, superando a la suma total de todas las muertes causadas por todos los brotes anteriores, desde el descubrimiento del virus en 1976. Fue el primero en ocurrir en esta región y el primero también, en darse en áreas urbanas densamente pobladas. Recibió asimismo, un nivel de atención pública y mediática mundial muy superior al de la mayoría de las crisis sanitarias mundiales.⁴¹⁸

Cuando las consecuencias comenzaron a sentirse fuera de la región, la comunidad internacional empezó a asumir la nueva urgencia. La repatriación de trabajadores sanitarios infectados a Estados Unidos, Reino Unido y España aumentó los temores de que la enfermedad se extendiera más allá de África Occidental.

El descubrimiento de casos en Nigeria, Malí y Estados Unidos demostró, a su vez, la facilidad con la que el virus podía cruzar los límites del Estado. En respuesta, los países vecinos de la región trataron de cerrar sus fronteras, una acción condenada por la propia OMS o el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Para septiembre de 2014, según Roehmer-Mahler y Rushton, era cada vez más evidente que el brote en curso no era solo un problema de salud mundial, sino también un problema político mundial.⁴¹⁹

Cabe señalar que los países de África del Oeste, afectados por el Ébola presentan una serie de disfunciones semejantes en sus sistemas de salud que explica su virulencia. Tal y como algunos actores han señalado, el brote de 2014 podría haber revelado, los límites o incluso el fracaso absoluto del sistema de gobernanza de salud global.⁴²⁰ Nos parece por tanto adecuado, detenernos a explicar la crisis, sus implicaciones así como la respuesta que dio la comunidad internacional y sobre todo la OMS y las implicaciones que ha tenido dentro del proceso de reforma de la Organización.

⁴¹⁷ ROEMER-MAHLER, Anne, RUSHTON Simon, "Introduction: Ebola and International Relations", *Third World Quarterly*, Vol. 37, N°3, March 2016, p.373.

⁴¹⁸ *Ibidem*, p.373.

⁴¹⁹ *Ibidem*, p.374.

⁴²⁰ *Ibidem*, p.374.

Mientras que la respuesta de la organización al brote del SARS de 2003 fue considerada por algunos autores eficiente, competente y efectiva; la gestión de la OMS tanto de la pandemia H1N1 de 2009 como del brote de Ébola en África Occidental ha sido percibida según Kamradt, como inepta, disfuncional e incluso caótica.

De hecho, el manejo de estas crisis de salud global han sido tan mal visto que cada una de estas emergencias de salud pública de interés internacional (PHEIC) han motivado evaluaciones externas independientes sobre la actuación de la OMS. Cada revisión concluyó posteriormente que hay una necesidad urgente de reformar la OMS.⁴²¹

1. El Brote epidémico del virus Ébola en África del Oeste.

El 6 de diciembre de 2013, la epidemia de Ébola más importante vista en el mundo comenzó cuando una niña de dos años en Guéckédou, Guinea, un pequeño pueblo que limita con Sierra Leona y Liberia, se infectó. El brote de Ébola de Guinea es el primero documentado fuera de África Central y es único en su tamaño, duración y extensión espacial. El virus circulante identificado fue el *Zaire ebolavirus*, una cepa previamente encontrada en sólo tres países de África Central: la República Democrática del Congo (RDC), la República del Congo y Gabón.⁴²²

El impacto en salud pública de la epidemia de Ébola en África Occidental ha sido mucho mayor que el número de casos. Se han producido efectos indirectos masivos en los servicios públicos de salud ya debilitados, entre los que se podría citar la importante parálisis del sector sanitario que ha producido graves impactos en otras enfermedades endémicas en estos países y en la morbilidad y la mortalidad asociada. Las pérdidas económicas han sido sustanciales y las perturbaciones sociales han tenido un efecto que va más allá de la propia epidemia.⁴²³

La OMS designó el brote de África occidental como Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (PHEIC) el 8 de agosto de 2014. Para el 25 de octubre de 2014, la OMS reportaba 10.141 casos y 4.922 muertes haciendo de este brote más importante que los brotes anteriores que se habían producido en África combinados. A finales de agosto, la

⁴²¹ KAMRADT-SCOTT, Adam, "WHO's the blame ? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa", *Third World Quarterly*, 37:3, 4 Jan 2016, p. 401.

⁴²² ALEXANDER, Kathleen A., SANDERSON, Claire E., MARATHE, Madav, LEWIS, Bryan L., RIVERS, Caitlin M., SHAMAN, Jeffrey, DRAKE John M., LOFGREN, Eric, DATO, Virginia M., EISENBERG, Marisa C., EUBANK, Stephen, "What factors Might Have Led to the Emergence of Ebola in West Africa?", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, June 4, 2015, p.2.

⁴²³ *Ibidem*, p.2.

OMS estimaba que la prevalencia real era de dos a cuatro veces superior a las cifras notificadas. El brote se concentraba en las capitales de Guinea, Liberia y Sierra Leona, aunque se han producido casos en casi todas las regiones de estos países.⁴²⁴

A lo largo de las próximas páginas explicaremos las características principales de este virus y como se originó el brote epidémico en los países de África del Oeste. No obstante y aunque sea de manera somera, explicaremos las características principales de la enfermedad.

1.1. Virus de Ébola. Características fundamentales.

La enfermedad por virus Ébola (EVE), antes conocida como fiebre hemorrágica de Ébola⁴²⁵, está causada por un virus zoonótico descubierto por primera vez en 1976 en aldeas remotas de la República Democrática del Congo y Sudán. El virus se volvió a identificar a mediados de la década de 1990, cuando volvió a emerger en Gabón y Kikwit, RDC. Desde entonces, se han producido brotes esporádicos en humanos y en poblaciones de primates no humanos, principalmente en zonas remotas del África central. Existen cinco virus Ébola: *Zaire ebolavirus*, *Sudan ebolavirus*, *Bundibugyo ebolavirus*, *Tai Forest ebolavirus* y *Reston ebolavirus*. El más letal como explicamos al comienzo es el *Zaire ebolavirus*.

Se cree que el reservorio primario del virus Ébola son los murciélagos frugívoros. Sin embargo, los primates no humanos; incluidos los chimpancés, los gorilas, los monos cynomolgus, y los antílopes, han sido reportados como posibles vectores en la transmisión a humanos. El Ébola ha causado de la misma forma, una mortalidad devastadora en poblaciones de primates no humanos.

Una vez infectados, los síntomas de EVE en los seres humanos son inespecíficos y suelen incluir fiebre, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones o en los músculos, dolor de garganta, vómitos y/o diarrea. Los casos más graves desarrollan manifestaciones hemorrágicas, shock y otros síntomas neurológicos.

Si bien ha sido difícil rastrear la fuente de los brotes epidémicos en humanos, se cree que los brotes de EVE por lo general comienzan mediante una fuente zoonótica con la subsiguiente transmisión de humano a humano. La transmisión entre los seres humanos se produce a través de la exposición a fluidos corporales infecciosos, habitualmente por el

⁴²⁴ *Ibidem*, p.3.

⁴²⁵ RAJAK, Harish, JAIN, Deepak Kumar, SINGH, Avineesh, SHARMA, Ajay Kumar, DIXIT, Anshuman, "Ebola virus disease: past, present and future", *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5, 1 April 2015, p.337.

contacto cercano con individuos infecciosos cuando se hacen cargo de pacientes (por ejemplo, por la utilización de agujas contaminadas, la atención domiciliaria familiar o medidas de protección insuficientes entre los trabajadores de la salud en entornos de atención de salud) o con pacientes fallecidos por EVE cuando son preparados para su entierro. Las medidas de control contra el EVE están bien documentadas e incluyen la identificación, el aislamiento y la atención médica de los pacientes sospechosos, la estricta prevención y el control de la infección entre los encargados de cuidar a los pacientes y los entierros seguros.⁴²⁶

La transmisión de la EVE se produce a través del contacto de los fluidos corporales de personas o animales infectados convirtiéndola en una de las mayores enfermedades epidémicas del mundo. Cuando se produjo el brote, no había ningún tratamiento específico ni estaba disponible ninguna vacuna con licencia para su uso en seres humanos.⁴²⁷ En 2016, en un artículo publicado en *The Lancet*⁴²⁸ y según confirmó la OMS, la vacuna llamada rVSV-ZEBOV, fue analizada en un ensayo en el que participaron 11.841 personas en Guinea durante 2015 y ha demostrado su efectividad.

Un problema relevante es que puede haber un período de incubación de 3 semanas entre la infección y los síntomas. En las primeras etapas de la enfermedad el individuo infectado es contagioso, pero la fiebre puede ser confundida con otra enfermedad. Estas características hacen que el virus pueda propagarse fácilmente dentro de una población.⁴²⁹

Los únicos casos de transmisión secundaria que se produjeron en los Estados Unidos se asociaron con el personal de enfermería y el cuidado de un paciente Ébola. Desde estos sucesos, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos ha revisado y fortalecido sus directrices y otros protocolos de seguridad. También se han empleado enfoques más agresivos, como la cuarentena obligatoria para el personal

⁴²⁶ VAN KERKHOVE, Maria, BENTO, Ana I., MILLS, Harriet L., FERGUSON, Neil M. and DONNELLY Christl A., "A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making", *Nature. Scientific Data*, 2015, pp.2-3.

⁴²⁷ SINGH, Gurpreet, KUMAR, Arbind, SINGH Kashmir, KAUR, Jagdeep, "Ebola virus: an introduction and its pathology", *Reviews in Medical Virology*, 7 October 2015, p.1.

⁴²⁸ HENAO-RESTREPO, Ana María, CAMACHO, Antón, LONGINI, Ira M., WATSON, Conall H., EDMUNDS, John, W., EGGER, Matthias, CARROLL, Miles W., DEAN, Natalie, E., DIATTA, Ibrahima, DOUMBIA, Moussa, DRAGUEZ, Bertrand, DURAFFOUR, Sophie, ENWERE, Godwin, GRAIS, GUNTHER, Stephan, GSELL, Pierre-Stéphane, HOSSMANN, Stéphanie, WATLE, Sara Vilksmoen, KONDE, Mandy Kader, KÉÏTA, Sakoba, KONE, Souleymane, KUISMA, Eewa, Levine Myron M., MANDAL, Sema, MAUGET, Thomas, NORHEIM, Guunstein, RIVEROS, Ximena, SOUMAH, Aboubacar, TRELLE, Sven, VICARI, Andrea S., ROTTINGEN, John-Arne, "Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!)", *The Lancet*, Vol. 389, February 2017.

⁴²⁹ DAWSON, Angus J., "Ebola: what it tells us about medical ethics", *J. Med Ethics*, 41, 2015, p.107.

médico que regresaba de los países afectados lo que generó preocupación y miedo y pudo afectar a su voluntad de ayudar a los países.⁴³⁰

1.2. Condiciones sociales que permiten y favorecen la transmisión de la enfermedad.

La guerra, el crecimiento demográfico, la pobreza y las deficientes infraestructuras sanitarias, entre otras condiciones han contribuido probablemente a la extensión, duración y tamaño sin precedentes de la epidemia de Ébola en África Occidental. En esta región de África, el crecimiento de la población ha sido dramático, con un aumento del 223%, 178% y 275% en Guinea (1960-2012), Sierra Leona y Liberia (1961-2013). La migración del campo a la ciudad y el crecimiento en los países afectados ha aumentado significativamente la proporción de personas que viven en ambientes urbanos, donde los brotes Ébola se han concentrado⁴³¹. Citaremos algunos aspectos que nos parecen fundamentales y que explican el impacto de la enfermedad.

- La movilidad humana. Un conjunto complejo de factores sociológicos y económicos influye en el movimiento humano y puede tener impactos críticos sobre la dinámica de los brotes y la propagación espacial de las enfermedades infecciosas. En África Occidental, el movimiento humano se considera una característica particular de la región, con tasas de migración superiores a 7 veces el movimiento en el resto del mundo. Se calcula que el 11% de la población de África occidental vive fuera de su país de nacimiento, y, entre un 30% y un 40% de las personas residen fuera de su distrito o aldea de nacimiento.
- Décadas de conflictos civiles. Entre 1989 y 2004, los conflictos armados se intensificaron en África Occidental, traspasando las fronteras de Liberia, Sierra Leona, Guinea y Costa de Marfil. La violencia, el saqueo y el pillaje se convirtieron en una oportunidad económica para la gente que vivía en la pobreza. Los movimientos masivos de población y los campos de refugiados crearon un gran grupo de personas desplazadas y vulnerables, con impactos ambientales asociados que persisten hoy en día. Estas perturbaciones regionales ambientales y sociales han afectado la infraestructura, la gobernanza, la cohesión social y la salud mental y física y los medios de subsistencia de las personas en la región.

⁴³⁰ ALEXANDER, Kathleen A., SANDERSON, Claire E., MARATHE, Madav, LEWIS, Bryan L., RIVERS, Caitlin M., SHAMAN, Jeffrey, DRAKE John M., LOFGREN, Eric, DATO, Virginia M., EISENBERG, Marisa C., EUBANK, Stephen, *Op. Cit.*, p.5.

⁴³¹ *Ibidem*, p.12.

- Prácticas culturales y comportamentales. La consideración del comportamiento y la cultura en la transmisión de la enfermedad es fundamental para el control y la comprensión de la dinámica de transmisión. La diversidad cultural es consustancial a África, dentro y fuera de los países y puede tener una profunda influencia en la cohesión social y la comunicación, particularmente durante los períodos de perturbación.
- Consumo de carne de animales salvajes. El consumo de carne de animales salvajes ha sido identificado como el mecanismo principal para la transmisión del Ébola a los seres humanos.
- Prácticas funerarias. Las prácticas de enterramiento tradicionales, que incluyen el lavado y el contacto con los fallecidos, se han relacionado con el 60% de los casos de Ébola en Guinea. La atención a las personas afectadas principalmente por parte de las mujeres, también se ha asociado con brotes presumiblemente explicando la tasa relativamente alta de infección en mujeres (67% de las personas afectadas) en el brote ugandés 2000-2001⁴³². Diversas autoras, ha estudiado los brotes de Ébola⁴³³ y Zika⁴³⁴ desde una perspectiva de género y desde el punto de vista de estas autoras se produce una invisibilidad manifiesta de las mujeres en la agenda global de la salud.
- La medicina tradicional. La medicina tradicional se define como el conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas asociadas que surgen de teorías, creencias y experiencias identificadas por diferentes culturas y utilizadas en el mantenimiento de la salud. La medicina tradicional constituye la atención sanitaria más antigua del mundo y tienen una importancia destacada en esta parte del mundo donde el curandero tradicional es la primera instancia de referencia de enfermedad.
- Miedo y desconfianza hacia las intervenciones de salud. Existe una desconfianza cuando no temer a asistir a las estructuras sanitarias en busca de atención médica. Este temor ha impedido que muchas personas busquen ayuda y los casos se oculten a las autoridades y sean tratados por los curanderos tradicionales o por miembros de la familia.
- La estigmatización y sus implicaciones para la contención los brotes. El estigma asociado a la salud puede influir en el comportamiento tanto de los infectados como de los no infectados durante una epidemia, introduciendo barreras para el manejo de

⁴³² *Ibidem*, pp.12-15.

⁴³³ HARMAN, Sophie, "Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016.

⁴³⁴ DAVIES, Sara Davies, BENNETT, Belinda, "A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies", *International Affairs*, Vol. 92, 2016.

brotos y potencialmente influenciando la transmisión y propagación de patógenos, así como alterando la cohesión social.⁴³⁵

1.3. La respuesta al brote de Ébola de 2014 en África Occidental. El rol de la OMS como autoridad sanitaria internacional.

El 23 de marzo de 2014 se declara oficialmente un brote de Ébola en Guinea. Sin embargo, el virus ya se encontraba circulando sin ser detectado desde hacía unos tres meses en la región y como resultado se había extendido a través de las regiones fronterizas a las vecinas Liberia y Sierra Leona.

Inicialmente se sospechó que el brote fuera de Lassa pero, horas después de confirmar que el agente etiológico era Ébola, la OMS en Ginebra movilizó un equipo de respuesta a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) que tendría que desplegarse en Guinea para asistir a las autoridades sanitarias locales del país. La OMS alerta también a los responsables sanitarios de Liberia y Sierra Leona para que iniciaran la vigilancia.⁴³⁶

El 27 de marzo de 2014, tanto Liberia como Sierra Leona confirmaron que habían identificado un pequeño número de casos sospechosos de Ébola; y en 72 horas las pruebas de laboratorio verificaron que efectivamente los casos que habían aparecido en Liberia eran positivos. El equipo de GOARN, que había llegado a Guinea el 28 de marzo de 2014, inicia de inmediato una evaluación de la situación local y presenta sus conclusiones en una conferencia de prensa en Ginebra el 8 Abril de 2014. En la conferencia, los responsables de la OMS destacan que el brote en curso en Guinea era "uno de los brotes de Ébola más difíciles que habían enfrentado nunca". Sin embargo, a pesar de que avanzaban las semanas y de que se informaban de nuevos casos sospechosos en Liberia, Sierra Leona y Malí, no se plantearon preocupaciones significativas por parte de la secretaría de la OMS en Ginebra, hasta finales de junio de 2014.⁴³⁷

Dicho esto, sería erróneo sugerir, según Kamradt y a pesar de que algunos autores lo hayan hecho de que la OMS no hizo nada. A lo largo de abril de 2014, por ejemplo, la Organización continuó movilizando apoyo técnico y recursos para ayudar a los países

⁴³⁵ ALEXANDER, Kathleen A., SANDERSON, Claire E., MARATHE, Madav, LEWIS, Bryan L., RIVERS, Caitlin M., SHAMAN, Jeffrey, DRAKE John M., LOFGREN, Eric, DATO, Virginia M., EISENBERG, Marisa C., EUBANK, Stephen, *Op. Cit.*, pp.15-17.

⁴³⁶ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, p. 404.

⁴³⁷ *Ibidem*, p. 404.

afectados. Como resultado, para el 7 de mayo de 2014 se habían desplegado unos 113 expertos técnicos para ayudar a las autoridades sanitarias de Guinea (88), Liberia (23), Sierra Leona (1) y a la Oficina Regional de la OMS en África (AFRO). Por otra parte, los equipos desplegados fueron multidisciplinarios e incluían expertos con diferentes competencias que incluían coordinación, vigilancia y epidemiología, prevención y control de infecciones, manejo clínico de casos, antropología, logística, servicios de laboratorio, comunicación de riesgos, movilización social, finanzas, informática aplicada a la salud y movilización de recursos. Estos expertos fueron solicitados a las organizaciones asociadas y reclutados por la OMS.

Así, aunque la respuesta de la OMS fue ampliamente criticada por organizaciones como Médecins Sans Frontières (MSF) por su percepción de falta de acción a lo largo de este período, dado que el número de casos sospechosos y muertes eran consecuentes con el tamaño de los precedentes brotes epidemiológicos de Ébola en otras partes de África, sería inadecuado sugerir que la OMS no hizo nada según autores como Kamradt-Scott.⁴³⁸

Parece razonable que, al evaluar la reacción inicial de la OMS ante el brote de 2014, ésta se compare con las actuaciones anteriores de la organización respecto a los brotes precedentes. Por esta razón es importante señalar que en la década anterior que precede a la epidemia de 2014, la OMS recibió información de un total de nueve brotes de Ébola: cuatro en la RDC, cuatro en Uganda y un brote de *ebolavirus Reston* en Filipinas. Sin embargo, a excepción del brote de la RDC de 2007 que incluso requirió el despliegue de personal de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas para proporcionar apoyo logístico dado su tamaño, la OMS envió previamente un número muy limitado de personal a países afectados por Ébola.

De hecho, en base a las pruebas disponibles la OMS sólo ha enviado, en promedio, entre dos y cinco expertos técnicos para cada brote de Ébola en los últimos 10 años. El hecho de que la OMS sólo haya desplegado un número muy reducido de expertos técnicos es comprensible en la medida en que la OMS no es una agencia de "primera respuesta", sino más bien la autoridad en materia de coordinación salud internacional. Su tarea principal siempre ha sido siempre según Kamradt coordinar, asistiendo a los gobiernos en la medida en que éstos demandan su ayuda.⁴³⁹

⁴³⁸ *Ibidem*, p. 404.

⁴³⁹ *Ibidem*, p. 405.

De acuerdo con la práctica habitual de la Organización, la respuesta de la secretaría de la OMS a brotes anteriores ha consistido en recurrir a redes como GOARN para reunir los conocimientos especializados necesarios para ayudar a las autoridades sanitarias nacionales a dirigir cualquier respuesta operacional. Dado por lo tanto, que en brotes epidémicos anteriores el número de personal movilizado por la OMS ha sido constante (entre dos y cinco personas), el hecho de que la secretaría haya enviado a 113 expertos a África Occidental a las seis semanas de la confirmación de la crisis parece sugerir que la respuesta inicial fue al menos razonable y discutiblemente defendible.

Sin embargo, la confusión sobre el brote se complicó a mediados de mayo de 2014, cuando todos los indicadores epidemiológicos sugirieron que el brote, que estaba principalmente concentrado en Guinea, podría estar llegando a su fin. Esta percepción vino reforzada por el Ministro de Salud de este país cuando, en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2014, informó de que se estaban “produciendo resultados muy alentadores” en la lucha contra el brote y que estaba esencialmente bajo control.

En base a estas consideraciones, se podría apreciar que la OMS en Ginebra consideró que había actuado apropiada y proporcionalmente a la crisis del Ébola. Sin embargo, parece evidente que ese sentido de seguridad estaba fuera de lugar, puesto que inmediatamente después de la 67ª Asamblea, Sierra Leona notificó a la OMS 16 casos sospechosos o confirmados de EVE que resultaron ser los primeros de miles.⁴⁴⁰

Para mediados de junio de 2014, un panorama epidemiológico muy diferente estaba emergiendo y fue en este momento cuando los fallos en la gestión de la crisis por parte de la OMS se materializaron especialmente. Entre el 28 de mayo y el 10 de junio de 2014, por ejemplo, Guinea y Sierra Leona registraron unas 150 nuevas infecciones, con lo que el total acumulado se elevó a 440 casos sospechosos o confirmados de Ébola.⁴⁴¹

El aumento del número de casos alarmó a ciertos miembros del personal de AFRO que se pusieron en contacto con la secretaría de Ginebra para recomendar una PHEIC, pero la respuesta que recibieron les desalentó al invocar el RSI de 2005 y sugiriendo que una declaración de esa naturaleza sólo dañaría las relaciones con los países afectados. El 17 de junio, el número acumulado de casos en toda la región había aumentado de nuevo a 528

⁴⁴⁰ *Ibidem*, p. 405.

⁴⁴¹ *Ibidem*, pp. 405-406.

casos sospechosos o confirmados, con Liberia informando de nueve nuevos casos sospechosos y cinco muertes, las primeras desde abril de ese mismo año.⁴⁴²

En respuesta a esta noticia, AFRO convocó una reunión de alto nivel el 23 de junio de 2014 en Conakry con el presidente guineano, el embajador estadounidense en Guinea, funcionarios de la OMS y representantes de los Centros de Prevención y de Control (CDC), mientras que en Ginebra, el comité directivo de GOARN se reunió para revisar la situación. La conclusión de estas reuniones fue que la OMS debía tomar un mayor control de la respuesta. Así, el 27 de junio de 2014, se envía a la Directora General de la OMS un informe donde se solicitaba un "liderazgo más contundente". Sin embargo, a finales de julio de 2014, más allá de una serie de reuniones adicionales, se realizaron pocos esfuerzos.

La Directora general, que parece ser que asume su responsabilidad personal por la gestión de la crisis a finales de junio, convoca otra reunión de alto nivel a principios de julio en Ghana, donde se asumieron compromisos adicionales por parte de determinados actores como las compañías aéreas, compañías mineras y el Banco Africano de Desarrollo para apoyar la respuesta al brote. No obstante, en términos de medidas prácticas no se adoptaron medidas adicionales. Esto fue a pesar del hecho de que en toda la región, las infecciones se habían duplicado a casi 1000 casos sospechosos o confirmados. Inevitablemente, al mismo tiempo que se celebraba una conferencia en la tercera semana de julio para identificar los recursos técnicos y humanos necesarios para contener la propagación del virus, un hombre liberiano que había contraído el Ébola, embarcó en un avión para dirigirse a Nigeria donde inició un brote local. Al parecer, este acontecimiento alarmó a las autoridades sanitarias de todo el mundo lo que llevó a la Directora General a invocar el RSI y reunir un comité de emergencia para revisar la situación epidemiológica y determinar si se habían alcanzado las condiciones de una PHEIC.⁴⁴³

El Comité de Emergencia del RSI se reunió por primera vez por teleconferencia durante dos días, del 7 al 8 de agosto de 2014 y transmitió a la Directora General su evaluación de que la declaración de una PHEIC estaba justificada. Con todo, a pesar de que se declaró una PHEIC ese mismo día y se habían notificado ya casi 1800 casos de Ébola, se implementaron pocas medidas adicionales para asistir a los países afectados.

⁴⁴² *Ibidem*, p. 406.

⁴⁴³ *Ibidem*, p.406.

El 28 de agosto de 2014, la OMS en Ginebra publicó su "Hoja de ruta para la respuesta al virus Ébola", en la que se esbozaban varias estrategias y objetivos para contener el virus⁴⁴⁴. Pero ya en este momento, las críticas públicas a la respuesta de la Organización, junto con la ansiedad sobre el riesgo de propagación del virus a nivel internacional, crecieron hasta tal punto que ya se habían elaborado planes para elevar la crisis al máximo órgano de la ONU, El Consejo de Seguridad mientras que equipos de personal militar extranjero llegaron a Liberia y Sierra Leona para comenzar a evaluar cómo la cooperación civil-militar internacional podría apoyar tales esfuerzos⁴⁴⁵.

Para esa fecha ya se estaban realizando estudios y emitiendo hipótesis sobre lo importante que podría llegar a ser el brote. Por ejemplo en septiembre de 2014, el CDC en un informe fundamental que tendría una enorme repercusión dibuja un panorama según el cual en el peor de los escenarios el brote podría llegar a alcanzar los 1.4 millones de afectados en 4 meses. El modelo del CDC se basa en datos de agosto de 2014 y de casos de Liberia y Sierra Leona, pero no de Guinea. En el mejor de los casos, según sus estimaciones, el número de casos podrían ir de 11.000 a 27.000 hasta el 20 de enero. En este escenario se asume que el 70% de los pacientes son tratados en entornos que limitan la enfermedad y que los cadáveres son enterrados con seguridad. Aproximadamente el 18% de los pacientes en Liberia y el 40% en Sierra Leona estaban siendo tratados en entornos apropiados en ese momento.

En el peor escenario que plantea el CDC, el número de casos podría ir de 537.000 a 1.4 millones de casos hasta el 20 de enero si la enfermedad continúa extendiéndose sin una intervención efectiva. El Dr. Thomas R. Friedman, director del CDC, aseguraba que las acciones que se estaban tomando en ese momento iban a hacer que el peor de los escenarios no fuera a darse pero advierte de que podría suceder.⁴⁴⁶

El Banco Mundial publica un informe en octubre de 2014 donde advierte a su vez sobre los impactos económicos del brote. Según el Banco Mundial, el impacto de la epidemia Ébola en el bienestar económico opera a través de dos canales distintos. Primero están los efectos directos e indirectos sobre la enfermedad y la mortalidad que consumen recursos sanitarios y restan mano de obra. En segundo lugar, el Banco Mundial destaca sobre todo los efectos en el comportamiento derivados del temor al contagio que motiva el cierre de los centros de trabajo, interrumpe el transporte, induce a algunos gobiernos a cerrar fronteras

⁴⁴⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Hoja de ruta para la respuesta al virus Ébola*, Organización Mundial de la Salud, 28 de agosto de 2014, Ginebra.

⁴⁴⁵ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, p.406.

⁴⁴⁶ ACAPS, *Ébola in West Africa. Impact on Health. Briefing Note*, 26 September 2014, p.10.

terrestres y restringir la entrada de ciudadanos. En la historia reciente de brotes de enfermedades infecciosas como la epidemia de SARS y la epidemia de gripe H1N1 de 2009, se cree que los efectos de comportamiento han sido responsables de hasta 80 o 90% del impacto económico total de la epidemia.⁴⁴⁷

A comienzos de septiembre de 2014, se invitó a Nueva York a varias organizaciones, entre ellas MSF y la OMS, así como a representantes de los países más afectados por el brote, para informar a la ONU y a los líderes mundiales sobre la crisis del Ébola. En un intento explícito de poner de relieve la gravedad de la emergencia, MSF emitió un llamamiento sin precedentes para una intervención militar urgente, declarando que la respuesta hasta la fecha era "letalmente inadecuada", mientras que el ministro de Defensa de Liberia opinaba que el virus se estaba "propagando como fuego salvaje y devorando todo". En respuesta, el Consejo de Seguridad de la ONU se reúne el 15 de septiembre de 2014 y aprobó la resolución 2176 que autorizaba la prórroga de la misión de la ONU en Liberia (UNMIL) por un período inicial de tres meses para apoyar la contención del virus.⁴⁴⁸

Al día siguiente, el presidente estadounidense Barack Obama declaró el compromiso de su país de desplegar 3.000 militares para apoyar a los países afectados. Solo dos días después el 18 de septiembre el Consejo de Seguridad de la ONU aprobó la resolución 2177 que declaraba el brote como una "amenaza a la paz y la seguridad internacionales". Sobre la base de estas resoluciones, el Secretario General Ban Ki-Moon obtuvo la autorización de la Asamblea General de las Naciones Unidas al día siguiente para crear la primera misión de salud pública de la ONU, la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta a la Emergencia del Ébola (UNMEER) y encargó a la entidad coordinar la respuesta humanitaria internacional en África Occidental.⁴⁴⁹

1.4. El fin del brote de Ébola.

El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la enfermedad del virus Ébola (EVD) en África Occidental se reunió por novena vez el 29 de marzo de 2016. Sobre la base del asesoramiento del Comité y de su propia evaluación de la situación, la Directora General de la OMS declaró el fin de la Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional sobre el brote de la enfermedad del virus Ébola en África Occidental.

⁴⁴⁷ WORLD BANK GROUP, *The economic impact of the 2014 Ebola epidemic*, International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, 2014, p.6.

⁴⁴⁸ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, pp.406-407.

⁴⁴⁹ *Ibidem*, p.407.

El Comité toma nota de que desde su última reunión Guinea, Liberia y Sierra Leona cumplían todos los criterios para confirmar la interrupción de las cadenas originales de transmisión del virus. El Comité tomó nota asimismo de que, si bien continúan produciéndose nuevos casos tal y como se esperaba (un foco en Guinea según el reporte de situación del 30 de marzo de 2016), hasta la fecha éstos han sido detectados y se ha respondido rápidamente.

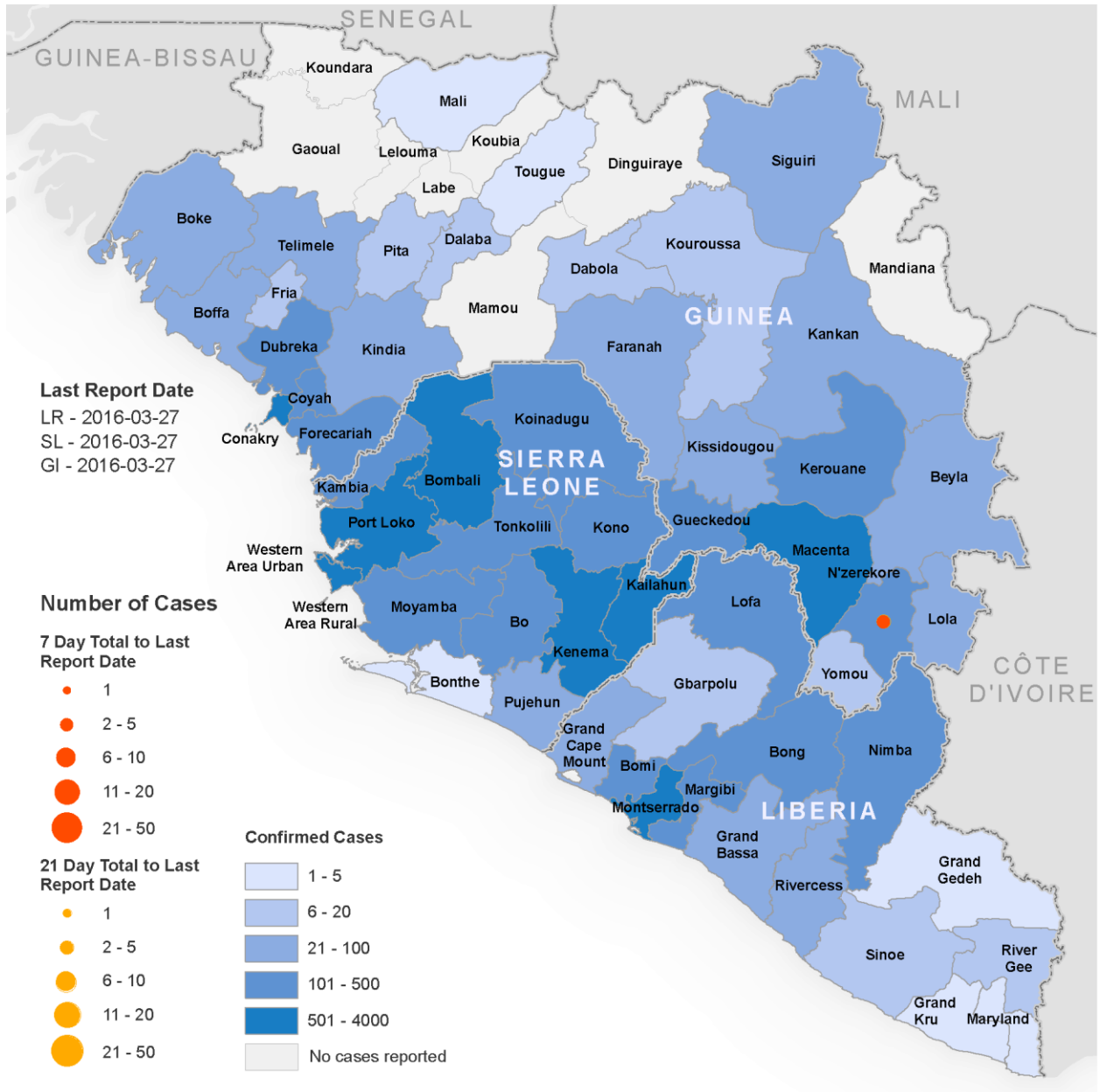
Guinea fue declarada libre de transmisión de Ébola directamente vinculada al brote original el 29 de diciembre de 2015. El 17 de marzo de 2016 se notificó un grupo de 2 casos confirmados y 3 casos probables de la enfermedad del virus Ébola en la prefectura de N'Zerekore, en el sudeste del país.⁴⁵⁰

Para gestionar los riesgos residuales de reintroducción o resurgimiento de Ébola, la OMS ha apoyado la puesta en marcha de sistemas de vigilancia mejorados en Guinea, Liberia y Sierra Leona para alertar a las autoridades sobre los casos de enfermedad febril o muerte que puedan estar relacionados con Ébola. En la semana del 27 de marzo de 2016, 1512 alertas fueron reportadas en Guinea desde las 34 prefecturas que componen el país. Durante el mismo período, 9 laboratorios operativos en Guinea analizaron un total de 434 muestras de 19 de las 34 prefecturas del país. En Liberia, hubo 861 alertas reportadas en los 15 condados del país. Los cinco laboratorios operacionales del país testaron 730 muestras del virus Ébola durante el mismo período. En Sierra Leona se informaron de 1220 alertas procedentes de los 14 distritos del país hasta en 20 de marzo de 2016. 911 muestras fueron testadas por los 7 laboratorios operacionales del país en la semana hasta el 27 de marzo.⁴⁵¹

⁴⁵⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Ebola situation report*, World Health Organization, 30 March 2016, Geneva, p.1.

⁴⁵¹ *Ibidem*, p.1.

Gráfico 1: Distribución geográfica de casos nuevos y casos totales confirmados en Guinea, Liberia y Sierra Leona (27 de marzo de 2016).



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Desde el inicio del brote de Ébola han sido notificados en Guinea, Liberia y Sierra Leona 28 610 casos confirmados con 11 310 muertes.⁴⁵²

Para declarar terminada una epidemia es necesario un plazo de 42 días desde que el último caso obtiene dos resultados negativos consecutivos al test de detección de Ébola.

⁴⁵² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Rapport de situation. Maladie à Virus Ébola*, Organisation Mondiale de la Santé, 26 Mai 2016, Geneva.

Ese plazo terminaría el 31 de mayo en Guinea y el 9 de junio de 2015 en Liberia. A partir de ese momento, se pone en marcha un sistema de vigilancia en los dos países.⁴⁵³

La mayoría de los casos y defunciones se registraron entre agosto y diciembre de 2014, tras lo cual la incidencia de los casos comenzó a disminuir como resultado de la ampliación del tratamiento, el aislamiento y la capacidad de enterramiento seguro en los tres países. Esta operación de ampliación rápida fue conocida como la fase 1 de la respuesta y se desarrolló en la primera mitad de 2015 durante un período de perfeccionamiento de la vigilancia, el seguimiento de contactos y de las intervenciones a nivel comunitario. Posteriormente se inicia la fase 2 que logró reducir la incidencia de casos a 5 casos o menos por semana a finales de julio de 2015. La disminución en la incidencia de casos señaló una transición a una tercera fase distinta de la epidemia, caracterizada por una transmisión limitada en pequeñas áreas geográficas, combinadas con una baja probabilidad de reaparición de Ébola desde los reservorios de persistencia viral.

Con el fin de interrumpir de forma efectiva las cadenas de transmisión restantes y gestionar los riesgos residuales derivados de la persistencia viral, la OMS en coordinación con actores nacionales e internacionales, diseñó el marco de respuesta de Ébola de fase 3⁴⁵⁴⁴⁵⁵. Este marco se basa en los fundamentos de la fase 1 y la fase 2 para incorporar nuevos desarrollos en el control del Ébola, desde vacunas y equipos de respuesta rápida hasta servicios de asesoramiento y bienestar para supervivientes.⁴⁵⁶

Para gestionar y hacer frente a las consecuencias de los riesgos de Ébola residual, Guinea, Liberia y Sierra Leona han puesto en marcha sistemas de vigilancia para permitir a los trabajadores sanitarios y al público reportar a las autoridades pertinentes, cualquier caso de enfermedad febril o muerte que sospeche que pueda estar relacionada con el virus de Ébola. La capacidad de desplegar equipos de respuesta rápida tras la detección de un nuevo caso confirmado continúa siendo una piedra angular de la estrategia nacional de respuesta en Guinea, Liberia y Sierra Leona y cada país cuenta con al menos un equipo nacional de respuesta rápida. El fortalecimiento de las capacidades nacionales y subnacionales de respuesta rápida y los planes de validación de casos continuarían a lo largo de 2016.⁴⁵⁷

⁴⁵³ *Ibidem*, p.1.

⁴⁵⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Ebola Response Phase 3. Framework for achieving and sustaining a resilient zero*, September 2015, Geneva.

⁴⁵⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Emergency Guidance Surveillance strategy during Phase 3 of the Ebola response*, November 2015, Geneva.

⁴⁵⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Ebola situation report*, World Health Organization, 30 March 2016, *Op. Cit.*, p.3.

⁴⁵⁷ *Ibidem*, pp.4-5.

Las actividades de preparación de la OMS se han orientado a asegurar que todos los países estén operacionalmente preparados para detectar, investigar e informar de manera efectiva y segura los posibles casos de Ébola y para organizar una respuesta eficaz. La OMS ha proporcionado este apoyo mediante visitas de apoyo a los países por parte de equipos para ayudar a identificar y dar prioridad a las lagunas y necesidades, dirigir la asistencia técnica y proporcionar orientación técnica y herramientas.

El informe de situación del 30 de marzo de 2016 establece la siguiente priorización de países por de la OMS y sus socios:

- países de mayor prioridad: Costa de Marfil, Guinea-Bissau, Malí y Senegal,
- países de alta prioridad: Benín, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Etiopía, República Islámica De Gambia, Ghana, Mauritania, Níger, Sudán del Sur y Togo.

Los criterios utilizados para dar prioridad a los países incluyen la proximidad geográfica a los países afectados, la magnitud de los vínculos comerciales y migratorios y la fortaleza relativa de sus sistemas de salud.⁴⁵⁸

2. Los errores cometidos en la gestión de la epidemia de Ébola.

Piot sugiere que una serie de retrasos y una respuesta descoordinada crearon el entorno propicio para una "tormenta perfecta". Uno de esos retrasos fue el lapso de tiempo entre el episodio que emergió en Guinea rural en diciembre de 2013 y su información a la OMS el 22 de marzo de 2014. Otros factores que contribuyen a la narrativa de la tormenta perfecta de Piot son: la propagación dentro de una zona urbana densa, poblaciones muy móviles, fronteras internacionales porosas, la aparición del patógeno en un lugar previamente no infectado, la falta de capacidad del sistema de salud y la desconfianza de los gobiernos de África Occidental.⁴⁵⁹

El marco de la gobernanza en la salud global implica a muchos intervinientes cada uno manteniendo una posición importante en un mosaico de múltiples actores como los Estados, las organizaciones internacionales (como la OMS, las Naciones Unidas o el Banco Mundial, etc.), las ONG (que van desde grandes organizaciones como MSF hasta organizaciones de base), el sector privado, las alianzas público-privadas y otros más. Aunque esto produce una serie de complejas interacciones entre los diversos actores, hay un punto de convergencia

⁴⁵⁸ *Ibidem*, p.10.

⁴⁵⁹ WENHAM, Clare, "Ebola responsibility: moving from shared to multiple responsibilities", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016, p.437.

que parece ser su comprensión mutua de su responsabilidad global compartida. Los líderes mundiales como Margaret Chan, Directora General de la OMS, o el Presidente Obama también han utilizado esta retórica de responsabilidad compartida.

Muchos actores reconocen la enfermedad como una amenaza a la seguridad. Sin embargo, la forma en que se concibe esta seguridad puede variar. Por ejemplo, algunos pueden entender que el objeto referente de la amenaza es el Estado (amenaza a la seguridad nacional), otros la población (amenaza a la seguridad humana) o intereses económicos (amenaza socioeconómica). Si no existe un verdadero entendimiento común de la manera en que una enfermedad constituye una amenaza a la seguridad, es probable que las concepciones de responsabilidad global compartida para combatirla no sean iguales.⁴⁶⁰

Sin embargo, esta responsabilidad compartida global se manifiesta más claramente a través de las revisiones al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) completado en 2005.

En virtud del RSI, todos los Estados tienen la responsabilidad de desarrollar, fortalecer y mantener la capacidad de detectar, evaluar, notificar y notificar (un brote) a la OMS. Además, también tienen una responsabilidad más allá de sus propias fronteras, primero manteniendo un grado de vigilancia sobre la salud de los demás y además apoyando a otros Estados en el cumplimiento de sus capacidades básicas.⁴⁶¹

La participación de un conjunto más amplio actores más allá de los Estados refleja aún más el cambio normativo hacia la gobernanza mundial de las enfermedades y la definición de la responsabilidad compartida por el control de las enfermedades. Por ejemplo, en el marco del RSI, la OMS tiene la responsabilidad de ayudar a los Estados a cumplir los requisitos básicos de capacidad, colaborar en la vigilancia, verificación y respuesta (artículos 5, 8 y 10) e incluso compartir información con otros Estados si es necesario para el beneficio de la salud pública (artículo 10). Además en virtud del artículo 9, otros actores pueden notificar a la OMS los acontecimientos de salud inusuales si los Estados miembros no lo hacen de manera oportuna.

Esto representó según Clare Wenham, un cambio normativo respecto a las interacciones anteriores del RSI que sólo permitían la presentación de informes entre los Estados y la OMS. Los artículos 14 y 44 sugieren que los Estados y la OMS deberían coordinar sus actividades en el control de las enfermedades infecciosas multilateralmente con otros

⁴⁶⁰ *Ibidem*, p. 440.

⁴⁶¹ *Ibidem*, p. 438.

Estados, a través de redes regionales, organizaciones internacionales y otros organismos internacionales competentes.⁴⁶²

El problema es que, como sugieren Gostin y Friedman, "el RSI no asigna responsabilidad". Puede haber actividades definidas para cada actor, pero no hay medios para asegurar que los actores cumplan con sus responsabilidades.⁴⁶³

2.1. La responsabilidad de los tres Estados (Guinea, Liberia y Sierra Leona).

Un anterior brote de cólera en 2012 en Guinea y Sierra Leona demostró que los sistemas de salud en esta región eran incapaces de hacer frente a una emergencia sanitaria, con la OMS informando en su sitio web poco después de ese brote de que muchos centros de salud ni siquiera tenían agua corriente o electricidad. No estaban en este sentido presentes, varias funciones de un sistema de salud que normalmente se requerirían para limitar la propagación de una enfermedad contagiosa. Había una grave escasez de trabajadores sanitarios cualificados (por ejemplo, Liberia tiene 0,1 médicos, 1.7 enfermeras y parteras y ocho camas de hospital por cada 10.000 personas); el sistema de vigilancia de las enfermedades era rudimentario en el mejor de los casos (se estima que el Ministerio de Salud guineano tardó tres meses para tomar conciencia del brote); y había pocos recursos para dar respuesta a tal brote.⁴⁶⁴

Esta falta de capacidad se vio agravada por la negación inicial de la aparición de la enfermedad por parte de los gobiernos de los países afectados y en consecuencia, delegando la responsabilidad de la atención de los pacientes infectados a las ONG sobrecargadas y al mismo tiempo emitiendo directrices incoherentes, como el cierre de mercados y fronteras. Esto pone de manifiesto el hecho de que los tres Estados fracasaron en sus responsabilidades de ofrecer seguridad sanitaria a sus ciudadanos mucho antes de que este brote surgiera y rápidamente se sintieron abrumados cuando los casos se presentaron en los hospitales. Esto sugiere un primer incumplimiento de responsabilidad; el de los órganos de Estado elegidos que no cumplen con sus responsabilidades de salvaguardia para con sus ciudadanos.⁴⁶⁵

Bajo el RSI, como hemos explicado, los Estados deben fortalecer sus capacidades de control de enfermedades. Sin embargo, un análisis de 2013 demostró que ninguno de los

⁴⁶² *Ibidem*, pp.438-439.

⁴⁶³ *Ibidem*, p.439.

⁴⁶⁴ *Ibidem*, p.439.

⁴⁶⁵ *Ibidem*, p.440.

tres Estados había cumplido con sus requisitos hacia el RSI. De hecho ningún país africano. Aquí reside un problema clave respecto al RSI: el RSI asume que los Estados utilizarán sus estructuras y recursos nacionales existentes para satisfacer sus necesidades básicas de capacidad, sin embargo, estos requisitos suponen implícitamente que los Estados ya cuentan con una infraestructura de salud pública que funciona relativamente bien a la que se pueden agregar estos requisitos adicionales. El RSI, no incluye asignación financiera para ayudar a los Estados a alcanzar la infraestructura requerida. Por otra parte, hay muy poca fuerza ejecutiva si los Estados no cumplen con los requisitos.⁴⁶⁶

2.2. La responsabilidad de la OMS.

La OMS no cumplió con sus responsabilidades de liderazgo para el control de enfermedades, algo que se reconoció a través de una disculpa abierta y un panel de evaluación provisional que resaltó sus fracasos.⁴⁶⁷

La OMS fue ampliamente criticada por inactividad en los primeros meses del brote. Sin embargo, para Clare Wenham no es de extrañar que la OMS haya fallado en su responsabilidad ante sus Estados miembros en el brote de Ébola cuando sus funciones y responsabilidades no están claramente definidas dentro de la organización. Esta situación podría haber llevado a diferentes niveles de la organización (Ginebra, nivel regional y de país) a pasarse la pelota ya que no había una división clara de trabajo, ni de rendición de cuentas. Además, la OMS ha sufrido importantes recortes presupuestarios en los últimos años por lo que no tenía unos fondos básicos reservados para la aparición de brotes.⁴⁶⁸

El lanzamiento oficial de UNMEER ha sido interpretado por muchos como un impresionante reconocimiento de que la OMS no respondió adecuadamente a la crisis. En octubre de 2014, esta percepción se vio reforzada con la publicación de una revisión interna no autorizada que trataba sobre la gestión por parte de la OMS del brote de Ébola y que confirmaba lo que muchos ya habían sospechado: que "una tormenta perfecta" había estado "preparándose, lista para estallar con toda su fuerza" pero que la OMS no supo ver. Los medios de comunicación internacionales expusieron el hecho de que, a pesar de las terribles advertencias de que una importante crisis humanitaria se avecinaba y de la abrumadora situación que expresaban algunas organizaciones internacionales, los altos

⁴⁶⁶ *Ibidem*, p.441.

⁴⁶⁷ *Ibidem*, p.442

⁴⁶⁸ *Ibidem*, p.443.

responsables de la OMS se habían resistido a invocar el RSI de 2005, sugiriendo que tales medidas no serían solo inútiles, sino potencialmente vista como un acto hostil.⁴⁶⁹

A medida que ha avanzado el tiempo, una serie de análisis académicos se han añadido a la letanía de críticas hacia la OMS para que se someta a reformas significativas a raíz del brote de Ébola. Los líderes mundiales pidieron el establecimiento de instituciones sanitarias globales completamente nuevas para prevenir una repetición de crisis similares en el futuro y un panel independiente establecido por la Directora general de la OMS publicó un informe provisional que señalaba que la respuesta de la Organización fue "sorprendente" y que no quedaba claro porqué las advertencias que se produjeron de mayo a julio de 2014, no dieron lugar a una "respuesta eficaz y adecuada".⁴⁷⁰

A la luz de esas evaluaciones, algunas personalidades de la OMS incluida la Directora General, han tratado de defender a la Organización. Por ejemplo, el 3 de septiembre de 2014, el Subdirector General de Seguridad de la Salud Keiji Fukuda, hizo hincapié ante los medios de comunicación internacionales en que la OMS no contaba con "suficientes trabajadores sanitarios" para gestionar un número tan alto de casos de Ébola. Al día siguiente, la Directora general destacó en el New York Times que: "la gente necesita entender que es la OMS. La OMS es el organismo especializado de las Naciones Unidas para la salud y no una unidad de intervención inmediata". El gobierno tiene la responsabilidad primera prioridad de hacerse cargo de su población y de proveer atención sanitaria".

Aun así, la OMS ha reconocido en varias ocasiones que se cometieron errores. Por ejemplo el 4 de octubre de 2014, Richard Brennan, director del departamento de gestión de riesgos admitió "que se podía haber respondido más rápido y que las críticas eran apropiadas". El 25 de enero de 2015, el Consejo Ejecutivo examinó la respuesta frente el Ébola, en la que la Directora general consideró que la organización había sido demasiado lenta para ver lo que se estaba produciendo y que la respuesta había revelado varias deficiencias técnicas administrativas y de gestión.⁴⁷¹

La Organización Mundial de la Salud está dando los primeros pasos para reformar su respuesta de emergencia tras las críticas recibidas en un informe de un panel independiente de expertos. Ese informe analizó lo que salió mal en el brote de Ébola en África Occidental y ofreció una serie de recomendaciones para prepararse mejor para un futuro.

⁴⁶⁹ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, p. 407.

⁴⁷⁰ *Ibidem*, p.407.

⁴⁷¹ *Ibidem*, p.407.

En una conferencia de prensa del 31 de julio de 2015, la Directora General de la OMS, Margaret Chan, destacó seis recomendaciones que se estaban aplicando en diversos grados. Estas incluyen la racionalización de los procedimientos internos para acelerar la respuesta de emergencia; ayudar a los países a crear un sistema de salud resiliente; el establecimiento de una fuerza de trabajo mundial de emergencia; alentar a los países a notificar los brotes con anticipación; investigación y desarrollo continuos; y la solicitud a los Estados Miembros de que aporten más apoyo financieros.⁴⁷²

En la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2015, la Directora General formuló una serie de reformas para abordar las deficiencias identificadas, incluyendo la fusión de departamentos para crear un programa único para responder a las emergencias sanitarias, apoyar el establecimiento de una fuerza de trabajo de emergencia mundial de salud y la puesta en marcha de un fondo de contingencia de 100 millones de dólares y ampliando las capacidades internas existentes en la gestión de emergencias y la respuesta.⁴⁷³

Sin embargo, aunque la mayor parte de la atención se ha centrado hasta ahora en la gestión por parte de la OMS, hay varios factores estructurales fundamentales que han contribuido a la insuficiente respuesta de la Organización a la epidemia del Ébola que no deberían de pasarse por alto. Hablamos en particular de las diversas limitaciones financieras, culturales, políticas o de definición en la relación entre la OMS y los Estados Miembros. Por ejemplo en los doce meses anteriores al brote de Ébola, en un departamento central como es el de respuesta ante emergencias, el número de trabajadores se redujo de 90 a 36 personas. Esas reducciones de personal fueron reconocidas por la secretaría, pero se realizaron en respuesta a una reducción del 51% en las contribuciones por los Estados Miembros en 2013 al presupuesto de la OMS para el "brote y respuesta a las crisis" para 2014-15. Al hacer estas reducciones de personal, la secretaría en Ginebra había anticipado que las oficinas regionales que gozan de mucha más autonomía en sus finanzas, mitigarían algunas de estas reducciones aumentando su propia capacidad pero como se ha observado, esto nunca sucedió.⁴⁷⁴

Aún peor, la crisis de Ébola se produce en un momento en que la OMS estaba dando respuesta a por lo menos otras tres emergencias humanitarias importantes en Siria, Sudán del Sur y la República Centroafricana. Por consiguiente, la decisión colectiva de los Estados miembros de reducir el presupuesto de respuesta a las crisis no sólo era inapropiada según

⁴⁷² LOUGH, Shannon, "Lessons from Ebola bring WHO reforms", *CMAJ*, Vol.187 (5) 8 September 2015., e377.

⁴⁷³ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, p. 408.

⁴⁷⁴ *Ibidem*, p.408.

Kamradt-Scott sino que comprometió directamente la capacidad de la secretaría para responder al brote de Ébola.⁴⁷⁵

Tal y como se ha descrito anteriormente, entre marzo y junio de 2014 los gobiernos de Liberia, Sierra Leona y Guinea minimizaron repetidamente el alcance de sus respectivos brotes. Ya en marzo de 2014 por ejemplo, surgieron rumores de un gran número de muertes sospechosas de estar relacionadas con Ébola en Monrovia pero a finales de abril el gobierno solo había denunciado un caso sospechoso. Además, el Ministro de Salud de Guinea declaró en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud que su país estaba experimentando enormes progresos en la contención del brote, con cinco de los seis focos de la epidemia controlados. Esta ofuscación se mantuvo incluso hasta el punto de que, cuando la presidenta de Liberia Ellen Johnson-Sirleaf llamó a la asistencia internacional, los líderes de la vecina Guinea y Sierra Leona la criticaron por hacerlo.⁴⁷⁶

Sin embargo, la falta de voluntad por parte de la OMS para cuestionar o rechazar los informes oficiales que partían de los países afectados es sin duda, una de las acusaciones más condenatorias del desempeño de la Organización. El error de la OMS se hace particularmente grave, cuando los intentos de los gobiernos por ocultar los sucesos podrían estar relacionados con las preocupaciones de que estos pudieran conllevar sanciones comerciales o limitaciones en los viajes; una cuestión que de hecho los Estados miembros esperaban que fuera abordada cuando solicitaron la revisión del RSI. Por otra parte, resulta desconcertante que la OMS no haya podido impugnar los informes oficiales de los países afectados cuando se conoce bien las disfunciones de sus sistemas de salud y en particular, la ausencia de un sistema de vigilancia integral de la enfermedad.⁴⁷⁷

Es importante recordar no obstante, que el brote de Ébola de 2014 se produjo en un entorno en el que la OMS había sido ampliamente criticada por su respuesta a la pandemia de gripe H1N1 de 2009. Estas críticas giraban esencialmente en torno a la percepción de que la pandemia de Gripe A no resultó ser tan grave como se predijo inicialmente. En este contexto, cuando tenemos como precedente cómo los Estados miembros reaccionaron a raíz del SARS, las investigaciones sobre la gestión de la gripe H1N1 y que la reputación de la OMS sigue siendo una de sus herramientas más poderosas, la Organización podría haber abordado el brote de Ébola con mayor cautela.⁴⁷⁸

⁴⁷⁵ *Ibidem*, p.408.

⁴⁷⁶ *Ibidem*, p.408.

⁴⁷⁷ *Ibidem*, pp. 408-409.

⁴⁷⁸ *Ibidem*, p. 409.

Por otra parte y respecto a la relación entre AFRO y Ginebra parece ser que la información y las decisiones adoptadas a nivel regional no fueron suficientemente comunicadas a la oficina central. Al mismo tiempo, AFRO no hizo caso de sus propios procedimientos operativos para los brotes de enfermedades que abogaban por la movilización y el despliegue de expertos en las 72 horas de la notificación oficial.

Estos acontecimientos subrayan la desunión entre la oficina central OMS y las seis oficinas regionales que son independientes y en gran parte autónomas de la sede central en Ginebra.⁴⁷⁹

2.3. La responsabilidad de los países occidentales.

Los países occidentales también han sido criticados por su respuesta al brote de Ébola. La respuesta occidental incluyó el despliegue de personal, la construcción de unidades de tratamiento Ébola, el suministro de kits de diagnóstico y apoyo en las infraestructuras de laboratorio, la formación de trabajadores de la salud y la provisión de equipos médicos.

Sin embargo, estas intervenciones han sido fuertemente criticadas debido a la naturaleza egoísta de las respuestas de los estados occidentales. Su participación coincidió con las primeras infecciones que se manifestaron en Estados Unidos y Europa, muchos meses después del inicio del brote.⁴⁸⁰

2.4. La intervención del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en el brote de Ébola.

Tras la declaración formal de la emergencia de Salud Pública por la Directora General de la OMS, la reunión del Consejo de Seguridad de la ONU el 18 de septiembre representó un importante punto de inflexión en la respuesta internacional. En esa reunión, el Consejo de Seguridad aprobó la Resolución 2177 (2014).⁴⁸¹⁴⁸²

Unos días antes, el 15 de septiembre de 2014, el Consejo de Seguridad aprueba la resolución 2176 (2014), sobre la situación de Liberia y donde expresa su preocupación por

⁴⁷⁹ *Ibidem*, p. 410.

⁴⁸⁰ WENHAM, Clare, *Op. Cit.*, p.443.

⁴⁸¹ DAVIES, Sara E., RUSHTON, Simon, "Public health emergencies: a new peacekeeping mission? Insights from UNMIL's role in the Liberia Ebola outbreak", *Third World Quarterly*, Vol 37, Nº3, 4 Jan 2016.

⁴⁸² Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, celebrada el 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014)*, 18 de septiembre de 2014.

el alcance del brote del virus del Ébola en África Occidental en particular en Liberia, Guinea y Sierra Leona. En esta resolución, el Consejo de Seguridad afirma que el Gobierno de Liberia es el principal responsable de asegurar la paz, la estabilidad y la protección de la población civil de Liberia e insta a la comunidad internacional a que responda ante la escasez de recursos de los países.

En la resolución 2176, el Consejo de Seguridad, actuando en virtud del Capítulo VII de la Carta de las Naciones Unidas, decide prorrogar el mandato de la UNMI hasta el 31 de diciembre de 2014 para apoyar la gestión del brote.⁴⁸³

En la resolución 2177, el Consejo de seguridad reconoce que "de no contenerse" la epidemia, "podría dar lugar a nuevos casos de desórdenes públicos y tensiones sociales y a un deterioro del clima político y de la seguridad", que el "brote del Ébola en África constituye una amenaza para la paz y la seguridad internacionales" y expresa su "preocupación por la particular repercusión del brote del Ébola en las mujeres".⁴⁸⁴

La Resolución reconoce que el brote "puede rebasar la capacidad de los gobiernos afectados para responder" y "solicita una respuesta general".

El Consejo de Seguridad hace mención al RSI, "que contribuye a la seguridad de la salud pública mundial brindando un marco para coordinar la gestión de acontecimientos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional y que tiene por objeto mejorar la capacidad de todos los países para detectar, evaluar y notificar las amenazas contra la salud pública y responder a ellas".

El Consejo de Seguridad " exige una acción urgente y una mayor colaboración a nivel nacional, regional e internacional" encomienda "a los Estados Miembros, los asociados bilaterales y las organizaciones multilaterales por la crucial asistencia, incluidos compromisos financieros y donaciones en especie, que han prestado y encontrado para los pueblos y los gobiernos afectados de la región con el fin de apoyar la intensificación de las tareas de emergencia destinadas a contener el brote"⁴⁸⁵

El Consejo acogió con satisfacción «la intención del Secretario General de convocar una reunión de alto nivel al margen de la 69ª Asamblea General de las Naciones Unidas para

⁴⁸³ Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2176 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7263ª sesión, celebrada el 15 de septiembre de 2014, S/RES/2176 (2014)*, 15 de septiembre de 2014.

⁴⁸⁴ Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2177 (2014)*, *Óp. Cit.*, p.1.

⁴⁸⁵ Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2177 (2014)*, *Óp. Cit.*, p.1-2.

instar a una respuesta excepcional y vigorosa al brote de Ébola⁴⁸⁶ señalando su aprobación a la creación de la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta a la Emergencia del Ébola (UNMEER).⁴⁸⁷

El Consejo de Seguridad insta a los países entre otras cuestiones, a que pongan en marcha los mecanismos necesarios para "resolver y mitigar las dimensiones políticas, de seguridad, socioeconómicas y humanitarias más amplias del brote del Ébola, así como para proporcionar mecanismos de salud pública sostenibles, eficientes y receptivos". El Consejo de Seguridad solicita igualmente a los Estados que cumplan con las recomendaciones del RSI y a que " lideren la organización, coordinación y ejecución de las actividades nacionales de preparación y respuesta". "Alienta a la OMS a que siga reforzando su liderazgo técnico y su apoyo operacional" "ayudando a determinar las necesidades de respuesta..., a fin de facilitar la disponibilidad de datos esenciales y acelerar el desarrollo y la aplicación de terapias y vacunas con arreglo a las mejores prácticas clínicas y éticas" y "solicita al Secretario General que ayude a asegurar que todas las entidades competentes del sistema de las Naciones Unidas... agilicen su respuesta al brote del Ébola".⁴⁸⁸

Que el Consejo de Seguridad según Davies y Rushton, discutiera un problema de salud era inusual aunque no único (ha discutido periódicamente sobre el VIH/SIDA desde 2000) El brote de Ébola de 2014-15 fue el primer ejemplo donde el Consejo de Seguridad asumía un importante papel de liderazgo en respuesta a una emergencia de salud pública.

Antes de la creación de la UNMEER, el Consejo tenía una misión presente en uno de los países más gravemente afectados como fue Liberia: la Misión de las Naciones Unidas en Liberia (UNMIL). En el momento en que el Ébola golpeó, la UNMIL estaba en su fase de "reducción", para proporcionar una "transición exitosa" al gobierno de Liberia en 2016. La UNMIL no era una misión diseñada para hacer frente a una importante emergencia de salud pública y estuvo solo presente en uno de los tres países más afectados.

Habida cuenta de las críticas generalizadas sobre la tardanza de la respuesta internacional, cabe señalar que la ONU y en particular el Consejo de Seguridad, no aprovecharon según Davies y Rushton al máximo el potencial de recursos que tenía en la UNMIL durante la primera fase del brote.⁴⁸⁹

⁴⁸⁶ *Ibidem*, p.4.

⁴⁸⁷ DAVIES, Sara E., RUSHTON, Simon, *Óp. Cit.*, p.420.

⁴⁸⁸ Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2177 (2014)*, *Óp. Cit.*, p.3-6.

⁴⁸⁹ DAVIES, Sara E., RUSHTON, Simon, *Óp. Cit.*, p.420.

La idea de que la UNMIL pudo y debería haber hecho más y la cuestión de si la UNMIL estaba autorizada a desempeñar un papel más activo en la respuesta al Ébola resulta controvertida. La Resolución 2116 (2013), reafirmó que "la principal tarea de la UNMIL es continuar apoyando al Gobierno para consolidar la paz y la estabilidad en Liberia y proteger a los civiles". Por lo tanto, la protección de los civiles formaba parte del mandato, si bien esto no incluía un requisito explícito de prestar asistencia médica u otras formas de asistencia humanitaria. Además, la UNMIL no dejaba de ser una operación militar y no de asistencia médica.⁴⁹⁰

La cuestión que surge en el análisis según estos autores es si dado el énfasis reciente en la protección civil en los mandatos de mantenimiento de la paz y en el papel aparentemente creciente del Consejo de Seguridad en la respuesta global a las enfermedades, las emergencias de salud pública podrían y deberían convertirse en una nuevas misiones de "mantenimiento de la paz". Según ellos, las misiones de mantenimiento de la paz pueden tener un rol secundario de apoyo pero no son un mecanismo confiable para responder a emergencias de salud pública. Es importante que las lecciones aprendidas del brote de Ébola en Liberia no las lleven a ser vistas como un mecanismo confiable incluso aunque el Consejo de Seguridad desee ejercer un papel de líder en el campo de la "seguridad sanitaria mundial".⁴⁹¹

2.5. El papel de las organizaciones regionales en la gestión de la crisis.

Según Ifediora y Aning, El brote condujo a eventuales respuestas internacionales debido a: (1) las amenazas planteadas a los Estados afectados; 2) las perspectivas de una mayor desestabilización de la seguridad de la región; y 3) la amenaza a la paz y la seguridad internacionales. Estos brotes de enfermedades virulentas en África Occidental son un problema perenne, que a menudo tienen impactos significativos en los sistemas de salud pública de los países; en la estabilidad regional y en los sistemas económicos, sociales y políticos. La crisis permitió que las instancias regionales desplegaran sus mecanismos de respuesta humanitaria de emergencia para contener la amenaza.⁴⁹²

Tanto la Unión Africana (UA) como la Comunidad Económica de Estados de África Occidental (CEDEAO) en su rol de la contención de la transmisión del brote se convirtieron también en objeto de cierta controversia. La respuesta inicial de las dos organizaciones a las

⁴⁹⁰ *Ibidem*, p.423.

⁴⁹¹ *Ibidem*, p.421.

⁴⁹² IFEDIORA, Obinna Franklin, ANING, Kwesi, "West Africa's Ebola Pandemic: Toward Effective Multilateral Responses to Health Crises", *Global Governance*, N°23, 2017, p.226.

crisis en Guinea, Liberia y Sierra Leona plantea interrogantes sobre las capacidades institucionales regionales para hacer frente a este tipo de emergencias.⁴⁹³

2.5.1. El rol de la Organización de la Salud de África Occidental.

La CEDEAO (Comunidad Económica de Estados de África Occidental) implementa sus políticas y estrategias a través de sus instituciones especializadas. En materia de salud, la organización regional referente en África Occidental es la Organización de la Salud de África Occidental (la OOAS en sus siglas en francés), creada en noviembre de 1984 por el Consejo de Ministros de la CEDEAO. En julio de 1987 los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comisión de la CEDEAO adoptaron un protocolo en Abuja que inaugura formalmente la OOAS.

La OOAS entró en funcionamiento en marzo de 2000 y su misión consiste en proteger la salud de los pueblos de África Occidental a través de la armonización de las políticas de los Estados miembros, la agrupación de los recursos y la cooperación entre ellos y con otros Estados para responder de manera colectiva y estratégica a los problemas de salud en la región.⁴⁹⁴

La misión de la organización aparece reflejada en su plan estratégico 2009-2013⁴⁹⁵ según el cual, las áreas de interés de la OOAS son: (1) la preparación y respuesta ante emergencias; (2) el control de epidemias; (3) la comunicación para el cambio del comportamiento; (4) los recursos humanos; y (5) medicamentos, vacunas y consumibles médicos.

Según Ifediora y Aning, el plan estratégico de la OOAS destaca la importancia de la vigilancia regional de la salud, especialmente por las consecuencias de la transmisión de enfermedades más allá de las fronteras nacionales. En el caso del brote de Ébola, con un marco de referencia tan claro, los autores se preguntan por qué se tardó en reconocer el brote 3 meses y, cuando se identificó la enfermedad por qué la transmisión fuera de las fronteras nacionales no se controló o se detuvo lo suficientemente pronto. Para estos autores, cuando se elabora el Plan Estratégico de la OOAS, se anticipaba que pudiera suceder una crisis pero a nivel subregional, hay una carencia de bases de datos que dificulta la cooperación y la colaboración en la prevención y el control eficaces de las enfermedades. Por otra parte, la organización se enfrenta a desafíos a nivel regional tales como conflictos civiles e inestabilidad política, mala coordinación, integración de programas financiados por

⁴⁹³ *Ibidem*, pp. 226-227.

⁴⁹⁴ *Ibidem*, p.229.

⁴⁹⁵ ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE (OOAS), *Plan Stratégique 2009-2013*, Organisation Ouest Africaine de la Santé, mars 2008, Burkina Faso.

donantes, corrupción y alta población por lo que, a la luz del brote de Ébola, se puede concluir que la implementación de su plan estratégico no se pudo lograr.⁴⁹⁶

Cuando los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de la CEDEAO se reunieron en Yamusukro, Costa de Marfil, los días 28 y 29 de marzo de 2014, hicieron su primer llamamiento a la ayuda internacional para apoyar sus esfuerzos en su lucha contra el Ébola. El Banco Africano de Desarrollo (BAD) respondió al llamamiento de la CEDEAO en mayo ofreciendo alrededor de 3 millones de dólares.

Los días 11 y 12 de abril, la OOAS hizo una presentación de la situación de la epidemia en la 15ª Reunión Ordinaria de la Asamblea de Ministros de Salud en Monrovia, Liberia, donde destacó las medidas de respuesta que debían adoptar la región y los Estados Miembros. En este caso, la respuesta de la comisión al brote fue realizada por la OOAS que se centró en apoyar a los países afectados, especialmente en las esferas de fortalecimiento de las capacidades, vigilancia, medidas preventivas y fortalecimiento de la colaboración entre ministerios y departamentos de salud para una respuesta multisectorial. En consonancia con estos objetivos la CEDEAO a través de la OOAS, desembolsó 4,5 millones de dólares a los países afectados. La OOAS también colaboró en la formación de trabajadores sanitarios para su despliegue en los países afectados. En consecuencia, el 24 de noviembre, la OOAS anunció un plan para capacitar a 150 trabajadores de seis países miembros de la CEDEAO que fue apoyado por el BAD en el Centro Internacional de Capacitación para el Mantenimiento de la Paz Koffi Annan (Accra, Ghana).⁴⁹⁷

2.5.2. El papel de la Unión Africana.

La respuesta de la Unión Africana (UA) vino el 19 de agosto de 2014 cuando el Consejo de la UA, en base a su mandato, despliega una misión militar y civil. Asimismo, el 8 de septiembre, en la decimosexta sesión extraordinaria del Consejo Ejecutivo de la UA celebrada en Addis Abeba, se adopta la decisión de establecer un Centro Africano para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Por último el 29 de octubre, el Consejo de la UA autorizó en un comunicado el despliegue de una misión de apoyo de la UA para la lucha contra el brote de Ébola en África Occidental (ASEOWA). Entre agosto y septiembre de 2014, se retuvieron 1,1 millones de dólares del Fondo de Asistencia Especial de Emergencia de la UA para la sequía y la hambruna para

⁴⁹⁶ IFEDIORA, Obinna Franklin, ANING, Kwesi, *Óp.Cit.*, p.230.

⁴⁹⁷ *Ibidem*, p.235.

luchar contra el Ébola. Además, se desplegaron hasta 1.000 trabajadores sanitarios en los países afectados entre diciembre de 2014 y mayo de 2015.

El 8 de noviembre de 2014, en una mesa redonda de África organizada por la UA sobre Ébola en la que participaron el sector privado y el BAD en Addis Abeba, se decide acordar 32 millones de dólares para apoyar los esfuerzos de ASEOWA para frenar la marea del Ébola en África occidental.⁴⁹⁸

⁴⁹⁸ *Ibidem*, pp.234-235.

CAPITULO NOVENO. EL BROTE EPIDEMIOLÓGICO DEL ÉBOLA Y LA SECURITIZACIÓN DE LA SALUD.

En páginas anteriores analizamos el caso de la gripe H1N1 en clave de securitización de la salud. En efecto, con la declaración de pandemia se puso en marcha el RSI que podría resultar ser uno de los objetivos de la securitización y que permitía a la OMS decretar la vacunación masiva en los países; invadiendo parcelas de la soberanía de los Estados.

De la misma manera, la Organización fue muy criticada porque se permitió la aprobación acelerada de medicamentos cuando no se habían realizado los controles suficientes. Parece ser que hubo presiones por parte de las empresas farmacéuticas sobre los miembros del comité de urgencia para declarar el nivel de alerta pandémica que motivó las dudas sobre la hipotética existencia de conflictos de intereses en algunas personas. Estas empresas farmacéuticas ganaron muchos millones de euros con la crisis.

El revuelo fue tal que la OMS fue acusada de estar sometida a la influencia del sector privado y su gestión fue objeto de una investigación por parte del Consejo de Europa. Tras esta crisis, la reputación de la OMS queda tocada y por primera vez en la historia hasta donde hemos podido investigar, una organización internacional investigaba a otra.

Tras la publicación del informe del relator Flynn, nada menos que la Asamblea del Consejo de Europa en su resolución 1749 dijo sentirse alarmada sobre la manera en la que la gripe H1N1 fue gestionada no solo por parte de la OMS sino también por las autoridades de la Unión Europea y destaca la falta de transparencia y la influencia que las empresas farmacéuticas pudieron tener. La respuesta del Consejo de Ministros fue como dijimos en el apartado referido a la gripe H1N1 un tanto tibia, sin embargo el golpe a la OMS estaba ya asestado.

En el caso del brote del Ébola a pesar de las similitudes existentes con la gripe H1N1, la securitización fue por otro camino y tuvo más que ver con la intervención del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que asumió un papel importante de liderazgo en la respuesta a la emergencia de salud pública.

Los problemas de salud entendidos como una amenaza para la paz y la seguridad no son algo nuevo y el Consejo de Seguridad ha discutido de estas cuestiones periódicamente sobre todo sobre el VIH/SIDA pero, en el caso del brote de Ébola es la primera vez que se despliega una operación para combatir una enfermedad, la UNMEER.

Sin duda, el brote de Ébola ha dado lugar a la introducción de medidas extraordinarias mediante la caracterización de la enfermedad como una amenaza para la paz y la seguridad de conformidad con el Capítulo VII de la Carta de las Naciones Unidas y la consiguiente puesta en marcha de los mecanismos institucionales y burocráticos necesarios para intervenir.⁴⁹⁹

1. La narrativa en torno al brote epidémico del virus Ébola.

A lo largo de 2014, una vez que la OMS dio la alerta al mundo sobre la epidemia de Ébola y la enfermedad se expandía, el brote fue formulado en términos de crisis.⁵⁰⁰ Algunas de las estimaciones más extremas llegaron a sugerir tal y como hemos explicado anteriormente, que los casos podrían llegar a exceder el millón de afectados. Hubo preocupación por las importantes consecuencias sociales que tendría el Ébola en la región (incluso el fracaso de los Estados) y por su posible propagación a Europa y América del Norte.⁵⁰¹

Colin Mc Innes sugiere sin embargo, que la formulación del brote como crisis tenía menos que ver con estas preocupaciones racionalistas y más bien tal enfoque se debió a la manera en que la crisis resonó a través de una narrativa sobre la salud global que se ha estado desarrollando especialmente, desde el inicio del milenio. Para Mc Innes, la atención y la acción en la salud global viene determinada en menor medida por los niveles de mortalidad y morbilidad (aunque este tipo de factores materiales no se descarten) y más bien por el éxito mediante el cual una enfermedad o condición puede ser construida como una amenaza global para la salud por la resonancia de su narrativa.⁵⁰²

El brote de Ébola de 2014-15 en África Occidental fue el más grave registrado y más profundo que todos los brotes anteriores de la enfermedad combinados. La OMS describió el brote como "uno de los más desafiantes a los que nos hemos enfrentado". Médecins sans Frontières (MSF) que participó en el tratamiento de casos de la enfermedad en África Occidental, advirtió de que el brote estaba fuera de control. MSF fue ampliamente elogiada por sus esfuerzos en marcado contraste con la OMS, cuya respuesta fue descrita como "anémica".

⁴⁹⁹ IFEDIORA, Obinna Franklin, ANING, Kwesi, *Óp. Cit.*, p.225.

⁵⁰⁰ Mc INNES, Colin, "Crisis! Global health and the 2014-15 West African Ebola outbreak", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016, p. 380.

⁵⁰¹ *Ibidem*, p.380.

⁵⁰² *Ibidem*, p.380.

Durante el verano de 2014, se pusieron en marcha una serie de medidas en los tres países más afectados que incluyeron cierres de colegios, toques de queda y limitaciones en los cruces fronterizos. A finales de julio y principios de agosto de 2014, dos trabajadores humanitarios estadounidenses -Kent Brantly y Nancy Writebol- se infectaron de Ébola y fueron repatriados a los Estados Unidos, iniciando un pequeño pero constante flujo de evacuaciones médicas de trabajadores sanitarios infectados a Estados Unidos o a Europa. El 8 de agosto, por la tercera vez en su historia, la OMS declaró el brote como una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC) en virtud del RSI de 2005. El 14 de agosto, la OMS anuncia que los informes sobre el terreno podrían haber subestimado la gravedad del brote y el 28 de agosto la OMS publica su "hoja de ruta" para coordinar la respuesta. En septiembre de 2014, la Directora general de la OMS Margaret Chan, describió el brote como "el más grande, más complejo y más severo que hemos visto". El Consejo de Seguridad de la ONU aprobó la Resolución 2177, declarando el brote como una amenaza para la paz y la seguridad internacionales, y la Asamblea General autorizó la solicitud del Secretario General para el establecimiento de la Misión de las Naciones Unidas para dar respuesta al Ébola (UNMEER)⁵⁰³.

Según Ifediora y Aning, la naturaleza y el alcance del brote de Ébola incitaron a las instituciones globales a utilizar un lenguaje en clave de securitización para movilizar el apoyo político internacional para la respuesta del Ébola. El lenguaje utilizado por estas autoridades elevó el virus Ébola del ámbito del discurso político y de la salud al ámbito de la seguridad y la defensa colectivas internacionales.

A nivel regional se hicieron evaluaciones similares. El Consejo de Paz y Seguridad de la Unión Africana consideró la epidemia como una emergencia humanitaria que requería la puesta en práctica del artículo 6 de su protocolo que trata sobre la acción humanitaria y la gestión de desastres, así como el despliegue de su Fuerza de Reserva Africana. Mientras tanto, la CEDEAO adoptó un enfoque analítico más amplio de la situación y más bien enfatizó los factores que agravaron el brote como las debilidades en la gobernabilidad, el crecimiento económico, el control de población, la pobreza o la crisis de recursos (tales como falta de recursos humanos), etc.⁵⁰⁴

Los temores de que la enfermedad estuviera "descontrolada" en África Occidental estuvieron apoyados por las declaraciones del CDC que hablaba de estimaciones de entorno a 1,4 millones de personas afectadas. El 30 de septiembre, el CDC anuncia que

⁵⁰³ *Ibidem*, p.381.

⁵⁰⁴ IFEDIORA, Obinna Franklin, ANING, Kwesi, *Óp.Cit.*, p.232

Thomas Edward Duncan se había convertido en el primer caso de Ébola identificado en los Estados Unidos, seguido rápidamente por otros dos casos de trabajadores médicos que trataban a Duncan.

Este aspecto generó inquietudes sobre la capacidad de los Estados Unidos de contener la enfermedad que tuvieron eco en Europa cuando una auxiliar de enfermería María Teresa Romero, fue diagnosticada también de Ébola mientras trabajaba en un hospital en España⁵⁰⁵. Los líderes mundiales hicieron cola para expresar su preocupación, ofrecer ayuda y en un número limitado de casos, enviar tropas para ayudar en el esfuerzo de ayuda. La BBC informó a mediados de octubre de 2014, cuando los primeros casos aparecieron en Europa y Norte América, que el temor al virus se propagaba "más rápido que el propio virus" a través del uso de las redes sociales.⁵⁰⁶

Lo que resulta sorprendente para Mc Innes es la forma en que el brote de Ébola en África Occidental fue descrito y entendido como una crisis a veces de manera literal, y en otras ocasiones en términos que evocan crisis como "emergencia", "catástrofe" o "desastre". Aunque algunas organizaciones tienen criterios para tales juicios como la OMS, para muchos estos términos parecen ser menos una aplicación rigurosa de los criterios previamente identificados que una indicación de preocupación sustancial.⁵⁰⁷

Varios argumentos fueron utilizados para justificar esta descripción: hubo personas que preveían el posible colapso de Estado, otros una propagación incontrolada de la enfermedad más allá de África Occidental con unos niveles inusualmente altos de morbilidad y mortalidad y con la ausencia de una vacuna demostrada. Ninguno de estos argumentos tenía mucho fundamento, ni en retrospectiva ni una vez pasada la crisis. El fracaso del Estado a través de un brote de enfermedad es extremadamente improbable, incluso para los estados débiles, mientras que los brotes previos de Ébola habían demostrado que los mecanismos de control eran muy eficaces para limitar su propagación.⁵⁰⁸

Esto no quiere decir que el temor al Ébola no fuera real sobre todo teniendo en cuenta sus horribles síntomas y su alta tasa de mortalidad, pero la probabilidad de que la enfermedad se extendiera de manera incontrolada más allá de África Occidental era extremadamente baja. No menos importante, la transmisión implica el contacto directo con fluidos corporales de pacientes infectados o recién fallecidos, lo que significa que las

⁵⁰⁵ PARRA, J. Manuel, SALMERÓN, Octavio J., VELASCO, María, "The first case of Ebola virus disease acquired outside Africa" *The New England Journal of Medicine*, Vol. 371, 18 December 2014, p.2439.

⁵⁰⁶ Mc INNES, *Óp. Cit.*, p.381.

⁵⁰⁷ *Ibidem*, p.381.

⁵⁰⁸ *Ibidem*, p.382.

personas eran generalmente conscientes de que estaban gravemente enfermas cuando eran contagiosas.⁵⁰⁹

Estas cuestiones hicieron que el brote de Ébola de 2014 fuera más fácil de controlar que la pandemia de Gripe H1N1. De hecho cuando la enfermedad se propagó a Nigeria, el gobierno nigeriano aseguró que el brote estaba contenido con sólo 20 casos (uno de ellos no confirmado) y ocho muertes. Sin embargo, el elemento clave en la narrativa de la crisis es el sentido de un gran número de personas que sufren y mueren por la enfermedad.⁵¹⁰

Con la OMS declarando una PHEIC en agosto y el CDC estimando más de un millón de casos posibles, esto por sí solo puede proporcionar según Mc Innes la explicación para una comprensión del brote como una crisis. Pero el hecho de que el brote de Ébola del África Occidental de 2014-15 haya sido comprendido como una crisis mundial en base al número de personas que han contraído la enfermedad o han muerto a causa de ella es problemático porque aunque estos números son trágicos, no están cerca de estar entre las causas más altas de muerte por enfermedad. Una década antes, el VIH fue reconocido como una crisis mundial pero el número de personas que murieron a causa de la enfermedad en los primeros años del milenio superaron los dos millones al año. Durante el año 2014, muchas más personas murieron a causa de malaria y 750.000 niños murieron de enfermedades diarreicas sin ningún tipo de declaración de emergencia mundial. Tampoco se explica por qué, cuando la OMS declara la segunda PHEIC (sobre la poliomielitis) en su historia apenas semanas antes de la PHEIC en Ébola la primera recibió mucha menos atención.⁵¹¹

Mc Innes no niega la base material del brote pero sugiere que se "construyó" una crisis porque podría estar vinculada a una narrativa sobre la salud global que se había estado desarrollando durante las dos últimas décadas. Esto contrasta con los análisis que se han centrado en gran medida en explicar cómo el brote se convirtió en el más importante registrado (por ejemplo, debido a los altos niveles de pobreza o por el legado de los conflictos) o sobre la eficacia (o no) de la respuesta regional e internacional. Mc Innes extrae su inspiración teórica del constructivismo social y su visión clave de que el mundo social no existe independientemente de la observación y que las ideas que usamos para observar y comprender el mundo social también moldean ese mundo. Esta comprensión del mundo social también guía las acciones en el establecimiento de vías de respuesta socialmente legítimas.⁵¹²

⁵⁰⁹ *Ibidem*, p.382.

⁵¹⁰ *Ibidem*, p.382.

⁵¹¹ *Ibidem*, p.382.

⁵¹² *Ibidem*, p.383.

Para Ifediora y Aning, en cambio de la respuesta global a la epidemia de Ébola en África Occidental, se pueden hacer varias deducciones:

(1) el multilateralismo funciona cuando las políticas se ordenan adecuadamente durante una crisis internacional;

(2) las respuestas globales a las emergencias son más eficaces cuando las condiciones que dieron lugar a la situación se analizan adecuadamente y las políticas correctas son implementadas por las partes interesadas pertinentes;

3) la alerta temprana es fundamental para una respuesta oportuna y eficaz a las amenazas potenciales a la paz y la seguridad;

(4) los acuerdos regionales pueden jugar un papel vital en la alerta temprana y en la respuesta oportuna a emergencias sanitarias internacionales, únicamente si disponen de la capacidad adecuada. ;

(5) colaborar con fuentes locales de autoridad, poder y conocimiento a nivel comunitario es crítico para construir alianzas estratégicas y transmitir mensajes importantes; y

(6) lograr el consenso internacional para responder a las crisis es más eficaz a través de la securitización del riesgo o la amenaza.⁵¹³

2. Una explicación del rol jugado por la OMS desde el punto de vista de la securitización de la salud.

En el capítulo anterior explicamos cómo la crisis Ébola de 2014 en África Occidental suscitó críticas generalizadas y sostenidas sobre el desempeño de la OMS lo que llevó a muchos a pedir su reforma y algunos hasta su reemplazo. La OMS se convirtió en el objeto de las preocupaciones acerca de la falta de una respuesta eficaz a una importante crisis de salud.

En las próximas líneas, siguiendo a Colin Mc Innes, trataremos de explicar otros enfoques, apartándonos de la visión de fracaso de la OMS, para proporcionar una explicación más matizada del desempeño de la OMS. En particular, iremos más allá de cuestiones como el liderazgo deficiente, la falta de fondos y la relación entre la sede de la OMS en Ginebra y sus oficinas regionales. Más bien, utilizando el marco desarrollado por Avant, Finnemore y Sell, argumentaremos que la crisis ha llevado a un cambio en la naturaleza de la autoridad de la OMS como gobernador global. Como sugieren Avant, Finnemore y Sell, "los choques exógenos pueden ciertamente cambiar los gobernadores y los arreglos de gobierno" y Mc Innes sugiere que el brote de Ébola de África Occidental de

⁵¹³ IFEDIORA, Obinna Franklin, ANING, Kwesi, *Óp. Cit.*, p.236.

2014 proporcionó tal choque al sistema de gobernanza mundial de la salud. Este 'shock' no debería haber llegado de manera sorprendente: la epidemia de SARS de 2003 y la pandemia de gripe H1N1 de 2009 fueron al menos precursores de un entorno exógeno alterado.⁵¹⁴

Las críticas al desempeño de la OMS -no sólo durante la crisis del Ébola de 2014, sino también durante las epidemias anteriores reflejaron no sólo deficiencias por su parte sino también tensiones entre diferentes formas de autoridad. Utilizando la terminología establecida por Avant, Finnemore y Sell, la autoridad de la OMS se basaba tradicionalmente en los modelos de "expertos" y "delegados". A pesar de una serie de innovaciones desde el inicio del milenio, incluido un sistema mejorado de vigilancia y respuesta a las enfermedades a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y de las revisiones del Reglamento Sanitario Internacional, la OMS no tenía capacidad operativa para responder a un brote de la enfermedad grave. Tampoco la cultura organizacional de la OMS era capaz de aceptar tal papel.⁵¹⁵

La naturaleza de la autoridad de la OMS, tradicionalmente de tipo experto y delegado, explica las acciones de la organización (aunque no sus fracasos) durante el brote de Ébola, desde el apoyo técnico hasta la declaración de la emergencia. La expectativa de una intervención más amplia durante la crisis creó una tensión que socavó la confianza en la OMS y amenazó su legitimidad.

Resulta importante destacar dos puntos clave. Primero, esta expectativa de acción no surgió particularmente de los Estados Miembros de la OMS, la fuente tradicional de la autoridad de la OMS. Más bien, surgió de una comunidad más amplia, incluyendo la sociedad civil, ONG, organizaciones benéficas y los medios de comunicación, que cada vez más se interesan por la salud global y proporcionan fuentes adicionales de autoridad y legitimidad. Por lo tanto haremos la distinción entre los Estados miembros de la OMS, que comprenden la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y proporcionan su financiación y la "comunidad mundial", que incluye no sólo a los Estados miembros de la OMS. En segundo lugar, según Mc Innes para la OMS la autoridad basada en la capacidad no quiere decir que ésta haya reemplazado a la autoridad experta y delegada; sino más bien sugiere que la crisis Ébola ha desplazado el equilibrio entre estos elementos para poner mayor énfasis en

⁵¹⁴ Mc INNES, Colin, "WHO's next? Changing authority in global health governance after Ebola", *International Affairs*, Vol 91, N°6, 2015, p.1299-1300.

⁵¹⁵ *Ibidem*, p.1300.

los primeros a expensas de los dos últimos y que el equilibrio puede retroceder una vez que la inmediatez de la crisis retroceda.⁵¹⁶

De hecho, en el momento del brote de Ébola la OMS ya se encontraba dentro de un proceso de reforma, iniciado por la Directora General en 2011 tras la crisis económica mundial de 2008 y en el contexto de la reducción de las contribuciones al presupuesto de la OMS. Inicialmente centrado en las finanzas, a comienzos de 2014 su alcance se había ampliado a tres “temas” de gobernanza, gestión y reforma programática que explicamos en el capítulo segundo.⁵¹⁷

El brote de Ébola de África occidental proporcionó el espacio para que la OMS presentara un caso para un área adicional de reforma. En la Sesión Extraordinaria del Consejo Ejecutivo de enero de 2015 convocada para debatir el brote de Ébola⁵¹⁸, la OMS presentó una serie de propuestas sobre cuestiones operacionales, específicamente sobre su capacidad para responder a emergencias sanitarias a gran escala. Argumentando que "las respuestas globales a emergencias y desastres recientes demuestran que el mundo no está adecuadamente preparado para responder a toda la gama de emergencias con implicaciones de salud pública", la OMS propuso lo que se ha descrito como "los cambios más radicales desde que la OMS fue fundada en 1948 "para asumir ese papel para sí misma y así cambiar la naturaleza de su autoridad dando un mayor énfasis en la capacidad.

Las principales recomendaciones de la Organización fueron las siguientes:

- Que se conceda a la OMS un mandato claro y ampliado como líder mundial en las respuestas a las emergencias de salud pública;
- Que se reestructure a la Organización de tal manera que pueda apoyar las respuestas a las emergencias y ejercer así, sus funciones tradicionales de orientación normativa y técnica;
- Que se establezca una capacidad permanente y de respuesta ante las emergencias;
- Que se creara un fondo de emergencia para las respuestas operacionales (un fondo de 100 millones de repuesta), al que tendría un acceso rápido y garantizado en tiempos de crisis. Además, se deberían proporcionar nuevos fondos para

⁵¹⁶ *Ibidem*, p.1302

⁵¹⁷ *Ibidem*, p.1312.

⁵¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014 y problemas planteados: seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia de Ébola (resolución EBSS3.R1) y de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud (decisión WHA68(10))*, 138ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 138/27, 22 de enero de 2016.

apoyar las actividades cotidianas en la preparación de emergencias a gran escala, incluida la ampliación de su personal básico.⁵¹⁹

Estas propuestas fueron aprobadas por la Junta Ejecutiva de la OMS y luego por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015. Según Mc Innes, fueron radicales tanto para otorgar a la OMS una mayor capacidad operativa como para permitir que se ejerciera con cierta independencia de los Estados miembros. En particular, la creación de un fondo de contingencia con acceso pre autorizado parece ser un paso crucial para otorgar a la OMS un grado de independencia operacional. Esto sugiere no sólo un cambio hacia un mayor énfasis en la autoridad basada en la capacidad, sino el reconocimiento de que un gobernador global como la OMS puede explotar shocks exógenos y cambios en las expectativas de los gobernados, incluso cuando ha sido fuertemente criticado y su legitimidad está en duda. Además, el hecho de que su legitimidad estuviera en duda podría haber contribuido a tener la habilidad para hacer este cambio mediante la explotación de un espacio en desarrollo.⁵²⁰

El presupuesto de la OMS ha sido recortado desde la crisis financiera de 2008 y además, el control de la Organización sobre él es limitado puesto que como hemos descrito más de las tres cuartas partes del mismo están restringidas a los propósitos y programas especificados por los Estados contribuyentes. Esto claramente sugiere que no sólo la autoridad delegada tiene influencia sobre el presupuesto de la OMS, sino que un cambio basado en la autoridad basada en la capacidad requiere financiación adicional. Si no se obtiene ese financiamiento, entonces la confianza en la Organización quedará en entredicho y su autoridad volverá a cambiar hacia un mayor énfasis en el modelo experto y delegado.

Por otra parte, el RSI que proporciona el marco para que la OMS para llevar a cabo su labor de vigilancia y de respuesta global contra las enfermedades infecciosas, fue revisado por última vez en 2005 tras la epidemia del SARS de 2003. Los problemas respecto a la necesidad de introducir reformas en el RSI sugieren un énfasis en la autoridad delegada.

Tres problemas principales han sido identificados respecto al actual RSI de 2005. En primer lugar, el 70% de los 194 signatarios no cumplieron sus compromisos en términos de capacidad nacional de vigilancia y de reporte a pesar de que las regulaciones entrarían en vigor en 2007. Ese 70% incluye a muchos de los Estados más expuestos a la emergencia de nuevas enfermedades o a brotes de enfermedades existentes. Las razones para su

⁵¹⁹ Mc INNES, Colin, *Óp., Cit.*, p.1313.

⁵²⁰ *Ibidem*, pp.1313-1314.

incumplimiento varían, pero el elemento central radica en la ausencia de medios financieros para implementar la infraestructura de vigilancia necesaria. Hasta que esta deficiencia no se aborde el RSI continuará debilitado. En segundo lugar, los mecanismos para informar sobre el cumplimiento del RSI (poco más que un cuestionario sin una verificación independiente) son insuficientes. Por lo tanto, se requiere un método más robusto para asegurar el cumplimiento. Por último y en tercer lugar, los signatarios incumplen las regulaciones cuando persiguen satisfacer sus intereses nacionales. Por ejemplo, en 2014 imponiendo restricciones de viaje hacia y desde África occidental sin la aprobación de la OMS o no informando a la Organización con prontitud sobre la aparición de casos de Ébola.⁵²¹

3. El brote del Ébola y la securitización de la salud.

En dos últimas décadas de gobernanza global de la salud, los académicos de las Relaciones Internacionales destacan dos tendencias principales, especialmente en relación con brotes letales de enfermedades infecciosas. En primer lugar, existe una creciente tendencia política a enmarcar esos brotes como amenazas a la seguridad. Con la preocupación por las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, las cepas resistentes a los fármacos de las enfermedades conocidas y la proliferación de armas biológicas, se deduce que las amenazas para la salud tienen un impacto en la seguridad nacional e internacional. Las razones explicadas para ello incluyen el hecho de que los altos niveles de morbilidad y mortalidad pueden afectar las operaciones del Estado, perturbar la economía global al interrumpir los viajes y el comercio y amenazar las operaciones militares. En respuesta a estos acontecimientos, la formulación de la salud como cuestión de seguridad se ha convertido en un importante campo de estudio, en concreto el análisis de los procesos a través de los cuales las cuestiones de salud se "securitizan".⁵²²

Con la declaración de la OMS donde anuncia el brote de Ébola como una "emergencia de salud pública de interés internacional" en agosto de 2014 y al mes siguiente MSF haciendo un llamamiento a una robusta intervención civil y militar para hacer frente a la epidemia, se construye una conceptualización del brote que según Joao Nunes, plantea una serie de preguntas. Para empezar, no hubo un reconocimiento suficiente por una parte de los medios de comunicación, el público o incluso por parte de ciertos sectores políticos de que este brote no era un desafío "nuevo" o "sin precedentes".

⁵²¹ *Ibidem*, p.1315.

⁵²² ROEMER-MAHLER, Anne, ELBE, Stefan, "The race for Ebola drugs: pharmaceuticals, security and global health governance", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016, p.487.

Aunque el Ébola había sido hasta hacía poco un tema menor en la agenda de salud global, estaba lejos de ser nuevo. Entre 1976 y 2012 se notificaron 28 brotes del virus en varios países africanos. Como resultado de la subnotificación sistemática, es casi seguro que el total de 2387 casos y 1590 muertes que se produjeron durante estos brotes no fueron más que una parte del número real de víctimas. Los brotes de Ébola han sido un problema recurrente en algunas regiones del continente africano en el pasado y más precisamente se ha permitido que sigan siendo un problema.⁵²³

A pesar de que la OMS era conocedora de esta larga historia de brotes de Ébola terminó conceptualizando el brote utilizando las mismas herramientas utilizadas para gestionar las "enfermedades infecciosas emergentes". Al declarar el brote una emergencia de salud pública, la OMS estaba haciendo algo más que describir un problema: estaba inscribiendo el Ébola como un tipo particular de problema. La figura de la PHEIC es parte del RSI de 2005 y tipifica una nueva manera de abordar los problemas de salud en el ámbito internacional.⁵²⁴

En la práctica, la crisis del Ébola estaba siendo conceptualizada como una crisis emergente y como una situación de riesgo que exigía el cálculo de un futuro incierto. Esto sucede en detrimento de ver el brote desde una perspectiva más amplia, es decir, como el resultado de una serie de acontecimientos y condiciones que tienen que ver con determinadas opciones adoptadas en el pasado y por la inacción. Ver el brote de Ébola como una crisis emergente obstaculiza ver el problema vinculado con las condiciones originales que dieron lugar a dicho problema. Por ejemplo las condiciones sociales y económicas que han convertido el Ébola en endémico en la región o la debilidad e insuficiencia de los sistemas de salud que han hecho que algunos países de África Occidental no puedan hacer frente a este tipo de epidemias. O los bajos niveles de confianza entre los políticos y la opinión pública que al menos en el caso de Liberia, parecen haber debilitado considerablemente la capacidad de las autoridades sanitarias para hacer frente a la epidemia o aún más, el contexto mundial en el que surgió el brote y las desigualdades estructurales. Estas cuestiones no han recibido según Nunes suficiente atención y posiblemente no la reciban ahora en un mundo que busca soluciones farmacológicas en forma de vacunas.⁵²⁵

Para Nunes, la reducción del brote del Ébola a un suceso discreto de crisis y, a un riesgo potencialmente conducente a un escenario catastrófico, se vio acentuada por el proceso

⁵²³ NUNES, Joao, "Ebola and the production of the neglect in global health", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016, p.550.

⁵²⁴ *Ibidem*, p.549.

⁵²⁵ *Ibidem*, pp.549-550.

subyacente de securitización que fue visible en el llamado a la intervención militar. De acuerdo con la perspectiva de la securitización, un asunto se securitiza cuando se enmarca o surge como una amenaza existencial que exige medidas extraordinarias (normalmente no democráticas).⁵²⁶

Liberia y Sierra Leona utilizaron unidades militares para hacer cumplir las cuarentenas y suprimir disturbios. El lenguaje de la seguridad fue empleado también por líderes políticos fuera de la región inmediatamente afectada. El 7 de septiembre, el Presidente Obama declaró que el brote era una "prioridad de seguridad nacional" y poco después anunció planes de enviar 3.000 militares a la región. En las semanas siguientes, China, Francia y el Reino Unido también anunciaron el despliegue de personal y equipo militar en África Occidental. Incluso ONG como Médicos Sin Fronteras y Oxfam generalmente críticos con la intervención militar, no veían otro camino que pedir el despliegue de la capacidad médica militar. Además en esta línea, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas declaró el 18 de septiembre de 2014 que el brote de Ébola constituía "una amenaza para la paz y la seguridad internacionales".⁵²⁷

La narrativa de la securitización se sustenta en un imaginario basado en el miedo, que se ocupa de la protección de la integridad del cuerpo político frente a elementos exógenos. La presencia de una modalidad de securitización explica en gran medida la preocupación por asegurar las fronteras, controlar la circulación internacional y establecer cordones sanitarios que caracterizaron la respuesta al brote.⁵²⁸

La forma de respuesta securitizada interactuó con la narrativa de crisis en la conceptualización del brote. La narrativa de la crisis se superpone con la securitización, porque también se asume la presencia de una amenaza existencial. Mientras que la securitización se sustenta en la externalización de la amenaza (la enfermedad es algo ajeno al cuerpo político que debe ser contenido y mantenido a raya), la narrativa de crisis se centra en elementos internos.

Las narraciones vinculadas con la vulnerabilidad y la ansiedad que crean son un elemento intrínseco de la narrativa de la crisis. En el caso del Ébola, esto se tradujo en la ansiedad por la naturaleza incontrolable de los procesos sociales y económicos existentes. La amenaza no era simplemente el Ébola sino también las vulnerabilidades inherentes en el

⁵²⁶ *Ibidem*, p.550.

⁵²⁷ ROEMER-MAHLER, Anne, ELBE, *Óp. Cit.*, p.489.

⁵²⁸ NUNES, Joao, *Óp. Cit.*, p.550.

mundo globalizado, particularmente en las regiones más desarrolladas con complejas redes en las que circulan a gran velocidad los seres humanos, los bienes y la información.⁵²⁹

En suma, la conceptualización del brote de Ébola contribuyó a que el fenómeno fuera visible en ciertas y muy limitadas formas. Mientras que en el marco de la securitización, la preocupación principal era la protección del yo (Occidente) frente a la amenaza del otro, en la conceptualización de la crisis se hacía hincapié en la vulnerabilidad inherente del yo. En ambos casos las regiones, las poblaciones y los individuos más afectados por la enfermedad no eran más que el fondo, o actores secundarios.⁵³⁰

3.1. El “espectáculo” del Ébola y el tratamiento de los medios de comunicación de las crisis sanitarias.

Según Joao Nunes, los medios de comunicación y los espectáculos políticos pueden ser perjudiciales para abordar la compleja naturaleza de los problemas de salud como el caso de Ébola o en el caso de la gripe H1N1. La atención de los medios de comunicación y una ansiedad política momentánea sobre un tema en particular no significa necesariamente que el tema esté siendo abordado adecuadamente.⁵³¹

Uno de los aspectos más preocupantes de la reacción sanitaria mundial que rodea la crisis del Ébola fue el hecho de que la preocupación y la movilización alrededor del evento no se materializaron hasta que la enfermedad llegó a Occidente. Si bien las organizaciones de ayuda humanitaria habían respondido tempranamente al brote, incluso la OMS sólo articuló su nivel más alto de alerta siguiendo los intereses de Occidente.⁵³²

En general, la narrativa de los periódicos que Sudeepa Abeysinghe ha analizado demuestra que el discurso alrededor de Ébola se centró en Occidente. La enfermedad se transformó de un problema de la "distante" área de África Occidental a una preocupación doméstica. Los temas relativos a la zona donde tenía lugar la enfermedad fueron borrados y subestimados, con sólo discusiones generales sobre "África" (y los africanos).

La potencial expansión a Occidente centró la discusión sobre la amenaza. Sin embargo, se reconoció que el Ébola se convirtió solo en un problema de salud global cuando llega a

⁵²⁹ *Ibidem*, p.550.

⁵³⁰ *Ibidem*, p.550.

⁵³¹ *Ibidem*, p.543.

⁵³² ABEYSINGHE, Sudeepa, "Ebola at the borders: newspaper representations and the politics of border control", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016, pp.456-457.

Occidente. Por ejemplo, tras el caso de la enfermera española afectada, el Ébola atrajo la atención y comenzó a presentarse el horror de la enfermedad para el público occidental y los gobiernos occidentales de repente comenzaron a prestar atención. El Ébola ya no era un problema de pueblos lejanos pero sin embargo, los efectos potenciales de la enfermedad en Occidente eran una cuestión de constante interés mediático.

La narrativa de los medios de comunicación en torno a la enfermedad por lo tanto, sirvió para transformar la cuestión como un problema para África Occidental en un problema para Occidente. El foco casi exclusivo en el interés occidental y en el potencial de contagio a través de las fronteras occidentales apoyó así el debate sostenido sobre la naturaleza y la función de las medidas de control fronterizo. Occidente es el centro de la narrativa mediática y el centro de las representaciones de la enfermedad.⁵³³

Por ejemplo, en agosto de 2014, la revista semanal americana *Newsweek* publicó en su portada una historia alarmista sobre el brote de Ébola. En lugar de privilegiar el relato sobre el sufrimiento humano en África Occidental, la revista optó por centrarse en los peligros de la importación de carne de animales salvajes a los Estados Unidos. Noticias similares fueron publicadas en los medios de comunicación en el Reino Unido y Suecia donde la epidemia del Ébola se vinculaba con prácticas africanas que se consideraban exóticas.⁵³⁴

3.2. La respuesta farmacéutica al Ébola

Para otros autores como Stefan Elbe, si nos centramos en la amenaza a la seguridad internacional que plantea la propagación transfronteriza de las enfermedades infecciosas, se pueden identificar tres cambios subyacentes en las prácticas de seguridad contemporáneas.

En primer lugar, los debates sobre seguridad sanitaria comienzan gradualmente a redefinir la seguridad como algo que es en parte, un problema médico. La principal afirmación de la idea de seguridad sanitaria es que la inseguridad ya no se debe únicamente a las capacidades militares o a las intenciones políticas hostiles de otros Estados; la inseguridad puede venir dada por la presencia y la circulación rápida de las enfermedades.

En segundo lugar, los debates sobre seguridad en materia de salud permiten a una amplia gama de expertos en medicina y salud pública desempeñar un papel mucho mayor

⁵³³ *Ibidem*, p.457.

⁵³⁴ NUNES, Joao, *Óp. Cit.*, p.551.

en la formulación y el análisis de la política de seguridad contemporánea, aumentando así la influencia política de estos grupos sociales.

En tercer lugar, el aumento de la seguridad sanitaria también provoca una transformación significativa en cuanto a cómo se proporciona la seguridad, alimentando los intentos sostenidos de asegurar a las poblaciones mediante el recurso a una creciente gama de intervenciones farmacológicas.⁵³⁵

Stefan Elbe y Anne Roemer Mahler, identifican tres mecanismos subyacentes que vinculan la formulación de la salud como un problema de seguridad con una respuesta política centrada en los productos farmacéuticos: (1) provocando un mayor impulso para las soluciones de política tecnológica; (2) crear un espacio político excepcional donde los procesos de desarrollo, aprobación y administración farmacéutica puedan liberarse de muchas limitaciones; y 3) crear una arquitectura institucional duradera que facilite el recurso a los productos farmacéuticos como instrumento clave de la política sanitaria mundial.⁵³⁶

Pues bien, en el caso que nos ocupa, el 11 de agosto de 2014 sólo tres días después de que la OMS declarara una emergencia de salud pública de interés internacional, la Organización convoca una reunión para decidir si era ético tratar a los pacientes de Ébola con compuestos experimentales que nunca habían sido probados en seres humanos. Dada la alta tasa de mortalidad que presenta la enfermedad en la reunión se concluye que sí. Ahora la carrera estaba entre los gobiernos, las empresas y las organizaciones no gubernamentales para encontrar una solución farmacéutica para el brote Ébola.⁵³⁷

Una nueva reunión de la OMS, celebrada a principios de septiembre, acordó una lista de fármacos y vacunas experimentales cuyo desarrollo debía priorizarse. La financiación para hacer avanzar en el desarrollo de los fármacos fue proporcionada por una serie de organizaciones, gobiernos nacionales y fundaciones filantrópicas.⁵³⁸

Para planificar y coordinar ensayos clínicos en África, Europa y los Estados Unidos se crearon nuevas alianzas público-privadas que abarcaban organizaciones de varios países. Además, los esfuerzos fueron dirigidos a crear las vías reguladoras necesarias para el desarrollo acelerado de nuevos fármacos y vacunas. Se discutieron reglas y estándares sobre cómo llevar a cabo ensayos clínicos en situaciones de emergencia y cómo armonizar

⁵³⁵ ELBE, Stefan, "Pandemics on the Radar Screen: Health Security, Infectious Disease and the Medicalisation of Insecurity", *Political Studies*, Vol. 59, 2011, p.849.

⁵³⁶ ROEMER-MAHLER, Anne, ELBE, *Óp. Cit.*, p.491.

⁵³⁷ *Ibidem*, p.490.

⁵³⁸ *Ibidem*, p.490.

la reglamentación para la aprobación de ensayos clínicos y productos finales a nivel internacional para permitir el desarrollo y la distribución simultánea de nuevos fármacos y vacunas.⁵³⁹

El brote de Ébola en África Occidental ilustra una vez más cómo la securitización de un problema de salud puede contribuir a la elaboración de políticas que se centran en soluciones tecnológicas y muchas veces farmacéuticas, en lugar de fomentar un enfoque a más largo plazo que se ocupe de los factores determinantes socioeconómicos y políticos. La comunidad internacional ha aceptado que factores estructurales como la debilidad de los sistemas nacionales de salud han contribuido a la crisis y están comprometidos con el fortalecimiento de esos sistemas en los países en desarrollo. Sin embargo, este compromiso se ha centrado hasta ahora en la creación de capacidades técnicas, al tiempo que se descuida el contexto político y socioeconómico que ha provocado estas debilidades.⁵⁴⁰

Los procesos de securitización crean espacios para utilizar medios extraordinarios como venimos diciendo y en el brote de Ébola, se pusieron en marcha tres medidas excepcionales para la respuesta farmacéutica que han sido críticas para la respuesta farmacéutica: se movilizaron cantidades extraordinarias de fondos para promover el desarrollo de fármacos y vacunas contra el Ébola, medicamentos experimentales que nunca habían sido probados en humanos fueron administrados a pacientes enfermos y se pusieron en marcha ensayos clínicos para probar medicamentos y vacunas.⁵⁴¹

3.2.1. Movilización de recursos para la fabricación de vacunas.

En primer lugar, el reconocimiento de la amenaza produjo que se movilaran enormes recursos financieros para el desarrollo de medicamentos y vacunas. En los primeros seis meses de la respuesta internacional Ébola, solo los Estados Unidos autorizaron más de 500 millones de dólares para apoyar el desarrollo y la fabricación acelerada de vacunas y medicamentos. La mayor organización británica de financiación de ciencias médicas, *Wellcome Trust*, proporcionó 3,2 millones de libras esterlinas para financiar un consorcio de ensayos clínicos para hacer frente a la enfermedad. La Iniciativa de Medicamentos Innovadores de la UE aportó 215 millones de euros para financiar ocho proyectos de desarrollo de vacunas para la emergencia del Ébola y GAVI prometió proporcionar 300 millones de dólares para comprar hasta 12 millones de dosis de una vacuna una vez que estuviera lista y recomendada por la OMS. En nombre de la seguridad, los gobiernos han intervenido cada vez más en los procesos que controlan el desarrollo de medicamentos y

⁵³⁹ *Ibidem*, p.490.

⁵⁴⁰ *Ibidem*, p.490.

⁵⁴¹ *Ibidem*, p.494.

vacunas de rutina, y han canalizado fondos públicos en programas para el desarrollo y adquisición de productos farmacéuticos contra amenazas percibidas.⁵⁴²

3.2.2. Administración de medicamentos sin testar.

En segundo lugar, la sensación de urgencia creada al enmarcar el brote de Ébola como una amenaza a la seguridad creó un espacio político excepcional para facilitar el uso de medicamentos que nunca antes habían sido probados en seres humanos.

La reglamentación sobre el uso de medicamentos experimentales más allá del ámbito de la investigación sólo existe en unos pocos países, como en Europa y los Estados Unidos, que permiten el uso de productos farmacéuticos no aprobados en situaciones de emergencia. En circunstancias normales, las normas que rigen el uso de nuevos fármacos y vacunas requieren pruebas intensivas en seres humanos en largos ensayos clínicos.

Sin embargo, en las semanas posteriores a la reunión de la OMS, varios pacientes recibieron tratamientos experimentales en Europa, Liberia y los Estados Unidos. La mayoría de los pacientes recibieron uno o más fármacos experimentales, incluyendo brincidofovir, convalescent sangre y plasma, favipiravir, TKM-Ebola y ZMapp. El uso de tratamientos experimentales en pacientes de Ébola condujo a una amplia atención pública hacia los nuevos "fármacos milagrosos" y también a una considerable controversia.⁵⁴³

3.2.3. Ensayos clínicos para probar medicamentos y vacunas.

En tercer lugar, el entorno de emergencia en torno al Ébola propició posibilidades excepcionales para explorar cómo se podría acelerar el desarrollo y la distribución de medicamentos y vacunas, incluso antes de que su eficacia y seguridad estuvieran completamente validadas. En la OMS se celebraron una serie de reuniones y teleconferencias sobre la manera de acelerar el desarrollo clínico, incluido el desbloqueo de algunas de las cuestiones éticas, financieras y reglamentarias. Según la OMS, las discusiones se caracterizaron por un "alto sentido de urgencia". De hecho, casi todos los documentos de reunión disponibles hacen referencia al carácter de emergencia de la situación. La cuestión clave era cómo acelerar a sólo unos pocos meses un proceso que normalmente llevaría varios años.⁵⁴⁴

Para Roemer y Elbe, las medidas extraordinarias adoptadas para facilitar la respuesta farmacéutica al Ébola no tuvieron que empezar desde cero. Más bien, podrían basarse en

⁵⁴² *Ibidem*, p.495.

⁵⁴³ *Ibidem*, p.495.

⁵⁴⁴ *Ibidem*, p.495.

un conjunto de políticas e instituciones jurídicas existentes que se habían creado en las últimas dos décadas para facilitar el uso de productos farmacéuticos como instrumento clave contra las amenazas a la seguridad sanitaria. En otras palabras, la securitización de la salud no sólo ha creado espacio para medidas extraordinarias, sino que también ha creado con el tiempo un conjunto de instituciones duraderas. Algunas de ellos han facilitado y hecho posible una respuesta farmacéutica al brote de Ébola⁵⁴⁵.

⁵⁴⁵ *Ibidem*, p.496.

CAPÍTULO DÉCIMO. EL BROTE DEL VIRUS DE EBOLA Y LAS IMPLICACIONES PARA LOS SISTEMAS DE SALUD AFRICANOS.

1. El brote del Ébola y su impacto en los sistemas públicos de salud.

La epidemia de Ébola de 2014 reveló una vez más cómo un eslabón débil en la detección y control de enfermedades en cualquier lugar puede representar una vulnerabilidad generalizada. En teoría, el control de Ébola es simple: los programas deben encontrar, aislar y cuidar de forma segura a las personas infectadas, rastrear los contactos y enterrar con seguridad a los pacientes que mueren. El desafío en África Occidental ha sido llevar a cabo estas tareas en comunidades sin electricidad ni agua corriente, sin cobertura de Internet o teléfono celular, con grandes segmentos de la sociedad que son analfabetos y no confían ni en el gobierno ni en la medicina moderna y con una casi completa falta de Infraestructura básica de salud pública.⁵⁴⁶

El brote de Ébola ofrece tres lecciones esenciales para Frieden. Primero, cada país debe tener un sistema de salud pública funcional para identificar una amenaza cuando surge, detenerla rápidamente y prevenirla cuando sea posible. Segundo, cuando la capacidad nacional está saturada, el mundo debe ser capaz de moverse de manera inmediata y decisiva. Las epidemias son problemas mundiales y la OMS y su Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes necesitan fortalecer su capacidad de respuesta mundial en epidemiología y otras disciplinas esenciales para el control de enfermedades. En tercer lugar, la falta de prevención y control eficaces de las infecciones en los hospitales y otros centros de salud es una vulnerabilidad clave.⁵⁴⁷

La respuesta a la crisis del Ébola en África Occidental pone de relieve la debilidad de los sistemas de salud de los países afectados, que se han visto paralizados por años de falta de inversión.⁵⁴⁸

Desde un punto de vista epidemiológico, el estado sanitario de la población africana se caracteriza por una fuerte incidencia de las enfermedades infectocontagiosas, siendo las principales causas de consulta en los servicios sanitarios biomédicos, tanto en adultos como en niños: las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y especialmente el paludismo. Junto con las grandes endemias, destaca la alta

⁵⁴⁶ FRIEDEN, Thomas "The future of Public Health", *The New England Journal of Medicine*, 29 October, 2015, p.1750.

⁵⁴⁷ *Ibidem*, p.1750.

⁵⁴⁸ O'HARE, Bernadette, "Weak health systems and Ébola", *The Lancet*, Vol 3, February 2015, p.e71.

prevalencia de la malnutrición infantil y la elevada mortalidad materno-infantil. Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias y la hipertensión. Además, menos de la mitad de las mujeres subsaharianas reciben atención por parte de personal sanitario capacitado.⁵⁴⁹

El brote ha demostrado ser por tanto, devastador para las poblaciones de países de África Occidental como Sierra Leona, Guinea y Liberia, que ya de por sí, contaban con las tasas más altas de mortalidad infantil y materna en todo el mundo.⁵⁵⁰

Según la OMS, una de las principales razones por las que la enfermedad del virus Ébola se propagó de manera tan extensa en Sierra Leona, Liberia y Guinea fue que sus sistemas de salud "carecían de resiliencia" y que, cuando la crisis golpeó, los países no tenían capacidad de reserva para montar una respuesta eficaz y oportuna.

La OMS sostuvo que los sistemas de salud de estos países padecían debilidades estructurales, como un número insuficiente de trabajadores de salud que estaban mal distribuidos en todo el país y sistemas inadecuados de supervisión y de información. La OMS identificó otras debilidades adicionales tales como "sistemas de respuesta rápida ausentes o débiles, pocos laboratorios ubicados principalmente en ciudades, sistemas no fiables de suministro y adquisición de equipos de protección personal y otros suministros, falta de electricidad y agua corriente en algunos centros de salud y pocas ambulancias".⁵⁵¹

Sierra Leona, uno de los tres países en el epicentro del brote de Ébola, es un país pequeño con una población de 6 millones de habitantes y un ingreso medio de 513 dólares. El 13 de diciembre de 2014, este país había registrado 6638 casos confirmados de Ébola y 2033 muertes. La débil infraestructura sanitaria se explica generalmente en los medios de comunicación como resultado de la guerra civil que terminó en 2002. Sin embargo, hay que considerar otros factores además de los que precipitaron la guerra civil, como el ajuste estructural que causó el colapso del sistema educativo.⁵⁵²

⁵⁴⁹ MENDIGUREN DE LA VEGA, Berta, ZENGUET, Ngoko, "Salud, enfermedad y sistemas sanitarios y de protección social en África" en ESTELLA DE NORIEGA, Antonio, CALERO SERRANO, Josefa, *Ideas sobre África: Desarrollo económico, seguridad alimentaria, salud humana y cooperación española al desarrollo*, Fundación Ideas, junio de 2011, Madrid, pp.177-178.

⁵⁵⁰ ELSTON, J.W.T., MOOSA, A.J., MOSES, F., WALKER, G., DOTTA N., WALDMAN R.J., WRIGHT, J., "Impact of the Ebola outbreak on the health systems and population health in Sierra Leona", *Journal of Public Health*, October 27, 2015, p.1.

⁵⁵¹ ROEMER-MAHLER, Anne, ELBE, Stefan, "The race for Ebola drugs: pharmaceuticals, security and global health governance", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016, p.468.

⁵⁵² O'HARE, Bernadette, *Óp. Cit.*, p.e71.

En Sierra Leona, el número de infecciones eclipsó a los de otros países (llegando a 13.683) y donde nuevos casos seguían notificándose en septiembre de 2015. El sistema de salud deficiente se pone en evidencia con escaso personal en los hospitales y la falta de recursos para hacer frente a los retos cotidianos de la salud como la salud materna o el paludismo. En 2008 sólo había 95 médicos y 991 enfermeras y parteras, lo que equivale a dos médicos y 18 enfermeras y matronas por cada 100.000 personas. Como resultado, algunos de los indicadores de salud de Sierra Leona, incluyendo la expectativa de vida (45 años) y la tasa de mortalidad (17 por 1000 personas), se encuentran entre las peores del mundo.

La respuesta de la comunidad internacional a la epidemia de Ébola consistió en promover una estrategia de contención. El presidente de Sierra Leona, Ernest Bai Koroma, ordenó la cuarentena en los "epicentros" de Ébola, se desplegó personal militar para construir barricadas y se construyeron clínicas para tratar de aislar a las personas infectadas. El Reino Unido fue uno de los países que lideraron la respuesta internacional, que fue dirigida en gran parte por sus fuerzas armadas con el apoyo de organizaciones como MSF. El virus fue finalmente contenido en agosto de 2015 gracias además al éxito de un ensayo clínico de una vacuna (VSV-EBOV).⁵⁵³

Para Anderson y Beresford, el éxito eventual de la estrategia de contención no debería provocar celebración, sino un prolongado período de introspección entre los diferentes actores involucrados. De hecho, la crisis ofrece una oportunidad para estimular un compromiso renovado con el fortalecimiento de los sistemas de salud.⁵⁵⁴

1.1. Evaluación sobre el impacto del Ébola en dos distritos de salud en Sierra Leona.

En un magnífico estudio realizado en Sierra Leona en 2015 cuando el brote no había sido atajado, se evidencia que el sistema de salud de este país estaba patentemente desprevenido para hacer frente al brote de Ébola y no podía responder a las necesidades de la población.⁵⁵⁵

Doctors of the World y Médicos del Mundo han trabajado en Sierra Leona desde hace más de diez años y durante el brote Ébola apoyaron la respuesta mediante la puesta en

⁵⁵³ ANDERSON, Louise-Emma, BERESFORD, Alexander, *Óp. Cit.*, pp.468-469.

⁵⁵⁴ *Ibidem*, p.469.

⁵⁵⁵ ELSTON, J.W.T., MOOSA, A.J., MOSES, F., WALKER, G., DOTTA N., WALDMAN R.J., WRIGHT, J., *Óp. Cit.*, p.e71.

marcha de estructuras de tratamiento y acciones de sensibilización. Para determinar el impacto del brote de Ébola en el sistema de salud, se identificaron las necesidades prioritarias de salud de la población para lo cual se realizó una evaluación en dos distritos de salud (Moyamba y Koinadugu).

Los resultados de esta evaluación muestran que se estaba produciendo una emergencia de salud pública en Sierra Leona. En concreto, se concluye que hay una evidente pérdida de confianza en el sistema de salud, una reducción de la utilización de los servicios y una alta mortalidad evitable. Además se estaban produciendo efectos adversos en el personal de salud y en el liderazgo del sistema de salud así como la interrupción de los programas esenciales y en la prestación de servicios con consecuencias evidentes para la salud de la población. En concreto; a partir de las entrevistas realizadas y los grupos de discusión se identificaron los siguientes temas principales.⁵⁵⁶

- Decepción con el sistema de salud. Un tema recurrente derivado de casi todas las entrevistas fue que la gente se sentía decepcionada por un sistema de salud que ellos percibían que podría y debería haber hecho más.
- Miedo y pérdida de confianza en el sistema de salud y en la respuesta al Ébola. El miedo al Ébola era una realidad y estaba frecuentemente asociado con los servicios de salud. Además, era evidente que muchas personas culpaban al sistema de salud por el brote. Los participantes en los grupos de discusión declararon que dejaron de inmunizar a sus hijos por miedo a las agujas que podrían inyectar Ébola. Los rumores en las comunidades habían creado una presión social para abstenerse de llevar a los niños a las estructuras de salud. Los promotores de salud declararon que la mayoría de las comunidades no confiaban ahora en los trabajadores sanitarios, en particular los que participaban en la respuesta contra la enfermedad.⁵⁵⁷

Nos parece oportuno detenernos en las representaciones en torno al Ébola que se tenían en estos países. Si bien es cierto que en Occidente el Ébola era visto como una amenaza procedente de África no lo es menos que esta representación de enfermedad importada y que se podía contraer en las estructuras sanitarias se dio también en estos países y podría explicar que la población culpabilizara al sistema de salud y rechazara hacerse tratar con las consiguientes dificultades para atajar el brote.

⁵⁵⁶ *Ibidem.*, p.2.

⁵⁵⁷ *Ibidem.*, pp. 2-4.

- Impacto del brote de Ébola en la utilización de los servicios de salud. Los factores arriba mencionados fueron universalmente percibidos como resultado de que las personas y las comunidades se desentendían de los servicios de salud. Los datos sobre las tasas de frecuentación de las tasas sanitarias revelaron reducciones marcadas en la utilización de los establecimientos de salud.
- Mortalidad durante el brote de Ébola. Según los equipos de enterramiento seguro que operaban en todo el país con el objetivo de enterrar rápida y de manera higiénica a los fallecidos del distrito y que diagnosticaban el Ébola *post mortem* mediante la recolección de muestras, el número de defunciones registradas fue 3,4 veces mayor que el promedio de muertes registradas durante el mismo período (noviembre a mediados de abril) de los 4 años anteriores (556 de muertes en los años 2010-13).⁵⁵⁸
- Impacto del Ébola en el personal de salud. En Sierra Leona, cuando se realiza el estudio, 304 trabajadores de la salud habían sido infectados (28% de la fuerza laboral total de 1100) y 221 (72%) de ellos murieron. Veinticinco trabajadores sanitarios en Moyamba y 8 en Koinadugu murieron entre octubre de 2014 y marzo de 2015 (26% del total del país durante el período) según el Ministerio de Sanidad y Unicef (datos no publicados). Ambos distritos tenían una severa escasez de personal antes del brote, con Moyamba con dos doctores y Koinadugu sólo uno (0,04 por 10 000 habitantes), había sólo 12 parteras trabajando en Moyamba y 20 en Koinadugu (0,4 por 10 000 habitantes), por lo que se percibió que cualquier pérdida podría ser difícilmente asumida.
- Casi todos los miembros de los Equipos de Gestión de Salud del Distrito (DHMT) estaban involucrados en roles clave en la respuesta Ébola. La percepción de los entrevistados era que los equipos no habían podido proporcionar el nivel de liderazgo, supervisión y apoyo al sistema de salud habitual.
- Interrupción de los programas verticales. Los programas de vacunación en ambos distritos se vieron afectados, principalmente por la desafección de las personas hacia los servicios de salud y por la reducción de los servicios proporcionados por los trabajadores a nivel comunitario. La media de niños que recibieron todas las vacunas infantiles recomendadas antes de cumplir 1 año por mes, durante los meses de enero a junio de 2014 (antes de que fuera percibido que el brote se había apoderado del distrito) fue de 1152,5 comparado con los 507,7 de los últimos 6 meses del año. Los principales programas de salud se vieron afectados, pero especialmente los programas de tuberculosis, VIH, malaria y nutrición. En ambos distritos, se reporta un aumento de la desafección de los pacientes

⁵⁵⁸ *Ib ídem*, pp.2-4.

afectados por VIH y tuberculosis de los servicios después del inicio del brote y la reducción de los servicios comunitarios para la prevención y el control de la malaria.

- Debilidad en sistemas fundamentales. Por ejemplo, se comprueba que los sistemas básicos de comunicación (redes de telefonía) para ambos distritos se habían deteriorado respecto a la aparición del brote.⁵⁵⁹

El estudio nos muestra que uno de los legados del Ébola ha sido una grave emergencia de salud pública actual y que existen obvias consecuencias potenciales para la salud derivadas de la falta de asistencia a los establecimientos de salud, en particular en relación con los niños afectados por el paludismo y en las mujeres embarazadas. Este estudio proporciona la evidencia de una alta mortalidad evitable.

Aunque fue realizado en dos distritos ubicados en diferentes regiones de Sierra Leona, se consideran representativos de la mayoría del país fuera de la zona urbana. Sin embargo, el brote de Ébola no tuvo un impacto uniforme en el país y Moyamba y Koinadugu fueron dos distritos afectados con menor gravedad. En otras zonas con un número mayor de casos, los impactos en la salud de la población y en el sistema podrían ser más pronunciados.⁵⁶⁰

Es importante señalar que los impactos descritos se circunscriben a los resultados de una evaluación realizada cuando el brote no había finalizado por lo que no contempla los impactos a largo plazo en el sistema.

Según Peter Salama y Ala Alwan, una de las lecciones de la epidemia de Ébola es que es por tanto, necesario encontrar formas para construir sistemas funcionales de salud en Estados frágiles y fallidos para poder avanzar hacia metas claves de la comunidad internacional como la reducción de la mortalidad materna e infantil así como para proteger al mundo de nuevos brotes de enfermedades infecciosas.⁵⁶¹

Estos autores han estudiado el estado del sistema de salud en Afganistán, después del período talibán y constatan una reducción de la mortalidad materna y en niños menores de 5 años de casi el 30% durante los diez años siguientes que resulta sorprendente. Estos resultados son el fruto de elecciones deliberadas realizadas muy pronto durante el período post-Taliban, impulsadas por el análisis de las lecciones aprendidas de otras experiencias

⁵⁵⁹ *Ibidem*, pp.4-5.

⁵⁶⁰ *Ibidem*, pp.5-6.

⁵⁶¹ SALAMA, Peter, ALWAN, Ala, "Building health systems in fragile states: the instructive example of Afghanistan", *The Lancet*, Vol. 4, June 2016, p.e351.

post-conflicto. Estas elecciones incluyeron el compromiso de asegurar que las prioridades de salud respondieran a la carga de morbilidad en el país; centrarse en fomentar la confianza en el sector de la salud pública mediante la aplicación de algunos programas importantes (por ejemplo, campañas nacionales de vacunación); el desarrollo de un paquete básico estandarizado de servicios de atención primaria de salud; la decisión de centrar la función del gobierno en la administración y la fijación de normas (habida cuenta de las deficiencias de capacidad en el Ministerio de Salud); la decisión de permitir que las ONG internacionales y nacionales apliquen este paquete básico de acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud (es decir, la subcontratación); un fuerte compromiso de monitorear, evaluar y de rendir cuentas de los resultados; compromiso político y liderazgo del gobierno; y el apoyo de las agencias del sistemas de Naciones Unidas, las ONG y la comunidad de donantes que apoyaron este enfoque de manera consistente durante una década. El Ministerio de Salud y los socios reconocieron que la mortalidad materna era una prioridad clave por derecho propio y que se convertiría en un indicador clave sobre la funcionalidad general del sistema de salud.⁵⁶²

1.2. La importancia de los trabajadores de salud en un sistema de salud.

El reciente brote de Ébola en África Occidental dejará un legado profundo en el sistema de salud de estos. Las muertes por Ébola han sido desproporcionadamente concentradas entre el personal de salud lo cual tiene repercusiones más allá del propio brote.

En un estudio publicado en *The Lancet*, por David Evans, Markus Goldstein y Anna Popova, se combinan datos sobre 1) muertes de trabajadores de la salud por Ébola; 2) el número de trabajadores de salud pre-Ébola; 3) tasas de mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años para cada país; 4) los coeficientes de mortalidad de los trabajadores sanitarios, que reflejan la relación entre los trabajadores sanitarios de un país dado y las diferentes tasas de mortalidad (mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años).⁵⁶³

A finales de mayo de 2015, Guinea, Liberia y Sierra Leona, respectivamente, habían perdido 78, 83 y 79 médicos, enfermeras y parteras a causa del Ébola. Los mayores efectos de estas muertes de trabajadores sanitarios en los tres países fueron la mortalidad materna, es decir, aumentos del 38% en Guinea, 74% en Sierra Leona, y una tasa tan desproporcionada del 111% (76-145) en Liberia, en relación con las tasas pre-Ébola. Los

⁵⁶² *Ibidem*, p.e352.

⁵⁶³ EVANS, David, K., GOLDSTEIN, Markus, POPOVA, Anna, "Health-care workers mortality and the legacy of the Ebola epidemic", *The Lancet*, Vol.3, August, 2015, p.e439.

efectos estimados de la mortalidad infantil y de menores de 5 años oscilaron entre un aumento del 7-20% y un 10-28% entre los países, respectivamente.⁵⁶⁴

A pesar de las limitaciones de los datos por la dificultad obvia para establecer correlaciones, se puede valorar el impacto y sirve para tomar conciencia de que los trabajadores de la salud representan un elemento crucial en un sistema de salud.

Estos países se vienen enfrentando además, desde hace años al fenómeno de la fuga del personal sanitario, en busca de mejores oportunidades laborales u oportunidades de vida, que tiene una repercusión directa en la debilidad de los sistemas de salud.

1.3. La problemática de la fuga de cerebros en el África subsahariana.

Según un artículo publicado en *Le Monde Diplomatique en 2006*, 20.000 profesionales de la salud (médicos, enfermeras, matronas, etc.) emigraban anualmente del continente africano hacia Europa y América del Norte. Teniendo en cuenta la adversa situación del continente en materia sanitaria, se estimaba que habría que formar a un millón de sanitarios para alcanzar los Objetivos del Milenio (ODM), relacionados con la salud.

Paradójicamente, el personal de salud del Sur se está convirtiendo en uno de los pilares de la atención médica en los países del Norte. Europa, Estados Unidos y Canadá han desatendido las necesidades formativas en materia de salud en sus países y tienen dificultades para responder a las necesidades de una población que envejece. Están por tanto, obligados a reclutar personal extranjero; una solución poco costosa y simple para hacer frente a esta problemática. Reclutando personal en África, los países ricos economizan los gastos de formación. Al mismo tiempo, este personal es más proclive a aceptar determinadas condiciones laborales como realizar horas extras o trabajar de noche.

Este tipo de personal es una presa fácil para las economías del Norte dadas las características de los sistemas de salud de los países africanos: salarios bajos, ausencia de perspectivas de carrera profesional, condiciones de trabajo precarias (centros de salud en malas condiciones higiénico-sanitarias, ausencia de medicamentos y de equipamientos), inseguridad permanente ligado a la inestabilidad política, carga de trabajo creciente debido a la ausencia de personal, etc.⁵⁶⁵

⁵⁶⁴ *Ibidem*, p.e439.

⁵⁶⁵ BLANCHET, Karl y KEITH, Regina, *L'Afrique tente de retenir ses médecins*, Le Monde Diplomatique, Publicado el 1 de diciembre de 2006, Consultado el 20 de marzo de 2016.

Por otra parte, en los países desarrollados, además de las cuestiones citadas anteriormente; la carga de enfermedades infecciosas que están resurgiendo y reemergiendo tales como el VIH-SIDA, la tuberculosis, el paludismo en algunas zonas debido al cambio climático⁵⁶⁶, o la aparición de enfermedades como las tratadas en estas páginas, han incrementado la demanda de profesionales de la salud.

Algunas naciones ricas, están adoptando códigos de buena conducta que han tenido un impacto muy limitado. Estos códigos prohíben la contratación de personal en algunos Estados y tratan de proteger los derechos del personal de salud en los países de acogida. Los países del África subsahariana se encuentran todos en la lista de Estados concernidos. Sin embargo, estos códigos adoptados por el Reino Unido y algunos países de la Commonwealth, no son de obligado cumplimiento.⁵⁶⁷

Con todo, en los últimos años y paralelamente al establecimiento de medidas severas para limitar la inmigración de la mano de obra con baja cualificación, los países del Norte han creado medidas específicas y atractivas para atraer a la mano de obra cualificada. Los Estados Unidos, desde mediados de los años 90, han puesto en marcha un sistema de visados especiales (H-1B) destinados a los migrantes cualificados y atribuidos mayoritariamente, a ciudadanos de países en desarrollo.

Canadá, Australia y Nueva Zelanda han implementado, por su parte, un sistema de filtrado de la mano de obra externa. Francia y Gran Bretaña, dos países tradicionalmente de acogida de inmigrantes africanos pusieron en marcha a partir de 2006, medidas similares. Todas estas disposiciones, realizadas con el objeto de atraer la mano de obra cualificada a los países industrializados son susceptibles de favorecer la “fuga de cerebros” de los países del Sur en general y de los países del África subsahariana en particular, hacia los países del Norte y por consiguiente de acrecentar los costes económicos ligados al fenómeno en la región.⁵⁶⁸

Según Francis Omaswa, director ejecutivo del *African Centre for Global Health and Social Transformation* (ACHEST), las lecciones aprendidas de su experiencia en Uganda en relación a la fuga del personal sanitario, se podrían enumerar de la siguiente manera:

⁵⁶⁶OMASWA, Francis “Health worker migration: Perspectives from an African health worker”, CLAPHAM, Andrew y ROBINSON, Mary, *Realizing the Right to Health*, Zurich, Rüffer&rub, 2009, p440.

⁵⁶⁷BLANCHET, Karl y KEITH, Regina, *Op. Cit.*

⁵⁶⁸NKOA, François Colin, “Migrations Sud-Nord, fuite de cerveaux et développement économique en Afrique”, *9th Annual Conference on Global Economic Analysis, Addis Ababa, Ethiopia*, 2006, pp.10-11.

1. Cuando las condiciones de los países son positivas, el personal sanitario se queda en su país y no emigra.
2. La motivación más importante para la migración internacional es la inseguridad, la injusticia, las malas condiciones laborales y los problemas económicos y sociales.
3. A pesar de los contextos desfavorables, hay personas que se quedan en sus países, con su comunidad y proveen servicios esenciales.
4. En ocasiones, la violencia hacia el personal sanitario es ejercida como una herramienta política.
5. Cuando las condiciones en un país pasan de ser negativas a positivas, muchos profesionales de la salud retornan a sus hogares. Este retorno debe de ser gestionado de tal manera que no se desmoralice a los que decidieron no emigrar.⁵⁶⁹

1.4. Sistemas de salud dependientes.

Para pagar los sistemas de salud, los gobiernos necesitan aumentar sus ingresos. La manera más predecible y sostenible de hacerlo es a través de los impuestos, y tanto la ONU como los jefes de estado de África Occidental han acordado que los gobiernos necesitan aumentar el 20% de su producto interno bruto (PIB) para satisfacer sus necesidades de desarrollo. Sin embargo, aunque la economía ha estado creciendo al 6% anual, Sierra Leona actualmente sólo ha elevado el 11% de su PIB en impuestos. Las tres categorías principales de impuesto son el impuesto de aduanas, el impuesto de bienes y servicios, y el impuesto de sociedades. Se conceden exenciones y acuerdos especiales a empresas extranjeras de minería y agronegocios para atraer la inversión extranjera al país, a pesar de que hay poca evidencia que sugiera que tales incentivos atraigan inversiones o promuevan el crecimiento económico. Cada año, el Gobierno de Sierra Leona asigna 25 millones de dólares en salud y 32 millones en educación. Bernadette O'Hare se pregunta por qué un país donde el 53% de la población vive por debajo de la línea de pobreza y la tasa de mortalidad de menores de 5 años es de 161 por 1000 nacidos vivos gasta 244 millones de dólares (es decir, 10 veces el presupuesto de salud) para dar incentivos fiscales a las empresas y organizaciones extranjeras.⁵⁷⁰

En primer lugar, el sector de la salud depende en gran medida de la ayuda externa. Como resultado de esta dependencia, el control del gobierno sobre el sector de la salud está seriamente comprometido, así como su capacidad para establecer y coordinar una agenda

⁵⁶⁹OMASWA, Francis, *Op. Cit.*, p.439.

⁵⁷⁰ *Ibidem*, p.e71.

de salud coherente a nivel nacional. El gobierno está influenciado por las prioridades cambiantes de los donantes internacionales.

Mientras tanto, las ONG a menudo intentan eludir al Estado debido al temor a la corrupción y tratan de poner en marcha proyectos de acuerdo a sus propias prioridades. Esta situación ha llevado a la creación de múltiples sistemas de salud paralelos, algunos financiados y administrados por el gobierno, otros por organizaciones religiosas, ONGs internacionales y locales y organizaciones de la sociedad civil que a menudo dependen totalmente de fondos externos.⁵⁷¹ Estas estructuras paralelas de gestión y atención sanitaria han generado complejidad y en algunos casos disfunción, drenando tiempo y recursos y reduciendo la capacidad de supervisión del Estado.⁵⁷²

El gobierno de Sierra Leona gastó más de 20,7 millones de dólares en respuesta al brote y pidió apoyo a los donantes. La Unión Europea entregó más de 1.000 millones de euros a partir de marzo hasta noviembre de 2014, la Comisión Europea aportó más de 350 millones de euros para el desarrollo humanitario y la investigación, el Reino Unido 205 millones y la Fundación Gates aportó 50 millones de dólares. El gobierno estableció el Centro Nacional de Respuesta al Ébola (NERC) y sistema para gestionar todas las donaciones y financiar la respuesta.

Se ha reportado ampliamente que una parte muy importante de la financiación para combatir el Ébola fue malversada por una serie de actores. De hecho, Transparencia Internacional destacó el hecho de que la "corrupción sistémica en el sector de la salud en África occidental dañó la respuesta a la epidemia de Ébola".⁵⁷³

La epidemia de Ébola, según Anderson y Beresford, constituye una oportunidad para un repensar como este tipo de problemas globales pueden ser gestionados con mayor eficacia en el futuro. Por un lado, el primer ministro británico, David Cameron, trabajó con el presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, para presentar una resolución a la OMS, en la que se pedía la formación de una "fuerza de trabajo de emergencia sanitaria mundial" que pudiera responder a futuras epidemias y compuesta por "equipos de respuesta médica de emergencia que pudieran desplegarse eficaz y rápidamente con los recursos adecuados".

⁵⁷¹ ANDERSON, Louise-Emma, BERESFORD, Alexander, *Óp. Cit.*, p.473.

⁵⁷² *Ibidem*, p.474.

⁵⁷³ *ibidem*, p.477.

Posteriormente, la OMS propuso esta iniciativa como parte de una reconfiguración más amplia de la capacidad de la comunidad internacional para intervenir en emergencias sanitarias y donde la construcción de sistemas de salud resilientes ocupa un lugar central.⁵⁷⁴ Esta cuestión será abordada en el capítulo siguiente.

1.5. Las lecciones de la epidemia de Ébola según la Fundación Gates y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Nos parece sustantivo realizar un análisis detallado de un artículo publicado por Bill Gates donde extrae sus propias conclusiones de lo sucedido con la epidemia del Ébola y establece una serie de recomendaciones para el futuro para la preparación ante futuras epidemias.

Dada la importancia que tiene la Fundación Gates en la agenda global de la salud su visión es, cuando menos interesante.⁵⁷⁵

Resulta llamativo el tono alarmista utilizado en el texto, comparando la lucha contra las enfermedades con la guerra y marcando las prioridades que él considera importantes. En otro orden de cosas, a pesar de la poca importancia que le ha dado históricamente su Fundación al fortalecimiento de los sistemas de salud; en este artículo realiza una mención expresa y reconoce su importancia. Además, su reconocimiento de la necesidad del envío de tropas nos resulta cuando menos controvertido.

Según Bill Gates, la epidemia de Ébola en Guinea, Sierra Leona y Liberia puede servir como una llamada de atención para prepararnos para futuras epidemias de enfermedades que pueden propagarse más eficazmente que el Ébola. Existe una posibilidad significativa de que se produzca una epidemia de una enfermedad mucho más infecciosa en los próximos 20 años dados los antecedentes del siglo XX con la epidemia de la gripe española de 1918-1919 y la actual pandemia del virus del SIDA. El Ébola está lejos de ser la enfermedad más infecciosa conocida. Incluso si el sistema que tenemos hoy funcionara perfectamente para el Ébola, no podría contener una enfermedad más infecciosa. Es instructivo, según Gates comparar los preparativos para las epidemias con los preparativos para otro tipo de amenaza mundial: como la guerra.⁵⁷⁶

⁵⁷⁴ *Ibidem*, p.479.

⁵⁷⁵ GATES, Bill, "The next epidemic. Lessons from Ebola", *The New England Journal of Medicine*, 18 March, 2015.

⁵⁷⁶ *Ibidem*, p.1

Por otra parte, destaca que el mundo no financia ninguna organización para manejar el amplio conjunto de actividades coordinadas requeridas en una epidemia y que los países no han cumplido con los compromisos del RSI que tenían por objeto mejorar la capacidad del mundo para prevenir y contener brotes.⁵⁷⁷

Para Bill Gates, el problema no es culpa de ninguna institución, sino que refleja un fracaso global. El mundo necesita un sistema global de alerta y respuesta para los brotes. (A pesar de que la OMS tiene una Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos). Este sistema podría permitirnos manejar no sólo una epidemia de origen natural, sino también un ataque bioterrorista. Este sistema tendría las características siguientes:

- Ser coordinado por una institución global a la que se le dé suficiente autoridad y financiación para ser eficaz,
- que permita una rápida toma de decisiones a nivel mundial,
- Ampliar las inversiones en investigación y desarrollo y aclarar las vías reguladoras para el desarrollo de nuevas herramientas y enfoques,
- Mejorar los sistemas de alerta temprana y detección,
- Involucrar un cuerpo de reserva de personal capacitado y voluntarios,
- Fortalecer los sistemas de salud en los países de ingresos bajos e
- Incorporar ejercicios de preparación para identificar las formas en que el sistema de respuesta necesita mejorar.⁵⁷⁸

Bill Gates y es algo a lo que queremos dar especial relevancia, reconoce que existe una necesidad crítica de reforzar los sistemas básicos de salud pública, entre los que se incluyen los establecimientos de atención primaria de salud, los laboratorios, los sistemas de vigilancia y los servicios de cuidados intensivos, entre otros componentes. Como muchos analistas han observado, el Ébola se ha propagado mucho más rápido y más ampliamente en países cuyos sistemas de salud y especialmente cuyos sistemas de atención primaria se han visto gravemente debilitados por años de conflicto armado y abandono. Gates reconoce que sin un sistema de salud funcional, es muy difícil para un país poner fin al ciclo de la enfermedad y la pobreza. Además estos países carecen de sistemas de vigilancia

⁵⁷⁷ *Ibidem*, p.1

⁵⁷⁸ *Ibidem*, p.2.

epidemiológica para hacer frente a las enfermedades y se muestra de acuerdo con la exigencia de disponer de personal capacitado dispuesto a enfrentar y contener una epidemia rápidamente.⁵⁷⁹

Otro aspecto apreciable es su reconocimiento de que la epidemia de Ébola podría haber sido mucho peor, según Gates si los gobiernos de los Estados Unidos y del Reino Unido no hubieran utilizado recursos militares.

Por otra parte, y respecto al frente terapéutico, Bill Gates reclama la necesidad de desarrollar pautas claras para el desarrollo de vacunas contra los virus. En el caso del Ébola hubo fármacos que no se pudieron utilizar por las limitaciones legales. Reconoce también la necesidad de invertir en el desarrollo de medicamentos.⁵⁸⁰

1.6. Las 10 reformas formuladas por un panel de expertos independientes antes de la próxima epidemia.

El Panel Independiente sobre la Respuesta Global al Ébola es una iniciativa conjunta del Instituto de Salud Global de Harvard y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres para revisar la respuesta de la comunidad global al brote de Ébola. Está compuesto por 19 miembros procedentes de la academia, grupos de reflexión y la sociedad civil de todo el mundo, con experiencia en Ébola, brotes de enfermedades, salud pública y global, derecho internacional, desarrollo y asistencia humanitaria y gobernabilidad nacional y global.⁵⁸¹

Según el panel de expertos, el brote de Ébola es un recordatorio de la fragilidad de la seguridad sanitaria en un mundo interdependiente y de la importancia de construir un sistema global más robusto para proteger a todas las personas de esos riesgos. Una respuesta más humana, competente y oportuna a los brotes futuros necesita una mayor disposición para ayudar a las poblaciones afectadas y las inversiones sistemáticas para permitir que la comunidad mundial realice cuatro funciones clave:

1. Fortalecer las capacidades básicas dentro y entre los países para prevenir, detectar y responder a los brotes cuando y donde ocurren.

⁵⁷⁹ *Ibidem*, p.2.

⁵⁸⁰ *Ibidem*, p.3.

⁵⁸¹ MOON, Sverie, SRIDHAR, Devi, PATE, Muhammad A., JHA, Ashish k., CLINTON, Chelsea, DELAUNAY, Sophie, EDWIN, Valnora, FALLAH, Mosoka, FILDLER, David P., GARRETT, Laurie, GOOSBY, Eric, GOSTIN, Lawrence o., HEYMANN, David L., LEE, Kelley, LEUNG, Gabriel M., MORRISON, J. Stephen, SAAVEDRA, Jorge, TANNER, Marcel, LEIGH, Jennifer, A., HAWKINS, Benjamin, WOSKIE, Liana R., PIOT, Peter, "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*, Vol.386, November 28, 2015, p.2205-2206.

2. Movilizar una asistencia externa más rápida y más eficaz cuando los países no puedan evitar que un brote se convierta en una crisis.

3. Producir rápidamente y compartir ampliamente el conocimiento pertinente, desde las estrategias de movilización de la comunidad hasta las medidas de protección para los trabajadores sanitarios, y desde la información epidemiológica hasta las pruebas diagnósticas rápidas.

4. Proporcionar la gerencia sobre todo el sistema, lo que implica un fuerte liderazgo, coordinación, establecimiento de prioridades y una sólida rendición de cuentas de todos los actores.

El brote de Ébola puso en evidencia deficiencias en el desempeño de estas cuatro funciones.⁵⁸²

Los miembros del Panel Independiente sobre la Respuesta Global a Ébola han revisado colectivamente la respuesta mundial al brote de Ébola y han llegado a una serie de conclusiones que constituyen una hoja de ruta de diez recomendaciones interrelacionadas en cuatro esferas temáticas:

1.6.1. Prevención de brotes de enfermedades graves.

Todos los países necesitan un nivel mínimo de capacidad básica para detectar, informar y responder rápidamente a los brotes. La escasez de tales capacidades en Guinea, Liberia y Sierra Leona permitió que el Ébola se convirtiera en una crisis nacional y mundial.

- Recomendación 1: La comunidad mundial debe acordar una estrategia clara para asegurar que los gobiernos inviertan internamente en el desarrollo de tales capacidades y movilizar el apoyo externo adecuado para complementar los esfuerzos en los países más pobres. Este plan debe estar respaldado por un sistema central transparente para rastrear y monitorear los resultados de estos flujos de recursos. Además, todos los gobiernos deben acordar una evaluación externa regular e independiente de sus capacidades básicas.
- Recomendación 2: La OMS debe promover la notificación precoz de los brotes reconociendo a los países que comparten rápidamente y públicamente la información, al tiempo que publican listas de países que retrasan la presentación de casos. Los financiadores deben crear incentivos económicos para la notificación temprana. Además, la OMS debe hacer frente a los gobiernos que aplican restricciones al comercio y al viaje sin justificación científica, al tiempo que

⁵⁸² *Ibidem*, p.2205.

desarrolla marcos de cooperación con el sector privado como las compañías aéreas para que continúen prestando servicios cruciales durante las emergencias.⁵⁸³

1.6.2. Respuesta a brotes de enfermedades graves.

Cuando las medidas preventivas no tienen éxito, los brotes pueden cruzar las fronteras y superar las capacidades nacionales. El brote de Ébola expuso cómo la OMS fue incapaz de cumplir con su responsabilidad de responder a tales situaciones y alertar a la comunidad internacional.

- Recomendación 3: Debería crearse en la OMS un centro dedicado a la respuesta de brotes con una capacidad técnica sólida, un presupuesto protegido y líneas claras de rendición de cuentas, que estaría regido por un Consejo independiente.
- Recomendación 4: Debería implantarse un Comité Permanente de Emergencia transparente y políticamente protegido por la OMS con la responsabilidad de declarar emergencias de salud pública.
- Recomendación 5: Debería organizarse una Comisión de Responsabilidad de las Naciones Unidas independiente para realizar evaluaciones a nivel de todo el sistema sobre las respuestas mundiales a los brotes de enfermedades graves.⁵⁸⁴

1.6.3. Investigación: producción e intercambio de datos, conocimientos y tecnología.

La producción y la difusión del conocimiento son esenciales para la prevención y respuesta de brotes, pero no se establecieron sistemas seguros para compartir datos epidemiológicos, genómicos y clínicos durante el brote de Ébola.

- Recomendación 6: Los gobiernos, la comunidad científica, la industria y las ONG deben comenzar a desarrollar un marco de normas y reglas que funcionen durante y entre brotes para permitir y acelerar la investigación, regular la conducción de la investigación y asegurar el acceso a sus beneficios.
- Recomendación 7: Además, los financiadores en materia de investigación deberían establecer un mecanismo mundial de financiación para la investigación y el desarrollo de fármacos, vacunas, diagnósticos y suministros no farmacéuticos relevantes para los brotes (como equipo de protección personal) cuando los incentivos comerciales no sean apropiados.⁵⁸⁵

⁵⁸³ *Ibidem*, p.2204.

⁵⁸⁴ *Ibidem*, p.2204.

⁵⁸⁵ *Ibidem*, p.2204.

1.6.4. Gobernar el sistema mundial para prevenir y responder a los brotes.

Una respuesta mundial eficaz a los brotes importantes requiere liderazgo, claridad sobre los roles y responsabilidades, y medidas robustas para la rendición de cuentas, todas las cuales fueron retrasadas o no se dieron durante la epidemia de Ébola.

- Recomendación 8: Para una respuesta más oportuna en el futuro, el panel de expertos recomienda la creación de un Comité Mundial de Salud como parte del Consejo de Seguridad de la ONU para agilizar el liderazgo de alto nivel y elevar sistemáticamente la atención política a las cuestiones de salud, reconociendo la salud como esencial para la seguridad humana.
- Recomendación 9: Además, se necesitarán reformas decisivas para reconstruir la confianza en la OMS, en vista de sus deficiencias durante la epidemia de Ébola. Con respecto a la respuesta al brote, la OMS debería haberse centrado en cuatro funciones básicas: apoyar las capacidades nacionales mediante el asesoramiento técnico; la respuesta rápida y la evaluación de brotes (incluidas posibles declaraciones de emergencia); establecer normas técnicas, estándares y directrices; y convocar a la comunidad mundial para fijar metas, movilizar recursos y negociar reglas. Más allá de los brotes, la OMS debería mantener su definición amplia de salud, pero reducir sustancialmente su amplia gama de actividades para centrarse en sus funciones básicas.
- Recomendación 10: El Consejo Ejecutivo debería encomendar reformas en materia de buena gobernanza, incluyendo entre ellas el establecimiento de una política de libertad de información, una oficina de Inspección General y la reforma de la gestión de los recursos humanos; todas ellas a ser implementadas para julio de 2017. A cambio de las reformas, los gobiernos deberían financiar la mayor parte del presupuesto de la OMS con fondos no condicionados en un nuevo acuerdo para una OMS más centrada. Por último, los Estados Miembros deben insistir en un Director General con el carácter y la capacidad de plantar cara incluso a los gobiernos más poderosos cuando sea necesario para proteger la salud pública.

Estas diez recomendaciones propuestas por el panel de expertos son concretas, ejecutables y mensurables.⁵⁸⁶

Resulta cuando menos llamativo que algunas de las recomendaciones realizadas por un panel de expertos independiente, coincidan con algunas de las recomendaciones que realiza Bill Gates como por ejemplo, la necesidad de que los brotes estén coordinados por

⁵⁸⁶ *Ibidem*, p.2205.

una institución global autoridad y que permita una rápida toma de decisiones o la necesidad de aclarar las vías reguladoras en materia de investigación.

2. Respuestas a un cuestionario sobre el impacto del Ébola sobre los sistemas públicos de salud.

Durante los meses de marzo y abril, efectuamos un estudio descriptivo cuyos datos fueron recogidos mediante un cuestionario⁵⁸⁷ con preguntas cualitativas y cuantitativas sobre los impactos de las crisis sanitarias como la el brote de Ébola en los países de África Occidental. El cuestionario fue testado previamente con participantes no incluidos en el estudio y que viven en Benín y Togo.

Para la elección de la población, elaboramos una muestra por conveniencia tendente a seleccionar a responsables relevantes en materia de salud pública que ocupan diferentes niveles en la pirámide sanitaria de estos países y que consideramos podrían tener puntos de vista muy interesantes sobre las implicaciones del brote epidemiológico de Ébola. Se seleccionaron actores de dos tipos, por una parte profesionales sanitarios procedentes de los países y que tuvieron una implicación directa en la gestión de la epidemia y por otro lado, profesionales del ámbito de salud pública que trabajan en África Occidental y que se ven confrontados a la eventual aparición de problemas de salud pública a los que tienen que hacer frente y cuya opinión es sustantiva⁵⁸⁸.

Los cuestionarios fueron enviados por Internet entre marzo y abril del año 2017. Todos los participantes dieron su consentimiento informado oral para que sus respuestas pudieran ser utilizado en la presente tesis y los datos han sido transcritos y procesados utilizando el software Excel 2010. Los datos han sido analizados, por otra parte bajo criterios de estricta confidencialidad.

Finalmente, el cuestionario ha sido respondido, en total por 11 expertos.⁵⁸⁹ En concreto;

- de países afectados por el brote de Ébola: Guinea (2), Liberia (1) y Sierra Leona (1);

⁵⁸⁷ Se adjunta en anexo 2.

⁵⁸⁸ Para la selección de responsables en Guinea y Mali, se pudo contar con la colaboración del Dr. Christian Roch Johnson, consejero médico de la Fundación Francesa Raoul Follereau y profesor, a su vez de salud pública en la Universidad de Abomey Calavi, de Benín, con el Dr. Barogui, médico jefe de la Comuna de Lalo y Director del centro de Tratamiento y de Detección Precoz de lucha contra la úlcera de Buruli de esta misma comuna, y con Franz Wiedemann, representante regional en África del Oeste, de la ONGD alemana DAHW.

⁵⁸⁹ El cuestionario fue enviado al representante de MAP Internacional en Liberia, el punto focal de Ébola en Handicap International cuando se produjo el brote y a la ONG Médicos sin Fronteras que no han contestado al cuestionario por diversas razones.

- de países que tuvieron que hacer frente a casos de Ébola como Mali (1) y Nigeria (1) y ;
- países donde no hubo casos pero desplegaron sus sistemas de alerta y que se ven confrontados con relativa asiduidad a potenciales epidemias: Benín (4) y Togo (1).⁵⁹⁰

Procederemos a un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.

2.1. Análisis cuantitativo.

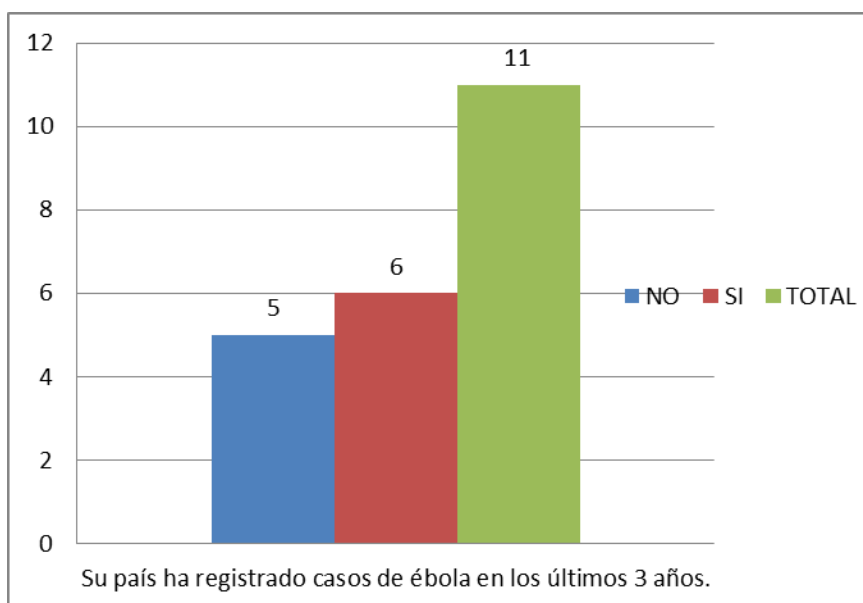


Gráfico 1: elaboración propia.

De las 11 personas entrevistadas, 6 de ellas tuvieron casos de Ébola en sus países (gráfico 1). Por otro lado, 4 sufrieron otro tipo de epidemias en los últimos 3 años en las zonas en las que trabajan o intervienen (gráfico 2).

⁵⁹⁰ Se adjunta en Anexo 1, una descripción de los participantes.

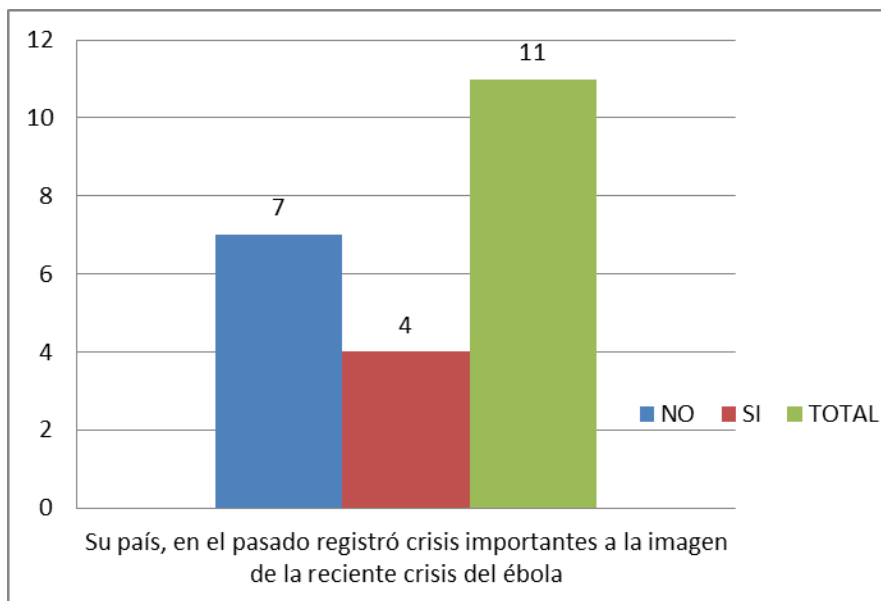


Gráfico 2: elaboración propia.

Concretamente, Benín ha sufrido recientemente, diferentes brotes de fiebre Lassa⁵⁹¹ (fiebre hemorrágica viral). El último caso fue notificado el 20 de febrero por las autoridades beninesas a la OMS (en concreto una mujer embarazada procedente de Togo fallecida)⁵⁹² y ha requerido una respuesta coordinada por parte del Ministerio de Salud beninés⁵⁹³ que incluye el seguimiento de los contactos, la puesta en marcha de una unidad de aislamiento, dotación de medicamentos y equipamiento médico entre los que se encuentran los trajes de protección individual o la realización de acciones de sensibilización.

El último episodio epidémico de Lassa que tuvo lugar en Benín fue entre enero y abril de 2016, con 54 casos registrados y 28 fallecidos. En Guinea, por otro lado han sufrido diferentes brotes de cólera.

⁵⁹¹ La sintomatología se asemeja al Ébola aunque para la fiebre Lassa existe un tratamiento eficaz.

⁵⁹² <http://www.who.int/csr/don/10-march-2017-lassa-fever-benin-togo-burkina-faso/es/>

⁵⁹³ MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, *Message du Ministre de la sante, Dr. Alassane Seidou à propos de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin*, 28 février 2017, Cotonou, Bénin.

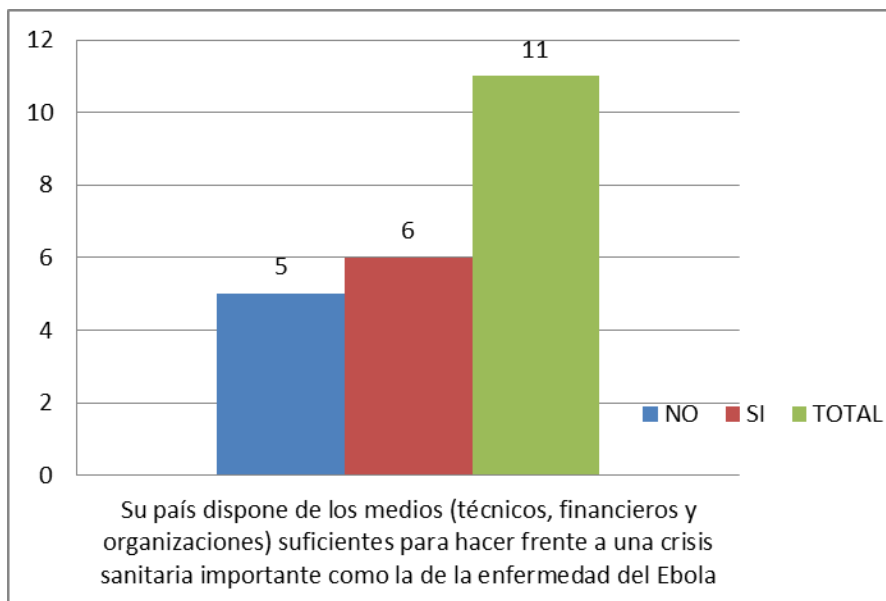


Gráfico 3: elaboración propia.

En relación a la pregunta de si los países disponen de medios suficientes para hacer frente a crisis sanitarias mayores (gráfico 3), resulta curioso que 6 de los 11 entrevistados respondieran afirmativamente. En concreto, los representantes de Benín, Nigeria y Guinea y Liberia. El representante de Sierra Leona explica que su sistema de salud está colapsado y dependiente del exterior (60% de financiación externa).

En el caso de Benín por ejemplo, según los entrevistados el país se ha dotado de medios y se ha formado a personal. Este país puso en marcha por decreto del Ministerio de Salud, un comité nacional de crisis sanitaria de la epidemia del virus Ébola que tenía por objeto aplicar la hoja de ruta de la OMS y apoyar las actividades tendentes a la reducción de riesgos, preparación y vigilancia.⁵⁹⁴ El país cuenta igualmente con un plan nacional de contingencia para el Ébola y otras fiebres hemorrágicas.⁵⁹⁵ Este plan es el que se está empleando para hacer frente al episodio de fiebre Lassa que vive el país y al que hemos hecho mención más arriba.

De la misma manera, Togo elaboró un plan nacional de lucha contra el Ébola⁵⁹⁶ y el sistema de las Naciones Unidas en el país formuló un plan de contingencia para hacer frente

⁵⁹⁴ MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, DIRECTION NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Arrêté portant la création, attributions, composition et fonctionnement, du comité national de crise sanitaire de l'épidémie de la maladie à virus Ébola*, 22 août 2014, Cotonou, Bénin.

⁵⁹⁵ MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, *Plan National de contingence de la maladie à virus Ébola et d'autres fièvres hémorragiques virales*, actualisation février 2015, Cotonou, Bénin.

⁵⁹⁶ MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE TOGOLAISE, *Plan de lutte contre la fièvre Ébola au Togo*, juillet 2014, Lomé, Togo.

al brote.⁵⁹⁷ Las oficinas del sistema de NN.UU como la UNPFA también elaboraron su propio plan de respuesta a la amenaza⁵⁹⁸, lo cual evidencia ciertas duplicidades. El país afortunadamente no ha tenido que hacer frente a la enfermedad así que es complejo deducir que grado de aplicabilidad y pertinencia tienen estos planes.

Nos parecen importantes las respuestas proporcionadas por uno de los entrevistados referido a Liberia tras el Ébola. Según el,

- Existe una cultura previa de cómo abordar otras epidemias
- La comunidad internacional ha colaborado financieramente y con apoyo técnico *in situ*
- Los centros sanitarios se han dotado de instalaciones adecuadas al Ébola: triajes, zonas de aislamiento para pacientes sospechosos. El personal sanitario está acostumbrado y dispone de medios materiales suficientes para trabajar con seguridad.
- Los niveles de coordinación para identificar y buscar pacientes costó implantarlos pero terminaron funcionando.
- Como apartado negativo está el tiempo de respuesta y la concienciación ante una nueva posible epidemia

Respecto a la pregunta donde se matiza si, los países disponen medios para prevenir (gráfico 4), prácticamente todos los entrevistados (salvo dos), responden que sus países no cuentan con los medios suficientes para prevenir brotes en el futuro por motivos tales como que la vigilancia epidemiológica no es exhaustiva y la preparación de los profesionales de salud no es suficiente.

⁵⁹⁷ EQUIPE PAYS DES NATIONS UNIES TOGO, *Plan de contingence du SNU pour la gestion de l'épidémie de la maladie à virus Ébola*, Septembre 2014, Lomé, Togo.

⁵⁹⁸ UNFPA-TOGO, *Plan de prévention et de riposte à la menace de la maladie à virus Ébola*, Août 2014, Lomé, Togo.

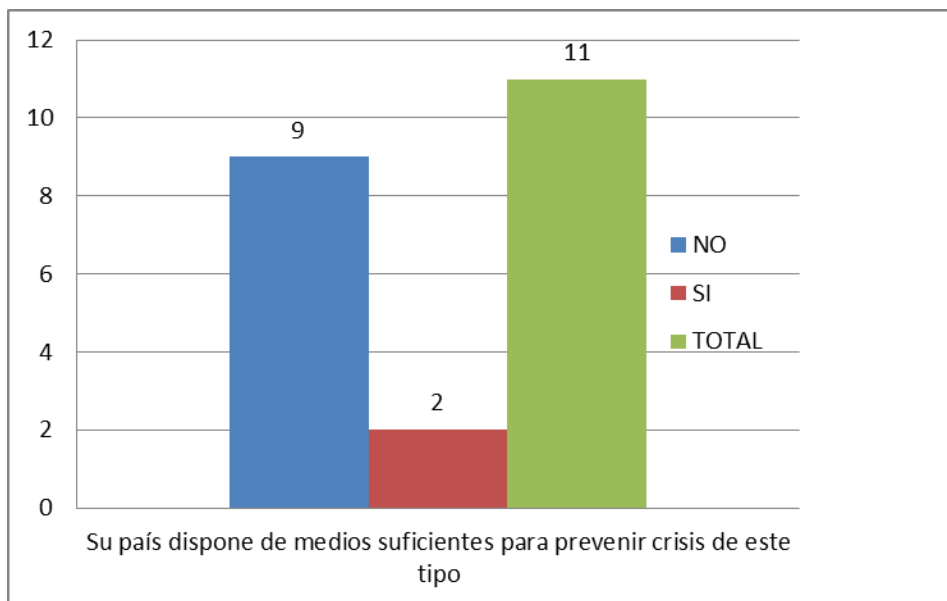


Gráfico 4 elaboración propia.

Por otra parte, a continuación presentamos las respuestas a las preguntas específicas que se han realizado a los representantes de los países que han tenido casos de Ébola.

Respecto a la pregunta de si el país estaba preparado para hacer frente a la epidemia (gráfico 5), únicamente el representante de Mali responde afirmativamente.

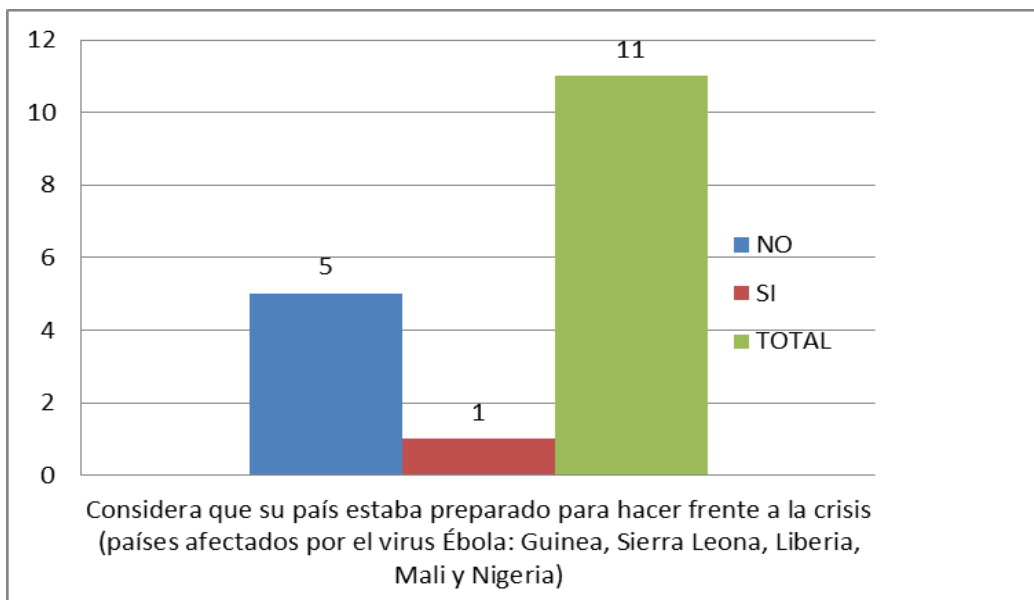


Gráfico 5 elaboración propia.

Respecto a los medios destinados a contener el brote (gráficos 6,7 y 8). Los medios tanto técnicos, financieros como organizacionales utilizados para contener el brote parecen del todo inadecuados, según los entrevistados.

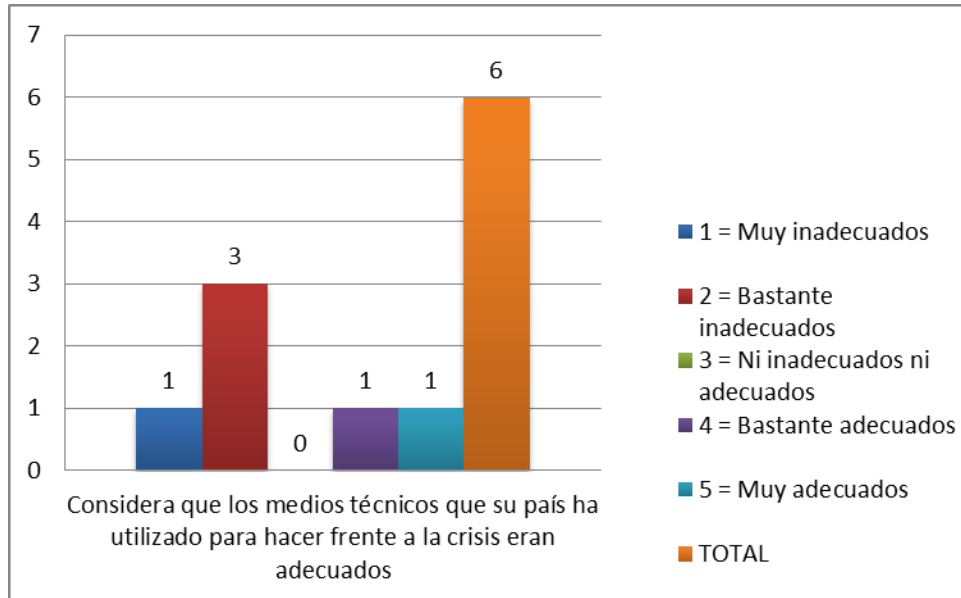


Gráfico 6 elaboración propia.

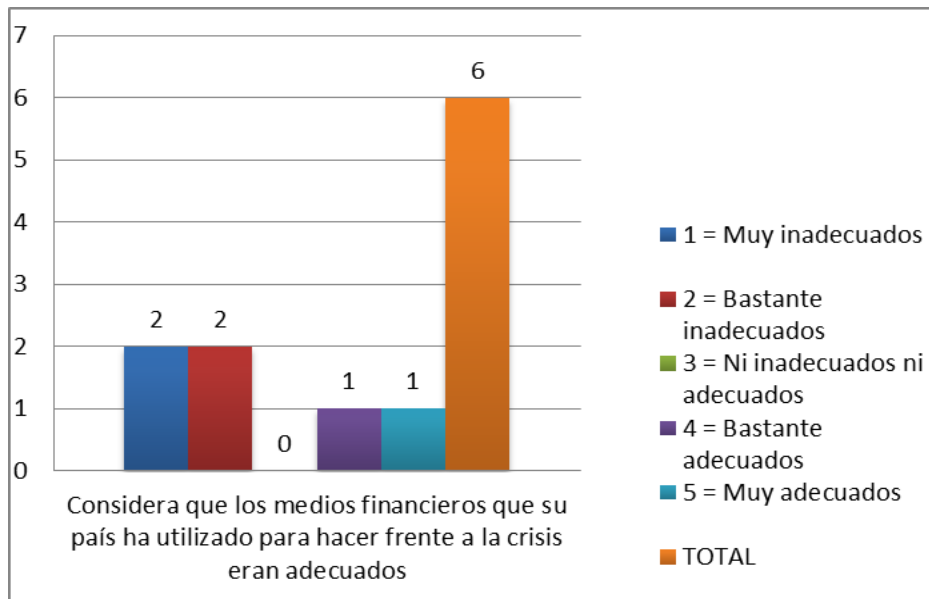


Gráfico 7 elaboración propia

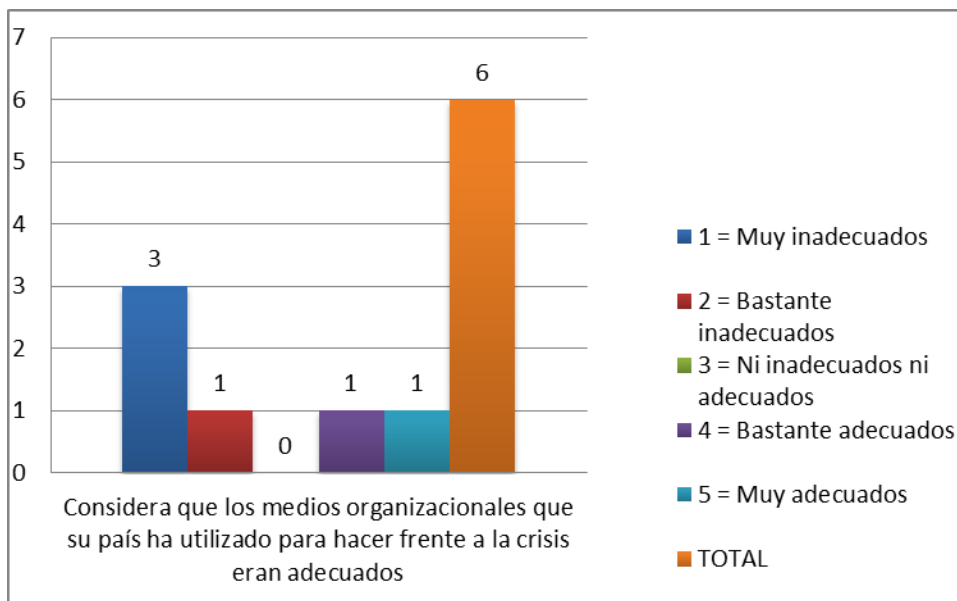


Gráfico 8 elaboración propia.

Un aspecto que parecía relevante preguntar era la opinión de los entrevistados sobre si el tiempo de respuesta había sido el adecuado (gráfico 9).

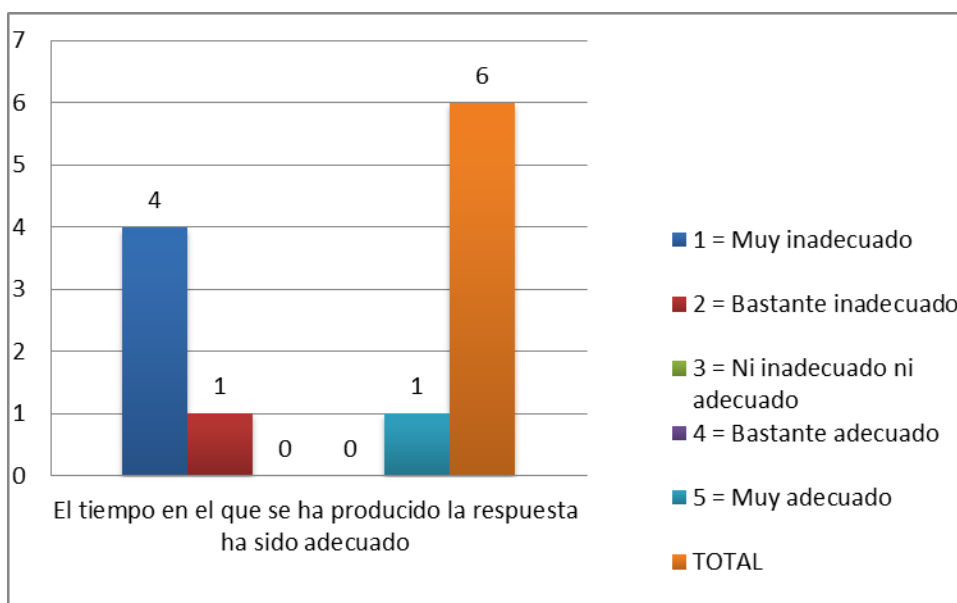


Gráfico 9 elaboración propia.

Únicamente el representante de Nigeria responde que considera el tiempo de respuesta correcto. Estas respuestas parecen coherentes y van en línea con el quorum internacional que existe respecto a la opinión de que la intervención de la comunidad internacional fue lenta.

Respecto a la coordinación de los actores a la hora de hacer frente al brote (gráfico 10) la respuesta es bastante unánime. Según los expertos consultados, no hubo la coordinación necesaria ente las diferentes partes. En este caso también, únicamente al representante de Nigeria le pareció adecuada la coordinación entre actores.

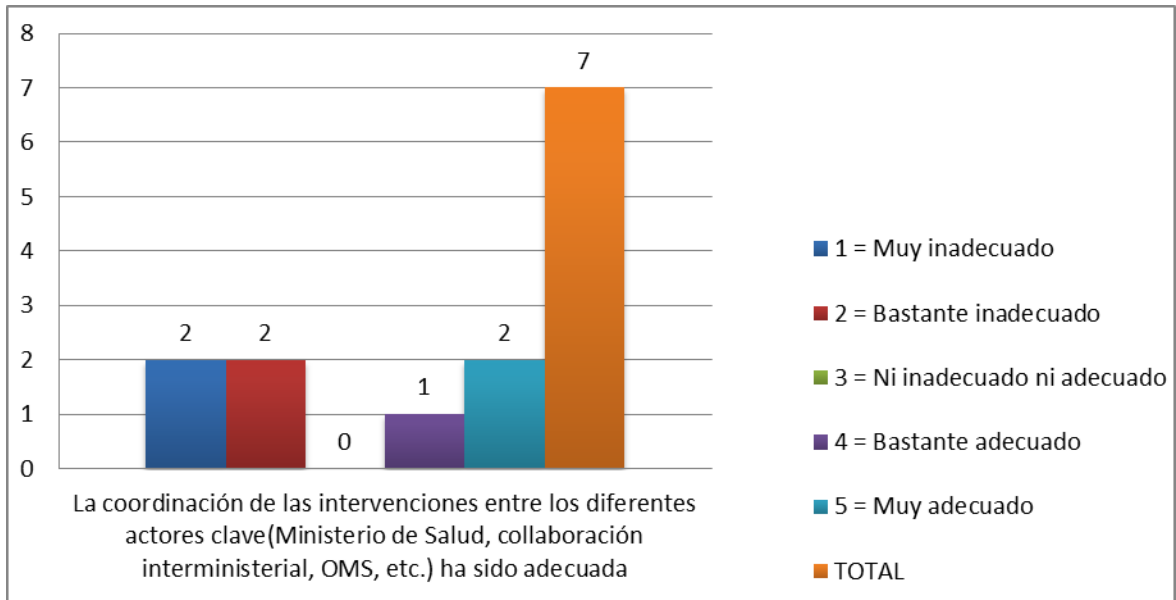


Gráfico 10 elaboración propia.

Por último, cuando preguntamos a los entrevistados si su país estaría capacitado para hacer frente a otro brote de similares características (gráfico 11), únicamente el representante de Sierra Leona considera que su país no está en disposición de hacer frente a otra epidemia como la del Ébola.

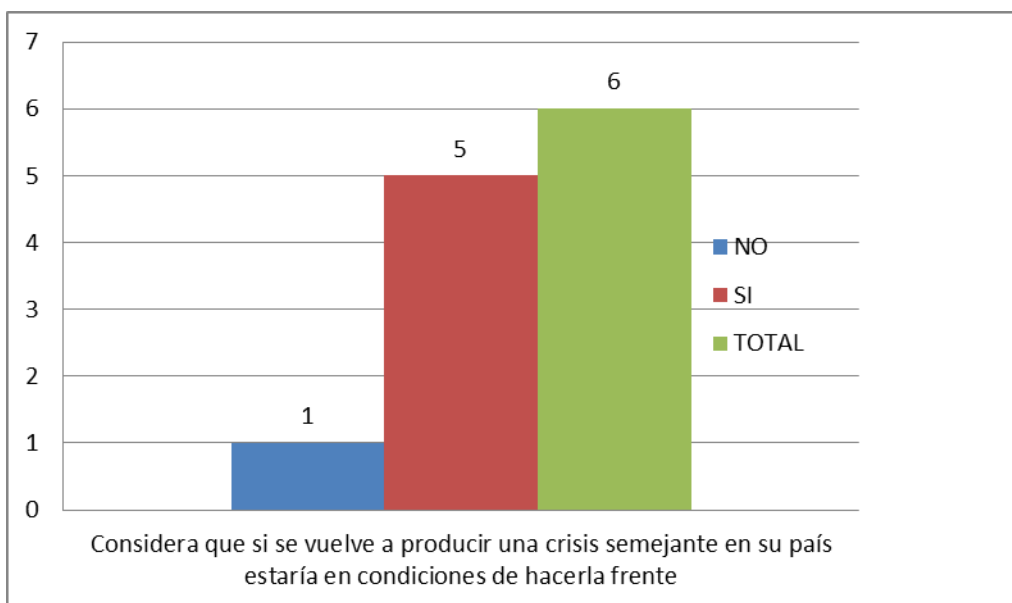


Gráfico 11 elaboración propia.

2.2. Análisis cualitativo de las respuestas del cuestionario.

El cuestionario que hemos presentado a actores destacados en materia de salud pública que trabajan en países afectados por el brote de Ébola o expuestos a crisis epidémicas, contaba con una serie de cuestiones cualitativas donde se buscaba que los entrevistados dieran su punto de vista.

En tanto que la mayoría de las personas entrevistadas son funcionarios de los ministerios de salud pública u organismos internacionales, algunas respuestas pueden contener un cierto sesgo⁵⁹⁹. Aun así, nos parecen suficientemente valiosas para analizarlas e incluirlas. Con el objeto de no realizar un análisis reiterativo, sintetizaremos el análisis todo lo posible.

- Q.4. Cuál es su opinión sobre la respuesta que tradicionalmente dan las instituciones internacionales responsables de dar respuesta a este tipo de crisis, especialmente la OMS?

En líneas generales (salvo dos casos), todos los actores consideran que la respuesta de la OMS fue tardía, posteriormente substancial en medios financieros y materiales pero escasa en recursos humanos para trabajar en primera línea. Consideran que la respuesta internacional fue indispensable aunque se deben extraer lecciones aprendidas de la epidemia de Ébola, para mejorar el dispositivo de gestión de las instituciones ante las amenazas.

En concreto, por ejemplo, el responsable de Sierra Leona, destaca la lentitud en la declaración de la PHIEP. En el caso de Benín, que hace frente a una epidemia de fiebre Lassa, se subraya que la respuesta institucional en el país fue eficaz y estuvo bien coordinada.

En el caso de Mali, se destaca que se desplegaron demasiados medios logísticos que estuvieron por encima de las necesidades reales. En este país la respuesta no estuvo coordinada y no fue demasiado eficaz.

⁵⁹⁹ Las respuestas a las preguntas tienen carácter de confidencialidad.

- Q6. Describa en algunas líneas la conducta que recomienda a su país para prevenir estas crisis:

Benín necesita establecer una organización de gestión de crisis sanitarias y definir el papel de cada uno de los actores que intervienen en una crisis sanitaria. Del mismo modo, se debería desarrollar un plan gestión de incidencias para la gestión de cada tipo de amenaza identificada (análisis de riesgos con cartografía), procedimientos operativos estandarizados, formar a los actores sobre procedimientos y tener la capacidad de identificar necesidades para buscar el apoyo de los socios internacionales

Liberia en términos de planificación tiene muchos documentos sobre cómo actuar y posicionarse, el problema radica que no se avanza según lo programado. Las dificultades de poner en práctica lo planificado, tiene que ver con las diferencias culturales y la negación de que sus modelos de trabajo no son eficientes. La complejidad burocrática y administrativa dificulta los progresos.

En el caso de Sierra Leona, el personal de los centros de salud, debe recibir capacitación para observar las medidas de Prevención y Control de Infecciones (IPC, por sus siglas en inglés) y para que éstas sean respetadas. Las instalaciones de salud deben estar equipadas para la Preparación de Emergencias con unidades de aislamiento apropiadas y es necesario sensibilizar a la población. Por otra parte, las reglamentaciones fronterizas en caso de epidemia deben de ser estrictamente respetadas.

Los actores de los diferentes países, destacan que es necesario fortalecer la vigilancia con una definición clara de casos y una confirmación rápida por laboratorio y poder contar con equipos multidisciplinarios y desplegar los medios adecuados en casos de epidemia.

Es importante igualmente, poder contar un sistema centinela para la vigilancia de enfermedades con potencial de que se conviertan en epidemias y debe de haber un sistema de gestión adecuado de los contactos a nivel comunitario. En líneas generales, los expertos inciden en la importancia de disponer de mecanismos de prevención, detección de casos y notificación así como la posibilidad de realizar simulaciones.

➤ Q.13. Cuáles han sido los efectos/impactos en el sistema de salud tras la crisis (precisar)

✓ Sobre los indicadores sanitarios más importantes:

En el caso de Liberia, no había hospitales abiertos, solo se atendieron los casos de Ébola durante junio-noviembre de 2014. A partir de diciembre se comenzaron a abrir algunos hospitales pero con un 15-20% de su capacidad.

Las campañas de vacunación desaparecieron desde junio a diciembre, con lo cual enfermedades como viruela, sarampión volvieron a descontrolarse.

En Guinea y Sierra Leona se incide en el aumento de la mortalidad materno infantil y otras muertes por el disfuncionamiento del sistema de salud.

✓ Desde el punto de vista de los recursos humanos:

En Liberia, los profesionales sanitarios fueron los primeros en fallecer infectados cuando el Ébola llegó a Monrovia. El miedo se instauró y no acudían a sus centros de trabajo.

✓ Desde el punto de vista organizacional

Se destaca el caos. Luego la coordinación comenzó a mejorarse y hoy podemos decir que este aspecto es el más reforzado tras la crisis.

➤ Q.14. Describa brevemente las lecciones aprendidas tras la crisis de Ébola.

Por último, respecto a las lecciones aprendidas. Los actores concluyen que se necesita una revisión crítica de lo sucedido y un análisis sobre las garantías del uso y aplicación de los fondos de cooperación internacional a los países en vías de desarrollo que se enfrentan a este tipo de epidemias. La corrupción en estos países hace que no se destinen adecuadamente los fondos.

Este tipo de crisis hace que aflore la debilidad y la fragilidad de los sistemas de salud. Es necesario además, involucrar a la población en la gestión de las crisis y hacer un abordaje multidimensional y multidisciplinar.

CAPITULO UNDÉCIMO. COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD. LA NOCIÓN DE RESILENCIA.

1. Cobertura Sanitaria Universal y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Según el informe de la Secretaría de la OMS al Consejo Ejecutivo de enero de 2013 la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) se considera cada vez más como un elemento central para mejorar la salud y un objetivo unificador para el desarrollo de los sistemas de salud.⁶⁰⁰ Según el Informe de la Salud en el Mundo 2010⁶⁰¹, en la Constitución de la OMS se reconoce la salud como un derecho humano fundamental y según este informe la cobertura universal es la mejor manera de alcanzar ese derecho y resulta fundamental para el Principio de Salud para Todos, enunciado hace 40 años en la Declaración de Alma-Ata. La declaración reconoció que la promoción y la protección de la salud también eran esenciales para el desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida, la seguridad social y la paz.

El principio de cobertura universal aparece en el Informe Mundial de la Salud 2008⁶⁰² sobre la atención primaria a la salud y en la resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud, y fue expuesto por la Comisión de 2008 sobre Determinantes Sociales de la Salud y en la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre ese tema.⁶⁰³

La Cobertura Sanitaria Universal contribuye a su vez al desarrollo del que también se beneficia según se señala en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20).⁶⁰⁴ El documento final de la Conferencia, reconoce la importancia de la cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico Sostenibles. Además, los participantes, Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de la sociedad civil se comprometen a reforzar los sistemas salud para proporcionar una cobertura equitativa y universal y promover el acceso asequible a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con las enfermedades no transmisibles. Los asistentes reiteran además su compromiso de desarrollar políticas

⁶⁰⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Cobertura Sanitaria Universal*, Informe de la Secretaría, 132ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 132/22, 18 de enero de 2013, p.1

⁶⁰¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁶⁰² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria en Salud. Más necesaria que nunca*, Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁶⁰³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Óp. Cit.*, p.15.

⁶⁰⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS) *Cobertura Sanitaria Universal*, Informe de la Secretaría, Óp. Cit. p.1.

nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles o reforzar las existentes.⁶⁰⁵

Por otra parte, la importancia de la CSU se destaca en una nueva resolución de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior⁶⁰⁶, Nos detendremos en esta resolución por cuanto se señalan aspectos que tendrán una importancia capital en la agenda de salud mundial estos últimos años.

1.1. Resolución sobre Salud Mundial y política exterior de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Esta resolución toma como referencia el Informe sobre la salud en el mundo 2010, la iniciativa de las Naciones Unidas en pro de un nivel mínimo de protección social de 2009, y los documentos que reafirman la importancia de la Cobertura Sanitaria Universal como la Declaración Política de la Ciudad de México sobre Cobertura Universal en Salud, del 2 de abril de 2012⁶⁰⁷, la Declaración de Bangkok sobre la cobertura universal de salud, de enero de 2012⁶⁰⁸, y la Declaración de Túnez sobre el valor del dinero, la sostenibilidad y la rendición de cuentas en el sector de la salud, aprobada en julio de 2012.⁶⁰⁹

El documento invita a los "Estados Miembros a que reconozcan los vínculos entre la promoción de la cobertura universal de salud y otras cuestiones de política exterior, como la dimensión social de la globalización, la cohesión y la estabilidad, el crecimiento inclusivo y equitativo y el desarrollo sostenible y la sostenibilidad de los mecanismos nacionales de financiación, y la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud y protección social".⁶¹⁰

Según la resolución "la aplicación de una cobertura universal de salud se sustenta en un sistema de salud sólido y con capacidad de respuesta, que preste servicios de atención

⁶⁰⁵ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *El futuro que queremos*, A/RES/66/288, 11 de Septiembre de 2012, Nueva York.

⁶⁰⁶ *Cobertura Sanitaria Universal*, Informe de la Secretaría, Óp. Cit. p.1

⁶⁰⁷ FORUM ON UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, *Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage: Sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress*, 2 April 2012, Mexico City.

⁶⁰⁸ PRINCE MAHIDOL AWARD CONFERENCE 2012, *Bangkok Statement on Universal Health Coverage*, 28 January 2012, Bangkok.

⁶⁰⁹ DIALOGUE DE HAUT NIVEAU ENTRE LES MINISTRES DES FINANCES ET LES MINISTRES DE LA SANTÉ, *Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé*, 5 juillet 2012, Tunis.

⁶¹⁰ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *El futuro que queremos, Salud mundial y política exterior*, A/67/L.36, 6 de diciembre de 2012, Nueva York.

primaria de la salud amplios y abarque un extenso ámbito geográfico y con especial hincapié en el acceso a las poblaciones más necesitadas. Además, ha de contar con una fuerza de trabajo cualificada, debidamente formada y motivada, así como con capacidades relativas a medidas de salud pública amplias, protección de la salud y énfasis en los determinantes de la salud mediante políticas en distintos sectores".⁶¹¹

La Resolución "insta a los gobiernos, a las organizaciones de la sociedad civil y a las organizaciones internacionales a que promuevan la inclusión de la cobertura universal de salud como elemento importante del programa internacional de desarrollo y en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio" Además, tal y como finalmente se producirá recomienda que se estudie la posibilidad de incluir la cobertura universal de salud en los debates sobre la agenda para el desarrollo después de 2015". Por último, "exhorta al Consejo Económico y Social que examine la cuestión de la cobertura universal de salud como parte de su programa de trabajo de 2013, con la participación de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, otras entidades pertinentes de las Naciones Unidas."

1.2. La definición del concepto de Cobertura Sanitaria Universal.

Los países ven en la CSU, según el Informe de Salud de 2010 la aplicación de dos vertientes relacionadas entre sí: la cobertura de todos los servicios de salud necesarios (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), y su cobertura por una protección contra los riesgos sanitarios.⁶¹²

La cobertura sanitaria tiene por objeto garantizar que todas las personas obtengan los servicios de salud que necesitan sin riesgo de ruina económica. A su vez, la cobertura universal por los servicios de salud necesarios incorpora muchos componentes diferentes como por ejemplo, el acceso universal a los medicamentos esenciales, personal suficiente y motivado y sistemas de información que proporcionen los datos necesarios para la toma de decisiones.⁶¹³

El avance hacia la CSU es un proceso que requiere progresos en varios frentes; la gama de servicios disponibles para la población (medicamentos, productos médicos, personal sanitario, infraestructura e información que se necesitan para garantizar una buena calidad);

⁶¹¹ *Ibidem.*

⁶¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Óp. Cit.*, p.15

⁶¹³ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *El futuro que queremos, Salud mundial y política exterior*, A/67/L.36, 6 de diciembre de 2012, Nueva York.

la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta, y la proporción de la población que está cubierta. Estos avances tienen que estar protegidos durante las recesiones económicas.

La cobertura por los servicios necesarios mejora o mantiene la salud y permite que la gente pueda continuar con sus vidas. Al mismo tiempo, la protección contra los riesgos financieros impide que la población se vea abocada a la pobreza por el pago directo de su atención.⁶¹⁴

Las dos vertientes de la cobertura sanitaria universal son igualmente importantes. La gente se siente más tranquila cuando sabe que los servicios sanitarios que necesitan están disponibles y son de buena calidad y asequibles. Por otra parte, la utilización de los servicios sanitarios contribuye a reducir la mortalidad, morbilidad y la discapacidad en todas las poblaciones. El sector salud es solo uno de los factores que contribuyen a esas reducciones. Hay una gran variedad de factores adicionales implicados, tales como las políticas generales de desarrollo o los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.⁶¹⁵

1.3. Como los países pueden progresar hacia la cobertura sanitaria universal.

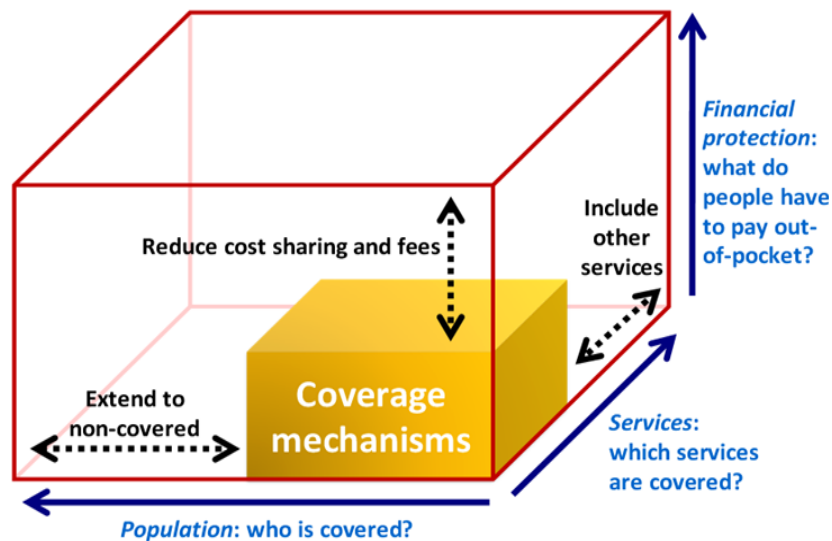
Los países, para evaluar los niveles de cobertura y diseñar las estrategias para aumentarlos deben de responder a tres preguntas fundamentales:

- ✓ ¿quién está cubierto?,
- ✓ ¿qué servicios están incluidos y cuál es su grado de calidad?
- ✓ ¿qué grado de protección financiera tienen los ciudadanos al acceder a los servicios?⁶¹⁶

⁶¹⁴ *Ibidem.*

⁶¹⁵ *Cobertura Sanitaria Universal*, Informe de la Secretaría, Óp. Cit. p.2.

⁶¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Argumentando sobre la Cobertura Sanitaria Universal*, Organización Mundial de la Salud, 2013, Ginebra, p.18.



Fuente; *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, Organización Mundial de la Salud, 2010.

El objetivo último de la cobertura sanitaria universal sería ir llenando el cubo más grande representado en el gráfico anterior mediante fondos prepagados y mancomunados. En realidad, ningún país llena el cubo entero, ya que eso significaría que proporciona a todas las personas, todos los servicios sanitarios que necesitan con plena protección financiera.

Esto se debe principalmente a que todos los países hacen frente a limitaciones de recursos a la hora de financiar sus sistemas de salud, por lo que deben de adoptar decisiones difíciles para repartir la cobertura entre las tres dimensiones, es decir, la cobertura de población, la disponibilidad y la calidad de los servicios, y la protección financiera. El avance hacia la CSU es por tanto, un proceso de realización progresiva en el que la población comprende que la cobertura de servicios sanitarios, la calidad de los mismos y la protección frente a los riesgos financieros mejorarán con el tiempo a medida que se dispongan de más recursos.⁶¹⁷ Los esfuerzos encaminados a lograr la CSU deberían descansar sobre los derechos humanos y en el principio de equidad, estos derechos fueron reafirmados en la resolución de la Asamblea General que se adoptó por unanimidad en diciembre de 2012⁶¹⁸ y cuyos aspectos más señalados han sido desarrollados en el punto anterior.

⁶¹⁷ *Ibidem*, p.19.

⁶¹⁸ *Ibidem*, p.20.

1.4. Reformas de financiación sanitaria y Cobertura Sanitaria Universal.

El modo de pago reviste una importancia capital para la Cobertura Sanitaria Universal. Al considerar sus opciones de financiación, los gobiernos deben tener en cuenta las tres funciones principales del sistema de financiación sanitaria:

- ✓ Recaudar suficientes recursos financieros para sufragar los costos del sistema de salud.
- ✓ Mancomunar los recursos financieros para proteger a las personas frente a las consecuencias financieras de la mala salud, cómo la pérdida de ingresos y el pago de los servicios sanitarios.
- ✓ Adquirir servicios sanitarios para velar por el uso óptimo de los recursos disponibles.⁶¹⁹

1.4.1. Recaudar suficientes recursos financieros para sufragar los servicios sanitarios.

Con independencia del enfoque con el que se aborde la financiación sanitaria en los países, las personas con menos recursos no podrán contribuir financieramente. Para estas personas la atención sanitaria debe estar totalmente subvencionada o financiada con fondos públicos. Los países que han logrado garantizar el acceso de su población a un conjunto de intervenciones sanitarias de buena calidad con un alto nivel de protección frente a los riesgos financieros destinan por lo general más del 5% de su PIB (producto interior bruto) al gasto público en salud. No obstante, se trata en su mayoría de países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).⁶²⁰

1.4.2. Mancomunar los fondos para aumentar la protección contra los riesgos financieros.

Los mecanismos utilizados para pagar los servicios sanitarios se pueden clasificar en dos tipos: voluntarios y obligatorios. Los impuestos, las tasas públicas de diverso tipo y los seguros obligatorios son ejemplos de mecanismos obligatorios. Los seguros no obligatorios y los pagos realizados por los pacientes en el momento de recibir asistencia son voluntarios en la medida en que las personas eligen pagar o utilizar los servicios.

La mancomunación consiste en la acumulación de contribuciones aportadas por adelantado por particulares en un fondo común que posteriormente se utiliza para pagar los servicios prestados a todos los miembros del fondo según sus necesidades. Los fondos recaudados así pueden ser específicos de la salud o proceder de los ingresos estatales

⁶¹⁹ *Ibidem*, p.23.

⁶²⁰ *Ibidem*, p.26.

generales, algunos de los cuales se destinan a financiar la salud. Esta mancomunación reduce o elimina los riesgos financieros asociados a la mala salud.

Para evaluar cuál de estos sistemas sería útil a los países a la hora de definir sus estrategias de financiación, es necesario comprobar si estos mecanismos son eficaces, eficientes y equitativos.⁶²¹

Los mecanismos de financiación que no mancomunan los fondos son el pago de los usuarios, es decir, cuando las personas simplemente pagan por los servicios de salud cuando utilizan dichos servicios.

En la actualidad se reconoce universalmente que la financiación directa por los usuarios es el peor modo de financiar un sistema de salud. Las personas pobres desisten de solicitar atención médica o, en el caso de los enfermos crónicos, de continuar un tratamiento. Cuando no tienen más remedio que solicitar asistencia, la necesidad de pagar por ella puede sumirlos en la pobreza.⁶²²

Existen por otra parte, sistemas de financiación sanitaria que se basan en la mancomunación de fondos y pueden clasificarse en dos grupos amplios: sistemas de seguro voluntarios, en los que las personas (o las empresas en nombre de sus empleados) eligen si quieren afiliarse y los sistemas obligatorios, en los que las personas están obligadas a contratar un plan de seguro con arreglo a las condiciones establecidas por la legislación, nacionalidad o por pertenecer a un determinado colectivo como las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza.⁶²³

Las personas pobres no pueden contribuir a los planes de seguro voluntario, algo que se ha observado en los seguros de enfermedad comunitarios (en ocasiones denominados microseguros) a falta de subvenciones estatales. Los resultados son incompatibles con el objetivo de la cobertura sanitaria universal, ya que los pobres quedan excluidos y las personas enfermas no subvencionan a las enfermas.⁶²⁴

⁶²¹ *Ibidem*, pp.27-28.

⁶²² *Ibidem*, pp.28-29.

⁶²³ *Ibidem*, pp.29-30.

⁶²⁴ *Ibidem*, p.31.

Ningún país en el mundo ha logrado acercarse a la cobertura sanitaria universal utilizando el seguro voluntario como principal mecanismo de financiación. Estos sistemas tienen poca aceptación entre la población.⁶²⁵

Respecto a los sistemas públicos de financiación sanitaria obligatoria, en la actualidad se reconoce que depender de contribuciones predominantemente obligatorias es crucial para establecer un sistema equitativo de financiación sanitaria. Históricamente, los países lo han logrado a través de dos mecanismos principales: los impuestos y gravámenes generales y las contribuciones obligatorias al seguro de enfermedad. Tradicionalmente, las contribuciones proceden de deducciones obligatorias de los salarios de los empleados y/o de sus empleadores, que se pagan directamente a un fondo de seguro de enfermedad.⁶²⁶ La experiencia muestra que los mecanismos de contribución obligatorios desempeñan un papel importante en la aceleración de los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y constituyen una base de financiación que puede ser eficaz, eficiente y equitativa.⁶²⁷

1.4.3. Adquirir servicios sanitarios para velar por el uso óptimo de los recursos disponibles.

En varios países de bajos ingresos, incluso si se incrementa la financiación sanitaria interna y se mancomuna de forma más eficiente, las sumas recaudadas no serán suficientes para financiar la prestación de servicios de cantidad y calidad adecuadas a toda la población. La ayuda financiera externa es en este sentido necesaria. Para contribuir de manera efectiva a que los países avancen hacia la CSU, la ayuda financiera debe cumplir también con los criterios de eficacia, eficiencia y equidad.⁶²⁸ Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir a su vez, de forma activa a ayudar a los países a aumentar la eficiencia en la prestación de servicios, el personal sanitario, la información, la financiación o la gobernanza.⁶²⁹

1.5. Plan de acción de la OMS para la Cobertura Sanitaria Universal.

En marzo de 2011, la Organización Mundial de la Salud, convocó una reunión de expertos en financiación de la salud provenientes de otras agencias, de la sociedad civil y del mundo académico y fruto de ese trabajo desarrollaron el documento *Plan of action. Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage*⁶³⁰ que se basa en sus aportaciones. A pesar de que no describe con qué socios se llevará a cabo el trabajo, con

⁶²⁵ *Ibidem*, p.32.

⁶²⁶ *Ibidem*, pp.32-33.

⁶²⁷ *Ibidem*, p.34.

⁶²⁸ *Ibidem*, p.36.

⁶²⁹ *Ibidem*, p.37.

⁶³⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION *Plan of action Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage. Plan of Action*. World Health Organization, 2012, Geneva.

plazos y presupuestos, el documento podría ser considerado como la primera parte de un "plan global de acción" sobre la financiación de la cobertura sanitaria universal.⁶³¹

Según el documento, para apoyar a los países a modificar sus sistemas de financiación de la salud para que puedan avanzar más rápidamente hacia la CSU y mantener las ganancias que han obtenido, estos deben:

- Reducir las barreras financieras para acceder a los servicios de salud necesarios (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación) de buena calidad, en particular para las personas pobres y vulnerables, aumentando así la cobertura;
- Aumentar la cobertura y el alcance de la protección hacia el riesgo financiero lo que se traduce en la reducción del número de personas que se enfrentan a dificultades financieras o al empobrecimiento debido a la necesidad de pagar directamente por los servicios que reciben.

Los países se encuentran en diferentes etapas en el desarrollo de sus sistemas de financiación de la salud y en su progreso hacia la Cobertura Sanitaria Universal. Varían en cuanto al alcance y la distribución de los servicios de salud y en la disponibilidad de trabajadores de la salud, por lo que sus necesidades son diferentes.

Sin embargo, los países tendrían, en general, que pasar por los siguientes procesos para modificar sus sistemas de financiación para avanzar más rápidamente hacia la cobertura, aunque el trabajo a desarrollar en cada uno de ellos será diferente:

- Revisar dónde están en términos de cobertura y cómo funcionan sus sistemas de financiamiento de la salud;
- Desarrollar o revisar sus políticas y estrategias para el sistema de financiamiento de la salud, según proceda, idealmente como un proceso en el que puedan participar todas las partes interesadas que involucre a todos los actores clave y a los ministerios implicados en la provisión o el financiamiento de servicios de salud (incluyendo el Ministerio de Finanzas) Gobiernos nacionales, sociedad civil, sector privado, etc.
- Implementar políticas y estrategias;
- Monitorear y evaluar el progreso y revisar las políticas y estrategias según sea necesario⁶³²

⁶³¹ http://www.who.int/health_financing/documents/path-to-universal-coverage/en/

⁶³² *Ibidem*, p.7.

Según Joseph Kutzin, interpretado de manera estricta, la cobertura sanitaria universal es un ideal utópico que ningún país puede alcanzar plenamente. Para traducir la CSU en una realidad específica del país, es necesario desglosar el concepto en sus objetivos principales y hacer hincapié en el progreso hacia estos objetivos: mejorar la equidad en el uso de los servicios de salud necesarios, mejorar la calidad del servicio y mejorar la protección financiera. Todos los países comparten estos objetivos en diversos grados. Por lo tanto, avanzar hacia la cobertura es relevante para todos los países del mundo. Hacer ese progreso requiere acciones en todo el sistema de salud, no sólo en la política de financiamiento. Según Kutzin, la unidad de análisis apropiada al planificar o analizar las reformas debe ser toda la población.⁶³³

La Organización Mundial de la Salud no es la única agencia que apoya a los países a modificar su financiamiento de la salud y sus sistemas de salud en busca de la cobertura sanitaria universal. El Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo también trabajan junto con los países para sus sistemas de financiamiento de salud.⁶³⁴

1.6. Cobertura Sanitaria Universal. La OMS y el Banco Mundial.

En febrero de 2013, la OMS y el Banco Mundial organizan una reunión en Ginebra a la que acudirán ministros de finanzas y de salud de algunos países, así como otros interesados directos de alto nivel. En el marco de esa reunión se emite un documento que nos resulta de una relevancia fundamental.

Según este documento, la CSU no es una sola cuestión de salud sino una cuestión propia del desarrollo que permite a los adultos obtener ingresos y a los niños adquirir conocimientos; herramientas imprescindibles para escapar de la pobreza. Se dice también que a pesar de que se han logrado avances en materia de CSU, aún queda mucho por hacer a nivel de los países. En muchos entornos persisten graves carencias de personal de salud y retener a los trabajadores y motivarlos requiere inversiones y un entorno propicio que apueste por los incentivos.⁶³⁵ Del mismo modo, destacan como elemento fundamental la interacción entre los ministerios de salud y de finanzas puesto que ambos comparten el reto de obtener los fondos suficientes y de utilizarlos de manera eficiente.

⁶³³ KUTZIN, Joseph, "Health financing for universal health coverage", *Bulletin World Health Organization*, 17 June 2013, Geneva, p.608.

⁶³⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Plan of action Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage. Plan of Action, Óp. Cit.*, p.5.

⁶³⁵ *Hacia la cobertura sanitaria universal: conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas. Reunión ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal 18 y 19 de febrero de 2013, Sede de la OMS, Ginebra (Suiza), Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2013.*

Consideramos fundamental subrayar un aspecto del documento: Según el Banco Mundial y la OMS, la experiencia demuestra que “los objetivos de asegurar una protección financiera universal y asegurar la equidad en el uso de los servicios necesarios tienen más posibilidades de prosperar cuando un sistema de salud se basa principalmente en la recaudación de fondos mediante el prepago obligatorio (es decir, fondos procedentes de los ingresos generales del Estado, contribuciones obligatorias a la seguridad social, o una combinación de ambos). No existe en el mundo ningún país que haya conseguido garantizar la cobertura universal de la población sirviéndose de contribuciones voluntarias, y menos aun utilizando un sistema de pago directo por los propios usuarios”.⁶³⁶

Lo que se dice en estas líneas pone en tela de juicio, a nuestro modo de ver el sistema de Bamako que a día de hoy se da en el continente africano y que implica el prepago a la hora de acceder a servicios sanitarios y que resulta ser un elemento explicativo del retraso en acceder al sistema de salud por carecer de recursos con todo lo que ello conlleva (agravamiento de las enfermedades o incluso la muerte), las bajas tasas de frecuentación de las estructuras sanitarios y la corrupción existente en el sistema público (el pago al contado por servicio sanitario hace que surjan determinados comportamientos por parte del personal de salud).

El documento hace referencia a las dificultades que tienen muchos países en retener a su personal sanitario y evitar una eventual “fuga de cerebros”. La explicación de este fenómeno que tiene una importancia capital respecto a la debilidad y fragilidad de los sistemas de salud en África ha sido explicada en páginas anteriores.

1.7. CSU y Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

La agenda de 2030 para el desarrollo sostenible representa una oportunidad para los gobiernos y la comunidad internacional para renovar su compromiso de mejorar la salud como un componente central del desarrollo.⁶³⁷ De los 17 ODS, el 3 (Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) está específicamente centrado en la promoción de la salud y de las metas que incluye, la 8ª hace referencia expresa a la CSU. No obstante, es importante destacar la ausencia de indicadores medibles para alcanzar la cobertura.

⁶³⁶ *Ibidem*, p.3.

⁶³⁷ KINNEY, Marie-Paule, BEKEDAM, Henk, DOVLO, Delanyo, FITZGERALD, James, HABICHT, Jarno, HARRISON, Graham, KLUGE, Hans, LIN, Vivian, MENABDE, Natela, MIRZA, Zafar, SIDDIQI, Sameen, TRADIS, Phyllida, “Strengthening health –systems for Universal Health Coverage and sustainable development”, *Bulletin World Health Organization*, 2017, p.1

La CSU, según Kinney, contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de diversas maneras; una de ellas es promoviendo la seguridad de la salud pública mundial aumentando la resiliencia de los sistemas de salud para responder a las amenazas para la salud que se propagan tanto dentro como fuera de las fronteras nacionales. El SRAS, la crisis de 2014 de Ébola y los brotes del virus Zika que se llevan produciendo desde 2015 mostraron a la comunidad internacional las consecuencias financieras que muchos países enfrentan a causa de las emergencias sanitarias. El impacto de los desastres humanitarios y naturales se ve exacerbado por la debilidad de los sistemas de salud.⁶³⁸

2. Sistemas de salud resilientes. Las lecciones aprendidas del brote del Ébola.

Durante los últimos diez años, la ayuda externa en materia de salud para países como Guinea, Liberia o Sierra Leona se ha visto incrementada en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud (4, 5 y 6), sin embargo la mayor parte de esta ayuda se ha destinado a combatir el VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis y una parte de lo que quedaba ha ido destinada a la salud materno infantil. Por tanto, la ayuda destinada para apoyar el desarrollo general de los sistemas de salud ha sido escasa.

Esta falta de inversión en los sistemas de salud ha sido determinante en el control del brote de Ébola de 2014 por cuanto un sistema de salud sólido disminuye la vulnerabilidad de un país respecto de los riesgos para la salud y asegura un alto nivel de preparación para mitigar el impacto de cualquier crisis.⁶³⁹

La fragilidad de los sistemas de salud no había suscitado tanto interés hasta este momento, a raíz de la peor epidemia del virus de Ébola que el mundo ha conocido. Las pérdidas de vidas, los trastornos sociales masivos y el colapso incluso de los servicios de salud más básicos muestran lo que sucede cuando una crisis golpea y los sistemas de salud no están preparados. Esto no ha sucedido solo en África según el análisis realizado por Margaret Kruk y sus colegas, sino también en otras partes del mundo: la lucha para proporcionar una respuesta coherente y gestionar el sentimiento público (que a menudo se manifiesta como miedo) de una manera que asegure que la enfermedad no se extienda resulta capital. En otras palabras, durante la crisis de Ébola se pudo ver una ausencia de

⁶³⁸ *Ibidem*, p.2

⁶³⁹ KINNEY, Marie-Paule, EVANS, David, B., SCHMETS, Gerard, KADANDALE, Sowmya, "Health-system resilience: Reflections on the Ebola crisis in western Africa", *Bulletin World Health Organization*, 92:850, 2014, p.850.

resiliencia. Este nuevo punto de vista plantea un nuevo marco de referencia: los sistemas de salud resilientes.⁶⁴⁰

La resiliencia del sistema de salud puede definirse como la capacidad de los actores, las instituciones y las poblaciones para prepararse y responder de manera efectiva a las crisis; mantener las funciones básicas cuando éstas se producen; y, basándose en las lecciones aprendidas durante la crisis, reorganizarse si las condiciones lo requieren. Los sistemas de salud son resistentes si protegen la vida humana y producen buenos resultados de salud para todos durante una crisis y tras sus consecuencias. Estos sistemas pueden proporcionar por tanto beneficios en la vida cotidiana y resultados positivos para la salud. Este doble beneficio, es lo se ha llamado "el dividendo de la resiliencia".

La respuesta a una crisis, ya sea por un brote de enfermedad u otra urgencia que tenga como resultado un aumento de la demanda de atención de salud (por ejemplo, un desastre natural) necesita tanto de una respuesta vigorosa de salud pública como de un sistema de salud altamente proactivo y funcional. Estos dos sistemas deben trabajar de forma concertada durante una crisis, y mucho antes de que la crisis llegue.

Los sistemas de atención de salud son sistemas adaptativos complejos y la resiliencia no debe ser considerada como una dimensión sino como una propiedad que forma parte de todo el sistema en su conjunto. Por lo tanto, la capacidad de resiliencia es dependiente del contexto e iterativa, y precisa de evaluaciones previas de las capacidades y debilidades del sistema, inversiones en componentes vulnerables antes de una crisis, refuerzos durante la emergencia y la revisión del desempeño tras la crisis. La resiliencia no es una construcción estática, la rápida capacidad de recuperación tras la crisis es un aspecto fundamental.⁶⁴¹

La epidemia de Ébola ha puesto en evidencia la ausencia de varias condiciones previas para la resiliencia. La primera de estas condiciones previas es el reconocimiento de la naturaleza global de las graves crisis sanitarias y la claridad sobre los roles de los actores a todos los niveles del sistema mundial de salud. Aunque los gobiernos nacionales son fundamentalmente responsables de sus sistemas de salud, necesitan la capacidad de movilizar a toda la gama de actores locales y recurrir rápidamente a recursos externos si es necesario. La necesidad de una red de resiliencia global es tanto un imperativo moral como un reconocimiento del hecho de que los patógenos no respetan las fronteras. Los impactos en el sistema de salud de un país pueden extenderse entre las regiones y el mundo. Por lo

⁶⁴⁰ KRUK, Margaret E., MYERS, Michael, VARPILAH, S. Tornorlah, DAHN, Bernice, T., "What is a resilient health system? Lessons from Ebola", *The Lancet*, Vol. 385, May 9, 2015, p.1910.

⁶⁴¹ *Ibidem*, p.1910.

tanto, la resiliencia del sistema de salud es un bien público mundial y necesita una respuesta colectiva de la comunidad global.

Una segunda precondition es la necesidad de disponer de una base legal y política para guiar la respuesta y establecer la rendición de cuentas. La aplicación del RSI, donde se pide a los países que establezcan capacidades esenciales de salud pública y que establezcan un medio para coordinar una respuesta a las emergencias sanitarias con los socios regionales y mundiales, es un requisito previo para una respuesta eficaz. Además, es necesaria una legislación que aclare la autoridad de las agencias de salud pública y los roles y responsabilidades de los actores público-privados en materia de salud.

En tercer lugar, es necesario poder contar con una fuerza de trabajo, que cuente con personal de salud dispuesto a trabajar en un contexto difícil y peligroso. El establecimiento de una fuerza de trabajo de este tipo comienza con la capacitación y el despliegue de un número suficiente de médicos, enfermeras, técnicos y trabajadores comunitarios, una tarea colosal en un país por ejemplo como Liberia con una población de 3,5 millones de personas y menos de 100 médicos. Los sistemas de salud que obtienen la confianza y el apoyo de la población y de los líderes políticos locales, por otra parte, mediante la prestación fiable de servicios de alta calidad antes de la crisis tienen una poderosa ventaja de resistencia por lo que una gestión sólida de los sistemas de salud a nivel de distrito es clave para ganar esa confianza.⁶⁴²

La Fundación Rockefeller ha desarrollado estudios sobre ciudades y sociedades resilientes que pueden resistir y adaptarse a factores, como el cambio climático. En base a estos fundamentos, los sistemas de salud resilientes podrían caracterizarse por los cinco elementos siguientes:

- En primer lugar, los sistemas de salud resilientes son *conscientes*. Los sistemas de salud resilientes tienen un mapa actualizado de recursos humanos, físicos y de información que destacan áreas de fuerza y vulnerabilidad. Son conscientes de las amenazas potenciales para la salud y los riesgos para la población de fuentes biológicas y no biológicas. La concientización necesita sistemas estratégicos de información sanitaria y redes de vigilancia epidemiológica que puedan informar sobre el estado del sistema y las amenazas inminentes para la salud en tiempo real, permitiendo la modelización predictiva.

⁶⁴² *Ibidem*, p.1910.

- En segundo lugar, deben ser *diversos*. Los sistemas de salud que tienen la capacidad de hacer frente a una amplia gama de problemas de salud, son más estables y capaces de detectar las disfunciones cuando surgen. En tiempos de calma, los sistemas que abordan diversas necesidades de salud aumentarán el número y la calidad de las interacciones de las personas con el sistema de salud, aumentando la confianza del público y permitiendo un reconocimiento más rápido de una nueva amenaza para la salud. Este enfoque es más factible cuando hay cobertura universal de salud, por lo que la CSU resulta ser una medida de resiliencia esencial. La CSU promueve la provisión de servicios de salud amplios y protege a las familias vulnerables de las dificultades financieras. Esto puede fomentar que las personas tengan más probabilidades de buscar atención oportuna, lo que en una situación como la del Ébola puede representar la diferencia entre la vida y la muerte, y una oportunidad para contener el brote.
- En tercer lugar, los sistemas resilientes se *auto-regulan*, con la capacidad de contener y aislar las amenazas para la salud, mientras prestan los servicios básicos de salud y evitan la propagación de la inestabilidad en todo el sistema. Esto tiene tres elementos: (1) capacidad para identificar y aislar rápidamente una amenaza y asignarles los recursos, (2) minimizar la interrupción en la provisión de servicios esenciales de salud durante la crisis, y (3) la disponibilidad, en determinados lugares, de servicios. Al mantener sana la población no afectada, los servicios básicos de atención de salud ayudarán a atenuar los efectos de la amenaza en otras esferas de la vida: la productividad, la educación y los procesos políticos.⁶⁴³
- Cuarto, necesitan estar *integrados*. Los sistemas de salud resilientes reúnen a diversos actores, ideas y grupos para formular soluciones e iniciar acciones. El intercambio de información, la comunicación clara y la coordinación de múltiples actores son característicos de la integración. Las actividades de salud pública y, en particular, la comunicación con el público, deben coordinarse estrechamente con la prestación de servicios de salud. Una respuesta integrada requerirá legislación preexistente y acuerdos de colaboración que aceleren los flujos de recursos y permitan compartir y reasignar fondos, personal y capacidades durante las crisis. Debido a que la buena salud depende de insumos de fuera del sistema de salud y debido a que las emergencias de salud repercuten en otras esferas de la sociedad, la respuesta efectiva a una crisis de salud requerirá la participación de sectores no sanitarios como el transporte, los medios de comunicación y la educación. El sector privado, las ONG, los líderes locales y la

⁶⁴³ *Ibidem*, p.1911.

sociedad civil también deberán participar a su vez, porque aportan capacidades y perspectivas complementarias cruciales. En particular, las comunidades deben ser reconocidas como un actor central en los sistemas de salud y no simplemente como receptores de atención sanitaria.⁶⁴⁴

- Por último, los sistemas de salud resistentes son *adaptables*. La adaptabilidad es la capacidad de transformarse de manera que mejore la actividad en circunstancias altamente adversas. Cualquier adaptación debe mejorar el desempeño a corto plazo e, idealmente, contribuir a la construcción de la resiliencia a largo plazo. Demasiado a menudo la respuesta humanitaria a las emergencias de salud es demasiado breve, dejando pocos impactos positivos en los sistemas de salud tras la crisis.

La adaptabilidad no se manifiesta sólo durante las crisis: los sistemas de salud resilientes demuestran la capacidad de adaptación en tiempos normales, tales como el cambio en las necesidades epidemiológicas y demográficas de las personas. En el contexto de los desastres naturales u otros acontecimientos con víctimas masivas, es posible que los sistemas de salud deban adaptarse para responder a las necesidades de salud de los refugiados o de los desplazados internos. Adaptarse a los desafíos emergentes requiere un liderazgo fuerte y flexible, datos y capacidad para utilizarlo, así como estructuras organizativas y sistemas de gestión.

Durante las crisis, los sistemas de salud resilientes reducirán la pérdida de vidas y mitigarán las consecuencias adversas para la salud, proporcionando atención eficaz para las necesidades de emergencia y de rutina. Los sistemas de salud resilientes también pueden reducir al mínimo las perturbaciones sociales y económicas que caracterizan los brotes y otras amenazas para la salud a gran escala al involucrar a las personas como parte activa en los esfuerzos de contención, reducir el temor y acelerar la reanudación de la actividad normal.⁶⁴⁵

Por último y de acuerdo con Oliveira y Russo, consideramos que las respuestas a los brotes deben de estar dirigidas a fortalecer los sistemas de salud, en lugar de centrarse en actividades verticales y de emergencia. La respuesta debe integrarse en una respuesta integral del Ministerio de Salud y de todos los actores clave. Una respuesta holística a los brotes de enfermedades, integrada en las políticas nacionales de salud, podría minimizar las aparentemente inevitables lagunas en la prestación de servicios de salud. Por otra parte,

⁶⁴⁴ *Ibidem*, p.1911.

⁶⁴⁵ *Ibidem*, pp.1911-1912.

unos recursos humanos suficientes y de calidad son un requisito previo para sistemas eficaces.

La respuesta internacional frente al brote de Ébola fue claramente tardía y descoordinada. El impacto de esta respuesta fragmentada llevó a la puesta en marcha de actividades paralelas, que se superpusieron con los frágiles intentos de los ministerios de Salud, lo cual debilitó y fragmentó aún más las estructuras de salud de los países afectados.

Las lecciones de pasadas epidemias, junto con la experiencia previa de introducir servicios verticales en sistemas de salud ya de por sí frágiles, deberían haber sido revisadas e incorporadas a la respuesta del brote. Existe la posibilidad de una respuesta integrada e integral como hemos tratado de probar en el capítulo sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas. Después de años de emergencias y estrategias verticales, la respuesta de la ayuda internacional debería haberse centrado en el fortalecimiento del sistema de salud⁶⁴⁶.

⁶⁴⁶ OLIVEIRA, Charlotte, RUSSO, Giuliano, "Vertical interventions and system effects, have we learned anything from past experiences?", *Pan African Medical Journal*, 21:262, 2015.

CONCLUSIONES.

Decíamos en el capítulo introductorio que esta tesis Doctoral tenía como modesto propósito establecer un puente entre dos mundos; el mundo de la academia y su sentido crítico y una visión más cercana a la realidad de lo que sucede sobre todo en el continente africano, en materia de salud pública y de gobernanza global. Mi trayectoria vital y profesional de los últimos más de diez años, me ha permitido conocer el mundo de las organizaciones internacionales y tener otra mirada sobre los problemas de la salud global. Estos dos mundos pueden parecer a menudo distantes y alejados pero su unión puede resultar valiosa para abordar los desafíos del siglo XXI.

Aunque esta tesis Doctoral tiene un alto componente “práctico”, la complejidad de los problemas a los que el mundo se enfrenta hoy hace necesaria los abordajes multidisciplinares por lo que a lo largo de este trabajo hemos tenido como propósito utilizar elementos teóricos de dos disciplinas como son la Salud Pública y las Relaciones Internacionales.

En el marco de la salud internacional intervienen 7 actores fundamentales: 1) Los Estados que son (o deberían de ser al menos) los garantes de la salud de sus ciudadanos, 2) la OMS como actor principal y líder de la gobernanza sanitaria mundial, 3) otras agencias del sistema de Naciones Unidas que intervienen y que son actores de la salud como UNICEF, la Organización Mundial del Comercio o la Organización Mundial del Trabajo, 4) otros actores internacionales que operan a nivel regional como la OOAS que tuvo un papel destacado en la gestión del brote de Ébola, 5) las organizaciones de la sociedad civil (ONG y ONGD) , 6) el mundo del sector privado (el sector empresarial donde incluiríamos el mundo de las farmacéuticas) y por último pero no menos importante por su papel jugado estos últimos años, 7) las fundaciones filantrópicas y donde ocupan un papel fundamental Fundaciones como la Rockefeller o Bill y Melinda Gates.

Estas fundaciones filantrópicas han moldeado la salud global. En un primer momento, fueron los investigadores de la Fundación Rockefeller con sus enfoques selectivos en materia de salud y, sobre todo desde el comienzo del milenio ha sido la Fundación Gates que es el mayor contribuyente privado de la OMS y ha tratado (y diríamos que logrado) introducir sus prioridades en la agenda global de la salud.

Esta relación creciente que ha contado con el impulso de las Naciones Unidas principalmente desde que Koffi Annan fue nombrado Secretario general, ha adoptado

diferentes formas y no ha estado exenta de críticas por la capacidad de influencia del sector lucrativo en la toma de decisiones de las instituciones multilaterales y por las motivaciones e intereses de las empresas multinacionales en este tipo de alianzas.

Las grandes fundaciones filantrópicas han dedicado en los últimos años sus fondos a la lucha contra las tres grandes pandemias (el VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis) y no han prestado atención a las enfermedades no transmisibles (como la diabetes, el cáncer las enfermedades cardiovasculares, las Infecciones respiratorias agudas o las enfermedades diarreicas) cuando son las enfermedades en el plano internacional que tienen las cargas de morbilidad y de mortalidad asociadas más importantes.

Nos parece significativo hablar de las enfermedades tropicales desatendidas. Las empresas o las fundaciones filantrópicas han prestado un interés creciente hacia algunas de estas enfermedades pero la atención ido dirigida fundamentalmente hacia las que se pueden tratar con medicamentos. Hay enfermedades para los cuales no hay vacunas o tratamientos y al darse únicamente en contextos de pobreza, no reciben la atención de las empresas para las que el desarrollo de tratamientos no es rentable. Es el caso de enfermedades como la úlcera de Buruli.

Las ETD, sobre todo tras la Declaración de Londres, han sido objeto de atención por las grandes corporaciones farmacéuticas como Novartis que financia el tratamiento contra la Lepra y por la Fundación Bill y Melinda Gates. De las 18 ETD que existen según la OMS, la Fundación Gates prioriza 10 y dentro de estas 10 se encuentran aquellas para las cuales hay un tratamiento eficaz que puede ser proporcionado en las campañas de distribución de masas, dejando de lado otras como la úlcera de Buruli que requiere un abordaje integral y una respuesta de todo el sistema de salud. Esta situación provoca que a pesar de la atención que recibe el término de moda de las “ETD”, haya otras enfermedades que queden desplazadas del foco de los poderes públicos y mediáticos.

Por otra parte, esa voluntad de centrarse en un tipo de enfermedades y no en otras es debido a nuestro modo de ver a los intereses privados de las empresas que forman parte de estas alianzas público privadas. Además, las enfermedades infecciosas forman parte, sobre todo a partir de la década de los noventa y acrecentado por la sensación de vulnerabilidad tras el 11 de Septiembre, de la Agenda Global de los países ricos.

En efecto, las enfermedades infecciosas como el VIH (que es la enfermedad que más fondos recibe) afectan a las poblaciones del Norte y pueden constituir un problema de seguridad en la medida en que tienen un gran potencial desestabilizador. Las empresas, sobre todo las farmacéuticas, intervienen en alianzas en la medida en que pueden tener beneficios económicos lo cual explica que se centren en unas enfermedades y no en otras.

Lo mismo sucede con enfermedades como el Ébola que fue objeto de atención por la comunidad internacional cuando se contagiaron los primeros occidentales y fueron evacuados a Europa, ocupando las primeras páginas de los periódicos y siendo objeto de espectaculares montajes logísticos para evacuar a los pacientes o la gripe H1N1 que provocó la primera pandemia siglo XXI y cuyo potencial parecía que iba ser mucho más mortífero de lo que finalmente fue y que motivó que el RSI revisado en 2005, fuera sometido a su prueba inaugural. Esta crisis resultó ser también una prueba crítica para la OMS cuya actuación no fue del todo adecuada y generó una notable controversia.

Entre esta pléyade de actores y de problemáticas planetarias el garante de la salud global y el responsable de la coordinación en tiempos de crisis es la OMS. A lo largo de la tesis Doctoral hemos tratado de analizar su evolución como actor fundamental, desde su creación hasta su apuesta por la Atención Primaria en Salud donde ganó su prestigio en la gestión de los problemas sanitarios poniendo el foco en las poblaciones vulnerables. Posteriormente, la OMS claramente priorizó los enfoques selectivos en materia de salud y la Iniciativa de Bamako defendidos por el Banco Mundial. Estos enfoques promueven un abordaje centrado en las prioridades sanitarias y el prepago de los servicios confirmando una visión mercantilista a la salud. Tanto los enfoques selectivos como los principios de la iniciativa de Bamako fueron puestos en práctica a su vez por agencias del sistema de Naciones Unidas como UNICEF.

En los años 80, la OMS atraviesa un periodo de crisis tanto financiera como de liderazgo y no fue hasta la elección de Bruntland como Directora General que recobra parte de su ascendencia promoviendo una lógica neoliberal y promocionando intervenciones costo efectivas. Es en este momento cuando el mundo de la empresa y las fundaciones filantrópicas irrumpen con fuerza en el terreno de la salud global y donde estos actores prestan un mayor interés por unas enfermedades que por otras. Por ejemplo, en la medida en que se pueden proveer vacunas o tratamientos profilácticos, las empresas intervienen en alianzas de cooperación sanitaria mientras que si la intervención exige grandes recursos y pocos beneficios no es de interés estratégico para ellas.

Por ejemplo, el cáncer es una de las primeras causas de mortalidad en los países del Norte pero los tratamientos asociados a esta enfermedad son muy elevados. El cáncer, en los países africanos (que están sufriendo un aumento en el número de casos, en los últimos años) no se considera una prioridad. Esta enfermedad no es contagiosa y por lo tanto no puede constituirse en amenaza global y está desatendida en los países en desarrollo. En Benín, uno de los países más pobres de África Occidental, sólo existe una unidad de oncología dentro del sistema público de salud para una población de 9 millones de habitantes. La gente muere de cáncer a no ser que tengan la posibilidad y los recursos para ser evacuados a Europa. Afortunadamente, las enfermedades transmisibles han sido tenidas en cuenta en las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 referido a la salud pero en África siguen causando estragos.

Haremos referencia a los objetivos y al conjunto de hipótesis propuestas en el capítulo introductorio que consideramos aceptadas en este trabajo. No creemos pertinente valorar una por una las hipótesis planteadas por cuanto unas y otras están interrelacionadas y muchos aspectos han sido ya tratados.

A pesar de los diferentes vaivenes que ha sufrido la OMS y la influencia que ha tenido de actores como el Banco Mundial podemos ver en su proceso histórico como la Organización ha seguido durante décadas una trayectoria claramente alineada en la defensa de la relevancia del poder público en el ámbito de la salud.

Resulta evidente por otra parte que la OMS es la agencia técnica internacional del sistema de las Naciones Unidas capacitada para dar respuesta a los desafíos sanitarios. La OMS goza además de un mandato de neutralidad y las decisiones se adoptan siguiendo la voluntad de los Estados Miembros. Los Estados no obstante, son los responsables de asegurar el derecho a la salud a sus conciudadanos. No olvidemos que la salud es un Derecho Humano Fundamental reconocido por multitud de instrumentos internacionales, que tiene cualquier persona por el mero hecho de serlo. El máximo garante de la salud de los individuos es el Estado y éste tiene la obligación de ocuparse de todos los problemas de salud que se den en su territorio.

La OMS es una instancia cuyo mandato consiste en coordinar acciones y generar pautas de actuación. La Organización no obstante ha sido ampliamente criticada y no sin razón durante la gestión de las últimas dos grandes epidémicas a las que ha tenido que hacer frente como fueron el caso de la gripe H1N1 y el brote del Ébola. Tras el revés que se produjo a su prestigio con la investigación del Consejo de Europa sobre su gestión de la

gripe H1N1; donde no lo olvidemos una organización intergubernamental en la que sus miembros son los Estados al igual que la OMS y que no se caracteriza por su radicalismo, investiga a otra; observamos que la OMS tuvo una actitud ciertamente letárgica a la hora de proceder a decretar el PHEIC.

El estudio que hemos realizado con expertos en salud pública de los países afectados así lo corrobora. También es cierto de que la propia OMS reconoce tras la gestión de la gripe H1N1 que el mundo estaba mal preparado para hacer frente a la emergencia. Sin embargo, no es menos cierto de que la OMS había visto reducido su presupuesto y los recursos humanos asignados a la gestión de emergencias de manera grave. Habría que decir también que en virtud del RSI, los Estados en un marco temporal definido tenían que dotar a sus sistemas de salud de los medios adecuados para hacer frente a las emergencias sanitarias. Ninguno de los países en el momento del brote y mucho nos tememos que ahora tampoco según la opinión de los expertos consultados y en base al estudio documental realizado, estaban capacitados para dar respuesta a una emergencia sanitaria de estas características. Solo fue cuando una ONG como MSF dio la voz de alarma y se produjo la resolución del Consejo de Seguridad que se dotó de vigor a la respuesta internacional.

Constatamos tras las crisis estudiadas como en ambas ocasiones la OMS ha entonado el *mea culpa* y ha asumido su parte de responsabilidad. Tras la mala gestión de la Gripe H1N1 percibimos un cierto proceso de aprendizaje y como la Organización muestra una clara intención de recobrar su autoridad y legitimidad en las relaciones internacionales.

Como se pudo ver en la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015, la Directora general de la OMS está formulando una serie de propuestas de reforma encaminadas a evitar una repetición de los errores cometidos por la organización en la gestión del Ébola y fortalecer las capacidades de la OMS en materia de seguridad global y capacidad de respuesta ante las emergencias. Entre los cambios recomendados se encuentran el establecimiento de una fuerza de trabajo de emergencia mundial y un fondo de contingencia de 100 millones de dólares al que la OMS puede recurrir inmediatamente cada vez que surge una PHEIC para movilizar recursos y personal.⁶⁴⁷

Ahora bien, es necesario que los Estados se comprometan, doten de legitimidad y aumenten sus contribuciones obligatorias a la OMS. Sólo así dejará de ser una Organización dependiente de la voluntad de sus donantes voluntarios.

⁶⁴⁷ KAMRADT-SCOTT, Adam, *Op. Cit.*, p. 410.

Como venimos explicando, resulta evidente que la participación de las grandes empresas multinacionales en la cooperación sanitaria internacional, se debe en gran medida a intereses particulares y moldean la agenda global en el campo de la salud pública internacional.

Las enfermedades que son objeto de atención por las principales fundaciones filantrópicas han sido las enfermedades infecciosas cuya carga de enfermedad no es comparable a las de las enfermedades transmisibles. Sin obviar la importancia de enfermedades infecciosas como el VIH, la malaria o la tuberculosis sería deseable que hubiera un equilibrio entre los fondos destinados para unas y otras. En efecto, si observamos el presupuesto regular de la OMS podemos ver cómo sigue la carga de morbi-mortalidad (840 millones de dólares para las enfermedades transmisibles y 317 millones para las enfermedades no transmisibles según el presupuesto de 2014-2015⁶⁴⁸) mientras que los fondos extra-presupuestarios en los que participan los grandes donantes, se dedican en un 91% a enfermedades infecciosas.

Además del equilibrio en los recursos, los grandes donantes internacionales deberían tener procedimientos menos opacos en los procesos de toma de decisiones. Fundaciones internacionales como la Gates han sido acusadas de tomar decisiones sobre el destino de sus fondos en función de deseos particulares más que en función de verdaderas problemáticas en materia sanitaria.

Al mismo tiempo, muchas veces los gobiernos en cuyos países se ponen en marcha los programas no están a menudo asociados en la definición de las intervenciones y si lo están se realizan fundamentalmente desde el nivel central, primando actividades que muchas veces no llegan a los verdaderos beneficiarios. Por un lado no es legítimo y por otro puede hacer que los proyectos obvien multitud de particulares (por ejemplo, los aspectos socioculturales) y reducir el impacto de las intervenciones u ocasionar que directamente sean contraproducentes.

Estas fundaciones y pondremos el acento en la Fundación Bill y Melinda Gates (el mayor donante internacional en materia de salud y el mayor financiador no estatal de la OMS), financian proyectos sanitarios en los que se busca un impacto rápido y una alta visibilidad. De ahí, la opción de promover soluciones biomédicas como los programas de vacunación o la distribución de medicamentos dejando de lado iniciativas tendentes a fortalecer los

⁶⁴⁸ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Invertir en la Organización Mundial de la Salud. Medidas para financiar totalmente el presupuesto por programas 2014-2015*, Organización Mundial de la Salud, 2013, p.30.

sistemas públicos de salud en su conjunto para beneficiar al conjunto de la población y para que estén dotados de la fuerza suficiente para hacer frente a los problemas de salud.

A pesar de que Bill Gates firmó un artículo donde reconocía la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud tras el Ébola, este reconocimiento no se ha trasladado al modo de operar de su Fundación por el momento.

Más aún, resulta dudoso que entidades privadas sin ningún tipo de legitimidad democrática promuevan que sus objetivos como organización permeen en la agenda de organizaciones internacionales como la OMS como claramente se produce en el caso de la Fundación Gates.

Consideramos pues, fundamental el establecimiento de normas de obligado cumplimiento a la hora de poner en marcha proyectos internacionales que velen porque las partes interesadas participen en la definición de los programas, que las iniciativas respondan a verdaderos problemas de salud pública y no a motivaciones opacas de empresas y que las empresas que participen en alianzas público privadas tengan trayectorias intachables de respeto de los Derechos Humanos.

Resulta en nuestra opinión incuestionable que el sector privado está detrás de la definición de las estrategias sanitarias globales. Actores como el Banco Mundial con el apoyo, no lo olvidemos de las Naciones Unidas, han tenido una gran influencia en el desarrollo de programas verticales y son actores que desarrollan y promueven proyectos sanitarios.

La apuesta de agencias de las Naciones Unidas como UNICEF o la OMS por la Atención Primaria Selectiva que está en el origen de los programas verticales es evidente. Esto ha supuesto destinar grandes recursos a las enfermedades vectoriales o infecciosas en detrimento de otras que son también prioritarias. Las estrategias sanitarias no pueden consistir en tratar una o dos enfermedades sino que se debe partir de un abordaje integral de la salud.

Es importante reconocer que el enfoque selectivo ha dado sus resultados en la lucha contra algunas enfermedades y que la puesta en marcha de programas verticales ha permitido también un alto nivel de especialización en determinadas patologías. El problema radica en que en los países en los que se dan las enfermedades para las que se constituyen programas verticales; por ejemplo en los países africanos, este sistema ha dado lugar a una

multiplicidad de intervenciones y actores que rivalizan entre sí por los recursos y no han adoptado tradicionalmente estrategias de convergencia en la puesta en marcha de sus proyectos.

Habría que decir también que la implementación de los programas verticales implica la creación de estructuras especializadas que una vez erradicada la enfermedad, no tienen razón de ser. Si bien es necesario reconocer que en los últimos años se están promoviendo enfoques donde se pretende fortalecer el sistema de salud en su conjunto. Estos enfoques holísticos tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud por lo que toda la población se beneficia y no solo las personas afectadas por una u otra patología como hemos tratado de ejemplificar con el capítulo quinto donde en un país como Benín, se ha desarrollado una experiencia de integración que pretende beneficiar a la población en su conjunto. Este abordaje de integración está siendo liderado curiosamente por la propia OMS en esa lógica de aprendizaje a la que nos hemos referido anteriormente y donde se trata de superar esas falsas dicotomías de las que hablaban tan lúcidamente Gómez-Dantés y Frenk y que han influenciado la salud pública internacional.

Otro ejemplo claro de interferencia del sector privado son las presiones de las empresas farmacéuticas contra el programa de medicamentos esenciales que lograron que Estados Unidos se opusiera al programa y que congelara su contribución al presupuesto ordinario y las presiones que ejercieron en el caso de la gripe H1N1 y en el reciente brote de Ébola donde se han tratado a seres humanos con medicamentos experimentales.

Pensamos asimismo que existe una creciente conexión entre salud y temas de seguridad que se observa en la progresiva relevancia de los enfoques en clave de securitización y que presentan una serie de riesgos a la hora de afrontar la gobernanza global de la salud.

El caso de la gripe H1N1 y el brote de Ébola constituyen ambos, casos evidentes de securitización de la salud. En un mundo caracterizado por una sensación de vulnerabilidad enorme tras el final de la guerra fría y sobre todo a partir del 11 de Septiembre, el concepto y las políticas de seguridad se han redefinido y surgen nuevas amenazas para la seguridad global. Vemos como determinadas cuestiones son convertidas por determinados actores en problemas de seguridad, como ha sido el caso de la gripe H1N1 y el brote de Ébola.

A pesar de las similitudes existentes entre ambos casos, la securitización fue por caminos diferentes. En el caso del brote de Ébola tuvo más que ver con la intervención del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que asumió un papel importante de liderazgo en la

respuesta a la emergencia de salud pública y el despliegue de la primera operación autorizada por el Consejo de Seguridad para hacer frente a una epidemia como fue la UNMMER.

En el caso de la gripe H1N1, el actor responsable de la securitización fue la OMS; en concreto con el comunicado de Margaret Chan del 11 de junio de 2009 mientras que en el caso del brote epidémico de Ébola fue el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. La declaración de pandemia fue en el caso de la gripe H1N1, el *securitization claim*; es decir el anuncio de que nos encontrábamos ante un virus gripal cuyas consecuencias eran impredecibles en ese momento y que podría ocasionar la muerte de millones de personas. En el caso del Ébola, en nuestra opinión resultó ser la Resolución 2177 del 18 de septiembre de 2014, declarando el brote como una amenaza para la paz y la seguridad internacionales tras la cual la Asamblea General autoriza a solicitud del Secretario General el establecimiento de la misión de las Naciones Unidas para dar respuesta al Ébola, la UNMEER.

En el caso de la gripe H1N1 tuvo que ver con la puesta en marcha del RSI. En efecto, con la declaración de la pandemia se puso en marcha el Reglamento Sanitario Internacional por primera vez en la historia, elaborado tras la crisis de la gripe aviar, que podría ser uno de los objetivos de la securitización. El RSI, muy contestado sobre todo por los países en desarrollo, permitía a la OMS decretar la vacunación masiva en los países; invadiendo parcelas de la soberanía de los Estados.

Uno de los aspectos más reseñables que ya hemos mencionado es la investigación del Consejo de Europa según la cual, por primera vez una organización intergubernamental iba a investigar a otra. A pesar de que la respuesta del Consejo de Ministros fue bastante tibia, no debemos restar importancia a la amplia investigación liderada por el relator Flynn. En un informe muy duro, pone en tela de juicio la gestión de la crisis por parte de la OMS.

El objeto referente de la securitización; es decir aquello que era amenazado, en ambos casos fue la salud de millones de personas; sobre todo de los países ricos que se constituyen en la “audiencia” a quienes había de persuadirse de que existía una amenaza a la seguridad y de que era necesario afrontarla con medios extraordinarios (vacunaciones masivas, restricciones en los transportes, etc.).

Tanto los medios de comunicación, como las declaraciones de ciertos expertos sobre la gravedad de la gripe H1N1 como del Ébola fueron los medios para que la securitización

tuviera una resonancia en la audiencia y para ampliar y profundizar la noción de amenaza. En el caso del Ébola, líderes mundiales como el Presidente Obama u ONG del prestigio de MSF favorecieron que la percepción de amenaza se acentuara incluso solicitando la intervención militar.

Tras la alarma social causada, ambas enfermedades han dejado de ser objeto de atención a pesar de que se siguen produciendo muertes por Ébola.

Por otra parte, La fragilidad y las disfunciones de los sistemas de salud de los países del África subsahariana son un elemento central además del retraso a la hora de intervenir por parte de la comunidad internacional, que explica el terrible impacto que tuvo el brote de Ébola. Diríamos que el brote de Ébola parte por la mitad al sistema sanitario de los países. El Ébola no tuvo únicamente un impacto en términos de vidas humanas afectadas por esta enfermedad sino que tuvo impactos en otros indicadores sanitarios como por ejemplo en el aumento de la mortalidad materna e infantil por cuanto la enfermedad tuvo en su punto de mira especialmente al personal médico. La ausencia de personal unido al miedo que causaba el Ébola (y no olvidemos que hay estudios que muestran que a nivel comunitario se pensaba que la enfermedad se contraía en las estructuras sanitarias) hizo que la gente dejara de acudir al médico. Hubo enfermos abandonados a su suerte en los hospitales de ciudades como Monrovia absolutamente desabastecidos.

Según la OMS, una de las principales razones por las que la enfermedad del virus Ébola se propagó de manera tan extensa fue que sus sistemas de salud "carecían de resiliencia" y que, cuando la crisis golpeó, los países no tenían capacidad de reserva para montar una respuesta eficaz y oportuna. Nos parece que la visión de la OMS es totalmente adecuada.

Percibimos en este caso también como la OMS en el proceso de reforma y en base a las lecciones aprendidas tras la crisis del Ébola pone el acento en la importancia de la Cobertura Sanitaria Universal y en el fomento de sistemas de salud "resilientes" que tengan capacidad para hacer frente a los problemas y para recuperarse de ellos. Vemos nuevamente esa capacidad de aprendizaje de la OMS a la que hemos hecho mención en párrafos anteriores. El fortalecimiento de los sistemas de salud a través de la CSU y la visión de que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y cuyo acceso no implique la ruina nos parece un paso adelante por parte de la OMS en cuya defensa va de la mano de instituciones como el Banco Mundial.

Hemos tratado de argumentar la importancia de los abordajes integrados en materia de lucha contra las ETD que suponen que la comunidad en su conjunto se vea beneficiada. Este tipo de enfoques que desde hace unos años promueve la OMS son una manera de fortalecer los sistemas de salud.

Sin embargo, aún hay mucho por hacer y en estos momentos en los que la Organización se encuentra sumida en un proceso de reforma a pesar de no pocos aciertos la crítica se hace más necesaria que nunca sobre todo cuando va a ser nombrada una nueva persona al frente de la Organización.

Es necesario que la OMS esté más cerca de las realidades del terreno y se coordine con sus oficinas regionales. A veces tenemos la impresión de que las recomendaciones se emiten desde Ginebra o desde las cómodas oficinas de las representaciones país. Esa distancia se manifiesta muchas veces en el decálogo de normas que se emiten. Los países de la subregión han adoptado hojas de ruta y planes de contingencia ante eventuales epidemias pero estas respuestas al que nos hemos referido ampliamente a lo largo de este trabajo carecen en ocasiones de una aproximación realista a al contexto de estos países.

Pongamos un ejemplo, ante un caso de Ébola, según hemos podido saber es necesario aislar al paciente evitando el contacto y es necesaria la utilización de los trajes individuales de protección para tratar al afectado. Los trajes normalmente se encuentran en los hospitales de distrito. Imaginemos un eventual caso de Ébola en un país que ha puesto en marcha sus planes de contingencia como puede ser Benín. Este caso probable llega a un centro de primer contacto en una comuna de más de 100.000 habitantes donde solo hay un médico (la comuna de Lalo una de las zonas donde se implementa el proyecto de lucha contra la úlcera de Buruli) y que no tiene ni por asomo medios para aislar a un paciente. El equipo de respuesta se encuentra en un hospital distrital a kilómetros donde en el mejor de los casos tiene una ambulancia con combustible. El personal médico tiene que ponerse un traje a 40º en África que limita el movimiento y pesa una enormidad. Entre el tiempo de respuesta, la carencia y la ausencia de medios adaptados al contexto no nos es de extrañar que estuviéramos ante un potencial brote por muchos planes estratégicos, reuniones y formaciones que se hayan realizado en Cotonou.

La utilización de tonos alarmistas como el de Bill Gates o el empleo de militares para hacer frente a problemas de salud pública no nos parecen la mejor de las opciones. Es fundamental que las estrategias se piensen teniendo en cuenta las limitaciones y los

aspectos socioculturales de los lugares donde se producen las emergencias. Solo así habrá respuestas adaptadas.

Por último, la OMS para ser el líder mundial en salud pública necesita medios financieros, humanos y técnicos y la independencia necesaria para desarrollar su trabajo más allá de los deseos de los donantes. La acción en materia de salud pública requiere por lo tanto de compromiso político. Nos va la salud en ello.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bibliografía general.

ABEYSINGHE, Sudeepa, "Ebola at the borders: newspaper representations and the politics of border control", *Third World Quarterly*, Vol 37, Nº3, 4 Jan 2016.

ACAPS, *Ébola in West Africa. Impact on Health. Briefing Note*, 26 September 2014.

ADAMS, Barbara, MARTENS, Jens, *Fit for whose purpose ? Private funding and corporate influence in the United Nations*, Global Policy Forum, 2015, Germany.

Agencias, *La OMS se someterá a una auditoría externa para determinar si la alerta de gripe A fue exagerada*, RTVE.es, Publicado el 12 de enero de 2010, Consultado el 5 de julio de 2013,

<http://www.rtve.es/noticias/20100112/oms-se-sometera-auditoria-externa-para-determinar-si-alerta-gripe-fue-exagerada/311675.shtml>

ALCANTARA, Gustavo, "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad", *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Vol.9, Núm.1, junio 2008.

ALEXANDER, Kathleen A., SANDERSON, Claire E., MARATHE, Madav, LEWIS, Bryan L., RIVERS, Caitlin M., SHAMAN, Jeffrey, DRAKE John M., LOFGREN, Eric, DATO, Virginia M., EISENBERG, Marisa C., EUBANK, Stephen, "What factors Might Have Led to the Emergence of Ebola in West Africa?", *PLOS Neglected Tropical Diseases*, June 4, 2015.

AKIN, John, BIRDSALL, Nancy, DE FERRANTI, David, *El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*, Banco Mundial, 1987.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANDERSON, Emma- Louise, BERESFORD, Alexander, "Infectious injustice: the political foundations of the Ébola crisis in Sierra Leone", *Third World Quarterly*, Vol 37, Nº3, 4 Jan 2016.

ANTEZANA, Fernando y SEUBA, Xavier: *Medicamentos esenciales. Historia de un desafío*, Barcelona, Icaria, 2008.

BARBOZA, Philippe, “Crise Sanitaires Internationales : L'exemple du SRAS”, en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique, Médecine-Sciences Flammarion*, 2007, Paris.

BAROGUI, Yves, SOPOH, Ghislain E., JOHNSON, Roch C., DIEZ, Gabriel, ANAGONOU, Isai, HOUEZO, Jean Gabin, KINGSLEY, Asiedu, “Approche intégrée de la lutte contre les maladies tropicales négligées à manifestations cutanées à Lalo au Bénin”, *WHO Meeting on Buruli ulcer, 20–22 March 2017, Abstract*, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 2017.

BECK, Ulrich, *La sociedad del riesgo global*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2002.

BEIGBEDER, Yves, “Les partenariats de l'Organisation mondiale de la Santé”, *Revue Études Internationales*, Volume XLI, n°2, juin 2010.

BERMEJO, Romualdo y LÓPEZ-JACOISTE, María Eugenia: “El sistema comercial multilateral y su evolución: la Organización Mundial del Comercio”, ALDECOA, Francisco; FERNÁNDEZ LIESA, Carlos R. y ABAD CASTELOS, Montserrat (Dir.): *Gobernanza y reforma internacional tras la crisis financiera y económica: el papel de la Unión Europea*, Madrid, Marcial Pons, 2014.

BLANCHET, Karl y KEITH, Regina, *L'Afrique tente de retenir ses médecins*, Le Monde Diplomatique, Publicado el 1 de diciembre de 2006, Consultado el 20 de marzo de 2016, <http://www.monde-diplomatique.fr/2006/12/BLANCHET/14226>

BIGOT, Juliette, “Les districts de santé et l'Initiative de Bamako” en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris.

BOAS, Morten, BULL, Benedicte, y McNEILL, Desmond, “Private Sector Influence in the Multilateral System: A changing Structure of World Governance?”, *Global Governance*, Vol.10, N°4, Oct.-Dec., 2004.

BOURDELAIS, Patrice, "Histoire de la santé publique", en FASSIN Didier, HAURAY, Boris, *Santé publique : l'état des savoirs*, Éditions La Découverte, 2010, Paris.

BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, Didier, "Définitions de la santé publique", en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris.

BUSE, Kent, WAXMAN, Amalia, "Partenariat public-privé pour la santé: une stratégie pour l'OMS", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, recueil d'articles, n°6, Geneva, 2002.

CARMONA, Luz, ROZO, Claudia, MOGOLLÓN, Amparo, "La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social", *Revista Ciencias de la Salud*, 3, enero-junio de 2005, Bogotá.

CHABAT, Lucie, SEXTON, Ollivia, "Financements privés de la santé en Afrique, en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris.

CHIFFOLEAU, Sylvia, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Institut, Français du Proche-Orient, 2012, Beyrouth.

CHOREV, Nitsan, "Restructuring neoliberalism at the World Health Organization", *Review of International Political Economy*, Vol.20, No.4, 2013.

CORNAGO, Noe: "Law, contestation and power in the global political economy", *Oñati Socio-Legal Series*, Vol. 3, No. 4, 2013

COSTA SANCHEZ, Carmen, "Tratamiento informativo de una crisis de salud pública: los titulares sobre gripe A en la prensa española", *Revista de la SEECI*, n°25, julio 2011.

CRUZ, Isra, MUÑOZ, Eguzkiñe, DIEZ, Gabriel, ROELTGEN, Katharina, BEISSNER, Markus, ABLORDEY, Anthony, PLUSCHKE, Gerd, BRETZER, Gisela, PHANZU, Delphin, PHILLIPS, Richard, SOPOH, Ghislain, AMEWU, Richard, PEÑA, Sara, GARCÍA, Bernardo, M.NDUNG'U, Joseph,"Collaborative efforts to improve access to diagnosis of Buruli ulcer", *WHO Meeting on Buruli ulcer, 20–22 March 2017, Abstract*, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 2017.

DAVIES, Sara Davies, BENNETT, Belinda, "A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies", *International Affairs*, Vol. 92, 2016.

DAVIES, Sara E., RUSHTON, Simon, "Public health emergencies: a new peacekeeping mission? Insights from UNMIL's role in the Liberia Ebola outbreak", *Third World Quarterly*, Vol 37, Nº3, 4 Jan 2016.

DAWSON, Angus J., "Ebola: what it tells us about medical ethics", *J. Med Ethics*, 41, 2015.

DESCHAMPS, Jean Pierre, "Une "relecture" de la Charte d'Ottawa", *Santé Publique*, Paris, Vol. 15, nº3, 2003.

DIEZ, Gabriel, GARCÍA, Bernardo, PEÑA, Sara, "Promoción del Derecho Humano a la salud en el marco de la lucha contra la úlcera de Buruli (UB), en Benín", IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional celebrado en Calpe (Alicante), del 22 al 24 de octubre de 2015

DIEZ, Gabriel, "Les approches transversales dans la lutte contre l'ulcère de Buruli. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement au Bénin", The 19th International Leprosy Congress. September 18 - 21, 2016 Beijing, China.

DUFFIELD, Mark, *Las nuevas guerras en el mundo global. La convergencia entre el desarrollo y seguridad*, los libros de la catarata, Madrid, 2004.

ELBE, Stefan, "Pandemics on the Radar Screen: Health Security, Infectious Disease and the Medicalisation of Insecurity", *Political Studies*, Vol. 59, 2011.

ELSTON, J.W.T., MOOSA, A.J., MOSES, F., WALKER, G., DOTTA N., WALDMAN R.J., WRIGHT, J., "Impact of the Ebola outbreak on the health systems and population health in Sierra Leona", *Journal of Public Health*, October 27, 2015.

EVANS, David, K., GOLDSTEIN, Markus, POPOVA, Anna, "Health-care workers mortality and the legacy of the Ebola epidemic", *The Lancet*, Vol.3, August, 2015.

www.thelancet.com/lancetgh

FRENK, Julio, *La nueva salud pública. En OPS. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de Salud, Pub. Científica nº 540, Washington D.C., 1992.

FRENK, Julio, GÓMEZ-DANTÉS, Octavio "False dichotomies in global health: the need for integrative thinking", *The Lancet*, Vol. 389, February 2017.

www.thelancet.com

FRIEDEN, Thomas "The future of Public Health", *The New England Journal of Medicine*, 29 October, 2015.

GARCÍA SEGURA, Caterina, "La globalización en la sociedad internacional contemporánea: dimensiones y problemas desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales", *Cursos de Derecho Internacional de Vitoria-Gasteiz 1998*, Madrid: Tecnos/Universidad del País Vasco, 1999.

GARCIA SEGURA, Caterina, RODRIGO, Ángel J., "La necesidad de redefinir la seguridad: Seguridad Humana, Seguridad Colectiva y Derecho Internacional", en GARCIA, Caterina, RODRIGO, Ángel J., *La seguridad comprometida. Nuevos desafíos, amenazas y conflictos armados*, Tecnos, Madrid, 2008.

GATES, Bill, "The next epidemic. Lessons from Ebola", *The New England Journal of Medicine*, 18 March, 2015.

GEORGE, Susan, *Pongamos la OMC en su sitio*, Barcelona, Icaria, 2002.

GEORGE, Susan: *Los usurpadores. Como las empresas transnacionales toman el poder*, Barcelona, Icaria, 2015.

GRIFFIN, Charles C., "Strengthening health services in developing countries through the private sector" ,*Discussion Paper 4*, The World Bank and International Finance Corporation. Washington, DC. 1989.

HANRIEDER, Tine & KREUDER-SONNEN, Christian: "WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health", *Security Dialogue*, Vol. 45, No. 4, 2014.

HARMAN, Sophie, "Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016.

HENAO-RESTREPO, Ana María, CAMACHO, Antón, LONGINI, Ira M., WATSON, Conall H., EDMUNDS, John, W., EGGER, Matthias, CARROLL, Miles W., DEAN, Natalie, E., DIATTA, Ibrahima, DOUMBIA, Moussa, DRAGUEZ, Bertrand, DURAFFOUR, Sophie, ENWERE, Godwin, GRAIS, GUNTHER, Stephan, GSELL, Pierre-Stéphane, HOSSMANN, Stéphanie, WATLE, Sara Vilksmoen, KONDE, Mandy Kader, KÉÏTA, Sakoba, KONE, Souleymane, KUISMA, Eewa, Levine Myron M., MANDAL, Sema, MAUGET, Thomas, NORHEIM, Guunstein, RIVEROS, Ximena, SOUMAH, Aboubacar, TRELLE, Sven, VICARI, Andrea S., ROTTINGEN, John-Arne, "Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!)", *The Lancet*, Vol. 389, February 2017.

www.thelancet.com

HOTEZ, Peter, MOLYNEUX, David, FENWICK, Alan, KUMARESAN, Jacob, EHRLICH SACHS, Sonia, SACHS, Jeffrey D., SAVIOLI, Lorenzo, "Control of Neglected Tropical Diseases", *The New England Journal of Medicine*, Vol.357, 6 September, 2007.

IBÁÑEZ, Josep, "Regulación farmacéutica y de la propiedad intelectual: la incidencia de la autoridad privada", XEUBA, Xavier (Coord.), *Salud pública y patentes farmacéuticas. Cuestiones de Economía, Política y Derecho*, Barcelona, Bosch, 2008.

IBÁÑEZ, Josep, "Poder y legitimidad en la gobernanza del interés público global", BOUZA, Nuria; GARCÍA, Caterina y RODRIGO, Ángel J. (Dir), *La Gobernanza del Interés Público Global. XXV Jornadas de la AEPDIRI*, Madrid, Tecnos, 2015.

IFEDIORA, Obinna Franklin, ANING, Kwesi, "West Africa's Ebola Pandemic: Toward Effective Multilateral Responses to Health Crises", *Global Governance*, Nº23, 2017.

ILEF, Danièle, "Gestion d'une épidémie", en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris.

JOHNSON, Roch Christian, DOUTI, Kombaté Monfomba, BAROGUI, Yves, DOSSOU, Ange, MALDA, Veronica, DIEZ Gabriel', Asiedu, Kingsley "Évaluation de la lutte contre l'UB au Bénin", Bull. de l'ALLF n° 24, avril 2009 *Bulletin de l'Association de léprologues en Langue Française*, Nº24, avril 2009.

JOHNSON, Roch Christian, BONI, Gratien, BAROGUI, Yves, SOPOH, Ghislain Emmanuel, HOUNDONUGBO, Macaire, ANAGONOU, Esai, AGOSSADOU, Didier, DIEZ, Gabriel, BOKO, Michel, " Assessment of water, sanitation, and hygiene practices and associated factors in a Buruli ulcer endemic district in Benin (West Africa)", *BMC Public Health*, 19 august 2015.

JOHNSON, Roch Christian, BONI, Gratien, AMOUKPO, Hermione, BAROGUI, Yves, DIEZ, Gabriel, AGOSSADOU, Didier, SOPOH, Ghislain Emmanuel, BOKO, Michel, "Microbiological Quality Assessment of Drinking Water in Lalo Commune, Benin (West Africa)", *Journal of Water Resource and Protection*, 20 July 2016.

JACK, Andrew, *From symptom to system*, Financial Times, Publicado el 28 de septiembre de 2007, Consultado el 19 de febrero de 2017.

http://www.ft.com/cms/s/0/2318ea9c-6d60-11dc-ab19-0000779fd2ac.html?ft_site=falcon&desktop=true#axzz4eh50pZR8

KAMRADT-SCOTT, Adam, "WHO's the blame ? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016.

KEROUEDAN, Dominique, PLETSCHETTE, Michel, "Santé et Développement. Histoire des politiques et de l'architecture institutionnelle de la coopération sanitaire internationale", en BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles, TABUTEAU, *Traité de Santé Publique*, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, Paris.

KEROUEDAN, Dominique, "Évolution de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement", en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011.

KEROUEDAN, Dominique, *Géopolitique de la santé mondiale*, Leçons inaugurales du Collège de France, Fayard, 2013.

KINNEY, Eleonor D., "Realizing the international human right to health: The challenge of for-profit health care", *West Virginia Law Review*, Indianapolis, Vol. 113, mayo de 2011.

KINNEY, Marie-Paule, EVANS, David, B., SCHMETS, Gerard, KADANDALE, Sowmya, "Health-system resilience: Reflections on the Ebola crisis in western Africa", *Bulletin World Health Organization*, 92:850, 2014.

KINNEY, Marie-Paule, BEKEDAM, Henk, DOVLO, Delanyo, FITZGERALD, James, HABICHT, Jarno, HARRISON, Graham, KLUGE, Hans, LIN, Vivian, MENABDE, Natela, MIRZA, Zafar, SIDDIQI, Sameen, TRADIS, Phyllida, "Strengthening health –systems for Universal Health Coverage and sustainable development", *Bulletin World Health Organization*, 2017.

KRUK, Margaret E., MYERS, Michael, VARPILAH, S. Tornorlah, DAHN, Bernice, T., "What is a resilient health system? Lessons from Ebola", *The Lancet*, Vol. 385, May 9, 2015.

www.thelancet.com

KUTZIN, Joseph, "Health financing for universal health coverage", *Bulletin World Health Organization*, 17 June 2013, Geneva.

LEEM-LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT, Les entreprises du médicament en France. BILAN ÉCONOMIQUE – ÉDITION 2015, Paris 2015

<http://www.leem.org/bilan-economique-des-entreprises-du-medicament-edition-2015>

LEEM-LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT, Les entreprises du médicament en France. BILAN ÉCONOMIQUE – ÉDITION 2016, Paris 2016

http://www.leem.org/sites/default/files/Bilan%20%C3%A9conomique%202016_10.pdf

LOUGH, Shannon, "Lessons from Ebola bring WHO reforms", *CMAJ*, Vol.187(5) 8 September 2015.

LUND-THOMSEN, Peter, "Assessing the Impact of Public-Private Partnerships in the Global South: The Case of the Kasur Tanneries Pollution Control Project", *Journal of Business Ethics*, Volume 90, Issue 1 Supplement, 2009.

MACIOCCO, Gavino, "De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud", *Observatorio Global de Salud Italiano, Medicina Social*, volumen 3, número 1, enero 2008.

MARTENS, Jens, SEITZ, Karolin, *Philanthropic power and Development. Who shapes the agenda?*, Misereor, Germany, 2015.

Mc INNES, Colin, "WHO's next ? Changing authority in global health governance after Ebola", *International Affairs*, Vol 91, N°6, 2015.

Mc INNES, Colin, "Crisis! Global health and the 2014-15 West African Ebola outbreak", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016.

MESSNER, Laetitia, "Le rôle ambivalent des médias dans le système d'alerte épidémique : information ou véhicule de panique" en KEROUEDAN, Dominique, *Santé Internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Sciences po. Presse, 2011, Paris.

MOON, Sverie, SRIDHAR, Devi, PATE, Muhammad A., JHA, Ashish k., CLINTON, Chelsea, DELAUNAY, Sophie, EDWIN, Valnora, FALLAH, Mosoka, FILDLER, David P., GARRETT, Laurie, GOOSBY, Eric, GOSTIN, Lawrence o., HEYMANN, David L., LEE, Kelley, LEUNG, Gabriel M., MORRISON, J. Stephen, SAAVEDRA, Jorge, TANNER, Marcel, LEIGH, Jennifer, A., HAWKINS, Benjamin, WOSKIE, Liana R., PIOT, Peter, "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*, Vol.386, November 28, 2015.

www.thelancet.com

NKOA, François Colin, "Migrations Sud-Nord, fuite de cerveaux et développement économique en Afrique", *9th Annual Conference on Global Economic Analysis, Addis Ababa, Ethiopia*, 2006,

<https://www.qtap.agecon.purdue.edu/resources/download/2459.pdf>

NUNES, Joao, "Ebola and the production of the neglect in global health", *Third World Quarterly*, Vol 37, N°3, 4 Jan 2016.

NYE, Joseph., *La Paradoja del Poder Norteamericano*, 2003, Taurus, Madrid.

ODENT, Bruno, *Grippe A. L'implacable réquisitoire du député Wodarg*, L'Humanité, Publicado el 7 de enero de 2010, Consultado el 5 de julio de 2013.

<http://www.humanite.fr/node/12282>

OLIVEIRA, Charlotte, RUSSO, Giuliano, “Vertical interventions and system effects, have we learned anything from past experiences?”, *Pan African Medical Journal*, 21:262, 2015.

O’HARE, Bernadette, “Weak health systems and Ébola”, *The Lancet*, Vol 3, February 2015.
<http://www.thelancet.com/lancetgh>

OMASWA, Francis “Health worker migration: Perspectives from an African health worker”, en CLAPHAM, Andrew y ROBINSON, Mary, *Realizing the Right to Health*, Zurich, Rüffer&rub, 2009.

OOMS, Gorik, VAN DAMME, Win, K.BAKER, Brook, ZEITZ, PAUL and SCHRECKER, Ted, “The ‘Diagonal’ approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?”, *Globalization and Health*, 2008.

OROZCO RESTREPO, Gabriel Antonio, “El aporte de la Escuela de Copenhague a los estudios de seguridad”, *Revista Fuerzas Armadas y Sociedad*, año 2006, nº1.

PARRA, J. Manuel, SALMERÓN, Octavio J., VELASCO, María, “The first case of Ebola virus disease acquired outside Africa” *The New England Journal of Medicine*, Vol. 371, 18 December 2014.

PEREZ COUTADO, Ariana, *Salud y desarrollo: la “securitización” de la salud y sus implicaciones*, latitud 94, enero de 2013, Madrid.
http://www.apuntesinternacionales.cl/wp-content/uploads/2013/03/doc_salud_ari1.pdf

PEREZ DE ARMIÑO, Karlos: “¿Más allá de la seguridad humana? Desafíos y aportes de los Estudios Críticos de Seguridad”, VV.AA.: *Cursos de Derecho Internacional y de Relaciones Internacionales de Vitoria-Gasteiz 2011*, Madrid, Tecnos, 2013.

RAJAK, Harish, JAIN, Deepak Kumar, SINGH, Avineesh, SHARMA, Ajay Kumar, DIXIT, Anshuman, “Ebola virus disease: past, present and future”, *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5, 1 April 2015.

REINA, Jordi, “Consideraciones generales sobre la nueva gripe A (H1N1)”, *Medicina Clínica*, 15 de junio 2009. RIEDEL, Eibe, “The Human Right to Health: Conceptual Foundations”, en CLAPHAM, Andrew y ROBINSON, Mary, *Realizing the Right to Health*, Zurich, Rüffer&rub, 2009.

ROEMER-MAHLER, Anne, ELBE, Stefan, “The race for Ebola drugs: pharmaceuticals, security and global health governance”, *Third World Quarterly*, Vol 37, Nº3, 4 Jan 2016.

ROEMER-MAHLER, Anne, RUSHTON Simon, “Introduction: Ebola and International Relations”, *Third World Quarterly*, Vol. 37, Nº3, March 2016.

RUSHTON, Simon: “Global Health Security: Security for Whom? Security from What?”, *Political Studies*, Vol. 59, No. 4, 2011.

SACHS, Jeffrey D., *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, World Health Organization (WHO), 2001, Geneva.

<http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PEAMMarch2005/CMHReport.pdf>

SALAMA, Peter, ALWAN, Ala, “Building health systems in fragile states: the instructive example of Afghanistan”, *The Lancet*, Vol. 4, June 2016.

<http://www.thelancet.com/lancetgh>

SANAHUJA, José Antonio, SCHÜNEMANN Julia, “Seguridad Humana, construcción de la paz y securitización de las políticas de ayuda al desarrollo”, en PEREZ DE ARMÍÑO, Karlos y MENDIA AZKUE, Irantzu (Editores), *Seguridad Humana. Aportes críticos al debate teórico y político*, Tecnos, Madrid, 2013.

SEPÚLVEDA, Jaime, BUSTREO, Flavia, TAPIA, Roberto, RIVERA, Juan, LOZANO, Rafael, OLAIZ, Gustavo, PARTIDA, Virgilio, GARCÍA-GARCÍA, M^{re} Lourdes y VALDESPINO, Juan Luis, “Aumento de la sobrepeso en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal”, *Salud Pública de México*, vol.49, suplemento 1, 2007.

SHIFFMAN, Jeremy, “Donor funding priorities for communicable disease control in the developing world”, *Health Policy Plan*, Volume 21 Issue 6, November 2006.

SIMON MÉNDEZ, Lorena et al., “Transmisibilidad y gravedad de la pandemia de la gripe A (H1N1) 2009 en España”, *Gaceta Sanitaria*, 2 de mayo de 2011.

SINGH, Gurpreet, KUMAR, Arbind, SINGH Kashmir, KAUR, Jagdeep, “Ebola virus: an introduction and its pathology”, *Reviews in Medical Virology*, 7 October 2015.

SORIANO, Vicente, GONZÁLEZ-LAHOZ, Juan, “El desafío de la gripe A”, *Medicina Clínica*, 14 de noviembre 2009.

SODUPE, Kepa, *La teoría de las Relaciones Internacionales a comienzos del siglo XXI*, Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, 2003.

STUCKLER, David, KING, Lawrence, ROBINSON, Helen, McKEE, Martin, “WHO’s budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis”, *The Lancet*, Vol.372, November 1, 2008.

www.thelancet.com

TEJO, Carlos: *Organizaciones Internacionales no Gubernamentales y Derecho Internacional*, Madrid, Dilex, 2005.

TESSIER, Stéphane, ANDRÉYS, Jean-Baptiste, RIBEIRO, Marie-Adèle, *Santé Publique, Santé communautaire*, Éditions Maloine, 2004, Paris.

UNCETABARRENECHEA, Javier, “La creciente relación entre las Naciones Unidas y el mundo empresarial: ¿de la desconfianza a la luna de miel?”, *Administración & Ciudadanía*, Vol.2, nº1, 2007.

UNCETABARRENECHEA, Javier: “Los riesgos de una relevancia excesiva de la competitividad para el proceso de integración europea: una mirada crítica a la Estrategia de Lisboa”, VV.AA.: VIII Premio de Investigación Francisco Javier de Landaburu Universitas 2009, Vitoria-Gasteiz, Eurobask, 2009.

UNCETABARRENECHEA, Javier: “La política educativa de la Unión Europea con vistas al 2020: ¿una apuesta por la continuidad o por el cambio?”, VV.AA.: IX Premio de Investigación "Francisco Javier de Landaburu. Universitas 2010. La nueva Estrategia Europa 2020: una apuesta clave para la UE en el s. XXI, Gasteiz, Eurobask, 2011.

VAN KERKHOVE, Maria, BENTO, Ana I., MILLS, Harriet L., FERGUSON, Neil M. and DONNELLY Christl A., “A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making”, *Nature. Scientific Data*, 2015.

VV.AA, “Repères pour un siècle de santé publique”, *Politique Santé*, nº1, décembre 1997.

W.AA, "Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study", *The Lancet*, Vol. 12, September 2012.

WALLERSTEIN, Inmanuel: "A favor de la ciencia, en contra del cientificismo. Los dilemas de la producción contemporánea del saber", WALLERSTEIN, Inmanuel: *Las incertidumbres del saber*, Barcelona, Gedisa, 2005.

WALLACE BROWN, Garrett, HARMAN, Sophie, "Risk, Perceptions of Risk and Global Health Governance", *Political Studies*, Vol. 59, 2011.

WASH, Julia, WARREN, Kenneth, "Selective Primary Health care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 301, nº18, 1979.

WENDT, Alexander, "La anarquía es lo que los Estados hacen de ella. La construcción social de la política de poder", *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, nº1, Marzo 2005.

WENHAM, Clare, "Ebola respons-ibility: moving from shared to multiple responsibilities", *Third World Quarterly*, Vol 37, Nº3, 4 Jan 2016.

WINSLOW, Edward Amory Winslow, *The untilled fields of public health*, Science, New Series, Vol. 51, Nº 1306, 1920.

WISHNIK, Elizabeth: "Dilemmas of securitization and health risk management in the People's Republic of China: the cases of SARS and avian influenza", *Health Policy and Planning*, Vol. 25, 2010.

2. Documentos oficiales.

Documentos relevantes sobre la Gripe H1N1. ⁶⁴⁹

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *El Nivel de Alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Dra Chan. Directora General de la Organización Mundial de la Salud*, Declaración de la Directora de la OMS a la prensa, 11 de junio de 2009.

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/

⁶⁴⁹ Documentos Oficiales ordenados cronológicamente.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Faked Pandemics-a threat for health*, Parliamentary Assembly, Council of Europe, 18 December 2009. Doc. 12.110.

<http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=12720&Language=EN>

Declaración del European Vaccine Manufacturers en el marco del debate del Consejo de Europa sobre “les fausses pandémies: une menace pour la santé”, publicado el 14 de abril, Bruselas. Intervención de Luc Hessel, EVM, en la audiencia pública del 26 de enero de 2010.

http://assembly.coe.int/CommitteeDocs/2010/20100126_EVM_F.pdf

FLYNN, Paul, *La gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence. Rapport Commission des questions sociales, de la santé et de la famille*, Assemblée parlementaire. Conseil de L'Europe, 7 juin 2010, Doc. 12283.

<http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=12463&Language=FR>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Carta de la Organización Mundial de la Salud a la redacción del BMJ*, Declaración 8 de junio de 2010, de la Directora general de la OMS.

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter_bmj_20100608/es/index.html

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*, Assemblée Parlementaire. Conseil de l'Europe. Résolution 1749 del 24 de junio de 2010.

<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/FRES1749.htm>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*, Assemblée Parlementaire. Conseil de l'Europe. Recommandation 1929 del 24 de junio de 2010.

<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/FREC1929.htm>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Documento de trabajo de los servicios de la Comisión relativo a las lecciones aprendidas con la pandemia de gripe H1N1 y a la seguridad sanitaria en la Unión Europea*, SEC (2010)1440, Comisión Europea, Bruselas, 18 de noviembre de 2010.

http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/commission_staff_lessonsh1n1_es.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*, Assemblée Parlementaire. Conseil de l'Europe. Réponse du Comité des Ministres adoptée à la 1103^a réunion des Délégués des Ministres (19-20 Janvier 2011).

<http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=13095&Language=FR>

RIVASI, Michele, *Informe sobre la evaluación de la gestión de la gripe H1N1 en 2009 y 2010 en la UE*, Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, Documento de sesión del Parlamento Europeo A7-0035/2011, 9 de febrero de 2011.

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2011-0035+0+DOC+PDF+V0//ES>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*, Informe de la Directora General, 64^a Asamblea Mundial de la Salud, A64/10, 5 de mayo de 2011.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf

Documentos oficiales sobre la epidemia de Ébola. ⁶⁵⁰

ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE (OOAS), *Plan Stratégique 2009-2013*, Organisation Ouest Africaine de la Santé, mars 2008, Burkina Faso.

http://www.wahooas.org/docs/PS2_Francais_2009-2013.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Hoja de ruta para la respuesta al virus Ébola*, Organización Mundial de la Salud, 28 de agosto de 2014, Ginebra.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135590/1/WHO_EVD_Roadmap_14.1_spa.pdf

MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE TOGOLAISE, *Plan de lutte contre la fièvre Ébola au Togo*, juillet 2014, Lomé, Togo.

MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, DIRECTION NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Arrêté portant la création, attributions, composition et fonctionnement, du comité national de crise sanitaire de l'épidémie de la maladie à virus Ébola*, 22 août 2014, Cotonou, Bénin.

⁶⁵⁰ Documentos Oficiales ordenados cronológicamente.

UNFPA-TOGO, *Plan de prévention et de riposte à la menace de la maladie à virus Ébola*, Août 2014, Lomé, Togo.

EQUIPE PAYS DES NATIONS UNIES TOGO, *Plan de contingence du SNU pour la gestion de l'épidémie de la maladie à virus Ébola*, Septembre 2014, Lomé, Togo.

Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2176 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7263ª sesión, celebrada el 15 de septiembre de 2014*, S/RES/2176 (2014), 15 de septiembre de 2014.

[http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/2176\(2014\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/2176(2014))

Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, *Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, celebrada el 18 de septiembre de 2014*, S/RES/2177 (2014), 18 de septiembre de 2014.

[http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/2177\(2014\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/2177(2014))

WORLD BANK GROUP, *The economic impact of the 2014 Ebola epidemic*, International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, 2014.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20592/9781464804380.pdf>

MINISTÈRE DE LAS SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, *Plan National de contingence de la maladie à virus Ébola et d'autres fièvres hémorragiques virales*, actualisation février 2015, Cotonou, Bénin.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Ebola Response Phase 3. Framework for achieving and sustaining a resilient zero*, September 2015, Geneva.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-response-phase3/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Emergency Guidance Surveillance strategy during Phase 3 of the Ebola response*, November 2015, Geneva.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-response-phase3/en/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014 y problemas planteados: seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia de Ébola (resolución EBSS3.R1) y de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud (decisión WHA68(10))*, 138ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 138/27, 22 de enero de 2016.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_27-sp.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Ebola situation report*, World Health Organization, 30 March 2016, Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204714/1/ebolasitrep_30mar2016_eng.pdf?ua=1

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Rapport de situation. Maladie à Virus Ébola*, Organisation Mondiale de la Santé, 26 Mai 2016, Geneva.

http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ebolasitrep_26May2016_fre.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, *Message du Ministre de la sante, Dr. Alassane Seidou à propos de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin*, 28 février 2017, Cotonou, Bénin.

Documentos oficiales sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas.⁶⁵¹

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Neglected tropical diseases*, WHA 66.12, 27 may 2013, Geneva.

http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_66.12_Eng.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGIONAL COMMITTEE FOR AFRICA, *Regional strategy on neglected tropical diseases in the WHO African Region*, AFR/RC63/R6, 4 september 2013, Brazzaville, Republic of Congo.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94188/1/AFR_RC63_R6.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA, *Formation intégrée du personnel socio-sanitaire des districts coendémiques pour la lèpre et l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire*, 3-8 mai 2015, Divo (Côte d'Ivoire).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Guide de supervision intégrée des agents des centres de santé périphériques sur les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des cas (MTN-PCC)*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Septembre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Guide de suivi et évaluation des programmes de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des cas (MTN-PCC)*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, octobre 2015.

⁶⁵¹ Documentos Oficiales ordenados cronológicamente.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Manuel de prise en charge intégrée de 5 Maladies Tropicales Négligées*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *L'eau, l'assainissement et l'hygiène pour accélérer et pérenniser les progrès dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. Stratégie mondiale 2015-2020*, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Genève, 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Premières réunions sur les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des cas (MTN-PCC) des responsables nationaux de Programmes et des membres du Groupe régional de revue du Programme MTN dans la région africaine de l'OMS*, 14-15 juin 2016, Cotonou, Benin.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Plan Stratégique Intégré de lutte contre la Lèpre, l'Ulcère de Buruli et le Pian (PSILUB) 2017-2020*, 2016, Cotonou, Benin (draft).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, *Plan stratégique national de lutte intégrée contre l'ulcère de Buruli, lèpre et pian 2017-2021*, 2016, Abidjan, Cote d'Ivoire (draft).

Resoluciones oficiales de la OMS.⁶⁵²

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, 1948, Ginebra

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma Ata, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978,

http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Ottawa, Canadá, 21 de noviembre de 1986.

<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

⁶⁵² Ordenados cronológicamente. Se incluyen los documentos de las conferencias de salud.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Communicable diseases prevention and control: new, emerging, and re-emerging infectious diseases*, 48^oWorld Health Assembly, WHA48.13, 12 May 1995.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178421/1/WHA48_R13_eng.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes, y revisión del Reglamento Sanitario Internacional*, 97^a reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 97/15, 7 de noviembre de 1995.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192976/1/EB97_15_spa.pdf

Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, Bangkok, Tailandia, 11 de agosto de 2005.

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

PRINCE MAHIDOL AWARD CONFERENCE 2012, *Bangkok Statement on Universal Health Coverage*, 28 January 2012, Bangkok.

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/2012-BKK-Statement.pdf?ua=1>

FORUM ON UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, *Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage: Sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress*, 2 April 2012, Mexico City.

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/MexicoCityPoliticalDeclarationUniversalHealthCoverage.pdf?ua=1>

DIALOGUE DE HAUT NIVEAU ENTRE LES MINISTRES DES FINANCES ET LES MINISTRES DE LA SANTÉ, *Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé*, 5 juillet 2012, Tunis.

<https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/Tunis%20declaration%20french%20July6f.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, Organización Mundial de la Salud, 2016, Ginebra.

http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Cobertura Sanitaria Universal*, Informe de la Secretaría, 132ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 132/22, 18 de enero de 2013.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_22-sp.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial*, Informe de la Directora General, 132ª reunión Consejo Ejecutivo Organización Mundial de la Salud, EB 132/5 Add.5, 18 de enero de 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82788/1/B132_5Add5-sp.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Hacia la cobertura sanitaria universal: conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas. Reunión ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal 18 y 19 de febrero de 2013, Sede de la OMS, Ginebra (Suiza)*, Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Colaboración con agentes no estatales*, 140º reunión Consejo Ejecutivo EB140(10), Organización Mundial de la Salud, 31 de enero de 2017.

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140\(10\)-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140(10)-sp.pdf?ua=1)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Rapport du Groupe consultatif technique sur l'ulcère de Buruli Siège de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse 21 mars 2017*, Organisation Mondiale de la Santé, 23 de mars 2017.

Otros documentos Oficiales de las Naciones Unidas.

Asamblea General de las Naciones Unidas. 2001, *Hacia formas mundiales de colaboración*, A/RES/55/215, 6 de marzo de 2001.

<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/55/215>

Secretaría General de las Naciones Unidas. 2001, *Cooperación entre las Naciones Unidas y todos los colaboradores pertinentes, en particular el sector privado*, A/56/323, 28 de Agosto 2001.

<http://www.cinu.org.mx/negocios/cooperacion.pdf?Open&DS=A/56/323&Lang=S&Area=UNDOC>

Secretaría General de las Naciones Unidas. 2004a. *Nosotros los pueblos: la sociedad civil, las Naciones Unidas y la gobernanza global. Informe del Grupo de Personas Eminentes encargado de examinar la relación entre las Naciones Unidas y la sociedad civil*, A/58/817, 11 de junio 2004.

http://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/informe_sociedad_civil_naciones_unidas_copy.pdf

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *El futuro que queremos*, A/RES/66/288, 11 de Septiembre de 2012, Nueva York.

http://www.pnuma.org/sociedad_civil/documents/reunion2012/CIVIL%20SOCIETY%20PARTICIPATION/20120727%20Rio+20%20Documento%20El%20futuro%20que%20queremos.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. 2012, *Salud mundial y política exterior*, A/67/L.36, 6 de diciembre de 2012.

<https://daccess-ods.un.org/TMP/1160129.7557354.html>

Otras publicaciones relevantes de la OMS.⁶⁵³

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des Maladies Tropicales Négligées. Feuille de Route pour la mise en œuvre. Résumé.*, Organisation Mondiale de la Santé, 2013, Genève.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79080/1/WHO_HTM_NTD_2012.1_fre.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Argumentando sobre la Cobertura Sanitaria Universal*, Organización Mundial de la Salud, 2013, Ginebra.

http://www.who.int/health_financing/UHC_SPvs1.pdf

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 2008. Supervivencia infantil*, 2007, Nueva York.

<https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. No solo la ausencia de enfermedad*, Organización Mundial de la Salud, 2014, Ginebra.

⁶⁵³ Los documentos han sido ordenados alfabéticamente. Se incluye una obra de UNICEF y otra del Banco Mundial

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud, 2000.
http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, Organización Mundial de la Salud, 2007.
http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria en Salud. Más necesaria que nunca*, Organización Mundial de la Salud, 2008.
http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, Organización Mundial de la Salud, 2010.
http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf?ua=1

WORLD BANK GROUP, *World Development Report 1993: Investing in Health*, International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, 1993.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Invertir en la Organización Mundial de la Salud. Medidas para financiar totalmente el presupuesto por programas 2014-2015*, Organización Mundial de la Salud, 2013.
http://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/financing-brochure-es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC) /ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Los Acuerdos de la OMC y la salud pública. Un estudio conjunto de la OMS y de la Secretaría de la Secretaría de la OMC*, Ginebra, OMC/OMS, 2002.
https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/who_wto_s.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Promoción de la salud. Glosario*, Organización Mundial de la Salud, 1998, Ginebra.
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Règlement sanitaire international (2005) : Domaines pour la mise en œuvre du Règlement.*, Organisation Mondiale de la Santé, 2007, Lyon.

http://www.who.int/ihr/final_versionFR9Nov07.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Trabajar en pro de la salud. Presentación de la Organización Mundial de la Salud*, Organización Mundial de la Salud, 2006, Ginebra.

http://www.who.int/about/brochure_es.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, World Health Organization, 2007, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Investing to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases. Third WHO report on neglected tropical diseases*, World Health Organization, 2015, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Integrating Neglected tropical diseases into global health and development. Fourth WHO Report of Neglected Tropical Diseases*, World Health Organization, 2017, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Our reform story*.

http://www.who.int/about/who_reform/who_reform_story.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Plan of action Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage. Plan of Action*. World Health Organization, 2012, Geneva.

http://www.who.int/health_financing/documents/path-to-universal-coverage/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Sustaining the drive to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases. Second WHO Report of Neglected Tropical Diseases*, World Health Organization, 2013, Geneva.

**RELACIÓN DE ANEXOS RELATIVOS AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SOBRE EL BROTE DE ÉBOLA**

ANEXO 1: REFERENTES TÉCNICOS QUE PARTICIPARON EN EL CUESTIONARIO.

NOMBRE	PROFESIÓN Y FUNCIÓN DURANTE EL BROTE	PAÍS
Dr. Kassié Fangamou	Médico jefe de distrito de salud afectado por el brote	Guinea Conakry
Dr. Facinet Yattara	Responsable unidad de vigilancia	Guinea Conakry
Mikel Tellechea	Director Programas salud Hospital Aita Menni en Monrovia	Liberia
Cyril Johnson	Jefe de Programas DAHW Sierra Leona	Sierra Leona
Mamoudou Kodio	Miembro de equipo de intervención rápida Jefe departamental de respuesta integrada	Mali
Dr. Abimbola	Director de Centro Hospitalario	Nigeria
Dr. Clement Glegle	Jefe de servicio de vigilancia epidemiológica y vigilancia sanitaria del Ministerio de Salud (coordinador técnico de Ébola durante la epidemia)	Benín
Dr. Raoul Saizonou	Consejero de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS en Benín (Encargado de la coordinación de lucha contra una eventual epidemia)	Benín
Dr. André Yebadokpo	Responsable de Salud reproductiva en UNFPA-Togo. Punto Focal de Ébola	Togo
Dr. Christian Johnson	Consejero médico Fondation Raoul Follereau	Benín/Francia
Dr. Yves Barogui	Médico jefe de distrito en Benín. Director CDTUB de Lalo	Benín

N°	QUESTIONS	REPONSES
Q4.	Quel est votre avis sur la réponse traditionnelle des institutions internationales responsables de faire face à ces crises, notamment l’OMS.	Donner votre avis en quelques lignes : _____ _____ _____
Q5.	Pensez-vous que votre pays dispose de moyens suffisant pour prévenir une crise de ce type ?	Oui /__ / Non /__ / Motiver votre réponse en quelques lignes: _____ _____
Q6.	Décrivez en quelques lignes la conduite que vous recommandez à votre pays pour prévenir des telles crises	Donner votre réponse en quelques lignes : _____ _____ _____

3- QUESTIONS SPECIFIQUES AUX PAYS AFFECTES PAR LA CRISE EBOLA

N°	QUESTIONS	REPONSES
Q7.	Lors de la dernière crise d’épidémie de la maladie à virus Ebola, combien de cas ont été notifiés par les autorités sanitaires de votre pays ?	Nombre de cas notifiés : _____
Q8.	Considérez-vous que votre pays été préparé pour faire face à la crise ?	Oui /__ / Non /__ / Motiver votre réponse en quelques lignes: _____ _____
Q9.	Considérez-vous que les moyens mis en place dans votre pays pour faire face à la crise ont été adéquats ? Veillez évaluer votre réponse selon l’échelle suivante. 1 = Très inadéquats 2 = Assez inadéquats 3 = Ni adéquats ni inadéquats 4 = Assez adéquats 5 = Très adéquats Motiver votre réponse.	Moyens techniques: /__ / _____ Moyens financiers: /__ / _____ Moyens organisationnels: /__ / _____ _____

N°	QUESTIONS	REPONSES
Q10.	<p>Le temps de la riposte à la crise a-t-il été adéquat ? Veillez évaluer votre réponse selon l'échelle suivante.</p> <p>1 = Très inadéquat 2 = Assez inadéquat 3 = Ni adéquat ni inadéquat 4 = Assez adéquat 5 = Très adéquat</p>	<p>Le temps de la riposte à la crise a-t-il été /__ /</p> <p>Motiver votre réponse en quelques lignes:</p> <hr/> <hr/>
Q11.	<p>Selon vous, la coordination des interventions entre les différentes parties prenantes (Ministère de la santé, collaboration interministérielle, OMS, etc.) a-t-elle été adéquate? Veillez évaluer votre réponse selon l'échelle suivante.</p> <p>1 = Très inadéquate 2 = Assez inadéquate 3 = Ni adéquate ni inadéquate 4 = Assez adéquate 5 = Très adéquate</p>	<p>Coordination des interventions entre les différentes parties prenantes /__ /</p> <p>Décrire brièvement le mécanisme de coordination qui a été mis en place et donner en quelques lignes les points forts et les points faibles</p> <hr/> <hr/> <p style="text-align: right;">1</p>
Q12.	<p>Considérez-vous que si la crise se répétait votre pays serait en dispositions de faire face?</p>	<p>Oui /__ / Non /__ /</p> <p>Motiver votre réponse en quelques lignes:</p> <hr/> <hr/>
Q13.	<p>Quels ont été les Effets/Impacts dans le système de santé suite à la crise. (précisez)</p>	<p>Sur les indicateurs sanitaires clés:</p> <hr/> <p>Du point de vue des ressources humaines:</p> <hr/> <p>Du point de vue organisationnel</p> <hr/> <p>Du point de vue économique</p> <hr/> <p>Du point de vue respect des Droits Humains (Droit à la Santé)</p> <hr/>
Q14.	<p>Décrire brièvement les leçons apprises au décours de cette épidémie de maladie à virus Ebola</p>	<hr/> <hr/>

ANEXO 3: CRONOLOGÍA DEL BROTE EPIDÉMICO DE ÉBOLA. FECHAS CLAVE.

- ✓ 1976: La enfermedad por virus Ébola (EVE), está causada por un virus zoonótico descubierto por primera vez en 1976 en aldeas remotas de la República Democrática del Congo y Sudán.
- ✓ 1990: El virus se volvió a identificar a mediados de la década de 1990, cuando volvió a emerger en Gabón y Kikwit, RDC.
- ✓ 6 de diciembre de 2013: la epidemia de Ébola en África Occidental comienza cuando una niña de dos años en Guéckédou, Guinea, un pequeño pueblo que limita con Sierra Leona y Liberia, se infectó.
- ✓ 23 de marzo de 2014: se declara oficialmente un brote de Ébola en Guinea.
- ✓ 27 de marzo de 2014: tanto Liberia como Sierra Leona confirmaron que habían identificado un pequeño número de casos sospechosos de Ébola.
- ✓ 28 de marzo de 2014: el equipo de GOARN inicia una evaluación de la situación local y presenta sus conclusiones en una conferencia de prensa en Ginebra el 8 Abril de 2014.
- ✓ 7 de mayo de 2014: se habían desplegado unos 113 expertos técnicos para ayudar a las autoridades sanitarias de Guinea (88), Liberia (23), Sierra Leona (1) y a la Oficina Regional de la OMS en África (AFRO).
- ✓ Entre el 28 de mayo y el 10 de junio de 2014: Guinea y Sierra Leona registraron unas 150 nuevas infecciones, con lo que el total acumulado se elevó a 440 casos sospechosos o confirmados de Ébola.
- ✓ 17 de junio de 2014: el número acumulado de casos en toda la región había aumentado de nuevo a 528 casos sospechosos o confirmados, con Liberia informando de nueve nuevos casos sospechosos y cinco muertes, las primeras desde abril de ese mismo año.
- ✓ 23 de junio de 2014: AFRO convocó una reunión de alto nivel en Conakry con el presidente guineano, el embajador estadounidense en Guinea, funcionarios de la OMS y representantes de los Centros de Prevención y de Control (CDC), mientras que en Ginebra, el comité directivo de GOARN se reunió para revisar la situación.
- ✓ 27 de junio de 2014, se envía a la Directora General de la OMS un informe donde se solicitaba un "liderazgo más contundente".

- ✓ 7-8 de agosto de 2014: El Comité de Emergencia del RSI se reunió por primera vez por teleconferencia y transmitió a la Directora General su evaluación de que la declaración de una PHEIC estaba justificada.
- ✓ 8 de agosto de 2014: La OMS designa el brote de África occidental como Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (PHEIC).
- ✓ 28 de agosto de 2014: la OMS publicó su "Hoja de ruta para la respuesta al virus Ébola", en la que se esbozaban varias estrategias y objetivos para contener el virus.
- ✓ 15 de septiembre de 2014: el Consejo de Seguridad de la ONU se reúne y aprueba la resolución 2176 que autorizaba la prórroga de la misión de la ONU en Liberia (UNMIL) por un período inicial de tres meses para apoyar la contención del virus.
- ✓ 18 de septiembre de 2014: el Consejo de Seguridad de la ONU aprobó la resolución 2177 que declaraba el brote como una "amenaza a la paz y la seguridad internacionales".
- ✓ 19 de septiembre de 2014: Se crea la primera misión de salud pública de la ONU, la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta a la Emergencia del Ébola (UNMEER).
- ✓ 25 de octubre de 2014: la OMS reportaba 10.141 casos y 4.922 muertes haciendo de este brote más importante que los brotes anteriores que se habían producido en África combinados.
- ✓ 29 de octubre de 2014: el Consejo de la Unión Africana autorizó en un comunicado el despliegue de una misión para la lucha contra el brote de Ébola en África Occidental (ASEOWA).
- ✓ 29 de diciembre de 2015: Guinea fue declarada libre de transmisión de Ébola directamente vinculada al brote original. Ese plazo terminaría el 31 de mayo en Guinea y el 9 de junio de 2015 en Liberia.
- ✓ 29 de marzo de 2016: el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la enfermedad del virus Ébola (EVD) en África Occidental se reunió y sobre la base del asesoramiento del Comité y de su propia evaluación de la situación, la Directora General de la OMS declaró el fin de la Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional sobre el brote de la enfermedad del virus Ébola en África Occidental.
- ✓ Desde el inicio del brote de Ébola han sido notificados en Guinea, Liberia y Sierra Leona 28 610 casos confirmados con 11 310 muertes.

