

Supervisión de la salud mundial

Devi Sridhar y Chelsea Clinton

Nuevos agentes y nuevas prioridades están ocupando un campo que solía ocupar solo la Organización Mundial de la Salud

EL RECIENTE brote del virus del ébola, que es sumamente contagioso y a menudo fatal, en África occidental pone de relieve la necesidad de cooperación internacional en el ámbito de la salud. La actual crisis del ébola —sumada al brote del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés) y la reaparición del polio en Oriente Medio y África— no es sino el último ejemplo de incapacidad de los gobiernos para controlar la propagación de enfermedades infecciosas a menos que cooperen: la negociación de reglas mundiales entre gobiernos es crucial para proteger la salud de los pueblos.

El brote de ébola es precisamente el tipo de crisis que tenían en mente los gobiernos cuando fundaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 como centro de la *gobernanza mundial de la salud*.

La lucha contra el ébola, que la OMS declaró una emergencia internacional en agosto de 2014, exige información minuciosa sobre la propagación de la enfermedad para que las autoridades puedan seguirla, un esfuerzo internacional mancomunado para contenerla, y recursos para tratar a sus víctimas. Estas necesidades se derivan de la gobernanza mundial de la salud; es decir, las reglas e instituciones, normas y procesos formales e informales conexos que rigen la política internacional en materia de salud o influyen directamente en ella.

Las funciones fundamentales de la gobernanza sanitaria, que en general se encuentran dentro de la esfera de la OMS y su órgano rector, incluyen reunir a los protagonistas en este ámbito, definir valores comunes, establecer normas y marcos regulatorios, fijar prioridades, movilizar y alinear recursos, y promover la investigación.

La gobernanza mundial requiere que los gobiernos cedan aspectos de su soberanía y le deleguen ciertas prerrogativas y autoridad a un organismo internacional como la OMS. Las reglas como el Reglamento Sanitario Internacional, que dirige la respuesta de los países a los riesgos para la salud internacional, son un claro ejemplo de esa delegación de autoridad.

Pero en los últimos años aparecieron nuevas organizaciones en la escena internacional. Problemas concretos —por ejemplo, el VIH/SIDA o la mortalidad maternal— han atraído más fondos al sistema mundial de la salud. Pero esos fondos adicionales a menudo se canalizan a través de instituciones nuevas. Algunos trabajan dentro de la OMS; otros, fuera; otros, dentro y fuera. A diferencia del mandato amplio e integrado de la OMS, la mayoría de estas organizaciones nuevas tienen un foco *vertical* y se concentran en objetivos específicos, como una enfermedad o condición determinada.



Campana de concientización sobre el ébola en la aldea Kolobengu, en Guinea.



Proteger la salud de los ciudadanos del mundo entero exige una inversión a largo plazo en la OMS y su amplio mandato. Pero los donantes centrados en objetivos a corto plazo están impulsando gran parte de la OMS, y las nuevas alianzas creadas para luchar contra determinadas enfermedades y problemas están adquiriendo relevancia. Con todo, cada vez hay más conciencia de la necesidad de reforzar los sistemas de salud para complementar los esfuerzos volcados en enfermedades específicas. Además, los recientes esfuerzos desplegados por naciones latinoamericanas, asiáticas y africanas para desempeñar un papel más importante en las instituciones internacionales están influyendo en la gobernanza mundial de la salud.

Cada vez más gente

La finalidad original de la Organización Mundial de la Salud era, entre otras cosas, lograr que los gobiernos colaboraran en las cuestiones atinentes a la salud con la mira puesta en el largo plazo. Para ese fin, la OMS recibió más autoridad y recursos que la organización que la precedió bajo la Sociedad de Naciones. Prácticamente todos los gobiernos del mundo son miembros de la Asamblea Mundial de la Salud, que rige la OMS y en la cual cada país tiene un voto.

Sin embargo, la OMS ya no es la única institución mundial dedicada a la salud, y en algunos campos enfrenta hoy la dura competencia de nuevos agentes como el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (el Fondo Mundial), la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, por sus siglas en inglés) y la Fundación Bill & Melinda Gates, la fundación privada más grande del mundo, dedicada a la salud mundial.

En los últimos 50 años, el Banco Mundial también ha adquirido influencia en la atención de la salud mundial, con sus considerables recursos, acceso a altos cargos de los ministerios de Hacienda y experimentado personal técnico. Ha otorgado préstamos a gobiernos para ayudarlos a mejorar los servicios de salud.

Como resultado de estos cambios, la OMS enfrenta dificultades de financiamiento y gobernanza. Aunque el total de recursos no ha disminuido, tampoco ha aumentado mucho en los últimos años. Su presupuesto de 2012–13 fue de US\$3.950 millones; el de 2014–15 es de US\$3.970 millones (OMS, 2013). Pero la verdadera dificultad radica en las restricciones a la manera en que se puede gastar gran parte de los fondos. Alrededor de 80% del presupuesto de la OMS consiste en fondos “voluntarios” de donantes con mandatos concretos que por lo general no pueden destinarse a fines generales. La escasez de fondos libres de restricciones es uno de los factores que obstaculizó la respuesta de la OMS al reciente brote de ébola (véase el recuadro). Lo que fue criticado como una primera reacción lenta a la epidemia ha llevado a algunos a reclamar la creación de un nuevo fondo mundial que responda a brotes de enfermedades infecciosas.

El financiamiento voluntario puede designarse especialmente para ciertas enfermedades o iniciativas, como “Stop TB Partnership” (tuberculosis), o ciertas regiones, como las Américas. A lo largo de los 12 últimos años, las contribuciones voluntarias han aumentado 183%, en tanto que las contribuciones señaladas de los países miembros subieron apenas 13% (Clift, 2014). En 2012–13, la OMS podía hacer uso discrecional de solo 7,6% de los fondos voluntarios. Además, los costos administrativos de la gestión de más de 200 contribuyentes voluntarios rozaron

Respuesta al ébola

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido criticada por su respuesta lenta y tímida al brote del virus del ébola en África occidental. El organismo alegó la falta de personal técnico calificado. Como gran parte de su presupuesto es decidido por donantes, que destinan específicamente fondos a ciertas prioridades a corto plazo, la capacidad de respuesta de la OMS a emergencias, epidemias y pandemias se ha atrofiado durante la última década. El presupuesto para brotes y crisis fue recortado a la mitad, de US\$469 millones en 2012–13 a US\$241 millones en 2014–15 (OMS, 2013), y el departamento encargado de responder a epidemias y pandemias fue disuelto, y sus responsabilidades fueron distribuidas entre otros (*New York Times*, 2014). En septiembre de 2014, donantes como la Fundación Bill & Melinda Gates comprometieron fondos para la OMS, pero se necesita un financiamiento sostenible a largo plazo para la organización que ocupa el centro de la gobernanza mundial de la salud.

los US\$250 millones, más de 5% del presupuesto. Aun así, sin financiamiento voluntario, el presupuesto total de la OMS probablemente sería mucho más pequeño.

En términos generales, los gobiernos siguen siendo la principal fuente de fondos (señalados y voluntarios) de la OMS, pero las organizaciones no gubernamentales (ONG) ejercen creciente influencia. Gracias a los US\$300 millones que donó en 2013, por ejemplo, la Fundación Gates es el donante más grande de la OMS. En algunos casos, una ONG ayuda a implementar un programa de la OMS; ese es el caso de “Stop TB Partnership”, dedicada a erradicar la tuberculosis. Las ONG buscan lograr representación e influencia incorporándose a los directorios de las instituciones internacionales y adquiriendo derecho de voto, pero en la OMS son solo observadores: la política la dictan los gobiernos. El reto para la OMS consiste en tener una relación con esta amplia variedad de asociados que tenga significancia, manteniendo al mismo tiempo su condición de órgano intergubernamental imparcial que beneficia a todos sus miembros por igual.

La OMS ha tenido que lidiar con cierto descontento al respecto. Por ejemplo, en 2007, el Ministerio de Salud indonesio se rehusó a entregar muestras del virus H5N1 a la OMS para que las analizara y preparara vacunas, a pesar del temor mundial a un estallido de gripe aviar (Gostin, 2014). El ministro argumentó que las vacunas y los medicamentos derivados de estas muestras virales tenían poca probabilidad de llegar a los países en desarrollo e invocó el principio de soberanía viral para conservar las muestras hasta que se estableciera un sistema más equitativo de acceso a la vacunación en una pandemia. Tras tensas negociaciones, los Estados miembros acordaron en 2011 el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. El acuerdo busca mejorar y reforzar el intercambio de virus gripales con esfuerzos por ampliar el acceso de los países en desarrollo a las vacunas y otros suministros necesarios en una pandemia.

Como lo demuestra el incidente en Indonesia, las instituciones internacionales deben equilibrar el beneplácito de los poderosos (que a menudo poseen un grado especial de influencia) y la necesidad de asegurar a todos los miembros, incluidos los menos

poderosos, que lo que más conviene a sus intereses es pertenecer a la organización y participar en ella. Los países deben confiar en que un organismo internacional va a denunciar los riesgos de infección y utilizar la información que recopila para el beneficio general, sin estigmatizar ni denigrar a los países cuando surgen peligros. La versión revisada de 2005 del Reglamento Sanitario Internacional exige a los casi 200 países signatarios informar a la OMS de ciertos riesgos para la salud pública internacional (como los brotes de ébola) y fijar procedimientos que la OMS y sus miembros deben seguir para proteger la seguridad de la salud pública mundial.

La contracara de la presencia de nuevos agentes en un campo que antes ocupaba sola la OMS es que los países que están buscando la mejor manera de lograr sus objetivos en términos de la salud tienen más opciones. Por ejemplo, los países pueden solicitar al Fondo Mundial o a la Fundación Gates dinero para luchar contra la tuberculosis sin tener que pasar por la OMS, forzando a este tradicional protagonista de la escena mundial a examinar su papel y previsiblemente a actuar de manera más estratégica. La OMS nunca tuvo por misión desempeñar todas las funciones relacionadas con el cuidado de la salud mundial, en parte porque cuando se la fundó ya existían organismos regionales de salud pública (como la Organización Panamericana de la Salud). Su principal ventaja es como foro que reúne a interlocutores diversos pero permite solamente a los gobiernos miembros negociar reglamentos internacionales y decidir el respaldo que reciben los países de la OMS para divulgar y poner en práctica esas reglas.

Alianzas

Un fenómeno aún relativamente nuevo en la cooperación mundial para la salud es la aparición de asociaciones público-privadas como el Fondo Mundial y la GAVI. Las estructuras de gobierno de estos fondos verticales presentan algunas diferencias importantes respecto de la OMS y el Banco Mundial (Sridhar, 2012).

Los fondos verticales tienen *objetivos estrictamente definidos*, a diferencia de los mandatos amplios de la OMS (“alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”) y del Banco Mundial (“aliviar la pobreza y mejorar la calidad de vida”). El mandato del Fondo Mundial es atraer y desembolsar recursos para prevenir y tratar el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo; el del GAVI, salvar la vida de los niños y proteger la salud al nivel más amplio ampliando el acceso a la inmunización en la niñez en países pobres.

Los críticos sostienen que estos nuevos recursos internacionales responden a las preferencias de los donantes y que a menudo sería posible desplegarlos mejor a través de un organismo multilateral como la OMS. Pero parece poco probable que estos recursos se hubieran volcado al servicio de la OMS. La Fundación Gates proporcionó el ímpetu inicial para la GAVI comprometiendo US\$750 millones, y los gobiernos del Grupo de los Ocho (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Reino Unido, Rusia) específicamente dejaron de lado a las Naciones Unidas al lanzar el Fondo Mundial en 2002.

Los fondos verticales *empoderan a interlocutores diversos*, a diferencia de la OMS, que concede únicamente a los gobiernos la autoridad para coordinar políticas y, en algunos casos, medidas colectivas. El directorio del Fondo Mundial incluye miembros con derecho de voto de la sociedad civil, el sector privado y la

Fundación Gates, así como representantes de países en desarrollo y países donantes. También incluye, como miembros sin derecho de voto, asociados como la OMS y el Banco Mundial. La GAVI también tiene un directorio integrado por miembros permanentes con derecho de voto como el Banco Mundial, la Fundación Gates, la OMS y UNICEF, además de 18 miembros rotativos de gobiernos de países en desarrollo y países donantes, fabricantes de vacunas y la sociedad civil. La presencia de agentes no gubernamentales les ha dado a la GAVI y al Fondo Mundial mayor legitimidad entre estos grupos (Wallace Brown, 2010).

Estas iniciativas están *financiadas completamente con contribuciones voluntarias*, en tanto que los modelos financieros de la OMS y del Banco Mundial están basados en contribuciones señaladas, a pesar del creciente número de donaciones voluntarias a la OMS. El Fondo Mundial recibe contribuciones voluntarias de gobiernos, particulares, empresas y fundaciones privadas. La GAVI depende de las contribuciones de donantes para respaldar la creación y la fabricación de vacunas. Los gobiernos son la fuente de financiamiento más significativa, pero solo a través de mecanismos voluntarios.

Ni la GAVI ni el Fondo Mundial *trabajan directamente en los países beneficiarios*, a diferencia de la OMS y el Banco Mundial, que operan a través de organismos públicos y tienen oficinas y representantes en los países beneficiarios.

El Fondo Mundial recurre a mecanismos nacionales de coordinación para elaborar y presentar propuestas de donaciones y seleccionar las organizaciones encargadas de implementarlas. Estos mecanismos generalmente incluyen representantes del gobierno del país solicitante, ONG locales e internacionales, donantes interesados y representantes del sector privado y víctimas de la enfermedad en cuestión. La GAVI brinda financiamiento a gobiernos nacionales, que usan los recursos para ampliar la cobertura de las campañas de vacunación.

El Fondo Mundial y la GAVI *han quedado legitimizadas por la eficacia con la que han mejorado resultados y logros sanitarios específicamente definidos*, a diferencia de la OMS y el Banco Mundial, que se afirman en su condición de órganos intergubernamentales incluyentes y participativos.

Adoptar sistemas de salud

Los fondos verticales continúan proliferando, y los aportes focalizados constituyen aún el grueso del financiamiento que proporcionan a la OMS los donantes. Pero los países avanzados y en desarrollo se están centrando cada vez más en la necesidad de contar con sólidos sistemas hospitalarios y de atención primaria; es decir, un enfoque horizontal. La propagación del ébola por África occidental muestra la necesidad de reforzar los sistemas de salud, no solo para cuidar a las madres y los niños y hacer frente a enfermedades no transmisibles como el cáncer y las afecciones cardíacas, sino también para detectar y tratar enfermedades infecciosas. Etiopía, por ejemplo, creó programas para establecer sistemas de salud exhaustivos, financiados gracias a un aumento de la inversión nacional y el respaldo de los donantes.

Con todo, los fondos verticales han optado por no participar en el fortalecimiento de los sistemas de salud ni en lograr una cobertura sanitaria para todos los miembros de la sociedad. En su mayoría, estos donantes consideran que los recursos nacionales están cre-

ciendo suficientemente rápido para que los países beneficiarios puedan fortalecer los sistemas de salud y ofrecer cobertura universal. Les preocupa también la posibilidad de que los gobiernos utilicen los nuevos fondos como excusa para recortar su propia inversión en la atención de la salud. Estos donantes creen que los programas nacionales deben estar diseñados y dirigidos por el propio país, debido a las diferencias entre sistemas, mercados nacionales de seguro médico y enfoques públicos para la prevención de enfermedades no transmisibles. Muchos donantes también temen que se podría fragmentar más la gobernanza mundial de la salud.

Pero la rápida propagación del virus del ébola en África occidental puso de relieve las dificultades que afronta un sistema de salud escaso de financiamiento a la hora de detectar y contener la enfermedad. Estados Unidos ha comprometido más de US\$250 millones, y el Reino Unido, más de US\$200 millones, para brindar respaldo a la respuesta al brote; parte de esos fondos están destinados a mejorar los sistemas de salud. No está claro si la crisis del ébola generará contribuciones más sostenidas de donantes a fondos verticales para mejorar los sistemas de salud.

Ascenso de los mercados emergentes

En los últimos años, las economías de mercados emergentes han exigido un papel más importante en las instituciones multilaterales, desde el FMI hasta las Naciones Unidas. Esa nueva asertividad también ha quedado reflejada en el ámbito de la salud mundial, en el cual las grandes economías de mercados emergentes están desempeñando un papel que refleja tanto sus necesidades como sus limitaciones. En las ocasiones en que las economías de mercados emergentes más avanzadas económicamente —Brasil, Rusia, India y China (BRIC)— han actuado en el campo de la salud mundial, por lo general ha sido en ámbitos específicos; por ejemplo, el acceso a cooperación tecnológica o medicamentos esenciales, como en el caso del tratamiento de la tuberculosis.

Las inquietudes regionales también parecen influir en la cooperación internacional, y en África, Asia y América Latina han dado origen a órganos regionales dedicados a la salud. Desde su lanzamiento en 2002, por ejemplo, los ministerios de salud pública de los Estados miembros de la Unión Africana han abordado temas regionales como las enfermedades infecciosas, el financiamiento de la atención de la salud, la seguridad alimentaria y la nutrición. Brasil, India y Sudáfrica han acordado coordinar conjuntamente la campaña internacional de extensión médica y sanitaria. Es difícil predecir si estos movimientos fortalecerán la OMS o si le restarán autoridad.

En particular, la salud mundial queda en segundo plano, por detrás de cuestiones internacionales como las políticas financieras y la seguridad nacional, en China, India y Rusia. En Brasil, la salud es un elemento central de la política exterior, pero ese hecho no se ha traducido en una mayor provisión de financiamiento, al menos juzgando por la participación del país en el Fondo Mundial.

Los directores del Fondo Mundial llaman constantemente a las economías de mercados emergentes a asumir parte de la carga financiera que representa la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, pero Brasil, que ha recibido US\$45 millones en donaciones, ha contribuido apenas con US\$200.000. La situación es parecida dentro del grupo BRIC. India ha recibido US\$1.100 millones y donado apenas US\$10 millones; China ha recibido

US\$2.000 millones, pero donado solo US\$16 millones. Rusia es la excepción: US\$354 millones recibidos y US\$254 millones donados.

Durante la crisis financiera internacional, las economías avanzadas más golpeadas recortaron o incluso eliminaron los aportes comprometidos al Fondo Mundial. El grupo BRIC superó la crisis mucho mejor que muchas economías avanzadas. El hecho de que no haya ampliado su compromiso con el Fondo Mundial (ni con la GAVI) desde la crisis pone en duda su compromiso a largo plazo como líderes en el campo de la salud mundial.

¿Durante cuánto tiempo debería seguir beneficiándose el grupo BRIC —las cuatro economías de mercados emergentes más grandes— de la asistencia para el desarrollo dedicada a la salud? India ocupa el primer lugar entre los receptores de financiamiento externo para la salud; China, el décimo; y Brasil, el decimoquinto. Lo que se plantea es si la ayuda debería continuar subsidiando países que presuntamente pueden proporcionar como mínimo atención básica de la salud y que tienen un creciente interés económico en poner freno a las enfermedades infecciosas, ya sea viejos azotes como la tuberculosis o nuevos peligros como el virus de la gripe aviar.

Pero a pesar de ser países de ingreso mediano, Brasil, China e India siguen siendo relativamente pobres en términos per cápita y deben centrarse en el crecimiento económico. Como también enfrentan enormes problemas de salud, los donantes consideran que hay razones para continuar con esa asistencia. Pero las instituciones multilaterales y los donantes bilaterales deben analizar continuamente si corresponde que países de ingreso mediano continúen recibiendo ayuda que podría aprovecharse mejor en países más pobres.

Una lección central de la crisis del ébola es la necesidad de una respuesta sólida y organizada, liderada por una OMS con autoridad y financiamiento. El hecho de que este brote lleve a los Estados miembros y otros participantes poderosos a reforzar los recursos y la autoridad de la OMS o a crear otra institución encargada de luchar contra brotes de enfermedades será la disyuntiva decisiva para el buen gobierno mundial durante los próximos años. ■

Devi Sridhar es profesor adjunto en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Edimburgo, y Chelsea Clinton es profesora adjunta auxiliar en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Columbia.

Referencias:

- Clift, Charles, 2014, "What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance" (Londres: Royal Institute of International Affairs, Chatham House).
- Gostin, Lawrence O., 2014, *Global Health Law* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).
- New York Times, 2014, "Cuts at WHO Hurt Response to Ebola Crisis", 3 de septiembre.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013, "Proposed Programme Budget 2014–2015" (Ginebra).
- Sridhar, Devi, 2012, "Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing", *PLoS Medicine*, vol. 9, No. 9, pág. e1001312.
- Wallace Brown, Garrett, 2010, "Safeguarding Deliberative Global Governance: The Case of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria", *Review of International Studies*, vol. 36, No. 2, págs. 511–30.