

EL DERECHO A LA SOBERANÍA SANITARIA

Informe técnico

Antecedentes, Investigación y referencias

Abril de 2026

Publicado por el

Instituto Brownstone

2028 E Ben White Blvd, Austin, TX 78741, Estados Unidos

+1-469-842-8976 <http://www.brownstone.org>

© Brownstone Institute 2026

Proyecto Internacional de Reforma Sanitaria

El derecho a la soberanía sanitaria: antecedentes, investigación y referencias

Volumen de investigación complementario al informe de políticas del Panel

de la Reforma Sanitaria Internacional. Proyecto (IHRP)

VOLUMEN DE INVESTIGACIÓN COMPLEMENTARIO DEL INFORME DE POLÍTICAS DEL PANEL DEL PROYECTO INTERNACIONAL DE REFORMA SANITARIA (IHRP)

Los informes sobre el Derecho a la Soberanía en Salud, Políticas y Aspectos Técnicos son complementarios y reflejan el consenso del panel del IHRP. Las afirmaciones específicas no reflejan necesariamente la opinión de los miembros individuales del panel.

Editores: DB, GWB

Guionistas principales: DB, GWB, EP, TTVD, RT, RO, RB.

Desarrollo y revisión: RT, DB, EP, RO, GWB, TTVD, RB, HG, WO, YN, HC,

Recopilación: HG

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	VI
TABLA DE FIGURAS Y TABLAS	XII
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	XIV
RESUMEN EJECUTIVO	XIX
PARTE I: ANTECEDENTES	1
I.1. Introducción	1
I.1.1. La justificación de la salud pública	1
I.1.2. Comprender la “salud”	2
I.1.3. ¿Por qué este informe?	4
I.1.4. ¿Por qué IHRP?	4
I.2. Estructura del informe IHRP y enfoque analítico	5
I.2.1. Elaboración del informe IHRP	5
I.2.2. Estructura del informe IHRP	5
I.2.3. Enfoque analítico	6
I.3. Conceptos clave	8
I.3.1. Conceptos de salud pública global	8
I.4. Otros términos y conceptos clave utilizados en este informe.....	14
PARTE II: LAS BASES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD PÚBLICA	18
II.1. Principios subyacentes de salud pública	18
II.1.1. Normas y leyes de derechos humanos	19
II.1.2. Principios de salud pública	37
II.1.3. Equilibrio de la salud pública: determinantes sociales frente a enfoques biomédicos	49
II.1.4. Sistemas y políticas de salud	52
II.2. Historia de la salud pública internacional antes de la década de 1990	55
II.2.1. Breve historia de la salud pública internacional	55
II.2.2. La OMS: Un nacimiento igualitario	56
II.2.3. Definición de los derechos humanos en un mundo en proceso de descolonización	58
II.2.4. El apogeo de la atención primaria en la salud pública	59
II.3. Historia de la salud pública mundial después de la década de 1990	61
II.3.1. El cambio de la salud internacional a la salud pública mundial	61
II.3.2. Un cambio hacia la securitización de la salud	62
II.3.4. Otros actores: ONG, fundaciones, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones público - privadas	67
II.3.5. Asistencia Oficial para el Desarrollo (Asistencia para el desarrollo en el ámbito de la salud	73

II.3.6. Carga mundial de enfermedades y desafíos	76
II.3.7. La creciente agenda de la pandemia	84
II.4. Instituciones internacionales	88
II.4.1. Principios centrales de una constitución	88
II.4.2. Estados e instituciones internacionales	88
II.4.3. Interés propio, interés mutuo y acción colectiva	89
II.4.4. Responsabilidad del estado y humanismo	89
 PARTE III: UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE SALUD IDEAL	 91
III.1. Marco analítico y organización del análisis	91
III.2. Identidad	93
III.2.1. Elementos de salud pública de la OHI	93
III.2.2. Normas sanitarias internacionales y el sistema estatal	94
III.2.3. Normas jurídicas internacionales generales	94
III.2.4. Ética de la salud pública	95
III.2.5. Derecho a la salud	96
III.2.6. Cultura interna e identidad de la OHI	96
III.3. Legitimidad y gobernanza	97
III.3.1. Participación	97
III.3.2. Propiedad nacional	98
III.3.3. Rendición de cuentas	98
III.4. Autoridad y relaciones externas	100
III.4.1. Relación con las Naciones Unidas	100
III.4.2. Principios constitucionales y legitimación procesal	101
III.4.3. Soberanía estatal y Estados miembros de la OHI	102
III.4.4. Cumplimiento y aplicación	106
III.4.5. Relación con entidades privadas	108
III.5. Objetivos y estrategia de una OHI	109
III.5.1. Misión	109
III.5.2. Aprendizaje e innovación	110
III.6. Estructura y rendimiento	112
III.6.1. Organización	112
III.6.2. Fuerza laboral	114
 PARTE IV: LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	 117
IV. 1. Algunos temas comunes asociados con la literatura sobre la reforma de la OMS	117
IV.2. Identidad	118
IV.2.1. ¿Promueve la OMS la salud pública internacional?	118

IV.2.2. La OMS y la ética de la salud pública	122
IV.2.3. Cultura interna de la OMS	127
IV.3. Legitimidad y gobernanza	130
IV.3.1. La constitución de la OMS: el papel y la función de la OMS, tal como se definen en su fundación y documentos rectores	130
IV.3.2. Subsidiariedad	137
IV.3.3. Rendición de cuentas de la OMS	140
IV.4. Autoridad y relaciones externas	142
IV.4.1. Cumplimiento de la OMS con la carta de las Naciones Unidas	142
IV.4.2. Tratados de la OMS y sus dificultades	142
IV.4.3. Relación de la OMS con entidades privadas	146
IV.5. Objetivos y estrategia	149
IV.5.1. La OMS evoluciona a través de sus Programas Generales de Trabajo	149
IV.5.2. ¿Tiene la OMS la misión correcta?	159
IV.5.3. ¿La OMS es adecuadamente reflexiva e innovadora?	160
IV.5.4. ¿Tiene la OMS un desarrollo insuficiente de la función de evaluación?	167
IV.6. Estructura y funcionamiento	168
IV.6.1. Organización	168
IV.6.2. Financiación de la OMS	171
IV.6.3. Fuerza laboral	184
IV.7. Resumen de las ventajas y desventajas de la OMS	189
IV.7.1. Ventajas	189
IV.7.2. Cons.....	199
 PARTE V: HALLAZGOS, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIÓN	 204

AGRADECIMIENTOS

EL PANEL DE IHRP

David Bell (Copresidente)

El Dr. David Bell es médico clínico y de salud pública, doctor en salud poblacional y con experiencia en medicina interna, modelización y epidemiología de enfermedades infecciosas. Ha trabajado en salud global y biotecnología durante los últimos 25 años. Anteriormente, fue director de Tecnologías de Salud Global en Intellectual Ventures Global Good Fund en EE. UU., jefe de programa para la malaria y enfermedades febriles agudas en FIND en Ginebra, y médico e investigador en enfermedades infecciosas en la Organización Mundial de la Salud. Actualmente, trabaja como consultor en biotecnología y salud pública internacional, y codirige el proyecto REPPARE sobre la base de evidencia para la agenda de pandemias en la Universidad de Leeds.

Ramesh Thakur (Copresidente)

El profesor Ramesh Thakur, doctor en filosofía, es profesor emérito de la Escuela Crawford de Políticas Públicas. Universidad Nacional Australiana, ex Subsecretario General de las Naciones Unidas, Miembro del Instituto Australiano de Asuntos Internacionales. Nacido en India y educado en India y Canadá, ha ocupado cargos académicos a tiempo completo en Fiji, Nueva Zelanda, Canadá y Australia, y ha sido consultor de los gobiernos australiano, neozelandés y noruego en temas de seguridad internacional. Ha formado parte de los consejos asesores internacionales de institutos de investigación orientados a políticas en África, Asia, Europa y América del Norte. Es miembro fundador de Australianos por la Ciencia y la Libertad. Entre sus libros se incluyen Gobernanza Global y la ONU (Indiana University Press), Manual Oxford de Diplomacia Moderna (Oxford University Press) y Naciones Unidas, Paz y Seguridad (Cambridge University Press). Ha publicado artículos de opinión en Asahi Shimbun, Asian Wall Street Journal, Australian, Australian Financial Review, die tageszeitung, Financial Times, Globe and Mail, Guardian, Hindu, Hindustan Times, Indian Express, International Herald Tribune, Japan Times, Newsweek, San Francisco Chronicle, Süddeutsche Zeitung, Times of India y Washington Post.

Roger Bate

El Dr. Roger Bate investiga políticas internacionales de salud y desarrollo, con especial interés en medicamentos y productos de nicotina. Es doctor en economía por la Universidad de Cambridge y actualmente es investigador en el Centro Internacional de Derecho y Economía y en el Instituto Brownstone. Sus escritos han aparecido, entre otros, en The New York Times, The Lancet, el Journal of Health Economics y el British Medical Journal. Ha sido asesor del Gobierno de Sudáfrica. El Dr. Bate realizó una extensa investigación en India y numerosos países africanos sobre las consecuencias para la salud pública del comercio de medicamentos falsificados y de baja calidad. Ha publicado más de dos docenas de artículos revisados por pares sobre este problema, especialmente en lo que respecta a los medicamentos antipalúdicos. Es autor o editor de 14 libros y más de 1000 artículos en revistas y periódicos. Sus intereses más amplios incluyen las políticas de ayuda en el mundo en desarrollo, la evaluación del desempeño y la eficacia tanto de las agencias del Gobierno de EE. UU. (especialmente la FDA y USAID) como de las agencias internacionales (especialmente el Banco Mundial y la OMS).

Garrett Wallace Brown

El profesor Garrett Wallace Brown es Catedrático de Política Sanitaria Global en la Universidad de Leeds. Es codirector de la Unidad de Investigación en Salud Global y colaborador de la OMS en materia de evidencia y análisis para emergencias sanitarias. Su investigación se centra en la gobernanza sanitaria global, la financiación de la salud, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la equidad en salud y la estimación de los costes y la viabilidad de la financiación para la preparación y respuesta ante pandemias. Cuenta con más de 25 años de experiencia en investigación y políticas, ha publicado más de 100 artículos sobre salud pública global y ha colaborado con ONG, gobiernos de África, el Departamento de Salud y Asistencia Social del Reino Unido, el Ministerio de Asuntos Exteriores, de la Commonwealth y de Desarrollo del Reino Unido, la Oficina del Gabinete del Reino Unido, la Organización Mundial de la Salud, el G7 y el G20.

Héctor Carvallo

El Dr. Héctor Eduardo Carvallo nació en Buenos Aires, Argentina, en 1957. Se graduó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1983 y obtuvo el grado de Profesor Adjunto de Medicina Interna en la misma facultad en 2006. El Dr. Carvallo ha dedicado su vida profesional a la docencia, la asistencia y el desarrollo de proyectos humanitarios, y ha publicado numerosos trabajos sobre medicina interna, endocrinología y antibióticos. Ha participado como ponente invitado en múltiples foros internacionales y ha recibido las llaves de las ciudades de Sidney (Nebraska) y Seneca Falls (Nueva York). Asimismo, ha sido galardonado con una Proclamación del Senado de Nueva York en Albany (Nueva York).

Thi Thuy Van Dinh

La Dra. Thi Thuy Van Dinh se mudó de Vietnam a Francia para estudiar derecho, obteniendo un doctorado en derecho en la Universidad de Limoges. Tras completar el Examen Nacional de Concursos de las Naciones Unidas en Asuntos Jurídicos, se incorporó a la Secretaría de la ONU para apoyar la implementación de tratados de derechos humanos y contra la corrupción en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Posteriormente, en Intellectual Ventures Global Good Fund (EE. UU.), gestionó alianzas con organizaciones multilaterales y lideró iniciativas de desarrollo de tecnología para la salud ambiental en entornos con recursos limitados. Actualmente, asesora sobre cuestiones de procedimiento y políticas relacionadas con las entidades de las Naciones Unidas en general y la Organización Mundial de la Salud en particular.

Harriet Green

Dra. Harriet Green Posee una maestría con distinción en teoría política y un doctorado por su investigación sobre Salud global y justicia distributiva. Su tesis se centró en analizar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.8 de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), evaluando qué debería aportar la CSU como motor del desarrollo de la salud global. Harriet ha colaborado con la Organización Mundial de la Salud como consultora y revisora de políticas, culminando en un informe que evaluó críticamente los procesos de revisión de acciones

existentes. Ha publicado trabajos sobre desarrollo global y salud.

Youssooupha Ndiaye

El Dr. Youssooupha Ndiaye estudió en la Universidad Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD, Doctor en Medicina), en la Universidad de Leeds (Máster en Salud Pública) y obtuvo un doctorado bajo la codirección de UCAD-LSHTM.

Durante los últimos 25 años, ha trabajado en el sistema de salud de Senegal, donde llegó a ser Director de Planificación, Investigación y Estadística, además de coordinar alianzas estratégicas. Ha trabajado internacionalmente en estrategias de financiación y prestación de servicios directos entre gobiernos. El Dr. Ndiaye ha liderado y publicado diversas investigaciones operativas sobre políticas de salud, malaria, VIH, salud reproductiva, salud mental y salud global. Es un estratega de salud pública, altamente comprometido con el fortalecimiento del sistema de salud, que ha liderado con éxito comités para planes y reformas nacionales en Senegal.

Reginald Oduor

Prof. Reginald MJ Oduor, Ph.D. Es profesor asociado de filosofía en la Universidad de Nairobi, con más de treinta y seis años de experiencia docente universitaria. Es doctor en filosofía política por la Universidad de Nairobi y ha escrito extensamente sobre la necesidad de modelos de democracia adaptados al contexto de los Estados africanos. También ha escrito artículos de fondo y columnas de opinión sobre la obligatoriedad de la vacunación contra la COVID-19, la creciente centralización y corporativización de la atención médica, el Acuerdo sobre Pandemias de la OMS y las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional de la OMS. Asimismo, ha participado en varios seminarios web y ruedas de prensa sobre la emergente arquitectura mundial de la salud pública, haciendo hincapié en la necesidad de defender la ética médica y la ética de la salud pública basadas en los derechos humanos. Es copresidente del Grupo de Trabajo Panafricano sobre Epidemias y Pandemias. Fue la primera persona con discapacidad visual total en ser nombrada para un puesto docente titular en una universidad pública de Kenia. También es cofundador y expresidente de la Sociedad de Profesionales con Discapacidad Visual (SOPVID), con sede en Nairobi.

Wellington Oyibo

El profesor Wellington Oyibo es especialista en enfermedades tropicales, catedrático y consultor en parasitología médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lagos, Idi-Araba, Lagos, Nigeria. Con más de veinticinco años de experiencia en el campo de las enfermedades tropicales y más de 120 artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares, Wellington continúa contribuyendo a la investigación y el estudio de las enfermedades tropicales. Es director del Centro de Investigación Transdisciplinaria en Malaria y Enfermedades Tropicales Desatendidas (CENTRAL-NTDs) y miembro del programa de bioética de la Iniciativa Sudafricana de Ética en la Investigación (SARETI), patrocinada por los NIH.

Isabel Pablo

La profesora Elisabeth Paul es doctora en Ciencias de la Gestión por la Universidad de Lieja (2006), con una tesis sobre la aplicación de la teoría de los incentivos a la mejora de la gestión de los recursos públicos en países en desarrollo. Combina una trayectoria académica con el trabajo de campo, con cerca de un centenar de misiones de apoyo técnico, evaluación e investigación, principalmente en África Occidental. Actualmente es profesora asociada en la Facultad de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas (ULB) y directora del Centro de Investigación sobre «Políticas y Sistemas de Salud – Salud Internacional». Imparte diversos cursos relacionados con políticas de salud (planificación y evaluación), financiación sanitaria y análisis de sistemas de salud (desempeño). También es consultora independiente y fue miembro del Panel de Revisión Técnica del Fondo Mundial y del Comité de Revisión Independiente de Gavi, la Alianza para las Vacunas. Sus áreas de especialización son los sistemas y políticas de salud globales, la eficacia de la ayuda al desarrollo, la financiación basada en el desempeño, la ayuda internacional y la gestión de las finanzas públicas.

Prólogo de los copresidentes

La cooperación internacional en materia de salud es un bien global ampliamente reconocido. El fortalecimiento de capacidades y la asistencia para el desarrollo reducen las desigualdades históricas en salud y, en consecuencia,

fortalecen las economías. La gestión de las amenazas transfronterizas de enfermedades infecciosas se gestiona mejor mediante la vigilancia conjunta, el intercambio de datos y la respuesta coordinada. La colaboración en normas y estándares genera eficiencia y facilita el comercio de productos sanitarios. Sin embargo, la interacción entre la enfermedad, el medio ambiente y las poblaciones humanas es compleja, y las amenazas son heterogéneas en sus efectos y gravedad. Por lo tanto, la colaboración debe tener en cuenta dicha variabilidad, y la toma de decisiones debe basarse, en última instancia, en las personas afectadas.

Al mismo tiempo, la cooperación en salud pública exige comprender los principios de derechos humanos, ética médica y salud pública ética que deben sustentar las acciones de salud pública y las políticas que las respaldan. Los derechos humanos posteriores a la Segunda Guerra Mundial se basan en la comprensión de la soberanía e igualdad de las personas y de los Estados que las representan, una comprensión que sustenta a las propias Naciones Unidas. Por lo tanto, cualquier institución encargada de gestionar la cooperación en salud debe basarse en esta comprensión y estar plenamente sujeta a los Estados a los que pretende servir.

La salud, según la definición ampliamente aceptada en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca el bienestar físico, mental y social. La salud pública debe implementarse en este contexto, adoptando un enfoque sistémico que busque mejorar los resultados generales de salud. Las políticas y acciones de salud pública también deben tener en cuenta los contextos geográficos, culturales y sociales. Fundamentalmente, las poblaciones objetivo deben desempeñar un papel clave en su desarrollo e implementación.

No debería sorprender a nadie que, tras casi 80 años de existencia en un mundo profundamente transformado, muchos perciban que la OMS se ha alejado de su modelo original. Los cambios fundamentales en su base de financiación, y ahora la retirada de su principal financiador estatal, representan tanto una oportunidad como una urgencia para reevaluar la mejor manera en que los Estados deben colaborar para atender las necesidades de salud de sus poblaciones, aplicando los principios fundamentales en los que debe basarse la salud pública a un mundo profundamente transformado y en constante evolución.

La OMS y el estado de la cooperación internacional en materia de salud.

La constitución de la OMS, firmada en 1946 por los 51 Estados que entonces integraban las Naciones Unidas, contó con escasa participación de la mayoría de los Estados africanos y asiáticos. Su órgano rector, la Asamblea Mundial de la Salud, se fue ampliando gradualmente a medida que los Estados se liberaban del colonialismo o de los mandatos extranjeros para alcanzar la soberanía. La OMS asumió un amplio mandato que incluía el apoyo a estos Estados con menos recursos, la coordinación de la gestión transfronteriza de brotes, la erradicación de enfermedades y el establecimiento de normas internacionales. Se esperaba que las mejoras en la salud y la longevidad que el desarrollo económico había traído a los países más ricos pudieran acelerarse en los países de bajos ingresos, reduciendo así las desigualdades derivadas del colonialismo y el abandono.

Las 150 oficinas de la OMS en los distintos países conforman un sólido marco para fortalecer la capacidad local y los sistemas de salud. La organización es reconocida por sus logros gracias a su enfoque inicial en los principales factores que impulsan el bienestar y la longevidad, como la mejora del saneamiento, la nutrición y el acceso a la atención sanitaria básica, así como por sus programas específicos para enfermedades como la erradicación de la viruela. Los principales programas de tuberculosis, malaria, vacunación y salud infantil han establecido estándares para el manejo de enfermedades y han reducido la carga global de morbilidad. La disminución mundial de la mortalidad por enfermedades infecciosas, que continúa hasta el día de hoy, es testimonio del éxito de la cooperación multilateral para mejorar los factores básicos que impulsan la longevidad, reducir la pobreza y mejorar el acceso a la atención sanitaria.

Sin embargo, la tendencia observada en las últimas décadas, que se ha alejado de las funciones esenciales de fortalecimiento de capacidades a nivel estatal y comunitario para centrarse en respuestas centralizadas, basadas en el suministro de insumos, a brotes de enfermedades de baja incidencia, en lugar de abordar los principales factores que impulsan la resiliencia sanitaria y las enfermedades endémicas de alta incidencia que paralizan a muchos países, plantea interrogantes sobre la influencia de los actores estatales y no estatales en la definición de las prioridades de la OMS mediante

financiación específica. El auge paralelo de las alianzas público-privadas y la filantropía privada ha impulsado aún más estos cambios. Estas respuestas homogéneas, basadas en el suministro de insumos y específicas para cada enfermedad, ante riesgos de enfermedades altamente heterogéneas, son una consecuencia inevitable del cambio en la financiación de la OMS y la consiguiente influencia externa. Es necesario revertir esta tendencia para que la cooperación internacional en materia de salud cumpla su cometido.

Informe del Proyecto Internacional de Reforma Sanitaria (IHRP, por sus siglas en inglés)

El IHRP reúne a profesionales independientes con experiencia en la OMS, la ONU, el ámbito académico y la salud pública internacional, procedentes de diversos países. El Informe Técnico que aquí se presenta complementa el Informe de Políticas para abordar la crisis en la gestión de la salud pública internacional, revisando los derechos humanos, los principios éticos y las responsabilidades estatales e institucionales sobre las que deben fundamentarse la salud pública y la colaboración entre los Estados. A continuación, resume los atributos clave de una organización internacional de la salud idónea para tal fin y analiza a la OMS conforme a este estándar. Ambos informes pretenden servir de modelo para que los países puedan entablar debates sobre una reforma profunda o la creación de una nueva organización que reemplace a la OMS en su totalidad o la complemente asumiendo funciones poco compatibles con una organización centrada en lo que debería ser el mandato principal de la OMS. Es necesaria una reforma profunda para que la salud pública internacional recupere una base ética y eficaz.

La salud pública debe centrarse en los principios básicos de los derechos individuales y en el papel de los Estados a través de los cuales las poblaciones colaboran e interactúan en el ámbito internacional. Se requiere una estructura descentralizada que refleje la diversidad epidemiológica y las prioridades comunitarias, manteniendo al mismo tiempo las ventajas de la colaboración global. El énfasis en fortalecer la resiliencia de las poblaciones frente a las enfermedades, y en que los Estados promuevan y mantengan el bienestar de sus poblaciones, debe constituir la base del control de las enfermedades endémicas y la mitigación de las

amenazas sanitarias transfronterizas. Si la reforma radical necesaria para lograrlo puede llevarse a cabo a través de la OMS o solo mediante una organización que la reemplace, es una cuestión que solo los países pueden debatir y decidir.

Los once miembros del panel del IHRP han acordado los informes que presentamos a continuación. Como copresidentes, agradecemos a nuestros colegas la excepcional profundidad de conocimientos, experiencia y criterio que aportaron a la elaboración de este informe durante un largo y arduo año de reuniones y conversaciones. Cada uno de ellos aportó una visión personal muy diversa, y el informe que hemos acordado no refleja necesariamente en todos los aspectos la opinión preferida de ninguno de ellos. Esto se aplica especialmente a los niveles óptimos de autonomía y a las condiciones de colaboración entre los distintos actores sanitarios locales, nacionales e internacionales; a la lista y jerarquía de principios de la salud pública internacional; y a la cuestión fundamental de elegir entre reformar la OMS o crear una nueva organización internacional de la salud (OHS). Sin embargo, coincidimos en que el conjunto actual de acuerdos y prácticas no es el mejor al que podemos aspirar.

David Bell

Ramesh Thakur

Copresidentes

Expresiones de gratitud

El IHRP reconoce el apoyo financiero y administrativo del Brownstone Institute. Agradecemos a la Sra. Janet Gorbitz su apoyo administrativo. La composición del panel del IHRP, su labor y el contenido de sus informes se determinan de forma independiente y no están guiados ni dirigidos por ninguna agencia externa.

TABLA DE FIGURAS Y TABLAS

TABLA DE FIGURAS Y TABLAS

PARTE I

Figura I. 1 – Marco de eficacia organizacional y preguntas aplicadas para evaluar la OMS	7
Tabla I. 1 – Ejemplos de bienes comunes para categorías de salud	10
Tabla I. 2 – Definiciones y explicaciones de los términos y conceptos clave utilizados en este informe	14

PARTE II

Figura II. 1 – Lista unificada de funciones esenciales de salud pública, que abarca servicios orientados y Funciones habilitadoras	40
Figura II.2 – Carga mundial de morbilidad por enfermedad, expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)	78
Figura II.3 – Carga mundial de morbilidad por enfermedad, expresada en muertes	79
Figura II. 4 – Comparación de las principales causas de mortalidad por país (Nigeria, India y Estados Unidos)	80
Figura II.5 – Asociación de las tasas de mortalidad con la pobreza (medida según el ingreso nacional del Banco Mundial, 2019	81

PARTE III

Figura III.1 – Frecuencia de artículos de noticias y académicos que mencionan a la Organización Mundial de la Salud. Reforma 2000–2021	92
--	----

PARTE IV

Figura IV. 1 – Marco de resultados del 14.º GPW	119
Figura IV. 2 – Rutas de cambio de la OMS (según GPW 14, págs. 44-45)	120
Figura IV. 3 – Gráfico que muestra las muertes mundiales por tabaquismo, por edad	144
Figura IV. 4 – Panorama general del Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (PGT13)	153
Figura IV. 5 – Resumen del Decimocuarto Programa General de Trabajo (PGT14)	154
Figura IV. 6 – Presupuesto de la OMS. Presupuestos de los programas en GPW 13 por segmento presupuestario	173
Figura IV. 7 – Presupuestos de la OMS: Segmento base: participación por nivel organizativo	174
Figura IV. 8 – Actividades principales y asignaciones presupuestarias para GPW14	175
Figura IV. 9 – Evolución del gasto anual de la OMS	176
Figura IV. 10 – Evolución del gasto de la OMS por fuente y por programa de salud	177
Figura IV. 11 – Los 30 principales contribuyentes voluntarios soberanos y fundaciones a la OMS	178
Figura IV. 12 – Evolución de la asistencia al paciente canalizada a través de la OMS por fuente de financiación, 2000-2025	183
Figura IV. 13 – Evolución de la OMS canalizada a través de la OMS por área de enfoque de salud	184
Figura IV. 14 – Distribución del personal de la OMS al 31 de diciembre de 2024, por oficina principal.....	185

Figura IV. 15 – Distribución del personal de la OMS entre la sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países, al 31 de diciembre de 2024. 186

Figura IV. 16 – Salarios y remuneraciones de la OMS por región. 187

Tabla IV. 1 – Los 12 principales donantes de contribuciones voluntarias (específicas y temáticas) a la OMS, según Contribuciones totalmente distribuidas para el bienio 2024-2025 182

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ASEAN	Asociación de Naciones del Sudeste Asiático
Fundación Bill y Melinda Gates	Fundación Bill y Melinda Gates
BMJ	<i>Revista Médica Británica</i>
GATO	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
CCPR	Comité de Derechos Civiles y Políticos
CEA	Análisis de costo-efectividad
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPI	Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias
CERD	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CRC	Convención sobre los Derechos del Niño
CRDP	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CRS	Sistema de informes de acreedores
CSO/CSOs	Organización(es) de la sociedad civil
DALY	Año de vida ajustado por discapacidad
DAC	Comité de Ayuda al Desarrollo
DAH	Ayuda al desarrollo para la salud
República Democrática del Congo	República Democrática del Congo
EBM	Medicina basada en la evidencia
SEAE	Servicio Europeo de Acción Exterior
EID	Enfermedades infecciosas emergentes
UE	unión Europea
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
FENSA	Marco de colaboración con actores no estatales
CMCT	Convenio Marco sobre el Control del Tabaco
G7	Grupo de las Siete Naciones
G20	Grupo de las Veinte Naciones
GAVI	GAVI, la alianza para las vacunas
GBD	Carga mundial de enfermedad
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GEI	gobernanza sanitaria mundial
GHIs	Iniciativas de salud global
GHSA	Agenda de seguridad sanitaria mundial
GOARN	Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
GPW	Programa general de trabajo
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Sede central	Sede

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
IEG	Grupo de Evaluación Independiente
IHG	Gobernanza sanitaria internacional
IHME	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud
OID	organización internacional de la salud
IHP	Asociación Internacional de Salud
Recursos Humanos Internacionales	Reglamento Sanitario Internacional
OIT	Organización Internacional del Trabajo
FMI	Fondo Monetario Internacional
IPAPI	Asociación Internacional sobre la Gripe Aviar y Pandémica
IPCCR	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
ISC	Convenio Sanitario Internacional
ISRs	Reglamento Sanitario Internacional
LICs	países de bajos ingresos
países de ingresos bajos y medianos	países de ingresos bajos y medios
AMÍ	Seguimiento y evaluación
Bancos multilaterales de desarrollo	bancos multilaterales de desarrollo
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades no transmisibles
ONG / ONG	Organización(es) no gubernamental(es)
ODA	ayuda oficial al desarrollo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
CAD de la OCDE	Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEF	Mecanismo de financiación de emergencia para pandemias
Atención primaria de salud	atención primaria de salud
PHSM	Medidas sociales y de salud pública
APP / APP	Asociación(es) público-privada(s)
PPPR	Prevención, preparación y respuesta ante pandemias
AVAC (Calidad de Vida)	Año de vida ajustado por calidad
R2P	Derecho a proteger
Investigación y desarrollo	Investigación y desarrollo
SAARC	Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
SDOH	Determinantes sociales de la salud
SEARO	Oficina Regional del Sudeste Asiático
SWAp / SWAps	Enfoque(s) sectorial(es)
Sombreros TT	Grupo de trabajo sobre la salud como sector de rastreo
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Declaración Universal de los Derechos Humanos
UHC	Cobertura sanitaria universal
UHC2030	Alianza Internacional en Salud para lograr la Cobertura Sanitaria Universal para 2030
Naciones Unidas	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNSC	Coordinación de la gripe del Sistema de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WHA	Asamblea Mundial de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
WHR	Informe Mundial sobre la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

Fondo

El deseo de mantener una buena salud y llevar una vida larga y plena une a prácticamente toda la humanidad, trascendiendo culturas, creencias religiosas, barreras geográficas y afiliaciones políticas. Además, la salud es esencial para que cualquier persona pueda vivir una vida mínimamente digna, influyendo en gran parte de la actividad diaria y la interacción humana. La salud se define ampliamente en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.¹

Por lo tanto, la salud pública abarca el esfuerzo por establecer condiciones a nivel comunitario y más amplio para maximizar las posibilidades de gozar de buena salud, a saber:

“El arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”.²

Una amplia gama de factores epidemiológicos, conductuales y sociales influyen en la salud, ya sea promoviéndola o deteriorándola. Junto con los patógenos y los factores ambientales que afectan a las enfermedades humanas, muchas influencias epidemiológicas trascienden las fronteras nacionales. Por consiguiente, la cooperación entre los Estados para mejorar la salud de sus poblaciones es un bien global ampliamente reconocido. Resulta lógico coordinar esfuerzos y brindarse apoyo mutuo a nivel mundial. Una cooperación eficiente y eficaz se beneficia de la colaboración entre diversas comunidades para alcanzar objetivos comunes, mientras que los principios humanitarios de solidaridad se ven reforzados por la colaboración entre Estados con mayor y menor capacidad.

La OMS se creó en 1948 para lograr estos fines, tras una serie de organismos y convenios internacionales de salud

anteriores. Casi ochenta años después, continúa desempeñando esta función como principal organismo mundial, aunque en un entorno internacional cada vez más complejo y saturado, muy diferente de aquel en el que nació. Estos cambios han impactado inevitablemente a la Organización y su capacidad para cumplir con su cometido. La reciente retirada de la OMS de su anterior mayor financiador, Estados Unidos, también modifica significativamente los recursos y el contexto de sus operaciones.

Este informe examina los fundamentos éticos y de derechos humanos de la cooperación en salud pública, los principios en los que debería basarse la cooperación internacional en este ámbito y, por consiguiente, cómo debería ser una Organización Internacional de la Salud (OHS) multilateral ideal. Posteriormente, se analiza la OMS conforme a este estándar, junto con su estructura organizativa y su financiación.

Derechos humanos y salud

Desde el fin de la era del colonialismo global a mediados del siglo XX y los graves abusos asociados con la Segunda Guerra Mundial y sus precuelas, la comunidad internacional ha codificado los derechos humanos y desarrollado leyes y normas que los protegen. Estos se basan en el concepto de que cada persona debe tener el control absoluto sobre sí misma, siendo de un valor intrínseco inestimable e igual a todas las demás, concepto consagrado en la soberanía individual plasmada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La salud pública, al estar concebida para beneficiar a las personas y poblaciones dentro de la complejidad de su vida personal, familiar y social, debe, por lo tanto, fundamentarse en esta comprensión. En consecuencia, las intervenciones de salud pública deben realizarse a petición de las poblaciones y personas afectadas por ellas, y estar sujetas a su control último dentro de las estructuras sociales desarrolladas para tal fin.

Sin embargo, todos vivimos en una comunidad o interactuamos con otros dentro de ella, y nuestras

¹ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

² Salud Pública del NHMRC. Consultado en 2026. <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/public-health>

acciones repercuten en la vida y el bienestar de los demás. El concepto de Estados soberanos modernos proporciona, en teoría si no en la práctica, la expresión colectiva de la autonomía individual dentro de una población, y la mayor parte de la cooperación internacional se basa en la soberanía estatal como expresión colectiva de los individuos y las comunidades que la integran. Por consiguiente, la cooperación internacional en materia de salud pública debe fundamentarse firmemente en el concepto de soberanía individual —la autonomía corporal y el derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su propia salud— dentro de las estructuras necesarias para lograr la expresión conjunta y permitir que las comunidades interactúen y se relacionen entre sí.

En medicina, la comprensión de la soberanía y el valor individual se ha caracterizado, durante más de dos mil años, por reflejar la primacía de la beneficencia, la no maleficencia y la confidencialidad del paciente en la relación médico-paciente. Un cuarto concepto, el del consentimiento informado voluntario, subraya el derecho del paciente a tomar la decisión final (autonomía corporal) dentro de esta relación. Por consiguiente, la salud pública debe fundamentarse ampliamente en estos principios de la ética de la medicina clínica, pero también en principios que los amplíen para abordar la necesidad de cooperación en la consecución de objetivos comunes y el reconocimiento del impacto de los individuos y sus circunstancias en los demás.

El derecho a la salud se reconoce ampliamente como un motor de las políticas de salud dentro de este marco. Como derecho positivo, impone a las personas y a la sociedad la responsabilidad de actuar en beneficio de la salud de los demás. Es fundamental para una vida plena, pero también está sujeto a la limitación de que nadie puede ser forzado ni coaccionado a actuar en interés de otro. Una buena política de salud pública reconoce el derecho a la salud como una responsabilidad fundamental de los Estados y las comunidades, implementada en el contexto de los derechos humanos negativos e inderogables con los que todos los seres humanos están dotados. Como fundamento de la existencia de una organización internacional de la salud (OHS), el derecho a la salud subraya la importancia de que la toma de decisiones se produzca a un nivel donde se comprenda plenamente el contexto local, donde las poblaciones locales puedan determinar sus propias prioridades y decidir cómo se lleva a cabo la implementación, incluso cuando sea necesario solicitar ayuda.

Salud pública y cooperación multilateral

Por consiguiente, la cooperación multilateral entre los Estados y sus comunidades debe basarse fundamentalmente en los principios esenciales de los derechos humanos. Este informe presenta un ejemplo de la expresión de estos principios en el contexto de una organización internacional de salud. Dichos principios deben estar integrados en su constitución o reglamento y caracterizar sus acciones y programas para que los derechos humanos básicos sean protegidos como fundamento esencial de la interacción humana.

Para ser eficaz, una organización internacional de salud pública (OIS) debe adherirse a un enfoque basado en principios que priorice la evidencia y la ciencia, traduciéndolas en acciones concretas dentro del contexto en el que viven las personas, teniendo en cuenta las características geográficas, ambientales, culturales, económicas, religiosas y otras. Esto requiere una estructura que enfatice la descentralización o la subsidiariedad. Si bien la colaboración central es fundamental para recopilar datos, analizar tendencias y formular recomendaciones, las respuestas legítimas de salud pública deben ser interpretadas por quienes se encuentran en un nivel más periférico y que mejor comprenden el contexto en el que se implementarán.

Una buena política de salud pública también reconoce la amplia base de la salud humana, haciendo hincapié en los determinantes primarios de la salud según la definición de la OMS: bienestar físico, mental y social. A nivel mundial, estos determinantes —las razones principales por las que las personas en países con recursos suficientes viven más y mueren menos por enfermedades fácilmente evitables— incluyen una buena nutrición, saneamiento, reducción de las amenazas ambientales, espacio vital adecuado, atención clínica básica, incluido el acceso a ciertos medicamentos, y un sistema de salud que funcione correctamente y sea capaz de proporcionarlos. Cuando los recursos son insuficientes o persisten importantes cargas de morbilidad, los enfoques específicos para cada enfermedad, como las vacunas, los diagnósticos y las terapias específicas para cada patógeno, adquieren una importancia creciente.

Para que las intervenciones sean sostenibles y se logren avances significativos en el bienestar humano en todos los ámbitos de la salud y la enfermedad, se requiere un enfoque sistémico. Este enfoque reconoce las interacciones entre diversos factores que varían según la geografía y la población, y la necesidad de desarrollar capacidades sostenibles que aborden el contexto local.

Esto incluye la necesidad de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, como brotes de enfermedades o cambios ambientales, para las cuales la cooperación transfronteriza es fundamental. Sin embargo, la eficacia de dichas intervenciones exige la adaptación al contexto local y la consideración de prioridades contrapuestas.

La salud está estrechamente ligada a la economía y la autoestima. El capital social se asocia con una mayor esperanza de vida y una mayor resistencia a las enfermedades, lo que subraya aún más la importancia del control individual y local sobre las decisiones vitales más importantes y sus repercusiones en el bienestar mental y social. La resiliencia de una sociedad también se relaciona con su salud económica y, por consiguiente, con su capacidad para garantizar un entorno saludable, una buena nutrición y servicios públicos y clínicos de calidad para su población, al tiempo que cuenta con la capacidad necesaria para responder eficazmente a las amenazas intermitentes.

Sin embargo, la salud también se ve afectada por los intereses comerciales y políticos, y a su vez, influye en ellos. La mercantilización de la salud y la creciente importancia de la seguridad sanitaria, que en muchos sentidos cobraron relevancia a raíz del brote de COVID-19, han ido de la mano de la creciente influencia de los intereses comerciales en la agenda sanitaria internacional, con consecuencias para las economías nacionales de los países productores y consumidores de productos sanitarios. Esto ha planteado desafíos para garantizar la proporcionalidad, equilibrando los enfoques que ofrecen mercados potencialmente lucrativos para los intereses comerciales con aquellos que priorizan las enfermedades endémicas de alta carga en poblaciones de bajos ingresos y buscan fortalecer la resiliencia ambiental y poblacional.

Estructura de una Organización Internacional de la Salud (OHS)

Para una OHI, es necesario definir un conjunto básico de funciones que aborden los principales determinantes del bienestar, respetando la soberanía de las personas y los Estados, y fortaleciendo la resiliencia a largo plazo de ambos. Esto debe ocurrir en un entorno donde los intereses creados buscan influir en las políticas de salud pública y en la propia OHI. En la práctica, las prioridades de la OHI incluyen: fortalecer los sistemas y la resiliencia individual para reducir la necesidad futura de la propia OHI, manteniendo las funciones que se abordan mejor a nivel multilateral, como la recopilación y el análisis de datos, y la armonización de normas y estándares. Las

emergencias sanitarias transfronterizas presentan un caso especial que se mitiga mediante mejoras en la resiliencia subyacente, pero que también requiere una rápida ampliación ocasional de la acción cooperativa, la cual puede abordarse mejor mediante una estructura multilateral muy diferente.

En virtud de la soberanía de las personas y de los Estados que las representan, y de la heterogeneidad de los determinantes de la salud y las prioridades de las personas, una OIS debería asesorar en lugar de exigir su cumplimiento. La pérdida de la priorización e interpretación local pondría en riesgo la salud pública en general y vulneraría los principios de derechos humanos que deben fundamentar las actividades de una OIS.

Para cumplir su función de servir a las poblaciones en lugar de a intereses particulares, una OHI debe contar con mecanismos de protección que eviten que su personal se vea sometido a la influencia de financiadores específicos, reduciendo así las influencias indebidas. Un personal descentralizado, con rotación y límites de mandato, reducirá la institucionalización y mantendrá la toma de decisiones cerca de las poblaciones afectadas. Esto requiere un enfoque en la financiación sujeta a evaluación, con estrictas limitaciones al apoyo del sector privado. La inclusión de límites de mandato claramente definidos y el énfasis en la subsidiariedad en sus estatutos limitarán la extralimitación de su misión y el potencial de un crecimiento burocrático centralizado y sin restricciones.

La Organización Mundial de la Salud

Tras casi ochenta años, la OMS opera en un entorno sanitario internacional prácticamente irreconocible en comparación con aquel en el que se fundó. El surgimiento de los Estados tras el colonialismo impulsó un aumento en el número de miembros de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), el órgano rector de la OMS, hasta alcanzar los 194 antes de la reciente retirada de Estados Unidos. La AMS, basada en el principio de un país, un voto, está ahora dominada numéricamente por antiguas colonias y países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, persiste una brecha entre los Estados donantes más ricos y los países receptores, frecuentemente antiguas colonias que ahora se enfrentan a menores recursos, menor capacidad y una mayor carga de enfermedades tratables.

En cuanto a las enfermedades, las tasas de enfermedades infecciosas han disminuido de forma constante en general, mientras que algunas que antes eran comunes ahora son raras y, en el caso de la viruela, erradicadas.

Los avances tecnológicos han transformado la forma en que se diagnostican, distinguen y tratan las enfermedades. El acceso a los servicios de salud básicos también se ha transformado, aunque de manera muy desigual, gracias a la mejora de la infraestructura y las comunicaciones.

La mayor variedad y disponibilidad de productos sanitarios ha contribuido significativamente a la mejora de los resultados generales de salud, pero también ha planteado retos a la gestión de la salud internacional y al funcionamiento de la OMS y otras organizaciones multilaterales. La salud pública internacional se ha convertido en un vasto mercado para los productos de la biotecnología, la farmacología y las comunicaciones, lo que suscita inquietudes sobre cómo sopesar adecuadamente el beneficio público frente al retorno de la inversión, y el bien público frente al beneficio privado. Si bien el beneficio y el bien público no son mutuamente excluyentes, la política y la implementación en materia de salud inevitablemente despiertan el interés del sector privado y de los Estados que invierten en este sector. Esta misma mercantilización de la atención sanitaria también ha transformado el entorno en el que trabaja la OMS, cuyas áreas de trabajo ahora se superponen o incluso compiten con una serie de influyentes asociaciones público-privadas (APP) y entidades privadas con presupuestos equivalentes a los de la OMS.

La OMS también ha experimentado una importante transformación en su financiación. Anteriormente, un presupuesto basado principalmente en las contribuciones obligatorias de los Estados le permitía establecer sus propias prioridades en función de la experiencia técnica, la carga de morbilidad, las solicitudes y la capacidad de los países, así como de las directrices de la Asamblea Mundial de la Salud. Ahora, aproximadamente el ochenta por ciento de su financiación se destina a tareas específicas designadas por el financiador, ya sea estatal o privado. De este modo, terceros pueden determinar gran parte del trabajo de la OMS en un entorno en el que muchos de ellos tienen intereses particulares que pueden diferir de las necesidades de la población.

Sin mecanismos de protección contra intereses particulares, las políticas públicas formuladas en estas condiciones pueden convertirse en una estrategia de marketing para productos sanitarios. Este riesgo se ve incrementado por los cambios en la financiación de la OMS; a finales de 2025, su principal financiador era una fundación privada y el segundo, una asociación público-privada con participación directa de la industria.

La pérdida de autonomía de la OMS ha ido de la mano de un mayor interés en las emergencias sanitarias por encima de la carga de morbilidad a largo plazo, y de un enfoque basado en el consumo de recursos para su preparación y gestión. Esto se observa con mayor claridad en la agenda de pandemias, incluida la respuesta a la COVID-19, pero también se ha manifestado en dos décadas de programas de trabajo mundiales previos de la OMS. Asimismo, se ha asociado con una expansión constante de la organización, a pesar de la marcada disminución de la carga de enfermedades infecciosas (y pandemias) desde la creación de la primera organización predecesora de la OMS a principios del siglo XX. La concentración en la agenda de seguridad sanitaria ha conllevado una creciente centralización y una menor atención a los determinantes fundamentales —y a las prioridades tradicionales de la OMS—, como el apoyo nutricional y el acceso a la atención primaria. Paralelamente, la disminución de la carga de morbilidad de algunas enfermedades importantes, como la malaria y la tuberculosis, se ha estancado o revertido. Lo más preocupante es el aparente alejamiento de la atención a los derechos humanos y de los principios tradicionales de salud pública de equilibrio y proporcionalidad que deberían guiar la salud pública internacional.

Si bien la constitución de la OMS afianza el papel de los Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud en la gobernanza, la fluctuación en la financiación obliga a modificar las asignaciones presupuestarias e influye inevitablemente en el funcionamiento de la Secretaría de la OMS y, de hecho, en la estabilidad laboral de su personal. La competencia con un número creciente de iniciativas mundiales de salud y las normas rígidas de contratación también fomentan la burocratización, lo que presiona al personal a priorizar la seguridad laboral y el crecimiento de la organización por encima de la reducción de personal y la transferencia de responsabilidades sanitarias a nivel nacional; una situación que requeriría que la OMS se centrara más en el desarrollo de capacidades locales y la resiliencia de los sistemas.

La OMS ha contribuido enormemente a mejorar la salud pública a lo largo de sus 80 años de historia, pero la OMS actual, con su estructura y financiación, dista mucho de la organización que, en su fundación, reflejó los valores y las aspiraciones de un mundo en proceso de descolonización y centrado en los derechos humanos. Tras haber surgido en gran medida de la Oficina de Salud de la Sociedad de Naciones, la OMS se concibió como un organismo profundamente transformado para responder a un mundo en constante cambio. Esta transformación es

necesaria de nuevo hoy en día, ya sea mediante una profunda reestructuración de la organización actual o mediante la creación de una nueva organización multilateral.

Recomendaciones

Dadas las exigencias de una OHI que se adhiera a los principios básicos de una salud pública legítima y basada en la evidencia, las deficiencias de la estructura actual de la OMS para lograr estos principios y el cambiante entorno mundial de la salud pública, se recomienda lo siguiente como base para considerar una reforma fundamental o la sustitución de la OMS por un enfoque multilateral eficaz que aborde las exigencias de la soberanía individual y nacional, al tiempo que responda eficazmente a las necesidades mundiales de salud pública.

Constitución

El funcionamiento de una OHI debe basarse en normas que afiancen los derechos humanos y la ética de la salud pública, mitigando la extralimitación de su misión y la tentación de derogarlas e ignorar las implicaciones para la salud pública más amplias y a largo plazo en una emergencia.

- Integrar los derechos humanos fundamentales, basados en la soberanía individual y, por consiguiente, en la ética médica y de salud pública, como principios rectores inviolables para la formulación de políticas y su implementación.
- Codificar la igualdad de los Estados, la independencia de la organización respecto de los actores no estatales y establecer controles y equilibrios para evitar la captura.
- Exigir la aprobación por mayoría cualificada para las enmiendas, garantizando así la estabilidad de su propósito y la inmunidad frente a la manipulación política o comercial.
- Cláusulas explícitas sobre conflictos de intereses y requisitos de transparencia financiera.

Enfocar

- Desarrollo de capacidades y fortalecimiento de los sistemas de salud
- Apoyo para fortalecer los determinantes subyacentes abordables de la salud y la resiliencia, incluidos los relacionados con la nutrición y el saneamiento.
- Apoyo para controlar y reducir la carga de enfermedades importantes que pueden abordarse, con especial énfasis en los estados con sistemas de salud más débiles para apoyar el

desarrollo de la capacidad necesaria. Recopilación de datos e intercambio de información para mejorar la toma de decisiones.

- Establecer normas y estándares internacionales para mejorar la eficacia y la eficiencia de la cooperación transfronteriza.
- Coordinación de las respuestas internacionales a las emergencias sanitarias, proporcionando información y apoyo para un enfoque contextualizado a nivel poblacional.

Estructura

La estructura de una OHI debe garantizar que el contexto y las prioridades locales guíen las intervenciones.

- Organización descentralizada: Las oficinas regionales y los grupos más pequeños tienen la responsabilidad operativa.
- Personal más reducido y modular: Concentrar los recursos a nivel regional y nacional, garantizando una dotación de personal equitativa que haga hincapié en la experiencia regional y los conocimientos especializados necesarios. Movilizar el conocimiento local e incrementar la capacidad local.
- Representación directa por país: bloques de votación lo suficientemente pequeños como para equilibrar la influencia entre los estados grandes y pequeños.
- Secretaría simplificada: Liderazgo limitado a la coordinación, la gestión del conocimiento y la facilitación.
- Promover una cultura interna de transparencia radical, comunicación abierta y crítica constructiva para contrarrestar cualquier supresión de nuevas ideas o críticas.

Contratación de personal

La dotación de personal debe garantizar la posesión de conocimientos técnicos actualizados y la experiencia pertinente en el país, evitando al mismo tiempo la institucionalización y el estancamiento de las funciones.

- Implementar límites de mandato, rotación y servicio externo periódico para evitar la osificación institucional.
- Priorizar la competencia técnica y la experiencia sobre el terreno.
- Establecer requisitos claros de divulgación de conflictos de intereses y de período de reflexión para el personal que se traslade al sector privado o que provenga de él.

Fondos

Una OHI debería estar regida por los países y priorizar en función de la experiencia técnica y las necesidades, en lugar de las preferencias específicas de los financiadores.

- La financiación de todo el personal y las operaciones se basará en las contribuciones nacionales obligatorias para preservar la independencia.
- Los fondos voluntarios y privados, en caso de ser aceptados, deberán permanecer sin especificar su procedencia y dentro de límites transparentes y preestablecidos.
- Las fórmulas presupuestarias deben dar prioridad a las regiones de bajos ingresos y con mayores dificultades, haciendo hincapié en el desarrollo de capacidades con plazos definidos, con el objetivo de lograr la autosuficiencia local y la apropiación nacional.
- Exigir la divulgación pública completa de las contribuciones.

Visión a largo plazo

El crecimiento sostenido debe considerarse contrario a la misión de la OHI, ya que esta debería tener como objetivo fortalecer la capacidad nacional y contribuir a la reducción de la carga de morbilidad. Sin embargo, algunas funciones constituyen bienes globales a largo plazo.

- Construir una OHI que actúe principalmente como foro y facilitador, no como autoridad rectora.
- Hacer hincapié en el desarrollo de capacidades locales por encima del control o la intervención externa continua.
- Diseñar programas de duración limitada que fortalezcan los sistemas de salud, permitiendo una redundancia progresiva de la OHI en lugar de perpetuar la dependencia.

Si bien la tendencia hacia la centralización, la biomedicalización y la securitización trasciende a la OMS, esta sigue siendo el pilar central de la política sanitaria multilateral. Existe una buena voluntad global hacia el concepto de cooperación en salud y, tradicionalmente, la OMS ha sido vista como un ejemplo positivo de este bien común. Sin embargo, pocos sugerirían ahora que una organización internacional de salud como la OMS deba estar directamente influenciada por financiadores individuales, y en particular por financiadores no estatales con intereses particulares en ciertos enfoques de atención sanitaria. La OMS se enfrenta a desafíos tanto externos como internos para priorizar el bienestar de las poblaciones a las que pretende servir.

La reciente retirada de Estados Unidos, antiguo principal financiador de la OMS, y los debates en curso sobre el Acuerdo sobre la Pandemia y asuntos conexos, plantean la oportunidad y la urgencia de replantear la mejor manera de que la OHI sirva a los intereses nacionales y mundiales. La OMS ha contribuido significativamente al bienestar mundial durante gran parte de su existencia, pero esto por sí solo no debería ser motivo para mantenerla en su forma actual. Para velar por la salud de las poblaciones y garantizar que las políticas sanitarias se adapten a las necesidades de la salud mundial, es necesario un cambio en la estructura de la OMS, incluyendo una mayor subsidiariedad, y cambios sustanciales en su financiación. Esto podría implicar una reforma profunda o una sustitución ordenada y sensata.

La inacción permitirá que continúe la deriva. Esto conlleva el riesgo de malos resultados en materia de salud pública, una mayor fragmentación y la insatisfacción con la idea de la cooperación en salud. Este informe, junto con el Informe de Políticas que lo acompaña, tiene como objetivo estimular el debate para que la salud internacional vuelva a un marco sólido, ético y eficaz que responda a las necesidades de la población, en consonancia con la intención original de la OMS.

PARTE I:

ANTECEDENTES

I.1. INTRODUCCIÓN

I.1.1. La justificación de la salud pública

El bienestar y la enfermedad siempre han sido preocupaciones fundamentales de la sociedad humana. Más allá de nuestra capacidad de existir, el bienestar y la discapacidad determinan la fortaleza y el funcionamiento de las economías, la interacción social y la vida familiar, las cuales están influenciadas por nuestro entorno, nutrición, condiciones de vida y capital social, y, por ende, directa e indirectamente, por las acciones de los demás. Esta es la justificación de la salud pública: un esfuerzo cooperativo para beneficiar tanto la salud de los demás como la nuestra propia.

La muerte prematura, la discapacidad y el bienestar no solo están influenciados por el medio ambiente y la economía, sino que limitan directamente nuestra capacidad para mejorarlos. La mala salud agrava la desigualdad entre individuos, comunidades y Estados. Las acciones de los individuos y Estados más sanos y prósperos, al asumir parte de la carga sanitaria de quienes tienen menos recursos, reducirán dicha desigualdad si se aplican de manera que mejoren el bienestar general del beneficiario. En este informe partimos de la premisa de que todos los seres humanos nacen con un valor igual e inestimable, y que reducir la desigualdad hasta el punto de permitir que todos ejerzan sus derechos humanos es un objetivo social justificable. Desde una perspectiva utilitarista, las grandes desigualdades conducen a sociedades y un mundo inestables, lo cual es de beneficio mutuo evitar.

La responsabilidad moral de garantizar un acceso básico a la atención médica debe enmarcarse en un contexto claro de derechos humanos fundamentales, expresados a su vez a través de los derechos de las comunidades y los países. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la igualdad no se logra imponiendo las acciones de otro grupo, ni mediante estructuras que perpetúan la dependencia a largo plazo. Cualquier enfoque de salud

pública, ya sea a nivel local o internacional, debe abordar estas complejidades, que se analizan en detalle más adelante en este informe, para mantener su legitimidad, basada en la concepción de los derechos humanos y la ética médica posterior a la Segunda Guerra Mundial, sobre la cual se fundamentan los conceptos modernos de salud pública.

Salud y economía

La atención sanitaria consume recursos, pero también impulsa el crecimiento económico al reducir los costes de las enfermedades y apoyar a la fuerza laboral.³ Esto tiene repercusiones a nivel comunitario y nacional, así como internacional, incluyendo los beneficios del comercio y la reducción de la dependencia. Por lo tanto, la cooperación multilateral en salud pública internacional es un beneficio mutuo ampliamente reconocido para el bienestar global, que va más allá y probablemente sea mucho más importante que las cuestiones inmediatas de la prevención de la propagación de enfermedades.

La atención sanitaria es también un bien comercializable, mientras que la percepción del riesgo de enfermedad y muerte constituye un poderoso motor del miedo. Esto representa un riesgo inevitable para cualquier programa o institución de salud pública, ya que las fuerzas del mercado que pueden proporcionar recursos también compiten por las prioridades con poblaciones con escasos recursos y, por lo tanto, en muchos aspectos, con menor capacidad de influencia. En consecuencia, existirá una tensión entre la asignación de recursos a programas destinados supuestamente a beneficiar a comunidades y Estados con escasos recursos, y la toma de decisiones sobre cómo y dónde se aplicarán dichos recursos. Creemos que esto subyace a muchas de las tensiones que están surgiendo en la salud pública internacional.

Hoy en día, se observa un desplazamiento del enfoque, pasando de áreas que promueven principalmente el bienestar y abordan la alta carga de enfermedades a enfoques menos comunes, menos agresivos pero altamente rentables y basados en productos básicos, que

³ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/924154550X>

implican un control cada vez más centralizado. Esto ha generado preocupación por una posible erosión de los derechos individuales y estatales.

La salud pública tiene un historial lamentable de abusos y de anteponer los intereses de la autoridad a los derechos de las poblaciones y los individuos. El papel desempeñado por los profesionales de la salud en el movimiento eugenésico y las campañas de esterilización forzada del período anterior a la Segunda Guerra Mundial, así como su apoyo al fascismo europeo y al expansionismo político-militar en otros lugares antes y durante la Segunda Guerra Mundial, impulsaron la codificación de estándares para la investigación médica, la medicina clínica y los derechos humanos en los años posteriores. Este período influyó en la OMS durante su formación y sus primeros años, a medida que la descolonización incrementaba rápidamente el número de Estados independientes.

No debería sorprender que, casi 80 años después, este impulso inicial se haya desvanecido y que otras fuerzas hayan comenzado a influir en la principal organización mundial de salud pública. Las alianzas geopolíticas han cambiado, las tecnologías sanitarias han modificado la evolución de las enfermedades y los beneficios potenciales derivados de su gestión, mientras que la filantropía y las fundaciones privadas han surgido con una riqueza acumulada en los sectores del software y la tecnología que empequeñece los presupuestos de muchos Estados Miembros de la OMS. Estas influencias también han transformado la OMS y el entorno en el que opera, con asociaciones público-privadas de rápido crecimiento que han ocupado gran parte del terreno que la OMS consideraba su territorio, asignando recursos que

dictan gran parte de la agenda sanitaria que antes establecía la OMS.

El desempeño de la OMS durante el brote de Covid-19 y su posterior enfoque en la agenda de la pandemia han atraído mayor atención a su trabajo y la han hecho objeto de muchas más críticas que nunca. La percepción de que las prioridades de la OMS se han desviado de la salud pública hacia los intereses específicos de ciertos actores estatales y no estatales ha empañado su imagen, pero también ha brindado una oportunidad para el cambio. La retirada de Estados Unidos, anteriormente el mayor financiador de la OMS, forzará una contracción del trabajo de la OMS, mientras que la nueva estrategia de salud global de EE. UU. enfatiza las relaciones bilaterales y el desarrollo de capacidades locales en lugar de instituciones multilaterales que ejercen un modelo más centralizado.

El incumplimiento de ciertos principios fundamentales de la salud pública durante la Covid-19 y la tergiversación de los riesgos de la pandemia, resaltados en informes recientes de la Universidad de Leeds, respaldan la impresión de que se priorizan agendas limitadas sobre las cargas de salud y el desarrollo de capacidades, esenciales para la resiliencia de la salud pública a largo plazo.⁴ La gestión de la salud pública internacional debe cambiar, y este cambio debe volver a enfatizar el papel de los individuos y los Estados como determinantes principales de las políticas.

I.1.2. Comprender la “salud”

El preámbulo de la constitución de la OMS de 1946 proporciona una definición amplia de salud:

⁴ 4 GW Brown, D. Bell, J. von Agris y B. Tacheva (2024). El costo de la preparación ante pandemias: un examen de los costos y las solicitudes financieras en apoyo de la prevención, preparación y respuesta ante pandemias.

Agenda, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: [https://essl.leeds.ac.uk/dir-](https://essl.leeds.ac.uk/dir-registro/proyectos-de-investigación/1260/reevaluación-la-agenda-de-preparación-y-respuesta-a-la-pandemia)

[registro/proyectos-de-investigación/1260/reevaluación-la-agenda-de-preparación-y-respuesta-a-la-pandemia](https://essl.leeds.ac.uk/dir-registro/proyectos-de-investigación/1260/reevaluación-la-agenda-de-preparación-y-respuesta-a-la-pandemia);

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: [https://essl.leeds.ac.uk/dir - record/research - projects/1260/reevaluating - the - pandemic - reparedness and - response - agenda - reppare](https://essl.leeds.ac.uk/dir-record/research-projects/1260/reevaluating-the-pandemic-reparedness-and-response-agenda-reppare);

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Cuando los modelos y la realidad chocan: una revisión de las predicciones de mortalidad por epidemias y pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/254/when-models-and-reality-clash-a-review-of-predictions-of-epidemic-and-pandemic-mortality>

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.*⁴

La salud, o bienestar, se considera que implica no solo la ausencia de dolencias o limitaciones físicas, sino también la plena capacidad de desenvolverse y disfrutar de las interacciones con los demás en la sociedad. La OMS no las enumera de forma jerárquica, y cada uno de estos tres aspectos influye en los demás. Por consiguiente, cualquier intervención de salud pública debe tener en cuenta los tres aspectos; una respuesta a una dolencia física que perjudique la salud mental o limite la interacción social puede no resultar beneficiosa.

Por consiguiente, la salud no debe considerarse una variable discreta, sino una variable continua que evoluciona y se ve influenciada por diversos factores de forma compleja. La salud y la enfermedad se presentan en un continuo dentro de la misma persona a lo largo del tiempo, expresándose de múltiples maneras como resultado de una disfunción fisiológica general.⁵

Un enfoque más reduccionista (el «paradigma pasteuriano») considera la salud y la enfermedad como variables binarias, donde la salud es la ausencia de enfermedad. Generalmente, se considera que las enfermedades tienen una única causa (por ejemplo, un patógeno o un tumor canceroso), a través de una relación causal lineal y unidireccional (por ejemplo, el SARS-CoV-2 por sí solo causa la COVID-19 grave). Este enfoque busca aliviar o prevenir los síntomas centrándose en las causas biológicas directas y abordándolas mediante una intervención específica, como un antibiótico o una

vacuna. Es un enfoque común en el manejo de enfermedades infecciosas, pero también se aplica a veces al cáncer y a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT) (por ejemplo, medicamentos para reducir la hipertensión o tratar la obesidad).

El enfoque reduccionista no es erróneo, pero sí incompleto. La COVID-19 grave suele ser consecuencia de una infección por el virus SARS-CoV-2 en una persona no inmunizada con un deterioro metabólico significativo (por ejemplo, debido a obesidad, diabetes mellitus o deficiencia de micronutrientes).⁶ El virus es fundamental para el desarrollo de la enfermedad, pero también lo es el estado subyacente del huésped que impide una respuesta inmunitaria suficientemente protectora.

La buena salud pública, al igual que la atención clínica individual, busca abordar las causas profundas (determinantes) de la salud (o la enfermedad) mediante un enfoque sistémico que abarque la complejidad subyacente de las causas de la enfermedad.⁷ Este enfoque holístico es particularmente necesario para combatir las enfermedades no transmisibles, que representan aproximadamente dos tercios de las muertes a nivel mundial,^{8,9} pero también es fundamental para los resultados a largo plazo del tratamiento de las enfermedades infecciosas.

La mayor parte del aumento de la longevidad en los países ricos durante los últimos 200 años se debe a mejoras en una amplia gama de factores relacionados con la resiliencia y la exposición del huésped; mejor nutrición, saneamiento y condiciones de vida. Los antibióticos desempeñaron un papel importante en la reducción de la

⁴ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁵ Sturmberg JP, Picard M, Aron DC, Bennett JM, et al. (2019) Fronteras | Salud y enfermedad: estados emergentes resultantes de interacciones adaptativas en redes sociales y biológicas. Front. Med. 6:59. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00059>

⁶ Pandey R, Rai D, Tahir MW, Wahab A, Bandyopadhyay D, Lesho E, Laguio-Vila M, Fentanes E, Tariq R, Naidu SS, Aronow WS. Prevalencia de comorbilidades y síntomas estratificados por gravedad de la enfermedad en pacientes adultos con COVID-19: una revisión sistemática. Arch Med Sci Atheroscler Dis. 28 de marzo de 2022;7:e5-e23. <https://doi.org/10.5114/amsad.2022.115008>

⁷ Sturmberg JP, Marcum JA (2024) De causa y efecto a causas y efectos. J Eval Clin Pract. 30(2):296-308. <https://doi.org/10.1111/jep.13814>

⁸ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) (sin fecha, consultado el 21 de octubre de 2025) VizHub - GBD Compare.

⁹ Por ejemplo, representando casi uno de cada cuatro pacientes en un estudio transversal en Escocia en 2007 (Barnett K et al. (2012) Epidemiología de la multimorbilidad e implicaciones para la atención médica, la investigación y la educación médica: un estudio transversal. The Lancet 380(9836):37-43); más de la mitad de los pacientes de atención primaria y tres cuartas partes de

mortalidad por síndromes infecciosos como la neumonía y la sepsis, mientras que la vacunación masiva, con la excepción de la viruela y, en menor medida, la tos ferina, se implementó después de que la mayor parte de la mortalidad por las enfermedades a las que se dirigían se hubiera resuelto, pero a veces desempeñó un papel importante en la reducción de la circulación de patógenos.¹⁰ En entornos con menos recursos, los principales factores de riesgo de enfermedades infecciosas aún existen y la importancia relativa de los enfoques ambientales (que requieren más tiempo) y el tratamiento o la vacunación (rápidos) variará, pero abordarlos mediante ambos enfoques es fundamental para lograr resultados sostenibles basados en la comprensión amplia de la salud según la definición de la OMS.

I.1.3. ¿Por qué este informe?

El debate sobre el futuro papel de la OMS parece estar fuertemente polarizado entre las posturas de (1) fortalecer y centralizar aún más la OMS, partiendo de la premisa de que mayores recursos y poder superarán sus deficiencias, y (2) descartar la idea de organismos sanitarios mundiales o multilaterales como un camino inevitable hacia feudos burocráticos y una concentración de poder. Un enfoque más matizado reconocería las amenazas que acechan a la OMS y a la salud pública con la creciente rentabilidad de la atención sanitaria y el alejamiento de la organización basada en los Estados que se concibió inicialmente, al tiempo que reconocería las ventajas de una amplia cooperación en el establecimiento de normas, el intercambio de datos y el desarrollo técnico y de capacidades, donde influencias históricas y de otro tipo han arraigado la desigualdad entre los Estados y la pobreza entre sus poblaciones.

El retorno a las normas de derechos humanos que sustentan la fundación de la OMS, junto con la adhesión obligatoria a la ética médica que las acompaña, debería proporcionar una base de consenso para ello. Una organización internacional de la salud (OHS) podría entonces diseñarse en la que la desviación de estas normas sea inadmisibles, así como la soberanía de los Estados, fundamento de la Carta de las Naciones Unidas. Esta organización reconocería, además, las responsabilidades de los Estados para con el bienestar de sus ciudadanos y no estaría en condiciones de sustituirlas.

La OIS descrita en este informe constituye un referente normativo, no una propuesta para la creación inmediata de una nueva institución internacional.

Casi 80 años después de la creación de la OMS, resulta evidente la necesidad de una reforma. Esta reforma podría implicar cambios en la OMS o incluso su sustitución; esto dependería no de los deseos de ninguna organización internacional, sino de la voluntad de los Estados que deben ejercer su autoridad y control. Reafirmar los principios fundamentales de derechos humanos y ética en los que debería basarse la salud pública internacional, cómo podría funcionar una OSI dentro de ese marco y cómo se compara la OMS con dicha OSI, proporcionará una base para este debate.

I.1.4. ¿Por qué IHRP?

El Proyecto Internacional de Reforma Sanitaria es un grupo independiente con experiencia trabajando dentro y con las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales de salud. Incluye expertos de diversas geografías y economías, de los campos de la salud, el derecho y las relaciones internacionales, y el ámbito académico.

El objetivo de la IHRP es proporcionar un modelo, basado en principios ampliamente aceptados de derechos humanos y salud pública, como base para orientar la reforma o sustitución de la OMS, y una reevaluación más amplia de la gestión de la salud internacional. En última instancia, las únicas entidades con mandato para realizar tales cambios son los Estados soberanos, como representantes de las personas y poblaciones cuya salud y bienestar se verán afectados. Estas consideraciones ya están claramente en marcha, como lo demuestra la retirada en 2026 de al menos dos Estados importantes, incluido el mayor financiador, de la OMS.

El mundo debería aspirar a una cooperación internacional en materia de salud mejor que la actual, pero no puede permitirse destruir lo que funciona bien dentro del sistema vigente. Es necesario un diálogo claro sobre la salud pública internacional que conduzca a una reforma amplia y profunda. El IHRP, como panel independiente y autogestionado, tiene un papel que desempeñar en este debate, señalando los fundamentos aceptados de la ética

médica y de la salud pública, así como de la cooperación internacional, y, en consecuencia, cómo debería ser una OHI que se adhiriera a estas normas aceptadas. Buscamos señalar las áreas en las que el modelo actual, centrado en la OMS como organismo de salud designado por la ONU, resulta insuficiente.

I.2. ESTRUCTURA DEL INFORME IHRP Y ENFOQUE ANALÍTICO

Este Informe Técnico es un producto conjunto del panel del IHRP y acompaña al Informe sobre la Política del Derecho a la Soberanía en Salud. Juntos, buscan exponer los debates y conclusiones del IHRP desde la perspectiva del desarrollo y el cambio de políticas a nivel de los Estados, que en última instancia deben determinar el futuro de la OMS o de cualquier otro mecanismo multilateral o de la OHI, así como la justificación de dichos cambios.

I.2.1. Desarrollo del informe IHRP

El IHRP celebró una reunión inicial de tres días en Londres, del 10 al 12 de abril de 2025, para determinar el alcance de los informes y las áreas que se abordarían en los dos informes sobre el *Derecho a la Soberanía en Salud*. En la reunión se identificaron los temas que debían tratarse (por ejemplo, la financiación de la OMS y la rendición de cuentas) y una estrategia básica para el funcionamiento del panel, incluyendo la división del trabajo, la comunicación entre los miembros, la asignación de temas y los próximos pasos. Las áreas temáticas se dividieron entre los miembros del panel para la investigación y redacción iniciales. A cada sección se le asignaron al menos dos autores principales para distribuir la carga de trabajo y asegurar que las ideas recibieran un debate interno antes de las deliberaciones más amplias del panel. Si bien los miembros del panel tenían asignaciones individuales, se acordó que todos revisarían y contribuirían a cada sección del informe. Todas las discrepancias se discutieron y deliberaron exhaustivamente con el objetivo de alcanzar un consenso. Todos los materiales producidos se subirían a una unidad compartida, que sería administrada por un administrador responsable de recopilar y organizar las contribuciones a

dicha unidad.

Una segunda reunión de tres días del IHRP tuvo lugar en Londres del 28 al 30 de agosto de 2025, con el fin de debatir los borradores, identificar los problemas que surgieran, analizar las controversias y acordar los próximos pasos.

El 16 al 19 de febrero de 2026, se celebró en Washington D.C. un taller editorial de cuatro días del IHRP para revisar los borradores de los informes técnicos y de políticas, abordar las deficiencias restantes y alcanzar un consenso sobre los puntos conflictivos que aún persistían. El panel completo del IHRP revisó los documentos finales y ofreció su opinión al respecto.

I.2.2. Estructura del informe IHRP

En la segunda reunión del IHRP celebrada en Londres, el panel acordó la elaboración de dos informes sobre el Derecho a la Soberanía en Salud: un Informe de Políticas y un Informe Técnico. El Informe de Políticas estaría dirigido a un público político y abordaría cuestiones más amplias relacionadas con la gobernanza sanitaria mundial, el papel de las organizaciones internacionales de salud en la cooperación internacional en materia de salud, los aspectos clave de la reforma de la OMS y la apropiación, soberanía y representación de los países en las políticas sanitarias mundiales. El Informe Técnico, que se presenta aquí, está dirigido principalmente a la comunidad de expertos en salud pública mundial, profesionales de la salud, académicos y al público en general. Su función es abordar detalles importantes relacionados con la salud pública mundial en su conjunto, la OMS y su futuro. Este informe pretende ser independiente, pero también complementa e informa al Informe de Políticas.

Este informe técnico se rige por los siguientes objetivos y lógica metodológica:

- 1) El objetivo es describir los principios éticos clave que sustentan la salud pública mundial y detallar su importancia como fundamentos de cualquier organización internacional de salud, así como su relevancia como directrices políticas.

2) El objetivo es describir los principios clave que, en consecuencia, deberían regir una organización internacional de la salud (OHS) en lo que respecta al diseño y la implementación de políticas de salud globales. Estos principios incluyen cuestiones de gobernanza, rendición de cuentas y financiación.

3) El objetivo es describir cómo sería una OHI ideal en respuesta a los puntos 1 y 2 anteriores. Se busca identificar cómo debería ser una OHI desde el punto de vista normativo e institucional. De esta manera, se establece una base para identificar deficiencias y evaluar el funcionamiento de la OMS más adelante en el informe.

4) Evaluar a la OMS según los puntos 1, 2 y 3 anteriores para determinar en qué aspectos cumple con los ideales normativos e institucionales y en cuáles persisten deficiencias o fallos. Al identificar estas deficiencias, es posible formular recomendaciones específicas para mejorar la OMS como organización internacional de la salud y determinar la viabilidad de una reforma de la OMS acorde con los estándares establecidos en los puntos 1, 2 y 3.

5) El objetivo es formular una serie de recomendaciones para la reforma de la cooperación institucional multilateral en materia de salud y analizar la viabilidad de implementar dichas reformas en las circunstancias actuales. Esto permitirá un debate más profundo sobre la posibilidad de reformar la OMS o sobre si las estrategias para su sustitución por una nueva OIS tienen mayores probabilidades de éxito.

El Informe Técnico del IHRP está estructurado según esta lógica, dividido en cinco secciones compuestas por:

- I. Introducción,
- II. Fundamentos fundamentales de la salud pública internacional
- III. Esquema de una IHO ideal basada en los requisitos anteriores
- IV. Evaluación de la OMS según el estándar de la OHI
- V. Conclusión con recomendaciones

I.2.3. Enfoque analítico

Se presenta un análisis de los requisitos de una OHI ideal y de la OMS siguiendo un formato general establecido por Moser y Bump (2022).¹¹ Esta revisión sistemática de la literatura académica sobre la reforma de la OMS reveló la ausencia de métodos estándar para evaluar a la OMS, evidenciando la necesidad de una agenda de investigación más rigurosa e inclusiva. Moser y Bump diseñaron un marco analítico para la evaluación de la OMS, adaptado de diversos estudios y analizado con mayor detalle en las Partes III.1 y IV.1 de este informe. El IHRP siguió su marco general (Figura I.1), abordando cinco áreas:

1. Identidad (incluyendo cultura, normas y valores)
2. Legitimidad y gobernanza (incluida la rendición de cuentas)
3. Autoridad y relaciones externas
4. Objetivos y estrategia (incluidos el aprendizaje y la innovación)
5. Estructura y desempeño (incluidos el propósito organizacional, la fuerza laboral y las finanzas).

La adaptación de IHRP introduce cuatro modificaciones en el marco y su uso en la organización de este informe (Figura I.1).

En primer lugar, la categoría de Identidad se ha situado en la parte superior del marco y del análisis posterior del IHRP, ya que consideramos que las normas y los valores institucionales son fundamentales para la forma en que una institución prioriza su programa de trabajo y cómo lo ejecuta. Además, las discrepancias entre la teoría (valores normativos) y la práctica (su desempeño) suelen ser evidentes a nivel de identidad institucional, lo que a menudo proporciona información valiosa sobre la necesidad de un cambio normativo institucional o de realinear una institución con sus fundamentos normativos originales.

¹¹ Fabian Moser, Jesse B. Bump, Evaluación de la Organización Mundial de la Salud: ¿Qué revela el debate académico y es democrático?, Social Science & Medicine, Volumen 314, 2022, 115456, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>

En segundo lugar, hemos ampliado el número de subcategorías dentro de cada categorización para abarcar una gama más amplia de temas y cuestiones de reforma. El IHRP busca incluir cuestiones que no eran frecuentes o que habían sido subestimadas en la literatura académica, en particular cuestiones relacionadas con los debates sobre la reforma de la OMS tras la COVID-19 y las preocupaciones surgidas en relación con los recientes recortes de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

En tercer lugar, si bien la financiación de la OMS tiene repercusiones en las cinco categorías, hemos añadido una subcategoría específica de financiación de la OMS dentro de la categoría de Estructura y Desempeño debido al importante papel que desempeña en la organización, el desempeño y la sostenibilidad final de la OMS.

En cuarto lugar, el marco del IHRP pone mayor énfasis en las relaciones externas que el propuesto por Moser y Bump. Esto se debe a que la OMS depende cada vez más de actores no gubernamentales individuales, así como de otras Iniciativas Mundiales de Salud (GHI). Además, la OMS opera dentro de un panorama de políticas de salud global cada vez más cooperativo y competitivo con resultados únicos. Se prevé que estas condiciones aumenten con la retirada de Estados Unidos, lo que incrementará la relevancia de las fuentes alternativas de financiación de la OMS y la competencia por ellas.

Un objetivo clave del IHRP es examinar la naturaleza de estas relaciones, lo que requiere su propia subcategoría de análisis.



Figura I. 1 – Marco de eficacia organizativa y preguntas aplicadas para evaluar la OMS.

Adaptado del original de Fabian Moser, Jesse B. Bump, Evaluación de la Organización Mundial de la Salud:

¿Qué revela el debate académico y es democrático?, Ciencias Sociales y Medicina, Volumen 314, 2022, 115456, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>

I.3. CONCEPTOS CLAVE

I.3.1. Conceptos de salud pública mundial

Antes de continuar, conviene repasar varios conceptos básicos de la salud pública mundial que son relevantes para comprender el propósito de una OHI (Organización Internacional de la Salud).

Justificación de las intervenciones públicas

La salud pública moderna a menudo se remonta a las acciones de John Snow al identificar la fuente de un brote de cólera en Londres en 1854 y detener el brote cerrando la bomba de Broad Street de la que se extraía agua contaminada con la bacteria¹² *Vibrio cholerae*. Posteriormente, las pruebas de agua, la filtración y cloración, la gestión de aguas residuales, la educación y el uso de la vacunación dirigida han hecho que los brotes de cólera sean relativamente raros y de alcance limitado. Excepciones como el brote en Haití de 2010 y los brotes en Yemen de 2016 están asociados con un fallo en la capacidad de la sociedad para mantener dicha gestión debido a presiones externas y/o pobreza extrema.¹³ En el caso de Haití, la falta de una buena gestión de residuos por parte del complejo de las Naciones Unidas también pone de manifiesto la interdependencia de las comunidades entre sí para mantener la salud: los residentes locales sufrieron las consecuencias de que el personal de la ONU no llevara a cabo acciones (gestión de residuos) que eran exclusivamente para la protección de los demás.

Este ejemplo explica la justificación de las intervenciones públicas, en comparación con dejar que el mercado actúe para lograr un beneficio general y una asignación eficiente de recursos. Se requiere esfuerzo y gasto a nivel comunitario para protegerse contra amenazas de daño actuales o futuras que pueden o no afectar a quienes realizan dicho esfuerzo y aportan esos recursos. Se trata de un bien público. Estas intervenciones suelen requerir que las organizaciones las diseñen y mantengan (por ejemplo, un sistema de agua potable para una ciudad) y a menudo se implementan a nivel nacional. Sin embargo, estas

interacciones y bienes comunes también pueden generalizarse a nivel internacional, ya que las acciones de un país afectan a otro de manera similar al impacto del complejo de la ONU en Haití sobre los residentes fuera de sus muros. La salud pública se convierte no solo en un bien público, sino en un bien público global, que requiere mecanismos que permitan a los países interactuar entre sí para lograr dichos bienes de manera efectiva y eficiente.

Provisión de bienes públicos (globales)

Los economistas diferencian cuatro tipos de bienes y servicios según dos características: si son "rivales" (es decir, si su consumo por una persona reduce la disponibilidad del bien o servicio para otra) y su excluibilidad (es decir, si es posible impedir que alguien los utilice si no paga por ellos). Estos son:

Bienes privados, que son a la vez rivales y excluibles (por ejemplo, un automóvil, un medicamento).

Bienes públicos, que son a la vez no rivales y no excluibles (por ejemplo, la luz del sol, el agua potable limpia), y dos tipos de bienes cuasi-públicos:

Bienes de club, que son excluibles pero no rivales hasta cierto punto (por ejemplo, formar parte de una organización internacional).

Bienes comunes (de uso compartido), que son rivales pero no excluibles (por ejemplo, la tierra y otros recursos naturales).

Si bien la medicina clínica y la atención sanitaria son, en gran medida, bienes privados, algunos aspectos de la salud pueden considerarse bienes públicos.

“Por ejemplo, nadie en una población puede quedar excluido de beneficiarse de una reducción en el riesgo de una enfermedad infecciosa cuando se reduce su incidencia, y el hecho de que una persona se beneficie de

¹² Tulchinsky TH. John Snow, el cólera y la bomba de Broad Street; enfermedades transmitidas por el agua: antes y ahora. Estudios de caso en salud pública. 2018:77–99. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7150208/>

¹³ Houghton F, Norris A. Credibilidad, integridad, transparencia y coraje: El brote de cólera en Haití y la ONU. J Infect Public Health. 2018 enero-febrero;11(1):140-141

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034117300175?via%3Dihub>

Shaw-Taylor, Leigh. «Introducción a la historia de las enfermedades infecciosas, las epidemias y las primeras fases del declive a largo plazo de la mortalidad». Economic History Review 73, n.º 3 (2020): E1–E19.

<https://doi.org/10.1111/ehr.13019>

*esta reducción del riesgo no impide que otra persona también se beneficie de ella ”.*¹⁴

De manera similar, la salud pública puede considerarse un bien público porque depende principalmente de condiciones estructurales, sociales y políticas que crean las condiciones en las que es más probable que se mantenga la buena salud de los individuos dentro de la población. Estas condiciones son características de las estructuras sociales que no son propiedad de los individuos ni pueden ser compradas por ellos, y son *“tanto no-excluibles y no rivales, ...[tales como] políticas que incentivan alimentos más saludables y esfuerzos para minimizar la contaminación”*.¹⁵

El problema radica en que los bienes públicos pueden estar insuficientemente abastecidos por los mercados libres, ya que su utilidad para la población general no se corresponde con la utilidad para un individuo y, por lo tanto, con la probabilidad de que un individuo los adquiera. Puede haber pocos incentivos comerciales para producirlos sin que el sector público garantice un mercado.¹⁶ La no rivalidad también genera un problema de «aprovechamiento gratuito»: la entidad que invierte en un bien público no puede impedir que otros se beneficien de él, y todos esperan beneficiarse de los bienes públicos financiados por alguien más (por ejemplo, la investigación médica financiada con impuestos beneficia a una gran parte de la población, pero sus costos de inversión son demasiado altos para que la mayoría de los individuos puedan asumirlos. Las personas más ricas tienen pocos incentivos para financiar una innovación

cuyos beneficios serán utilizados por otros). De ahí la necesidad y la equidad de la intervención e inversión públicas para garantizar su provisión.

Los bienes públicos globales son aquellos cuyos beneficios trascienden fronteras y tienen alcance global.¹⁷ Por ejemplo, sus beneficios repercuten en diversos tipos de población y/o se extienden tanto a las generaciones presentes como a las futuras, sin que sea posible excluir a algunos países de los beneficios derivados de los esfuerzos de otros. Por ejemplo, la erradicación de enfermedades infecciosas de alcance global, como la viruela, beneficia a todos los países sin perjudicar directamente a otros (más allá de los argumentos sobre el uso de sus propios recursos). Por consiguiente, surge un problema similar: quién o qué organismos públicos invertirán en bienes públicos globales cuyos beneficios repercuten en todos. Para garantizar la equidad, los costos de las acciones colectivas necesarias para mantener la salud a nivel internacional deben compartirse de la manera más¹⁸ amplia posible. Una OIS desempeña un papel fundamental para asegurar una distribución equitativa de dichos costos.

Los bienes públicos mundiales utilizados en el sector de la salud, también denominados bienes comunes para la salud, pueden clasificarse en cinco grandes categorías: 1) políticas y coordinación, 2) regulación y legislación, 3) impuestos y subsidios, 4) recopilación, análisis y comunicación de información, y 5) servicios a la población. En la Tabla I.1 se muestran ejemplos considerados por la OMS.

¹⁴ Smith, Richard D. (2003). Bienes públicos mundiales y salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Organización, 81(7), 475-475. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/268992>

¹⁵ Galea S (2016) La salud pública como bien público | SPH. Universidad de Boston, Escuela de Salud Pública.

¹⁶ Smith, Richard D. (2003). Bienes públicos mundiales y salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Organización, 81(7), 475-475. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/268992>

¹⁷ Ibíd.

¹⁸ Yazbeck AS, Soucat A (2019) Cuando tanto los mercados como los gobiernos fallan en materia de salud. Health Systems & Reform 5(4), 268–279. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1660756>

Category definition	Select examples
1. Policy and coordination: Formation of national policies, institutional capacities and coordination mechanisms	• Planning and management of emergency preparedness and response • Health security and environmental risk policies and strategies • Community engagement and management • Institutional capacities and plans • Coordination platforms/systems • Sector and subnational policies and strategies
2. Regulation and legislation: Full range of legal instruments	• Regulation of the safety of medicines and medical devices • Legislation • Environmental regulations and guidelines (such as for biodiversity, water and air quality) • Accreditation of health facilities and providers
3. Taxes and subsidies: Financial instruments to influence individual and market behaviour	• Taxes on products with health impact to create market signals leading to behavior change
4. Information collection, analysis and communication: Collect and analyse information, and monitor population-level change	• Human and animal disease, environmental and risk (such as, AMR, chemicals and radiation) surveillance • Communication and dissemination • Community behavior change communication • Research and development • Monitoring and evaluation
5. Population services: Services that impact all of society and are fundamental to public health	• Sewage treatment and control • Vector control • Medical and solid waste management • Emergency response operations

Table 1.1 – Examples of common goods for health categories

Source: World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/978924003420>

World Health Organization, 'Financing common goods for health'. Geneva: World Health Organization; 2021.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG

Bienes públicos y mercados

Algunas actividades de empresas o particulares pueden tener efectos secundarios en terceros, ya sean positivos (p. ej., educación) o negativos (p. ej., contaminación). En estos casos, dado que los costos y beneficios sociales no se reflejan en las decisiones privadas, los mercados no garantizan el precio adecuado (económicamente eficiente) ni la provisión de la cantidad correcta de bienes o servicios que aseguren el beneficio público. Por lo tanto, la intervención pública puede justificarse para apoyar o limitar la producción o el consumo de aquellos bienes y servicios que generan externalidades negativas (p. ej., mediante subsidios o compras públicas, o negativamente mediante impuestos o regulaciones). Las intervenciones positivas pueden incluir servicios preventivos como la vacunación y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, para asegurar que los beneficios se extiendan a las comunidades donde viven personas con un riesgo significativo. Por el contrario, se puede limitar el consumo de tabaco en lugares públicos y prohibir la conducción bajo los efectos del alcohol o las drogas para proteger a otras personas a quienes estas actividades puedan poner en riesgo. Si bien estas son preocupaciones a nivel comunitario o nacional, algunas actividades, bienes y servicios relacionados con la salud tienen externalidades internacionales, lo que justifica la intervención de una Organización Internacional de la Salud (OIS).

Equidad en relación con el apoyo a los bienes públicos mundiales

El objetivo de la provisión de bienes públicos globales es, casi por definición, garantizar que todos tengan un acceso razonable a sus beneficios. También se requiere equidad en la asignación del acceso a los beneficios y en el costo de los recursos públicos necesarios para proporcionar dicho acceso. La inequidad en costos y beneficios puede darse entre individuos o comunidades y entre países a nivel internacional. Si bien esto es en cierta medida inevitable (algunas personas, comunidades y países son más ricos que otros, algunos tienen, por razones geográficas, históricas u otras, mayores problemas de salud), es fundamental comprender qué factores hacen que la equidad sea más o menos probable al desarrollar políticas de salud pública nacionales e internacionales y al definir las funciones de las instituciones de salud pública.

La *asimetría de la información* se produce cuando una de las partes en una transacción tiene más o mejor información que la otra, y esta desigualdad distorsiona la asignación de dos tipos de información:

La *selección adversa* se produce cuando el comprador tiene menos información sobre el bien o servicio que pretende adquirir que el vendedor y, por lo tanto, no puede determinar su precio correcto. Un ejemplo de esto es la relación entre un paciente y un profesional de la salud. Asimismo, quien contrata un seguro médico conoce mejor su estado de salud que la aseguradora, lo que conlleva el riesgo de que las aseguradoras atraigan únicamente a personas con alto riesgo de necesitar atención médica costosa.

El *riesgo moral* se produce cuando una persona que ha contratado una póliza de seguro se ve incentivada a asumir más riesgos de los que asumiría si tuviera que asumir las consecuencias de su comportamiento en caso de no estar asegurada, o a abusar de los servicios sanitarios.

La intervención pública puede justificarse para evitar una desigualdad en la asignación de recursos creada por la asimetría de la información, por ejemplo, mediante la regulación, las campañas de información pública o el seguro médico obligatorio.

El acceso razonablemente equitativo a bienes como los medicamentos puede requerir la intervención pública. Los monopolios u oligopolios pueden distorsionar los precios y reducir la producción por debajo de los niveles socialmente óptimos, en cuyo caso la intervención pública se justifica para corregir el mercado mediante, por ejemplo, la regulación de precios y las leyes antimonopolio. En particular, el mercado farmacéutico es un objetivo principal de la regulación pública.¹⁷

La intervención pública orientada a la equidad y la justicia social busca corregir los desequilibrios en la distribución de recursos, oportunidades y resultados. Estas intervenciones se fundamentan tanto en teorías

¹⁷ Véase, por ejemplo, Mensa Sorato M, Davari M, et al. (2020) Por qué el mercado de la atención médica necesita la intervención del gobierno para mejorar el acceso a medicamentos esenciales y la eficiencia de la atención médica: una revisión exploratoria desde la perspectiva de la regulación de precios farmacéuticos. Journal of Pharmaceutical Health Services Research 11 (4): 321–333, <https://doi.org/10.1111/jphs.12379>

normativas de derechos humanos y justicia (Secciones II.1.1-2) como en evidencia empírica que demuestra la persistencia de desigualdades entre países y poblaciones (Secciones II.1.3, II.3.6).¹⁸

Instituciones de salud pública

Existen diversas formas de organizar las relaciones entre los actores de la sociedad. En un extremo se encuentra el mercado (toda relación es contractual), y en el otro, la empresa (los contratos se internalizan mediante reglas jerárquicas). Entre estos dos arquetipos, pueden surgir muchas formas de organización. De hecho, las grandes organizaciones necesitan desarrollar procedimientos para organizar las relaciones dentro y entre sus miembros y departamentos. Aquí presentamos dos conceptos relevantes para las OHI, como la OMS: la burocracia y la Nueva Gestión Pública (NGP). La OMS, si bien inevitablemente adolece de las debilidades propias de las grandes burocracias, también tiende a promover algunos enfoques de la NGP entre los Estados Miembros, como la gestión basada en resultados (véase la Parte IV).

Burocracia

Las burocracias se han descrito como una autoridad racional-legal, caracterizada por una organización jerárquica, una toma de decisiones basada en normas y una clara división del trabajo. Idealmente, en este tipo de administración, los funcionarios son nombrados en función de su competencia técnica, operan bajo procedimientos formalizados y mantienen la impersonalidad en sus funciones, lo que garantiza la previsibilidad y la eficiencia en la gobernanza. La burocracia en esta forma se ha descrito como la forma de organización más racional para gestionar sociedades complejas, pero con el riesgo de crear una «jaula de hierro» de normas rígidas que limitan la autonomía individual.¹⁹

Otros análisis han sido mucho más críticos. Por ejemplo, en *Bureaucracy in Modern Society* (1956), basado en

estudios empíricos de agencias gubernamentales estadounidenses, Peter M. Blau señala que, si bien las normas formales rigen los procesos burocráticos, surgen prácticas informales para compensar la rigidez y mejorar la adaptabilidad. Además, aunque las unidades más pequeñas pueden promover la cooperación informal y la innovación, las grandes burocracias tienden a imponer un control estricto, reduciendo la discrecionalidad. Por lo tanto, si no se controlan, las burocracias corren el riesgo de volverse opresivas, lo que hace que la supervisión democrática sea esencial.²⁰

También contrariamente a la visión de que la burocracia es un sistema racional, otros caracterizan a las burocracias como sistemas dinámicos de relaciones de poder, moldeados por factores culturales y sociales. (El fenómeno burocrático, 1963).²¹ Desde esta perspectiva, las normas formales no eliminan las estrategias informales, y su coexistencia puede menoscabar la eficiencia. Los individuos que conforman la burocracia no son pasivos, sino actores estratégicos que aprovechan las áreas de incertidumbre para obtener autonomía e influencia. La centralización excesiva y las normas rígidas pueden generar disfunciones, reforzando la necesidad de más normas y control (por parte de quienes ocupan puestos centrales), lo que a su vez incrementa la rigidez.²²

Una preocupación destacada en la política actual es la tendencia de las burocracias a expandir y extender continuamente su poder sobre la población. Desde esta perspectiva, se las ha descrito como un fenómeno cultural y político profundamente arraigado en la vida moderna; sistemas violentos que se basan en amenazas implícitas de fuerza, donde las normas se sustentan en la coerción, aunque rara vez se ejerza.²³ Contrariamente a la promesa de desregulación, se ha afirmado que las reformas neoliberales producen más normas y burocracia, especialmente en los sectores de finanzas, educación y salud.

¹⁸ Por ejemplo, Piketty T (2014) El capital en el siglo XXI. Cambridge, MA: Harvard University Press; Saez E (2021) Economía pública y desigualdad: Descubriendo nuestra naturaleza social. AEA Papers and Proceedings 111: 1–26 <https://doi.org/10.1257/pandp.20211098>

¹⁹ Weber M (1922/1978). Economía y sociedad: Un esbozo de sociología interpretativa. Roth G & Wittich C (Eds). University of California Press. <https://sociologiac.net/2023/10/22/economy-and-society-max-weber/>

²⁰ Blau PM (1956). La burocracia en la sociedad moderna. Nueva York: Random House.

²¹ Báculo M (1963). El fenómeno burocrático. París: Seuil.

²² Ibídem.

²³ Graeber D (2015). La utopía de las reglas: sobre tecnología, estupidez y las alegrías secretas de la burocracia. Brooklyn: Melville House.

La burocracia, a través de mecanismos de mercado, termina creando nuevas capas burocráticas, a menudo más complejas que antes. Si bien proporciona una ilusión de equidad y previsibilidad, esta mayor complejidad frena la creatividad y la espontaneidad.²⁷

Nueva Gestión Pública (NGP)

La Nueva Gestión Pública (NGP) se refiere a un conjunto de reformas administrativas surgidas en las décadas de 1970 y 1980, con el objetivo de modernizar la gobernanza del sector público mediante la adopción de principios y técnicas de la gestión privada. Enfatiza la eficiencia, la medición del desempeño y los mecanismos orientados al mercado, como la reducción del sector público, la privatización y la desregulación, la competencia y la contratación. La NGP aboga por separar la formulación de políticas de la prestación de servicios, introducir la autonomía gerencial y fomentar una cultura de resultados y rendición de cuentas. Estas reformas buscaban abordar algunas de las ineficiencias inherentes a las burocracias tradicionales descritas anteriormente, incluyendo la necesidad de restablecer la primacía del gobierno representativo sobre ellas.²⁸

Muchas organizaciones públicas, incluida la OMS, adoptan de hecho una combinación de jerarquía burocrática y herramientas de la Nueva Gestión Pública (por ejemplo, indicadores de desempeño, contratos), creando sistemas "neoburocráticos". Estos últimos, idealmente, pueden combinar las fortalezas de ambos modelos, pero también pueden heredar sus debilidades.

El principio de subsidiariedad

Los riesgos de centralización y expansión inexorable de normas y reglamentos pueden mitigarse, y dichas normas, en teoría, adquieren mayor legitimidad democrática, al acercar la toma de decisiones a aquellos a quienes se pretenden afectar. Este principio de *subsidiariedad* es fundamental para la legitimidad democrática —en última instancia, para garantizar que los derechos de las personas se vean reflejados en las normas y reglamentos que las rigen— en cualquier nivel de gobierno. Reviste especial relevancia para organizaciones internacionales como una OHI, que no está vinculada a un único gobierno representativo (por ejemplo, un gobierno nacional) y, por lo tanto, tiene menor autoridad legítima desde la perspectiva de los derechos humanos básicos. En consecuencia, resulta crucial delimitar las competencias de una OHI, especialmente en comparación con los gobiernos nacionales y otros organismos más representativos.

En política, la idea de subsidiariedad significa “*el principio de que una autoridad central debe tener una función subsidiaria, realizando solo aquellas tareas que no pueden realizarse a un nivel más local*”.²⁹ Según ese principio, “*la autoridad debería pertenecer presuntamente a la entidad que representa a los 'más afectados' por su ejercicio y que es capaz de abordar los problemas subyacentes*”.³⁰ Es un principio moral destinado a alcanzar el bien común que va más allá de la mera descentralización del gobierno.³¹ Por lo tanto, es fundamental para cualquier debate sobre la gestión de la salud pública internacional, y el diseño y los límites de las instituciones (y sus burocracias) que se desarrollan para apoyarla.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Aucoin P (1990) Reforma administrativa en la gestión pública: paradigmas, principios, paradojas y Péndulos. *Gobernanza* 3(2): 115-137. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.1990.tb00111.x>; Hood C (1991) ¿Una gestión pública para todas las estaciones? *Administración Pública* 69 (Primavera): 3-19. <https://eclass.b.uoa.gr/modules/document/file.php/PSPA108/4NMP%20all%20seasonsfulltext.pdf>; Pollitt C (1990) *Gerencialismo y servicios públicos: La experiencia angloamericana*. Oxford: Basil Blackwell. https://books.google.be/books/about/Managerialism_and_the_Public_Services.html?id=0oB9QgAACAAJ&redir_esc=y

²⁹ Oxford Living Dictionaries (sin fecha, consultado el 16 de octubre de 2025) Definición de subsidiariedad en inglés por Oxford. <https://web.archive.org/web/20190410171950/https://en.oxforddictionaries.com/definition/subsidiarity>

³⁰ Da Silva M (2023) Subsidiariedad y asignación de poderes gubernamentales. *Revista canadiense de derecho y Jurisprudencia*. 36(1):83-111. <https://doi.org/10.1017/cjlj.2022.26>, ver: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-law-and-jurisprudence/article/subsidiarity-and-the-location-of-governmental-powers/BEE3E85CFF77B4226CBAD4F01D23D564>

³¹ Drew J, Grant B (2017) Subsidiariedad: Más que un principio de descentralización: una perspectiva desde el ámbito local Gobierno. *Publius: The Journal of Federalism*. 47(4): 522–545, <https://doi.org/10.1093/publius/pjx039>

I.4. OTROS TÉRMINOS Y CONCEPTOS
CLAVE UTILIZADOS EN ESTE INFORME

La Tabla I.2, que aparece a continuación, es un recuadro que explica los demás términos y conceptos clave que se utilizan en este informe.

Tabla I.2 – Definiciones y explicaciones de los términos y conceptos clave utilizados en este informe.

Definir y comprender conceptos clave
Salud Este documento adopta la definición de salud de la OMS (en el preámbulo de su constitución de 1946): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia». ³² Estos tres aspectos del bienestar no son independientes entre sí y aquí se consideran de igual importancia.
Enfermedades (y sus tratamientos) Una definición típica, aquí del Diccionario Oxford de la Lengua Inglesa, describe la enfermedad como: “<i>una alteración o deterioro de la función (y a menudo también de la estructura) del cuerpo, una parte del cuerpo o la mente</i>”. ³³ Las definiciones suelen añadir “<i>que se manifiesta típicamente mediante signos y síntomas distintivos</i>”. ³⁴ Los signos son cambios físicos detectables (p. ej., fiebre, masa), los síntomas son cambios en la sensación que se refieren (p. ej., dolor, náuseas). Las enfermedades pueden surgir como resultado de una influencia externa, como una infección por un microorganismo o una intoxicación, o debido a una alteración del metabolismo u otro proceso o estructura dentro del cuerpo que surge de novo. Las enfermedades se dividen comúnmente en enfermedades infecciosas (transmisibles) (causadas por un agente como un virus o un microbio) y enfermedades no transmisibles (ENT). No son completamente distinguibles: por ejemplo, algunas infecciones virales pueden favorecer ciertos tipos de cáncer (como el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino). A su vez, las ENT, como la diabetes mellitus, pueden provocar infecciones más frecuentes y graves debido al deterioro del sistema inmunitario. Por lo tanto, los dos enfoques comunes para el estudio de las enfermedades —la «teoría del terreno», que enfatiza la condición subyacente del huésped, y el enfoque pasteuriano, que se centra en el organismo infeccioso— no son mutuamente excluyentes, y ambos son importantes para la prevención y el manejo de las enfermedades, constituyendo así aspectos fundamentales de cualquier estrategia de salud pública. La génesis, la gravedad y el resultado de una enfermedad están influenciados por la naturaleza de la alteración de la función normal, el estado del cuerpo cuando surge y la respuesta del cuerpo a ella. La capacidad de resistir o responder depende de una serie de factores, entre ellos: estado nutricional y metabólico, genotipo, exposición previa (por ejemplo, inmunidad) y factores psicológicos y sociales.
Salud pública La salud pública consiste en acciones colectivas dentro de la sociedad destinadas a mejorar los resultados de salud. C. E. A. Winslow la definió en 1920 como «<i>la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y</i>

³² Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

³³ Diccionario Oxford de Inglés (sin fecha, consultado el 16 de octubre de 2025) Definición de enfermedad en inglés por Oxford Dictionaries. https://www.oed.com/dictionary/disease_n

³⁴ Brave (sin fecha, consultado el 16 de octubre de 2025) Definición de enfermedad en inglés. <https://search.brave.com/search?q=disease+definition&source=desktop>

*promover la salud mediante los esfuerzos organizados y las decisiones informadas de la sociedad, las organizaciones, las comunidades públicas y privadas y los individuos».*²³ Esta definición se suele abreviar (a veces atribuida a la OMS) como «el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad».²⁴ El Instituto de Medicina de Estados Unidos ha publicado otra definición ampliamente utilizada: «Esencialmente, se refiere a intervenciones a nivel poblacional que tendrán un impacto en los resultados de salud individuales».²⁵ Estas definiciones son complementarias y coherentes con el uso del término en este informe.

Salud pública internacional, salud global

En este informe, los términos «salud pública internacional», «salud internacional» y «salud global» se utilizan indistintamente. Si bien algunas fuentes sugieren sutiles diferencias entre ellos, en esencia son lo mismo: se refieren a esfuerzos que trascienden las fronteras nacionales para desarrollar, implementar y supervisar iniciativas de salud pública.

Organización Internacional de la Salud (OHI)

En este documento, la Organización Internacional de la Salud (OHS) se utiliza para designar una organización gestionada y propiedad conjunta de países (Estados), como por ejemplo un organismo de las Naciones Unidas, de lo cual la OMS es un ejemplo actual.

Por lo tanto, una OHI (Organización Internacional de Salud) como la que se analiza aquí difiere de las asociaciones público-privadas, las organizaciones no gubernamentales o las agencias de salud de un Estado específico.

Brotes, epidemias y pandemias

Las definiciones exactas de estos términos varían, y aquí se utilizan en un sentido general con respecto a las enfermedades infecciosas de la siguiente manera.

Brote: Un aumento localizado de la infección por un patógeno (o una enfermedad inducida por un patógeno) significativamente superior al nivel normal.

Epidemia: Sinónimo de brote, pero que se aplica comúnmente cuando el número de casos en un área geográfica es elevado.

Pandemia: Una epidemia que traspasa fronteras entre países, generalmente involucrando a muchos países. No implica gravedad clínica.

Estados y soberanía estatal

El significado, los derechos y los deberes de los Estados en el derecho internacional se establecen en la Convención de Montevideo de 1933.²⁶ Un Estado debe tener: a) una población permanente; b) un territorio definido; c) un gobierno; y d) capacidad para entablar relaciones con otros Estados. (Artículo 1). Un Estado al que se refiere este informe es un Estado autónomo e independiente (es decir, Entidad soberana y geográficamente definida,

²³ Escuela de Salud Pública de Rutgers (sin fecha). "¿Qué es la salud pública?" <https://sph.rutgers.edu/about/what-publichealth>

²⁴ Salud Pública del NHMRC. Consultado en 2026. <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/public-health>

²⁵ Instituto de Medicina. El futuro de la salud pública. Washington (DC): The National Academies Press; 1988. <https://www.nationalacademies.org/publications/1091>

²⁶ Convención de Montevideo sobre los Derechos y Deberes de los Estados (1933). Firmada el 26 de diciembre de 1933, entró en vigor.

26 de diciembre de 1934. <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/LON/Volume%20165/v165.pdf>

en consonancia con el concepto westfaliano de Estados-nación y el de las Naciones Unidas, cuyo gobierno representa a la población dentro de sus fronteras en el contexto de los asuntos internacionales. La soberanía estatal es importante porque el Estado es el mecanismo mediante el cual los individuos pueden expresar su soberanía al contribuir a su propia gobernanza y al relacionarse con comunidades de otros Estados. Los Estados suelen dividirse según un espectro de ingreso nacional bruto per cápita, como por ejemplo, países de ingresos altos, medios-altos, medios-bajos o bajos. El Banco Mundial proporciona una lista actualizada periódicamente basada en estos criterios.²⁷ En lo que respecta a la salud pública internacional, los países de bajos ingresos suelen tener una carga mucho mayor de enfermedades infecciosas y también (aunque no exclusivamente) deficiencias nutricionales. Los servicios de salud cuentan con menos recursos, por lo que la relevancia de las organizaciones internacionales de salud para estos países es muy diferente a la de la mayoría de los países de altos ingresos. Aquí se asume que una función principal de una organización internacional de salud es reducir estas desigualdades, actuando como canal para la asistencia de países con mayores recursos a países con menores recursos para fortalecer su capacidad y reducir la necesidad de asistencia futura. No obstante, se da por sentado que todos los países tienen un estatus soberano e igualitario dentro de una organización internacional de la salud, de conformidad con la intención constitucional de la Asamblea Mundial de la Salud al gobernar la OMS.

Soberanía y derechos humanos (derechos positivos y derechos negativos)

La soberanía individual, entendida como el concepto de propiedad personal, autonomía corporal y capacidad de decisión de cada individuo en igualdad de condiciones, es un principio fundamental que sustenta las convenciones de derechos humanos posteriores a la Segunda Guerra Mundial. El IHRP adopta este concepto como base para su comprensión de los derechos humanos y, por consiguiente, para los principios éticos que sustentan la ética médica, considerándolos así uno de los principios rectores de la salud pública internacional y del funcionamiento de una OHI. Si bien la soberanía individual está ligada a los derechos humanos fundamentales o negativos (libertad frente a la coerción externa), no implica un derecho absoluto a la plena autodeterminación en todas las circunstancias. Esto se debe a que las personas viven en comunidades con otras que también poseen derechos similares, y en ciertas circunstancias, estos derechos de autodeterminación, incluido el derecho a la vida, pueden entrar en conflicto. Esto es especialmente relevante para la salud pública, donde las decisiones de una persona pueden afectar a otra. Sin embargo, como se analizará más adelante, el derecho a la autonomía corporal, a veces expresado mediante el «consentimiento informado voluntario», es un derecho negativo que no puede obviarse.

Los derechos positivos, como el derecho a ciertas cosas, en particular el derecho a la salud, son conceptos importantes en la salud pública. El preámbulo de la Constitución de la OMS de 1946 lo establece así: «El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social».²⁸ La IHRP adopta el reconocimiento común de que tales derechos, que implican la expectativa de que la sociedad proporcione bienes comunes en beneficio del individuo, son fundamentales para el funcionamiento de una sociedad justa y para promover la capacidad de las personas de vivir una vida plena y digna.

Las estructuras de gobernanza de la sociedad tienen la obligación de posibilitar el ejercicio de los derechos, tanto negativos como positivos, en una medida razonable, pero sin llegar a menoscabar la soberanía individual de sus miembros. Estas interacciones son complejas y se analizan con mayor detalle en el texto principal.

²⁷ Banco Mundial. <https://data360.worldbank.org/en/economies#by-incomegroup>

²⁸ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

PARTE II:

LAS BASES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD PÚBLICA

PARTE II

Los fundamentos de la cooperación internacional en materia de salud pública

Para determinar la estructura y función ideales de una organización internacional de la salud (OIS) concebida como eje central de la cooperación internacional en salud pública, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), es fundamental clarificar primero el papel y las limitaciones de la salud pública como disciplina o actividad dentro de la sociedad. Al igual que cualquier institución pública, está sujeta a los límites impuestos por los derechos de las personas dentro de la sociedad y de las entidades que la integran, así como a los límites que su mandato puede justificar legítimamente (por ejemplo, basándose en evidencia u opinión razonable), ética y legalmente.

La salud pública se ha definido (según la OMS) como: “el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”.²⁹ Para comprender esto en relación con sus fundamentos éticos, es importante recordar la definición de salud de la OMS: “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.³⁰ Por lo tanto, la salud pública no puede centrarse en una sola enfermedad, sino que debe abordar el riesgo de enfermedad en un contexto amplio de salud y bienestar, que abarque las influencias endógenas y exógenas que afectan la salud de las personas y sus interacciones sociales. Sin embargo, no puede asumir un papel que prevalezca sobre los intereses fundamentales de las personas que conforman las comunidades a las que pretende servir, ni actuar independientemente de otras prioridades que dichas comunidades tengan.

Esta parte (Parte II) explora los derechos humanos, los fundamentos éticos y los principios de salud pública que sustentan la disciplina de la salud pública y que, por lo tanto, deben determinar y delimitar el enfoque de una OIS, basándose en normas internacionales ampliamente aceptadas, principios jurídicos y concepciones de los determinantes de la salud. A continuación, aborda ciertos aspectos esenciales para la formación de una organización internacional. En resumen, primero deben garantizarse los derechos humanos, luego comprenderse la salud pública para generar beneficios y, finalmente, establecer

una estructura organizativa (que se desarrolla en la Parte III) para lograrlo.

II.1. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD PÚBLICA

El término «ética» se utiliza generalmente en dos sentidos relacionados. En primer lugar, como sinónimo de «moralidad»: el juicio de las acciones humanas como correctas o incorrectas, y la evaluación del carácter humano como virtuoso o vicioso. En segundo lugar, «ética» se utiliza como sinónimo de «filosofía moral», es decir, la rama de la filosofía que reflexiona sobre los principios morales y los valores en los que se fundamentan. Por su parte, la palabra «principio» proviene del latín principium, que significa «comienzo». Un principio es una fuente fundamental, una verdad fundamental o un elemento primario que sirve de base para el razonamiento y/o la acción. En la teoría moral, un principio moral articula un valor ético, es decir, un criterio para determinar el valor o la falta de valor de una acción como correcta o incorrecta, o un rasgo del carácter como virtuoso o vicioso. Así pues, los principios morales reflejan los valores morales en la práctica.

Como ocurre con todas las demás profesiones, la salud pública debe fundamentarse en principios éticos que sean defendibles desde una perspectiva racional y pragmática. Esto es esencial, ya que los seres humanos vivimos con valores, porque son ellos los que hacen que la vida sea verdaderamente humana al permitirnos elegir nuestros objetivos y los medios adecuados para alcanzarlos, al tiempo que mantenemos relaciones constructivas con aquellos con quienes interactuamos o debemos interactuar. De hecho, toda acción verdaderamente humana trasciende el mero instinto, pues está imbuida de valores: criterios que nos permiten juzgar qué cosas son valiosas y cuáles no. Por consiguiente, una ciencia desprovista de valores es incompatible con el buen funcionamiento de la sociedad y, por lo tanto, impracticable, lo cual tiene implicaciones tanto para la medicina como para la salud pública.

A continuación, presentamos una base ética para la salud pública orientada a los derechos humanos, coherente con las normas y estándares internacionales de derechos humanos ampliamente

²⁹ NHMRC Salud Pública. Consultado en 2026. <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/public-health>

³⁰ Organización Mundial de la Salud. Constitución. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

aceptados, analizados en una sección anterior, y que constituyeron la base inicial de muchas instituciones de salud pública actuales. Para ello, comenzamos con una explicación de las nociones de dignidad humana y capacidad de acción, sobre las cuales se fundamentan los derechos humanos. Posteriormente, presentamos cuatro principios de ética médica que son la base de la ética de la salud pública.

A continuación, presentamos trece principios de ética internacional de la salud pública y proporcionamos su justificación, antes de resumir esta sección.

La atención sanitaria se refiere a políticas y acciones que potencian el potencial de cada persona para vivir una vida plena, tanto física como mental y socialmente, de acuerdo con sus propias preferencias como ser humano independiente e igualitario. Apoya sus derechos fundamentales como ser humano, un ser autónomo cuyo valor es incalculable. Por ello, está intrínsecamente ligada a los derechos fundamentales con los que nacemos y solo puede funcionar dentro de este marco. Para comprender los objetivos y límites de la salud pública, es esencial, en primer lugar, comprender y desarrollar los derechos humanos fundamentales en los que opera, y cuyo apoyo constituye, en última instancia, su único fin legítimo. La aplicación internacional de los derechos humanos también tiene importantes implicaciones para la forma en que una Organización Internacional de la Salud puede, o debe, interactuar con los Estados nacionales que representan los intereses de las personas.

II.1.1. Normas y leyes de derechos humanos

Derechos humanos en la Declaración Universal, los Pactos Internacionales y otros tratados: un breve resumen de su origen.

El concepto moderno de derechos humanos tiene su origen en los filósofos de la Antigua Grecia, pasando por la Edad Media y continuando con los pensadores del Renacimiento, pero se considera ampliamente que refleja

conceptos de "derecho natural" comunes a todas las culturas humanas. Si bien estos conceptos se expresan en las constituciones revolucionarias de Estados Unidos y Francia, la codificación a nivel nacional se produjo principalmente tras la Segunda Guerra Mundial, en reacción a las atrocidades cometidas por los Estados contra individuos y sus grupos/comunidades, pero también a las aspiraciones de los pueblos colonizados. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948, no vinculante pero considerada el núcleo moral de toda la organización de las Naciones Unidas y su sistema, consagra los derechos humanos como "*un entendimiento común de estos derechos y libertades*" y "*un ideal común por el que todos los pueblos y todas las naciones pueden aspirar*".³⁰ Proclama su origen natural, su inalienabilidad y los principios de igualdad y no discriminación en los términos más solemnes.

*"Considerando que el reconocimiento de la dignidad inherente y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana es el fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo, (...) Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y han decidido promover el progreso social y mejores niveles de vida en una mayor libertad".*³¹

*"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".*³²

*Toda persona tiene derecho a todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna sobre la base de la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de que sea una persona, ya sea independiente, bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.*³³

³⁰ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

³¹ Ibídem.

³² Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 1. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

³³ Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 2. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

En este contexto, es importante priorizar la dignidad inherente del ser humano sobre los derechos. El concepto de dignidad (o valor intrínseco) e igualdad de toda persona es fundamental para el derecho internacional de los derechos humanos y para este informe. Los derechos humanos son inalienables, pero no todos son absolutos y pueden entrar en conflicto entre sí. Sin embargo, la dignidad o el valor inherente de toda persona es constante. Por ejemplo, el derecho a la vida genera la obligación de no matar; no obstante, este derecho puede verse anulado por el derecho a la legítima defensa o a la defensa de terceros. Los defensores del derecho a la vida suelen discrepar en temas controvertidos como el aborto, la eutanasia (suicidio asistido) y la pena de muerte, donde se pueden presentar argumentos para ambas posturas basados en la ética, la conciencia y aspectos arraigados de la cultura. Gestionar estas interpretaciones contrapuestas es extremadamente delicado, y a menudo resulta difícil para ambas partes mantener una posición absolutista sin reconocer, o ignorar, sus inevitables limitaciones. Ante todo, los argumentos y las disposiciones para tales ejemplos deben reconocer la dignidad humana —de la mujer, del bebé, del ser humano en cuestión— para que sus derechos sean respetados o equilibrados. De igual modo, en el sector médico, los pacientes tienen derecho a recibir atención, pero también deben reconocerse los derechos de los médicos si realizar tales actos va en contra de su conciencia. Abundan los ejemplos, todos ellos evidenciando la dificultad de gestionar los derechos humanos y la necesidad de defenderlos, tanto para uno mismo como para los demás.

Los derechos reconocidos por la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) fueron posteriormente codificados en dos Pactos jurídicamente vinculantes adoptados en 1966: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)³⁴ y el Pacto Internacional de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)³⁵. Ambos textos entraron en vigor en 1976 (el PIDCP el 3 de enero de 1976 y el PIDESC el 23 de marzo de 1976) y cuentan con una adhesión casi universal, con 167 y 172 Partes respectivamente. Los Estados que ratificaron estos textos se comprometen a respetar estos derechos y proteger a sus titulares. Los Pactos establecieron comités respectivos, compuestos por expertos independientes nominados y elegidos por los Estados Partes para un mandato renovable de cuatro años: el Comité de Derechos Humanos del PIDCP y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Además, el PIDCP está acompañado por el Protocolo Facultativo de 1966, y el PIDESC por su Protocolo Facultativo de 2008.

El Estado que opte por ser parte del Protocolo Facultativo adjunto reconoce la competencia del Comité pertinente para recibir y examinar comunicaciones de personas sujetas a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación cometida por ese Estado (procedimiento de comunicaciones). Además, los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos pueden optar por ser Partes en el Segundo Protocolo Facultativo de 1989, que tiene por objeto la abolición de la pena de muerte. Los comités también tienen la función de proporcionar interpretaciones y aclaraciones autorizadas de los textos, y examinar el cumplimiento de los Estados mediante autoinformes, denuncias (individuales e interestatales) e investigaciones directas (por iniciativa propia del Comité).

La protección de los derechos humanos se garantiza aún más mediante convenios internacionales específicos, cada uno de los cuales establece su propio Comité para apoyar y asegurar su aplicación. A continuación se enumeran otros convenios internacionales fundamentales sobre derechos humanos concluidos bajo

³⁰ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

³¹ Ibídem.

³² Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 1. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

³³ Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 2. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
[de las Naciones Unidas \(1966\) . Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York . Naciones Unidas . https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-politics-rights](https://www.who.int/about/governance/constitution)

³⁴ [Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Naciones Unidas . https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights)

los auspicios de las Naciones Unidas; la mayoría de ellos cuentan con protocolos facultativos que reconocen un procedimiento de comunicación, y algunos con protocolos con objetivos específicos.

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (CERD) - adoptada el 21 de diciembre de 1965

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada el 18 de diciembre de 1979, y su Protocolo Facultativo de 1999.

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT), adoptada el 10 de diciembre de 1984, y su Protocolo Facultativo de 2002.

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada el 20 de noviembre de 1989, y su Protocolo Facultativo de 2011 sobre un procedimiento de comunicaciones, el Protocolo Facultativo de 2000 sobre la participación de niños en conflictos armados y el Protocolo Facultativo de 2000 sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil.

Convenio Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares - adoptado el 18 de diciembre de 1990.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), adoptada el 12 de diciembre de 2006, y su Protocolo Facultativo de 2006.

Además, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada en 1919, ha desarrollado desde entonces un amplio conjunto de normas en su ámbito de competencia. Conocidas generalmente como «normas internacionales del trabajo», comprenden convenios internacionales vinculantes y recomendaciones facultativas sobre cuestiones relacionadas con el trabajo, las relaciones laborales y la política social.³⁶

En conjunto, estos tratados conforman lo que generalmente se conoce como normas y estándares

internacionales de derechos humanos. Estos se reflejan en tratados regionales diseñados para centrarse en cuestiones y culturas específicas de cada región. En Europa, el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950 y la Carta Social Europea de 1961 vinculan a 46 Estados del Consejo de Europa, mientras que la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000 abarca a 27 Estados de la UE. En América, la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura de 1985 y la Convención Interamericana sobre Desapariciones Forzadas de Personas de 1994 son fruto de la organización de los Estados americanos. Los Estados africanos cuentan con la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1990. Bienestar del niño y el Protocolo de 2003 sobre los derechos de la mujer en África.

El continente solo cuenta con la Declaración de Derechos Humanos de la ASEAN de 2012 (no vinculante) y la Convención de la SAARC de 2002 sobre la prevención y la lucha contra la trata de mujeres y niños.

Finalmente, la Liga de los Estados Árabes (Liga Árabe) adoptó la Carta Árabe de Derechos Humanos de 2004. Estos tres primeros marcos regionales se complementan con jurisdicciones de derechos humanos, a saber, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Africana de Derechos Humanos.

A nivel internacional, un sólido conjunto de instituciones y mecanismos tiene el mandato de garantizar la realización de los derechos humanos. La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, tal como se contempla en el artículo 68 de la Carta de las Naciones Unidas y creada en 1946 (sustituida por el Consejo de Derechos Humanos en 2006), desempeñó un papel fundamental en la promoción de textos y mecanismos relevantes. Actualmente, el Consejo de Derechos Humanos se basa en dos mecanismos. En primer lugar, el Examen Periódico Universal (EPU), que se encuentra en su cuarto ciclo, es un mecanismo de revisión por pares en el que cada Estado Miembro de las Naciones Unidas debe someterse a informes sobre la aplicación de los textos de derechos humanos y recibir recomendaciones de otros. En segundo lugar, 46 procedimientos especiales, integrados

³⁶ OIT, Compendio de Convenios y Recomendaciones Internacionales del Trabajo, ISBN: 978-92-2-127591-6, Ginebra, 2015, https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_norm/%40normes/documents/publication/wcms_413175.pdf

principalmente por expertos independientes, pero también por grupos de trabajo y comisiones de investigación, son designados durante sus mandatos para informar y asesorar sobre temas y países específicos. Las instituciones y los mecanismos están bajo la jurisdicción y el apoyo de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, con sede en Ginebra (Suiza).

Los derechos humanos constituyen, por tanto, un concepto jurídico sólido que reconoce los derechos de cada individuo como parte de una estructura social. Sin embargo, este concepto es político y puede politizarse, tanto a nivel internacional como nacional. Al fin y al cabo, en la intersección de la individualidad, el poder y los intereses contrapuestos, busca desafiar la soberanía nacional mediante la imposición de normas externas, independientemente de los contextos filosóficos, religiosos o culturales en los que se apliquen. Las posturas sobre las libertades civiles suelen ser criticadas por países y regiones que prefieren equilibrarlas con deberes colectivos o normas culturales. En este sentido, el concepto se ha utilizado en ocasiones como herramienta geopolítica por actores poderosos con agendas particulares.

Dignidad humana, autonomía humana y derechos humanos

Según el diccionario Merriam-Webster, el término «dignidad» se refiere a *«la cualidad o el estado de ser digno de honor o respeto»*.³⁷ Los especialistas en ética suelen distinguir entre valor extrínseco o instrumental (el valor que algo tiene por su utilidad) y valor intrínseco (el valor que algo tiene en virtud de su naturaleza). Así, para describir la dignidad humana, los filósofos suelen decir que la persona humana tiene un valor intrínseco infinito. Esto significa que el valor de la persona humana reside en sí misma y no está ligado a ningún beneficio que otros puedan obtener en sus interacciones con ella, y que este valor es tan grande que no puede cuantificarse. Como se mencionó anteriormente, el Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos comienza reconociendo la «*dignidad inherente*» de cada persona.³⁸

La dignidad humana presupone la capacidad de acción humana. Un agente es un ser con capacidad para actuar. En consecuencia, «capacidad de acción» se refiere al

ejercicio de esta capacidad, y «capacidad de acción humana» denota esta capacidad ejercida por la persona humana con su habilidad para razonar, es decir, para formular afirmaciones y aportar pruebas que las respalden. De esta habilidad surge la intencionalidad, es decir, la acción basada en objetivos que una persona elige para sí misma. La persona humana, en virtud de su dignidad, ejerce su capacidad de acción de una manera distintivamente humana.

Una característica de la capacidad de acción humana es la capacidad de conocer. Esto se debe a que es imposible ejercerla sin la habilidad de realizar actividades intelectuales que permitan evaluar diferentes opciones y elegir una entre ellas.

Además, la dignidad humana es la base de los derechos humanos: aquellos derechos que todo ser humano posee en virtud de su humanidad. En el centro de estos derechos se encuentra el derecho del individuo a determinar el rumbo de su propia vida, lo cual abarca una amplia gama de cuestiones, incluyendo los medios para ganarse la vida, el tipo de sociedad política en la que se desea vivir y el tipo de sistema de salud que se considera aceptable. Así pues, desde la perspectiva de la dignidad humana, el discurso sobre los derechos humanos se centra en la obligación de respetar el derecho de la persona a ejercer su autonomía sin restricciones.

En resumen, la orientación hacia los derechos humanos en la ética médica y la ética de la salud pública se basa en la convicción de que todo ser humano está dotado de un valor intrínseco infinito, generalmente denominado «dignidad humana». Junto con la idea de dignidad humana se encuentra la noción de capacidad de acción: la capacidad de la persona para actuar desde su propia perspectiva. Desde su fundación, las Naciones Unidas se comprometieron a respetar y proteger la dignidad humana, la capacidad de acción y los derechos humanos. Entre los objetivos de las Naciones Unidas, enunciados en el Preámbulo de su Carta fundacional, se encuentran:

*“reafirmar la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de naciones grandes y pequeñas, ..., promover el progreso social y mejores niveles de vida en una mayor libertad, ...”*³⁹

³⁷ Diccionario Merriam- Webster (2026) . <https://www.merriam-webster.com/dictionary/dignity>

³⁸ ONU (2026) , 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

³⁹ Carta de las Naciones Unidas: Preámbulo. <https://www.un.org/en/about-us/uncharter/preamble>

En plena consonancia con estas concepciones modernas de los derechos humanos, pero anteriores a ellas, se derivan los principios de la ética médica que constituyen la base de la ética de la salud pública.

Derechos humanos universales

¿Pueden los derechos humanos ser jerárquicos?

Como se mencionó anteriormente, los derechos humanos pueden entrar en conflicto, lo que exige un juicio de valor sobre cómo se defienden. Un ejemplo claro en salud pública es el conflicto, frecuentemente debatido, entre la defensa de la autonomía corporal y el derecho a rechazar una intervención médica, y el interés de otros en no poner en riesgo su salud al exponerse a un daño (por ejemplo, en el caso de un brote de enfermedad infecciosa). ¿Pueden algunos derechos ser más importantes o superiores a otros?

La pregunta anterior suscita debates apasionados e interminables. Algunos derechos parecen cruciales simplemente porque, desde una perspectiva cartesiana, definen la humanidad; por ejemplo, la libertad de pensamiento, de conciencia y de opinión. Desde el punto de vista de la dignidad humana, algunos académicos defienden un mínimo de derechos sociales, al menos para la supervivencia, con o sin asistencia social.⁴⁰ Para ellos, el derecho a la vida carecería de sentido sin los derechos a la alimentación, el agua, la vivienda, el trabajo y un medio ambiente sano. Otros, en cambio, no llegan tan lejos, temiendo que reconocer ese mínimo pudiera perjudicar más que beneficiar a las personas en cuestión.⁴¹

Para la ONU, no existe una jerarquía de derechos humanos. La Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968 (Teherán, Irán) destacó la «indivisibilidad» de los derechos humanos y las libertades fundamentales.⁴² La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993 (Viena, Austria) fue mucho más allá al proclamar la « universalidad, indivisibilidad,

interdependencia e interrelación » de todos y cada uno de los derechos humanos.⁴³

“5. Todos los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos a nivel mundial de manera justa e igualitaria, en igualdad de condiciones y con la misma importancia. Si bien deben tenerse en cuenta las particularidades nacionales y regionales, así como los diversos contextos históricos, culturales y religiosos, es deber de los Estados, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Esta línea de interpretación, sin duda bienintencionada, constituyó una tendencia dominante probablemente porque se ajusta a la mayoría de las partes interesadas (discursos del Estado, demandas de activistas y defensores). Tiene el mérito de no descuidar un derecho o conjunto de derechos en particular. Sin embargo, oculta problemas reales tanto en la teoría como en la práctica, e incluso podría socavar la importancia de ciertos derechos que de otro modo se considerarían inviolables.

Si bien la indivisibilidad sostiene que todos los derechos son igualmente importantes, es innegable que algunos, independientemente de cómo se seleccionen, son más importantes que otros. Después de todo, el artículo 4.2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) contiene una lista de derechos irrenunciables incluso en situaciones de emergencia. Esto es similar al concepto de *jus cogens* en el derecho internacional, que se refiere a principios y normas imperativos que ningún Estado debe violar (prohibición de la esclavitud, el genocidio y los actos de agresión y el uso ilegal de la fuerza). Esto no significa que no exista, ni vaya a existir, violación de las normas de *jus cogens*. Significa que los Estados tienen el deber de reflexionar seriamente antes de quebrantarlas, y la gran responsabilidad de explicar sus acciones y emprender

⁴⁰ Koji Teraya. Jerarquía emergente en los derechos humanos internacionales y más allá: desde la perspectiva de los derechos irrenunciables. IL (2001), vol. 12, n.º 5, págs. 917-941.

⁴¹ Jacob Mchangama. Legalizar los derechos económicos y sociales no ayudará a los pobres. 29 de julio de 2014 (<https://www.opendemocracy.net/en/openglobalrights-openpage/legalizing-economic-and-social-rights-wont-help-poor-0/>).

⁴² Naciones Unidas, Proclamación de Teherán, Acta Final de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, Del 22 de abril al 13 de mayo de 1968, Doc. ONU A/CONF. 32/41, pág. 3 (1968), párr. 13 (Proclamación de Teherán)

⁴³ Naciones Unidas, Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, 25 de junio de 1993, párrafo 5 (Declaración de Viena y Programa de Acción)

esfuerzos para mitigarlas. En la práctica, todos los países también establecen prioridades en función de razones prácticas, incluidos los recursos humanos y financieros, lo que inevitablemente conlleva concesiones. Por lo tanto, se ha instado a matizar o reemplazar la noción de indivisibilidad.⁴⁴

Si bien la interdependencia sugiere que los derechos se refuerzan mutuamente y justifican una supervisión rigurosa de su aplicación, los críticos señalan que las realidades económicas suelen alterar esta dinámica. Por ejemplo, los derechos económicos pueden prevalecer sobre los derechos civiles si las circunstancias así lo exigen en una zona de conflicto. Ciertos derechos, al no coincidir con los valores culturales o religiosos, especialmente en las tradiciones liberales no occidentales, pueden ser objeto de una defensa y aplicación selectivas por parte de Estados poderosos por razones geopolíticas.

La amplia y prolongada abrogación de los derechos humanos durante la crisis de la Covid-19 ha demostrado que los gobiernos y las instituciones de salud pública pueden priorizar los derechos de un pequeño grupo vulnerable (personas mayores con comorbilidades) por encima de los derechos del resto de la sociedad; de hecho, no todos los derechos fueron considerados inviolables. Los derechos de los niños a la educación, el derecho al trabajo, a la vida familiar y a la autonomía corporal fueron ampliamente abrogados por los confinamientos y los mandatos de vacunación en muchos países, incluso para grupos vulnerables como las mujeres embarazadas, ostensiblemente para proteger a los más vulnerables a la Covid-19.

La postura promovida por la OMS en las negociaciones del Acuerdo sobre la Pandemia⁴⁵ implica, por definición, la abrogación de una amplia gama de derechos humanos, pero exige una priorización generalizada y el cumplimiento por parte de la sociedad para alcanzar una única prioridad, en lugar de dejar que los individuos y las comunidades determinen las suyas. Esto pone de manifiesto la incongruencia del enfoque de universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de la conferencia de Viena de 1993. Puede ser necesario seleccionar entre derechos. Sin embargo, los derechos fundamentales relacionados con la autonomía y la capacidad de acción humana exigen lógicamente que sean los individuos, o los Estados y sus órganos

representativos, quienes definan a los beneficiarios, basándose en consideraciones de costos y beneficios en contextos locales, mediante la toma de decisiones políticas y sus consecuencias democráticas. Esto debe proceder sobre la base de que ciertos derechos negativos no sean derogables, y que los derechos positivos subsidiarios se salvaguarden en función del contexto local.

Clasificaciones de los derechos humanos

Para abordar la necesidad de elegir entre derechos humanos y, por lo tanto, establecer una jerarquía, los académicos clasifican los derechos humanos en categorías, aunque estas distinciones no son absolutas ni perfectas y no han sido reconocidas formalmente. Existen dos distinciones comunes basadas en la necesidad, o la ausencia, de implementar políticas y regulaciones: derechos negativos frente a derechos positivos, y a través de la naturaleza de los derechos (generaciones de derechos). Cada una tiene su propia utilidad y sus limitaciones.

Derechos positivos y negativos

En primer lugar, los derechos humanos pueden distinguirse entre derechos negativos y positivos. Los derechos negativos exigen que otros, incluidos los Estados, se abstengan de interferir en las acciones del individuo. Incluyen derechos y libertades *fundamentales* ampliamente reconocidos (derechos civiles y políticos), como el derecho a la vida, la libertad de expresión, la libertad de religión y el derecho a la privacidad, que requieren que otros, incluidos los Estados, proporcionen ciertos servicios o beneficios a los titulares de estos derechos para que puedan ejercerlos. En su mayoría, abarcan derechos económicos, sociales y culturales, como los derechos a la educación, la alimentación y la vivienda. El «derecho humano a la salud» es un derecho positivo. Cabe destacar que no todos están de acuerdo con la distinción entre derechos positivos y negativos, y mucho menos con su utilidad. De hecho, muchos países optaron por legislar los límites y alcances de cada derecho humano, incluidos aquellos considerados sagrados o generalmente inviolables, por motivos de tradición, orden, fe o comunidad. En sociedades verdaderamente libres, argumentarían los libertarios, los derechos positivos no existen a menos que se creen mediante un contrato.

⁴⁴ James W. Nickel, "Repensando la indivisibilidad: hacia una teoría de las relaciones de apoyo entre los derechos humanos", *Human Rights Quarterly* 30 (2008) 984-1001.

⁴⁵ OMS. Acuerdo de la OMS sobre la pandemia. 20 de mayo de 2025.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1.en.pdf

Generaciones de derechos humanos

En segundo lugar, los derechos humanos pueden clasificarse por generaciones. Los derechos civiles y políticos conforman la primera generación; los derechos económicos, sociales y culturales, la segunda. Por lo tanto, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) recoge los derechos de la primera generación, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), los de la segunda.

La tercera generación de derechos humanos, aunque ampliamente debatida e incluso reconocida en textos declarativos, no goza de amplio apoyo. Generalmente, abarcan derechos de solidaridad o colectivos, como el derecho a la paz, el derecho a un medio ambiente sano o el derecho al desarrollo. A diferencia de los derechos de primera y segunda generación, rara vez están consagrados en las leyes nacionales (con la excepción del derecho a un medio ambiente sano). Estos derechos se caracterizan por la falta de definiciones legales precisas y la falta de claridad con respecto a los titulares de los derechos, lo que dificulta enormemente su aplicación.

Su dimensión colectiva genera complejidades adicionales en su interpretación. El derecho al desarrollo podría requerir una redistribución de la riqueza por parte de los países ricos o con abundantes recursos, pero es improbable que se aprueben propuestas comunitarias de este tipo. El derecho a un medio ambiente sano podría tener sentido a un nivel manejable y cuando la identificación de usuarios y contaminadores sea clara, pero se vuelve controvertido a nivel interestatal cuando la evidencia científica no es convincente o cuando cierto nivel de contaminación puede ser una necesidad económica en algunos Estados para garantizar otras prioridades o derechos. Por estas razones, quizás este concepto debería denominarse aspiraciones, en lugar de derechos.

Ninguno de estos Pactos de 1966 establece la distinción de generaciones. Sin embargo, los textos respectivos

contienen una diferencia importante en sus inicios. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que:

*“Cada Estado Parte en el presente Pacto se compromete a respetar y garantizar a todas las personas que se encuentren en su territorio y estén sujetas a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.*⁴⁶

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que:

*“1. Cada Estado Parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, individualmente y mediante asistencia y cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de sus recursos disponibles, con miras a lograr progresivamente la plena realización de los derechos reconocidos en el presente Pacto por todos los medios apropiados, incluyendo en particular la adopción de medidas legislativas”.*⁴⁷

Asimismo, permite que “los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, puedan determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a los no nacionales”.⁴⁸ En consecuencia, se entiende que los Estados tienen la obligación de respetar y defender los derechos de primera generación casi sin excepción (salvo las excepciones previstas en el artículo 29.2 de la DUDH y los artículos pertinentes del PIDCP), y que los derechos de segunda generación se “realizarían progresivamente” en función de los medios y recursos nacionales disponibles. Los derechos de tercera generación plantean múltiples problemas técnicos en cuanto a su definición, aplicación, justiciabilidad y control, por lo que no deben prevalecer sobre otros derechos.

⁴⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Artículo 2 (1). Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-politics-rights>

⁴⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Artículo 2 (1). Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

⁴⁸ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Artículo 2 (3). Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

Limitaciones de los derechos humanos: derechos derogables y no derogables

El debate sobre si los derechos humanos deben o no limitarse refleja una tensión entre la visión idealista de los derechos naturales, por un lado, y la visión práctica de garantizar la seguridad y el orden público, por el otro. Los argumentos en contra de las limitaciones lamentan la erosión de los imperativos morales, los riesgos reales de abusos por parte de los Estados y la falta de rendición de cuentas de estos. Por el contrario, quienes están a favor de algunas limitaciones reconocen la necesidad de garantizar el orden público y la seguridad humana. Sin embargo, aquellas que resaltan la necesidad de conciliar con las normas sociales o culturales son mucho menos toleradas (por ejemplo, la poligamia) y pueden estar prohibidas por el derecho internacional (por ejemplo, la esclavitud, la tortura, la mutilación genital femenina). En consecuencia, este debate sostiene que el respeto a los derechos humanos debe ser el principio, y su limitación, la excepción.

Limitaciones generales por motivos de "emergencia pública", "orden público", "moral" y "salud pública"

Si se acepta el origen natural de los derechos humanos, resulta difícil aceptar que un soberano pueda limitarlos en circunstancias normales. Sin embargo, ante una amenaza externa o interna, es legítimo que una nación exija cierto grado de cohesión social. Los procedimientos para el ejercicio de poderes de emergencia se describen sistemáticamente en los textos constitutivos nacionales. De este modo, los tratados de derechos humanos han introducido esta idea con facilidad. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) reconoce que los Estados pueden imponer limitaciones a los derechos humanos mediante reglamentos legales en dos situaciones: i) para respetar los derechos y libertades de los demás, y ii) para satisfacer las justas exigencias de la moral, el orden público y el bienestar general de la sociedad (Artículo 29.2). Especifica dos tipos de limitaciones: una limitación general de todos los derechos civiles y políticos, con pocas excepciones de derechos inderogables, en caso de emergencia pública, y una limitación específica de derechos concretos por otros

motivos, como la salud pública.

En cuanto a la limitación general, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos permite a los Estados restringir algunos derechos civiles y políticos *"en caso de emergencia pública que amenace la vida de la nación"* (Artículo 4), mientras que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no incluye una disposición sobre excepciones.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Artículo 4:

"1. En caso de emergencia pública que amenace la vida de la nación y cuya existencia sea proclamada oficialmente, los Estados Partes en el presente Pacto podrán adoptar medidas que deroguen sus obligaciones en virtud del presente Pacto en la medida estrictamente necesaria para las exigencias de la situación, siempre que tales medidas no sean incompatibles con sus demás obligaciones en virtud del derecho internacional y no impliquen discriminación únicamente por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social."

*2. No se podrá hacer ninguna excepción a los artículos 6, 7, 8 (párrafos 1 y 2), 11, 15, 16 y 18 en virtud de esta disposición".*⁴⁹

Esto refleja una redacción similar en el artículo 29 de la DUDH:

"1. Cada persona tiene deberes para con la comunidad, en la cual únicamente es posible el libre y pleno desarrollo de su personalidad."

2. En el ejercicio de sus derechos y libertades, toda persona estará sujeta únicamente a las limitaciones que determine la ley con el único fin de asegurar el debido reconocimiento y respeto de los derechos y libertades de los demás y de satisfacer las justas exigencias de la moral, el orden público y el bienestar general en una sociedad democrática."

3. Estos derechos y libertades no podrán ejercerse en ningún caso en contra de los propósitos y principios de

⁴⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-politics-rights>

Es importante destacar que del artículo 4.2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), así como de otras disposiciones específicas, surge una lista de derechos inderogables en situaciones de emergencia pública: derecho a la vida (artículo 6), libertad frente a la tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o experimentación médica o científica sin consentimiento (artículo 7), libertad frente a la esclavitud o servidumbre involuntaria (artículo 8), derecho a no ser encarcelado por deudas contractuales (artículo 11), derecho a no ser condenado ni sentenciado a una pena más severa en virtud de legislación penal retroactiva (artículo 15), derecho al reconocimiento como persona ante la ley (artículo 16) y libertad de pensamiento, conciencia y religión (artículo 18). Además, para los 91 Estados Partes en el Segundo Protocolo Facultativo del PIDCP, la abolición de la pena de muerte es inderogable. En 2011, el Comité de Derechos Humanos señaló que la libertad de opinión tampoco es derogable.⁵¹

Si bien la excepción suele estar bien delimitada (al tratarse de una situación que amenaza la vida o la supervivencia de la nación), en la práctica no suele ser difícil encontrar justificaciones para ello, sobre todo con fines políticos. Para una delimitación más clara, los Principios de Siracusa de 1985 sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (directrices interpretativas no vinculantes elaboradas por la Comisión Internacional de Juristas) definieron la emergencia pública como una situación que:

*“a) afecta a toda la población y a la totalidad o parte del territorio del Estado; y b) amenaza la integridad física de la población, la independencia política o la integridad territorial del Estado o la existencia o el funcionamiento básico de las instituciones indispensables para garantizar y proteger los derechos reconocidos por el Pacto”.*⁵²

La Observación General n.º 29 del CCPR sobre el artículo 4 (2001) aclara los requisitos legales y materiales para los

- *“Las medidas que derogan las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos deben ser de carácter excepcional y temporal. Antes de invocar el artículo 4, deben cumplirse dos condiciones fundamentales: la situación debe constituir una emergencia pública que amenace la vida de la nación; y el Estado debe haber proclamado oficialmente el estado de emergencia”* (párr. 2).

- *“No toda perturbación o catástrofe califica como una emergencia pública que amenace la vida de la nación”* (párr. 3).

- *«Las medidas excepcionales deben limitarse a lo estrictamente necesario para cumplir con las exigencias de la situación, en cuanto a la duración, el alcance geográfico y el ámbito material del estado de emergencia y de cualquier medida excepcional adoptada a causa de la misma. La obligación de limitar las excepciones a las estrictamente necesarias para cumplir con las exigencias de la situación refleja el principio de proporcionalidad común a las facultades de excepción y limitación»* (párr. 4).

- *“El hecho de que algunas de las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se hayan enumerado en el artículo 4.2 como no sujetas a derogación no significa que otros artículos puedan ser objeto de derogaciones a voluntad, incluso cuando exista una amenaza para la vida de la nación”* (párr. 6).

- *“Las medidas derogatorias no implican discriminación únicamente por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social”* (párr. 8).

- *“Ninguna medida derogatoria podrá ser incompatible con las demás obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional, en particular con las normas del derecho internacional humanitario”*

⁵⁰ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

⁵¹ CCPR, Observación general n.º 34 sobre el artículo 19, CCPR/C/GC/34, 29 de julio de 2011, <https://docs.un.org/en/CCPR/C/GC/34>

⁵² Principios de Siracusa (abril de 1985), párr. 39. <https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles ICCPR - legal - submission - 1985 - eng.pdf>

⁵³ Observación general n.º 29 del CCPR sobre el artículo 4, CCPR/C/21/Rev.1/Add 11, 31 de agosto de 2011 https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F21%2FRev.1%2FAdd.11&Lang=en

(párr. 9), y con las normas imperativas del derecho internacional” (párr. 10).

- “La invocación del artículo 4 no puede utilizarse como justificación para eximir al Estado y a los individuos que actuaron bajo la autoridad del Estado de responsabilidad por la comisión de crímenes de lesa humanidad” (párr. 12).
- “Deben adoptarse medidas de salvaguardia, especialmente en lo que respecta a los derechos irrenunciables” (párrs. 15, 16).

Al comienzo de la crisis de la Covid, el Comité Permanente de los Derechos Civiles y Políticos (CCPR) emitió una declaración “sobre las excepciones al Pacto en relación con la pandemia de Covid-19”,⁵⁴ reconociendo que los Estados partes pueden invocar el Artículo 4 para recurrir al uso de poderes de emergencia de forma temporal. Todos los demás Comités de los tratados fundamentales de derechos humanos también publicaron sus declaraciones (algunos conjuntamente con un relator especial, véase el documento recopilado).⁵⁵ Además, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) publicó la guía sobre “Medidas de emergencia y Covid-19”⁶⁹ basada en la Observación General n.º 29 del CCPR. Para los Comités, lamentablemente, se consideró aplicable la situación de emergencia que amenaza la vida del Artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), y se aceptó o fomentó la prolongación de las medidas de emergencia. Cabe destacar que se utilizó un eslogan (“nadie debe quedarse atrás”) para justificar recomendaciones incompatibles con textos anteriores. Por ejemplo, el Comité de los Derechos del Niño instó a los Estados a “garantizar que el aprendizaje en línea no exacerbe las desigualdades existentes ni reemplace la interacción entre estudiantes y docentes”.⁵⁶ Sin embargo, este resultado era inevitable, ya que los niños de bajos ingresos tienen un acceso en línea deficiente o nulo. Un eslogan no detendría la consiguiente exacerbación de las desigualdades, mientras que una clara oposición al cierre

de la enseñanza presencial sí podría haberlo hecho. En esencia, se reiteraron los seis principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad, no discriminación, interpretación estricta y carga de la justificación (las autoridades tienen la carga de justificar las restricciones a los derechos),⁷¹ pero se reconoció que los Estados son responsables de diseñar sus propios poderes de emergencia. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) incluso fue más allá al aceptar que «incluso sin declarar formalmente estados de emergencia, los Estados pueden adoptar medidas excepcionales para proteger la salud pública que pueden restringir ciertos derechos humanos». Esta postura puede resultar decepcionante para los defensores de los derechos humanos, pero refleja la necesaria naturaleza no intrusiva de las líneas de conducta de las instituciones internacionales.

Antes de marzo de 2020, el artículo 4 del PIDCP se invocaba ocasionalmente a través de un débil mecanismo de salvaguardia con respecto a la obligación de los Estados partes de notificar a sus pares a través del Secretario General de la ONU (Artículo 4.3), lo que podría exponerlos a críticas por parte de otros Estados y ONG.

Se señaló que varias naciones han invocado previamente sus disposiciones de emergencia para diversas prioridades de seguridad (por ejemplo, desastres naturales, crisis de salud pública) y obligaciones internacionales como la lucha contra el terrorismo y la biodefensa.

La «protección de la salud pública» y la «protección de los derechos y libertades de los demás» como fundamentos para las limitaciones de los derechos humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) también delimita otra categoría específica de limitaciones. Varios derechos y libertades pueden verse restringidos por el “orden público”, la “salud pública”, la “moral pública”, la “seguridad nacional”, la “seguridad pública”, los “derechos y libertades de los demás”, los

⁵⁴ CCPR/C/128/2, 24 de abril de 2020.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/COVIDstatementEN.pdf>

⁵⁵ ACNUDH, Recopilación de declaraciones de organismos de derechos humanos en el contexto de la COVID-19, septiembre de 2020. Véase https://www.ohchr.org/sites/default/files/External_TB_statements_COVID19.pdf 69

⁶⁹ ACNUDH, Medidas de emergencia y Covid-19: Orientaciones, 27 de abril de 2020.

⁵⁶ de la CRC, 8 de abril de 2020. Véase la recopilación:

⁷¹ https://www.ohchr.org/sites/default/files/External_TB_statements_COVID19.pdf 71 ACNUDH, Medidas de emergencia y Covid-19: Orientaciones, 27 de abril de 2020.

"derechos o la reputación de los demás" o las "restricciones al juicio público", conceptos que fueron definidos por los Principios de Siracusa de 1985 y confirmados y aclarados por el PIDCP.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoce la «protección de la salud o la moral públicas» y la «protección de los derechos y libertades de los demás» como fundamentos para limitar determinados derechos humanos (Artículo 18.3: libertad de manifestar la religión o las creencias. Artículo 19: derecho a la libertad de opinión y de expresión. Artículo 21: derecho de reunión pacífica. Artículo 22: derecho a la libertad de asociación). Sus interpretaciones fueron establecidas por los Principios de Siracusa y posteriormente confirmadas por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en diversas Observaciones Generales.

Tal y como se establece en los Principios de Siracusa:

“iii. orden público (ordre public)”

22. La expresión «orden público» (*ordre public*), tal como se utiliza en el Pacto, puede definirse como el conjunto de normas que garantizan el funcionamiento de la sociedad o el conjunto de principios fundamentales sobre los que se fundamenta la sociedad. El respeto de los derechos humanos forma parte del orden público (*ordre public*). iv. «salud pública»

25. La salud pública puede invocarse como fundamento para limitar ciertos derechos, a fin de permitir que un Estado adopte medidas para hacer frente a una grave amenaza para la salud de la población o de individuos de la misma. Estas medidas deben estar específicamente dirigidas a prevenir enfermedades o lesiones, o a brindar atención a los enfermos y heridos.

26. Se tendrán debidamente en cuenta las normas sanitarias internacionales de la Organización Mundial de la Salud.

v. 'moral pública'

27. Dado que la moral pública varía con el tiempo y de una cultura a otra, un Estado que invoque la moral pública como fundamento para restringir los derechos humanos, aun gozando de cierto margen de discrecionalidad, deberá demostrar que la limitación en cuestión es esencial para el mantenimiento del respeto a los valores fundamentales de la comunidad.

vii. 'seguridad pública'

33. La seguridad pública significa la protección contra el peligro para la seguridad de las personas, para su vida o integridad física, o el peligro grave para sus bienes”.⁵⁷

Estas amplias definiciones se adaptan fácilmente a los responsables de la toma de decisiones. Cualquier crisis o brote puede determinarse como una amenaza grave para la salud de la población o de sus miembros individuales, y los responsables de la toma de decisiones son entonces libres de establecer los umbrales basándose en su propia determinación de la gravedad de la crisis. La semejanza de estas y las definiciones de emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la nueva terminología de *emergencia pandémica* en el nuevo Acuerdo sobre Pandemias es notable.^{58 74} Puede que no sea función de los abogados determinar umbrales científicos o médicos, números y porcentajes en este caso. Sin embargo, el verdadero problema que surge de este tipo de definición es que el riesgo de abuso es alto. La declaración de ESPII por parte del DG de la OMS para el SARS-CoV-2 (30 de enero de 2020)⁵⁹ y las de Mpox (2022 y 2024) se referían a riesgos para la salud de un grupo pequeño y bien definido

⁵⁷ Principios de Siracusa sobre las disposiciones relativas a la limitación y la derogación de derechos contempladas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (abril de 1985), párrafos 22-33. <https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf>

⁵⁸ OMS. Acuerdo de la OMS sobre la pandemia. 20 de mayo de 2025. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1_en.pdf

⁷⁴ OMS (2024). Reglamento Sanitario Internacional (2005), [con enmiendas de 2024]. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf

⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud (2020). “La OMS declara una emergencia de salud pública de importancia internacional por el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV)”. 30 de enero de 2020. <https://www.paho.org/en/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>

(2022) y una carga de riesgo relativamente bajo y un brote geográficamente confinado (2024).⁶⁰ Esto reflejaba la mentalidad y el contexto sanitario de la época de 1950-1980, donde el RSI, adoptado por primera vez en 1951 y revisado en 1969, se consideraba vital para prevenir la amenaza transfronteriza de epidemias infecciosas graves y sujetas a cuarentena (cólera, peste, fiebre amarilla, viruela, fiebre tifoidea, fiebre recurrente), en lugar de brotes limitados y fácilmente controlables. El éxito del control internacional de enfermedades anterior se ha atribuido con frecuencia a la gestión de la OMS y al RSI, en lugar de a una mejora general de las condiciones higiénicas y la nutrición, el acceso a centros de atención primaria y antibióticos, factores que sustentan los mayores avances en los países de mayores ingresos,⁶¹ y ciertas vacunaciones infantiles. La crítica de la Asamblea Mundial de la Salud de 1995 sobre el alcance demasiado limitado del RSI condujo posteriormente a la revisión de 2005, que permitió a una sola persona —el Director General de la OMS— declarar emergencias de salud pública de importancia internacional y recomendar a los Estados que adoptaran voluntariamente medidas restrictivas, como la cuarentena de bienes y personas, el rastreo de contactos, las pruebas, los tratamientos sanitarios y la vacunación.

La agenda de biodefensa frente a los derechos humanos

Desde su mandato principal de monitorear la paz y la seguridad, las entidades de la ONU han avanzado considerablemente hacia la agenda de bioseguridad/biodefensa, debido a la preocupación por los riesgos reales que existen para la vida humana, así como para la paz y la seguridad internacional. La biodefensa se define como “acciones para contrarrestar las amenazas biológicas, reducir los riesgos biológicos y prepararse para, responder y recuperarse de incidentes biológicos, ya sean de origen natural, accidental o deliberado, y que afecten la salud humana, animal, vegetal o ambiental” (Estrategia Nacional de Biodefensa de EE. UU. de 2022). A nivel nacional, estas amenazas son reales, posiblemente transfronterizas, e implican, o al menos requieren la coordinación con, organismos de inteligencia y militares.

Las medidas de prevención y contramedida operan inevitablemente con algunas violaciones de varios derechos y libertades humanas, incluidos los derechos más básicos o negativos (libertad de circulación, derecho a la propiedad y a la privacidad) y frecuentemente incluyendo en la práctica derechos no derogables (derecho a la propiedad y a la privacidad). En un sistema ideal, el poder legislativo y el judicial tienen la responsabilidad de supervisar y limitar estas prácticas, pero en la práctica a menudo se han mostrado reacios a limitar a las autoridades nacionales en tiempos de crisis o conflicto.⁶²

La agenda internacional de biodefensa se compone de un gran número de convenios internacionales, todos los cuales exigen a los Estados que tipifiquen los delitos en su legislación y que tengan la obligación de enjuiciar o extraditar a los responsables. Ha crecido hasta abarcar textos antiterroristas, comúnmente denominados terrorismo CBRN (químico, biológico, radiológico y nuclear). Posteriormente, se añadieron protocolos a estos tratados y a otros que abordan áreas sensibles a la seguridad y que regulan las plataformas continentales y el transporte marítimo. Entre los textos más destacados se incluyen:

- Tratado sobre la No Proliferación de las Armas Nucleares (TNP) de 1968
- Convención de 1972 sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y toxínicas y sobre su destrucción (CBA) - 189 Estados Partes
- Convenio de 1979 sobre la protección física del material nuclear
- Convención de 1993 sobre la prohibición del desarrollo, la producción, el almacenamiento y la utilización de armas químicas.
- Armas químicas y su destrucción (Convención sobre las armas químicas)

⁶⁰ Bell, David y Thi Thuy Van Nguyen. “Números de mpox y *realidad*”. Instituto Brownstone. <https://brownstone.org/articles/mpox-numbers-and-reality/>

⁶¹ Shaw-Taylor, Leigh. «Introducción a la historia de las enfermedades infecciosas, las epidemias y las primeras fases del declive a largo plazo de la mortalidad». *Economic History Review* 73, n.º 3 (2020): E1–E19. <https://doi.org/10.1111/ehr.13019>; Frieden, Thomas R. “Un marco para la acción en salud pública: la pirámide del impacto en la salud”. *Revista Americana de Salud Pública* 100, n.º 4 (2010): 590–95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>

⁶² Amnistía Internacional. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2024/03/22-years-of-justice-denied/>

- Convenio Internacional de 1997 para la Represión de los Atentados Terroristas con Bombas
- Convenio Internacional para la Represión de los Actos de Terrorismo Nuclear (ICSANT) de 2005
- Convenio de 2010 sobre la represión de actos ilícitos relacionados con la aviación civil internacional (Convenio de Beijing)

Los sucesivos atentados terroristas en ciudades importantes (como Londres, París, Nairobi y Nueva York) han hecho que las sociedades sean menos resistentes a las medidas temporales y permanentes que restringen sus derechos. Las respuestas a la COVID-19 acostumbraron aún más a la población a la imposición de medidas restrictivas, como las restricciones de viaje y las órdenes de confinamiento.

La introducción del lenguaje de seguridad en la salud pública plantea, por lo tanto, riesgos reales de abusos contra los derechos humanos, ya que la salud pública se equipara a las amenazas físicas o militares a la seguridad nacional. La OMS se sumó a esta tendencia con su informe anual de 2007, «Informe mundial sobre la salud 2007: Un futuro más seguro: Seguridad sanitaria pública mundial en el siglo XXI»⁶³ (véase la sección II.3.2). Este tipo de mensajes se utilizan cada vez más para referirse a sucesos sanitarios como los brotes de enfermedades infecciosas que, a pesar de las preocupantes afirmaciones en sentido contrario,⁶⁴ en realidad causan menos muertes que en épocas anteriores, cuando simplemente se consideraban problemas de salud pública.⁶⁵ La disminución constante de la mortalidad por enfermedades infecciosas, impulsada principalmente por la mejora de las condiciones de vida, la nutrición, el saneamiento y el acceso a los antibióticos,⁶⁶ se presenta cada vez más como una grave amenaza. Eso podría justificar medidas restrictivas. Los riesgos de abuso

aumentan cuando esto es, al menos, promulgado, si no aplicado, por una OHI como la OMS, que no está sujeta a supervisión judicial o legislativa directa.

Los derechos y obligaciones de los Estados y de la OMS en relación con el derecho de los derechos humanos.

Dado que la OMS no es parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), no tiene la obligación de implementarlo. Sus derechos y obligaciones, basados en su mandato y principios operativos, son obviamente diferentes de los de los Estados. Con el mandato de *actuar como autoridad rectora y coordinadora en materia de salud internacional*, según el artículo 2 de su constitución,⁶⁷ la OMS convoca reuniones, propone normas y estándares internacionales vinculantes en materia de salud (por ejemplo, el Convenio Marco para el Control del Tabaco [CMCT] y el Reglamento Sanitario Internacional [RSI]) y recomendaciones no vinculantes, y desarrolla y promueve políticas, estrategias y buenas prácticas en materia de salud. Asimismo, desempeña un papel crucial en la recopilación y difusión de información, así como en la investigación y la asistencia técnica, con pleno respeto a la soberanía de cada Estado (a solicitud de este) (Constitución de la OMS, artículo 2). Dado que los Estados son soberanos en el marco del sistema de las Naciones Unidas, la OMS fue concebida como un organismo convocante de reuniones y una oficina de asesoramiento y apoyo. La constitución de la OMS también establece privilegios e inmunidades diplomáticas y consagra el principio de independencia (sin influencia política) para toda la organización y su personal (véase la Sección IV.3.1).

En términos generales, los Estados Partes en un tratado celebrado en el seno de la OMS están obligados por él y se espera que lo implementen de buena fe («Pacta sunt servanda» - Artículo 26, Convención de Viena sobre el

⁶³ Mundial de la Salud (2005). Reglamento Sanitario Internacional (2005). Ginebra: OMS.

<https://iris.who.int/items/3012d666-e537-4542-9f8e-6139ba78678f>

⁶⁴ Mundial de la Salud. “Seguridad sanitaria”. <https://www.who.int/health-topics/health-security>

⁶⁵ D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir-record/research-projects/1260/reevaluating-the-pandemic-reparedness-and-response-agenda-reppare>

⁶⁶ Shaw-Taylor, Leigh. «Introducción a la historia de las enfermedades infecciosas, las epidemias y las primeras fases del declive a largo plazo de la mortalidad». *Economic History Review* 73, n.º 3 (2020): E1–E19. <https://doi.org/10.1111/ehr.13019>;

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. Constitución. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution> 84 *Ibíd.*

Derecho de los Tratados).⁶⁸ ¿Puede un Estado negarse a implementar una obligación derivada de un texto vinculante de la OMS si considera que dicha obligación contraviene su legislación nacional de derechos humanos? La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados no parece permitir que los Estados invoquen su derecho interno para justificar su incumplimiento (Artículo 27). Además, podría ser un asunto delicado para los países con un sistema jurídico monista que reconoce la superioridad del derecho internacional sobre el derecho interno y, en cierta medida, la aplicabilidad directa de la disposición internacional en cuestión en el ordenamiento jurídico interno (por ejemplo, el Artículo 96 de la Constitución de España), argumentar en contra de recomendaciones inapropiadas.⁶⁹ Sin embargo, es posible que estos Estados, así como aquellos con un sistema jurídico dualista, puedan invocar la existencia de su legislación nacional de derechos humanos.

Limitaciones teóricas a los derechos humanos impuestas por la ONU y sus organismos especializados.

Los académicos suelen pasar por alto la posibilidad de que la ONU y sus agencias limiten los derechos humanos. Sin embargo, resulta útil abordar brevemente este tema en este informe, a fin de estimular el debate y proponer principios sólidos para cualquier Organización Internacional para la Salud (OIS).

El artículo 29.3 de la DUDH establece que “(l)os derechos y libertades no podrán ejercerse en ningún caso en contravención de los propósitos y principios de las Naciones Unidas”.⁷⁰ En el mismo sentido, el artículo 46 del PIDCP establece:

“Nada de lo dispuesto en el presente Pacto se interpretará en el sentido de menoscabar las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas y de las constituciones de los organismos especificados que definen las respectivas responsabilidades de los

*diversos órganos de las Naciones Unidas y de los organismos especializados con respecto a las materias tratadas en el presente Pacto”.*⁷¹

Estas salvaguardias implican que los derechos humanos y las libertades deben estar en consonancia con los propósitos y principios de las Naciones Unidas, y que los derechos civiles y políticos no deben prevalecer sobre los textos constitutivos de la ONU y sus organismos especializados, como la OMS. Con un alcance tan amplio, en teoría legalizan los abusos cometidos por instituciones a menudo impulsadas por ideologías y por intereses propios (expansión y supervivencia).

En justicia, esto se compensa con la obligación que la Carta de las Naciones Unidas impone a la ONU de promover el respeto y la observancia universales de los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como con el compromiso de los Estados de actuar para lograr dicho propósito.⁷² Esto implica que un Estado Miembro tiene la facultad de rechazar obligaciones, directrices y medidas emitidas por la ONU o sus organismos especializados que puedan conllevar una vulneración de los derechos humanos.

El artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas establece:

“Con miras a la creación de las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para unas relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto del principio de igualdad de derechos y libre determinación de los pueblos, las Naciones Unidas promoverán:

- a. niveles de vida más elevados, pleno empleo y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;*
- b. soluciones a problemas económicos, sociales, sanitarios y conexos internacionales;*

⁶⁸ Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (1969). Firmada el 23 de mayo de 1969, entró en vigor el 27 de enero de 1980. Serie de Tratados de las Naciones Unidas, vol. 1155, pág. 331.

⁶⁹ Constitución de España en inglés . https://www.constituteproject.org/constitution/Spain_2011

⁷⁰ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

⁷¹ de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos : Artículo 46. Nueva York: Naciones Unidas . <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-civil-and-politics-rights>

⁷² Naciones Unidas (1945). Carta de las Naciones Unidas: Artículos 55 y 56. <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-10>

*c. respeto universal y observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos, sin distinción de raza, sexo, idioma o religión”.*⁷³ Mientras que el artículo 56 añade:

*“Todos los Miembros se comprometen a emprender acciones conjuntas e individuales en cooperación con la Organización para el logro de los objetivos enunciados en el artículo 55”.*⁷⁴

La ONU y la OMS nacieron en el contexto específico posterior a la Segunda Guerra Mundial: *el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales*,⁷⁵ con el objetivo de que *todos los pueblos alcanzaran el máximo nivel de salud posible*.⁷⁶ Con el tiempo, como cualquier institución, han adoptado objetivos complejos para justificar las restricciones a los derechos humanos. Por ejemplo, la reducción del consumo de combustibles fósiles, supuestamente para abordar el cambio climático y lograr la descarbonización, también puede frenar el crecimiento económico, sobre todo en economías de bajos ingresos y con escasez de energía, afectando directamente la realización de los derechos sociales y económicos, al menos a corto plazo.

Como se analiza en las siguientes secciones, una organización de salud pública debe incluir en sus estatutos el principio de promover y defender los derechos y libertades fundamentales, y no al revés. Un código ético incorporado a sus estatutos debe garantizar que el liderazgo y el personal actúen con autocontrol y eviten que los objetivos políticos, o incluso los de salud, prevalezcan sobre los derechos fundamentales que constituyen la base de la relación de cualquier individuo con cualquier autoridad.

Fundamentos y limitaciones del derecho a la salud en el derecho internacional.

El derecho humano a la salud, o simplemente el derecho a la salud, está reconocido en los textos internacionales fundamentales de derechos humanos (DUDH, PIDESC) y en los tratados relacionados con grupos específicos como las mujeres, los niños y las personas con discapacidad (CEDAW, CRC, CRPD). Está consagrado en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, en los textos regionales de derechos humanos y en las constituciones nacionales. El artículo 25 de la DUDH reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye el derecho a la salud. Poco después, la Constitución de la OMS especifica que *«el nivel más alto posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano»*.⁷⁷ Posteriormente, el PIDESC adopta esta definición, pero implica que se trata de un derecho progresivo (*«lograr su plena realización»*) y enumera cuatro grupos específicos de medidas que deben adoptarse para reducir la mortalidad infantil, mejorar la higiene ambiental e industrial, prevenir y controlar las enfermedades y facilitar el acceso a la atención médica para las personas enfermas.⁷⁸ Desde 2002, el Consejo de Derechos Humanos nombra a un relator independiente sobre el derecho a la salud.

Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos

1. *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar propios, incluyendo alimentación, vestimenta, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios, así como el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra circunstancia que le impida*

⁷³ [Unidas \(1945\) . Carta de las Naciones Unidas : Artículo 55. https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-10](https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-10)

⁷⁴ [Unidas \(1945\) . Carta de las Naciones Unidas : Artículo 56. https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-10](https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-10)

⁷⁵ [\[1945 \] . Carta de las Naciones Unidas: Artículo 1\(1 \) . https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-10](https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-10)

⁷⁶ Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 1. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁷⁷ de la OMS (2026) (1946) – Preámbulo, OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁷⁸ [de las Naciones Unidas \(1966 \) . Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos : Artículo 16. Nueva York: Naciones Unidas . https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-civil-and-politics-rights](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-civil-and-politics-rights)

alcanzar sus medios de subsistencia por causas ajenas a su voluntad.

2. *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos dentro o fuera del matrimonio, gozarán de la misma protección social.*⁷⁹

Preámbulo de la Constitución de la OMS

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia.

*El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social”.*⁸⁰

Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

1. *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. *Las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena realización de este derecho incluirán las necesarias para:*

(a) *La provisión para la reducción de la tasa de mortalidad y de la mortalidad infantil y para el desarrollo saludable del niño;*

(b) *La mejora de todos los aspectos de la higiene*

ambiental e industrial;

(c) *La prevención, el tratamiento y el control de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole;*

(d) *La creación de condiciones que garanticen a todos el servicio médico y la atención médica en caso de enfermedad”.*⁸¹

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se hace eco de la Constitución de la OMS al subrayar dos aspectos complementarios de la salud: la salud física y la salud mental. Asimismo, reconoce que el derecho a la salud debe realizarse progresivamente, en función de la capacidad y los recursos del Estado, sin discriminación y en relación con otros derechos humanos. Destaca una lista de obligaciones para los Estados que es “ilustrativa y no exhaustiva”⁸². Su Comité (CESCR) adoptó la Observación General n.º 14 en el año 2000 para explicar la interpretación del derecho a la salud y las obligaciones del Estado,⁸³ incluyendo los siguientes puntos clave:

- “El derecho a la salud comprende tanto libertades como prerrogativas. Las libertades incluyen el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no sufrir injerencias, como el derecho a no ser sometido a tortura, tratamientos médicos no consentidos ni experimentación. Por el contrario, las prerrogativas incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud que garantice la igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del mayor nivel de salud posible”.⁸⁴

- “La noción de “el estándar de salud más alto alcanzable” tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas del individuo como

⁷⁹ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

⁸⁰ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁸¹ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Artículo 12. Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mecanismos/instrumentos/pacto-internacional-derechos-economicos-sociales-y-culturales>

⁸² Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14: El derecho al más alto nivel posible de salud (artículo 12). E/C.12/2000/4, párr. 7.

⁸³ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14: El Derecho al más alto nivel posible de salud (Artículo 12). E/C.12/2000/4. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>

⁸⁴ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr.

los recursos disponibles del Estado. Así, los factores genéticos, la susceptibilidad individual a la mala salud y la adopción de estilos de vida poco saludables o riesgosos pueden desempeñar un papel importante con respecto a la salud de una persona. En consecuencia, el derecho a la salud debe entenderse como el derecho al disfrute de una variedad de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para la realización del más alto nivel de salud posible.⁸⁵

- “El Comité interpreta el derecho a la salud como un derecho inclusivo que abarca no solo la atención sanitaria oportuna y adecuada, sino también los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a agua potable y segura y a un saneamiento adecuado, un suministro suficiente de alimentos seguros, nutrición y vivienda, condiciones laborales y ambientales saludables, y el acceso a educación e información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todas las decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional”.⁸⁶

- “El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles contiene los siguientes elementos interrelacionados y esenciales: i) disponibilidad de instalaciones, servicios y bienes de salud; ii) su accesibilidad física y económica sin discriminación; iii) accesibilidad a la información; iv) aceptabilidad; v) calidad”.⁸⁷

- “El derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados partes: las obligaciones de respetar, proteger y cumplir. La obligación de respetar exige a los Estados que se abstengan de interferir, directa o indirectamente, en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger exige a los Estados que

adopten medidas que impidan que terceros interfieran con las garantías del artículo 12. Finalmente, la obligación de cumplir exige a los Estados que adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otra índole adecuadas para la plena realización del derecho a la salud”.⁸⁸

- “Los Estados partes deben respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países y evitar que terceros violen ese derecho en otros países, si pueden influir en esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable”.⁸⁹

- Si bien solo los Estados son partes del Pacto y, por lo tanto, responsables en última instancia de su cumplimiento, todos los miembros de la sociedad —personas, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil, así como el sector empresarial privado— tienen responsabilidades en lo que respecta a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados partes deben proporcionar un entorno que facilite el cumplimiento de estas responsabilidades.⁹⁰

El CESCR también proporcionó orientación sobre la interpretación de los cuatro subpárrafos del artículo 12.2. En primer lugar, el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva (12.2.a) puede entenderse como la exigencia de medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso a la información y los recursos necesarios para actuar en función de dicha información. En segundo lugar,

⁸⁵ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 9.

⁸⁶ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 11.

⁸⁷ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 12.

⁸⁸ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 33.

⁸⁹ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 39.

⁹⁰ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 42.

el derecho a entornos naturales y laborales saludables (12.2.b) incluiría medidas preventivas con respecto a los accidentes y enfermedades laborales, la exigencia de garantizar un suministro adecuado de agua potable y saneamiento básico, la prevención de la exposición de la población a sustancias nocivas, la minimización de las causas de riesgos para la salud en el entorno laboral, una vivienda adecuada y el suministro de alimentos y una nutrición apropiada, y el desaliento del uso de tabaco, drogas y otras sustancias nocivas. En tercer lugar, el derecho a la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades (12.2.c) requiere el establecimiento de programas de prevención y educación para problemas de salud relacionados con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, y la promoción de determinantes sociales de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la equidad de género. El derecho al tratamiento incluye la creación de un sistema de atención médica urgente para accidentes, epidemias y riesgos para la salud, y la prestación de ayuda humanitaria y socorro en casos de desastre en situaciones de emergencia. El control de las enfermedades se refiere a los esfuerzos del Estado para poner a disposición tecnologías, utilizar y mejorar la vigilancia epidemiológica y la recopilación de datos de forma desglosada, la implementación o el fortalecimiento de los programas de inmunización y otras estrategias de control de enfermedades infecciosas. Por último, con respecto al derecho a las instalaciones, bienes y servicios de salud (12.2.d), el Comité destaca la provisión de servicios y bienes adecuados y asequibles, preferiblemente a nivel comunitario, y de tratamiento y atención de salud mental apropiados. También subraya la mejora de la participación de la población en los servicios de salud preventivos y curativos, como el sistema de seguros y la organización del sector salud, así como su “participación en las decisiones políticas relacionadas con el derecho a la salud tomadas tanto a nivel comunitario como nacional”.⁹¹

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) permite a los Estados partes restringir el derecho a la salud. A diferencia del artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (estado de

emergencia pública), el artículo 4 del PIDESC no especifica los motivos que permiten dichas limitaciones, sino únicamente las condiciones (legalidad, compatibilidad con la naturaleza de los derechos y con el fin de promover el bienestar general en una sociedad democrática).⁹²

Artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que, en el disfrute de los derechos que el Estado ha previsto de conformidad con el presente Pacto, el Estado solo podrá someter los derechos a las limitaciones que determine la ley, únicamente en la medida en que sean compatibles con la naturaleza de estos derechos y exclusivamente con el fin de promover el bienestar general en una sociedad democrática.

Además, el CESCR comentó lo siguiente sobre las limitaciones al derecho a la salud y el posible uso de la salud pública como fundamento para limitar los derechos humanos:

“Los Estados a veces utilizan cuestiones de salud pública como fundamento para limitar el ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea enfatizar que la cláusula de limitación del Pacto, artículo 4, tiene como objetivo principal proteger los derechos de las personas en lugar de permitir la imposición de limitaciones por los Estados (...) Dichas restricciones deben estar de conformidad con el derecho, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, ser compatibles con la naturaleza de los derechos protegidos por el Pacto, en interés de los fines legítimos perseguidos y ser estrictamente necesarias para la promoción del bienestar general en una sociedad democrática (...) De conformidad con el artículo 5.1, dichas limitaciones deben ser proporcionales, es decir, debe adoptarse la alternativa menos restrictiva cuando existan varios tipos de limitaciones. Incluso cuando tales limitaciones por motivos de protección de la salud pública estén básicamente permitidas, deben tener una duración limitada y estar sujetas a revisión”⁹³

⁹¹ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Artículo 12.2). Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instrumentos/pacto-internacional-derechos-economicos-sociales-y-culturales>

⁹² Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Artículo 4. Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instrumentos/pacto-internacional-derechos-economicos-sociales-y-culturales>

⁹³ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párrs. 28-29.

El CESCR parece referirse a los artículos 18, 19, 21 y 22 del PIDCP, que mencionan específicamente la salud pública como motivo para restringir el derecho a manifestar la propia creencia religiosa, la libertad de opinión y expresión, la libertad de asociación y la libertad de reunión pacífica, dado que el PIDESC no lo menciona. Este comentario reflexivo podría haberse aplicado a múltiples medidas de emergencia relacionadas con la COVID-19 que podrían no haber sido razonablemente compatibles con la naturaleza del derecho a la salud. Por ejemplo, las medidas que limitaron el ejercicio del derecho (a la salud) de las personas que necesitaban atención médica, el cierre de centros médicos públicos y privados, el uso obligatorio de mascarillas, la cuarentena, las pruebas de COVID-19 y la vacunación obligatoria, en particular las que implicaban medidas coercitivas y la falta de consentimiento plenamente informado.

En esencia, la Observación General n.º 14 del CESCR sobre el derecho a la salud constituye una guía sustantiva razonable y clara para la aplicación de este derecho tanto a nivel nacional (por los Estados) como internacional (por las entidades de la ONU y mediante la cooperación de los Estados con estas y entre ellas). Fue resumida en la ficha informativa conjunta n.º 31 de la OMS/ACNUDH de 2008⁹⁴ y se convirtió en una referencia estándar para la interpretación del derecho a la salud. Los Estados, obligados por la aplicación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), tienen la responsabilidad última de realizar sus propias interpretaciones y decidir las medidas apropiadas. La aplicación varía, obviamente, dado que cada Estado es único en cuanto a cultura, geografía, antecedentes, características y necesidades de su población, prioridades inmediatas y a largo plazo, y recursos disponibles.

II.1.2. Principios de la salud pública

Esta sección introduce (o recuerda) conceptos básicos de salud pública que se utilizarán para evaluar la razón de ser y el desempeño de la OMS en las secciones siguientes. En primer lugar, señalamos que la salud es amplia, multidimensional y debe comprenderse en toda su

complejidad. A continuación, diferenciamos entre medicina —que trata la salud individual— y salud pública. Obviamente, una OHI no debe interferir en la salud individual y, por lo tanto, debe limitarse a actuar en el ámbito de la salud pública. En la práctica, la salud pública puede implementarse mediante la configuración de (i) políticas de salud y (ii) sistemas de salud. Estas son también las dos vías de impacto de una OHI para apoyar a los países en la consecución del máximo nivel de salud posible para todos los pueblos.⁹⁵

Sin embargo, existe una batalla "ontológica" o "paradigmática" en salud pública, que contrapone un enfoque específico de la enfermedad, sintomático y reduccionista (paradigma pasteuriano) a un enfoque holístico y complejo (terreno) de la salud. La ventaja metodológica del primero sobre el segundo es a la raíz de la sobreespecialización de la medicina, la biomedicalización de la salud pública y la securitización de la salud global, que se presentan al final de esta sección.

Salud pública

Medicina versus salud pública

La medicina tiene como objetivo cuidar la salud de las personas, en una relación individualizada. Esto puede implicar diversas modalidades de medicina, incluidas las prácticas tradicionales de diversas culturas. A nivel mundial, la medicina alopática, a menudo considerada medicina occidental, que surgió inicialmente en Estados Unidos y Europa pero que se ha vuelto dominante solo en los últimos 150 años aproximadamente, es el enfoque predominante y, con mucho, el principal foco de atención de las organizaciones internacionales de salud, incluida la OMS. Esto generalmente se refiere a un *"sistema en el que los médicos y otros profesionales de la salud (...) tratan los síntomas y las enfermedades mediante medicamentos, radiación o cirugía"*.⁹⁶ Cabe destacar que esta definición está estrechamente alineada con el enfoque "binario" o pasteuriano que se analiza en la Sección I.3.1, que se centra en los síntomas y las enfermedades claramente definidas. Como resultado, la medicina alopática "está inherentemente fragmentada: *las guías clínicas, la educación médica y la investigación tienden a centrarse en afecciones individuales*", incluso si "esta estratificación de

⁹⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2007). El derecho a la salud. Hoja informativa. N.º 31. Ginebra: ACNUDH/OMS.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

⁹⁵ Constitución de la OMS (2026), Preámbulo. OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁹⁶ Instituto Nacional del Cáncer (sin fecha, consultado el 16 de octubre de 2025) Definición de medicina alopática - NCI Diccionario de términos oncológicos - NCI

especialidades es artificial y reduccionista”.⁹⁷

Si bien los campos de la medicina moderna derivados de la medicina alopática adoptan cada vez más una perspectiva más amplia, como el impacto del microbioma o la inflamación crónica en la salud general, el paradigma enfermedad-tratamiento sigue predominando. En muchos casos, incluidos aquellos con implicaciones directas para la salud pública, esto tiene sentido. Por ejemplo, la tuberculosis requiere un conjunto específico de métodos de diagnóstico y un régimen farmacológico personalizado basado en los resultados del diagnóstico (resistencia al patógeno, etc.), lo que exige este enfoque. Sin embargo, la evolución y el desenlace de una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, el microorganismo asociado a la enfermedad, también dependen en gran medida de otros factores del huésped, como el estado nutricional y las comorbilidades (el VIH/SIDA y otros estados de inmunosupresión se encuentran entre los mayores factores de riesgo de mortalidad por tuberculosis).⁹⁸ Por lo tanto, la atención médica basada en un solo patógeno o enfermedad sería generalmente deficiente e inadecuada. En salud pública, el alcance es amplio por definición, ya que abarca la diversidad de dichas infecciones o enfermedades dentro de una población, así como los factores ambientales y de otro tipo que las promueven y limitan el bienestar general (*físico, mental y social*).⁹⁹

La salud pública tiene como objetivo cuidar la salud de las poblaciones. A diferencia de la definición de salud de la

OMS, que es ampliamente utilizada, no existe una definición consensuada de salud pública, que a veces se confunde con otros conceptos. Sin embargo, la OMS es citada con frecuencia, como se mencionó anteriormente, por adoptar la definición de *«el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad»*¹⁰⁰, que a su vez se deriva de una definición de C.E.A. Winslow de 1920.

“La ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados y las decisiones informadas de la sociedad, las organizaciones, las comunidades públicas y privadas y los individuos”.¹⁰¹

El Instituto de Medicina de Estados Unidos lo definió de forma más breve como lo que *“como sociedad hacemos colectivamente para asegurar las condiciones en las que las personas puedan estar sanas”*.¹⁰² Una descripción más detallada se encuentra en la Enciclopedia de Economía de la Salud:

*“un esfuerzo social colectivo para promover la salud y prevenir enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles, y la discapacidad, que implica la vigilancia de la población, la regulación de los determinantes de la salud (como la seguridad alimentaria y el saneamiento) y la prestación de servicios sanitarios clave con énfasis en la prevención”*¹⁰³

⁹⁷ The Lancet Global Health (2023) Se necesita una atención integral para abordar la multimorbilidad. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00277-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00277-2)

⁹⁸ Mundial de la Salud (2025). Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2025. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>

⁹⁹ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución. Ginebra: OMS. Salud Pública de Nigeria. “Definición de Salud Pública de la OMS.” <https://www.publichealth.com.ng/who-definition-of-public-health/> Winslow CE (1920) Los campos inexplorados de la salud pública. Science 51:23-33., citado en : <https://sph.rutgers.edu/about/what-public-health>

¹⁰⁰ Instituto de Medicina (EE. UU.), Comité para el Estudio del Futuro de la Salud Pública. El Futuro de la Salud Pública. Washington (DC): National Academies Press (EE. UU.); 1988. Resumen y Recomendaciones. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218215/>

¹⁰¹ Ng NY, Ruger JP (2014) Ética y juicios de valor social en salud pública. Anthony J. Culyer (Editor): Enciclopedia de economía de la salud: 287-291.

¹⁰² Instituto de Medicina (EE. UU.), Comité para el Estudio del Futuro de la Salud Pública. El Futuro de la Salud Pública. Washington (DC): National Academies Press (EE. UU.); 1988. Resumen y Recomendaciones. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218215/>

¹⁰³ Ng NY, Ruger JP (2014) Ética y juicios de valor social en salud pública. Anthony J. Culyer (Editor): Enciclopedia de economía de la salud: 287-291.

La intención es describir, necesariamente, un enfoque más holístico que el que puede abarcar una consulta clínica alopática, pero que potencialmente comprende una gama de enfoques.

Cabe destacar que se trata de un campo de investigación y práctica más que de una disciplina, y puede abordarse a través de numerosas disciplinas y metodologías. La salud pública está relacionada con otros campos, pero se distingue de ellos, en particular:

(i) *La salud poblacional, que es “un enfoque interdisciplinario y personalizable que permite a los departamentos de salud conectar la práctica con las políticas para que el cambio se produzca a nivel local”.*¹⁰⁴

(ii) *Salud comunitaria y promoción de la salud: «La salud pública y la salud comunitaria comparten el mismo objetivo: mejorar la salud de las poblaciones. Para lograrlo, la salud pública emplea un proceso tecnocrático, mientras que la salud comunitaria utiliza un proceso participativo. La promoción de la salud, por su parte, busca reducir las desigualdades sociales en salud mediante un proceso de empoderamiento»*¹⁰⁵.
(Traducido del francés)

Lista unificada de funciones esenciales de salud pública

En términos más prácticos, existe un consenso respecto a la "Lista unificada de funciones esenciales de salud pública" que todos los gobiernos deberían poder desempeñar. Estas incluyen:¹⁰⁶

Vigilancia y seguimiento de la salud pública del estado de salud de la población, los factores de riesgo, de protección y de promoción, las amenazas para la salud, el desempeño del sistema de salud y el uso de los servicios.

Gestión de emergencias de salud pública.

Gestión de la salud pública: establecimiento de estructuras institucionales eficaces en materia de salud pública, liderazgo, coordinación, rendición de cuentas, reglamentos y leyes.

Planificación y financiación multisectorial para la salud pública.

Protección de la salud: proteger a las poblaciones contra las amenazas para la salud, incluidos los riesgos ambientales y laborales, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la inseguridad alimentaria y los riesgos químicos y radiológicos.

Prevención de enfermedades y detección precoz de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Promover la salud y el bienestar, así como emprender acciones para abordar los determinantes más amplios de la salud y la desigualdad.

Participación comunitaria y social para la salud y el bienestar.

Desarrollo de la fuerza laboral en salud pública.

Calidad y equidad en los servicios de salud: mejorar la pertinencia, la calidad, la equidad en la prestación y el acceso a los servicios de salud.

Investigación y conocimiento en salud pública.

Acceso y uso de productos, suministros, equipos y tecnologías sanitarias: promover el acceso equitativo y el uso racional de productos, suministros, equipos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de calidad garantizada.

Estas funciones esenciales de salud pública (FESP) abarcan tanto funciones orientadas al servicio como funciones facilitadoras, como se muestra en la Figura II.1):

¹⁰⁴ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (sin fecha, archivo consultado el 21 de octubre de 2025) ¿Qué es la salud pública? Archivo de los CDC

¹⁰⁵ Ridde V (2007) ¿Reducir las desigualdades sociales de la salud: salud pública, salud comunitaria o promoción de la salud? Promoción y Educación 14(2):111-114. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>

¹⁰⁶ Squires N, Garfield R, Mohamed-Ahmed O, Iversen BG, Tegnell A, Fehr A, et al. (2023) Funciones esenciales de salud pública: la clave para sistemas de salud resilientes, BMJ Global Health 8:e013136. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013136>

Véase también Organización Mundial de la Salud (2024) Aplicación de las funciones esenciales de salud pública: un enfoque integral y completo de la salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Figure 1. Unified list of essential public health functions, encompassing service-oriented and enabling functions

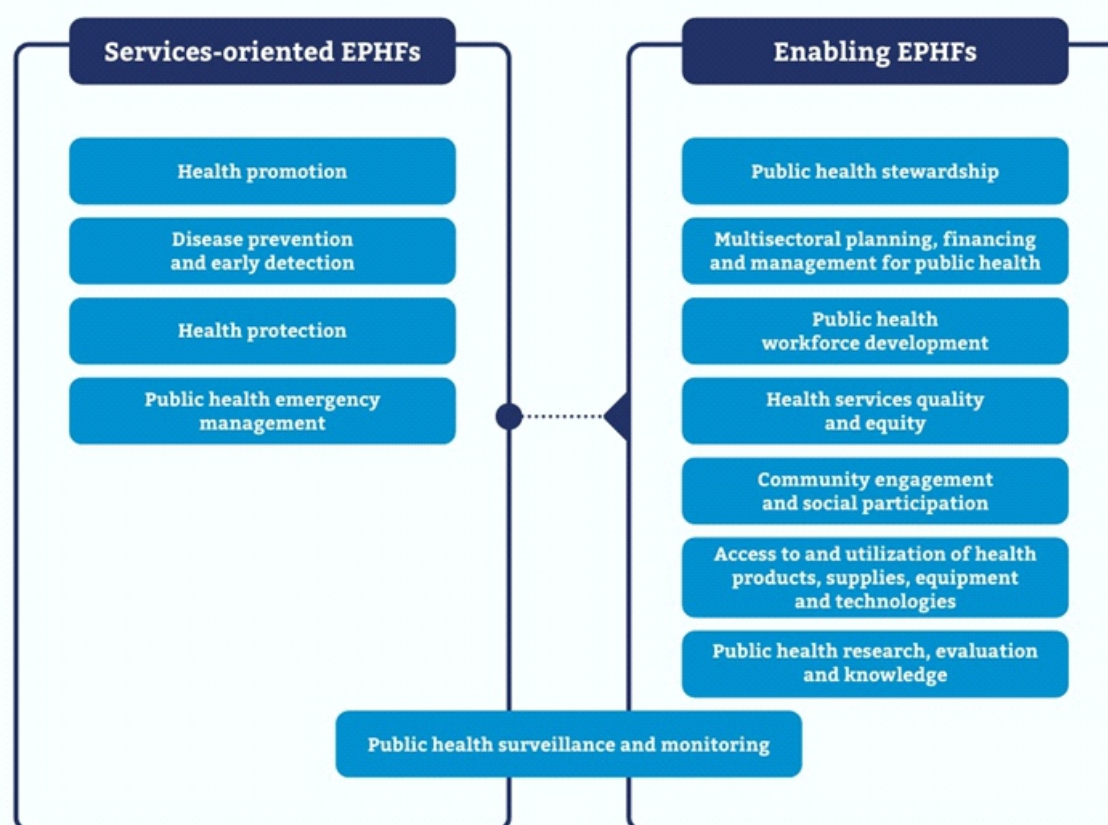


Figura II. 1 – Lista unificada de funciones esenciales de salud pública, que abarca funciones orientadas al servicio y funciones facilitadoras. Fuente: extracto de la OMS,¹⁰⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113596>

Es evidente que una organización de salud pública solo abordará ciertas funciones, según las necesidades, la experiencia y el nivel del sistema de salud en el que opere. Una OHI, por ejemplo, puede estar demasiado alejada del contexto local para participar en la implementación del acceso a productos o en la investigación y vigilancia, pero sí puede desempeñar un papel en el desarrollo de políticas y estándares, así como en la recopilación de datos para los mismos.

Gobernanza de la salud pública

Reconociendo la falta de definiciones explícitas de gobernanza de la salud pública en la literatura, un informe reciente de la OMS definió la "gobernanza para la salud

pública" como referida a:

"los procesos, estructuras y mecanismos para la toma de decisiones y la supervisión para guiar, coordinar y garantizar la rendición de cuentas con respecto a los esfuerzos colectivos de todas las partes interesadas en la prestación de todas las funciones y servicios esenciales de salud pública dentro de un contexto designado. Implica una autoridad clara con mandatos acordados, administración de recursos, independencia operativa y científica, y acuerdos de colaboración en todos los niveles dentro y fuera del sector sanitario".¹⁰⁸

¹⁰⁷ Organización Mundial de la Salud, «Gobernanza para la salud pública en los sectores sanitario y afines: un informe para orientar la capacidad institucional a nivel nacional para las funciones esenciales de salud pública que sustentan los enfoques multisectoriales». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

¹⁰⁸ Organización Mundial de la Salud (2025) Gobernanza para la salud pública en los sectores de la salud y afines: informe para orientar la capacidad institucional a nivel nacional para las funciones esenciales de salud pública que sustentan los enfoques multisectoriales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

La gobernanza de la salud pública suele involucrar a muchos actores de diversos sectores de la sociedad, lo que exige mecanismos institucionales que permitan la coordinación, la supervisión y la rendición de cuentas.

Ética médica y ética de la salud pública

Principios de ética médica

La ética médica se refiere a los principios morales que rigen la relación entre un médico y un paciente, con el fin de mantener o restaurar la salud del paciente. Los debates sobre ética médica parten de la premisa de que todos los pacientes tienen el mismo estatus moral debido a su dignidad como seres humanos (véase más arriba). En el centro de la ética médica se encuentran las preguntas sobre qué es moralmente aceptable o inaceptable que un médico haga en el curso de su atención a los enfermos. Uno de los textos más conocidos relacionados con la ética médica es el Juramento Hipocrático, redactado en la antigua Grecia hace unos 2400 años. Este juramento estableció varios principios de ética médica que aún hoy se consideran cruciales. Entre ellos se incluyen el principio de beneficencia (buscar siempre el bienestar del paciente), el principio de no maleficencia (abstenerse de causar daño alguno al paciente) y el principio de confidencialidad del paciente (proteger la información personal del paciente frente a terceros). Tras reflexionar, queda claro que los principios de beneficencia y no maleficencia son complementarios: la beneficencia en sentido positivo, la no maleficencia en sentido negativo. El propio Hipócrates enunció estos dos principios en una sola frase: «*En cuanto a las enfermedades, acostúmbrate a dos cosas: ayudar o, al menos, no dañar*».¹⁰⁹

Los problemas que aborda la ética médica resultan cada vez más complejos, sobre todo debido al panorama cambiante de la práctica médica, propiciado por los avances científicos y tecnológicos que nos obligan a reconsiderar cuestiones que antes dábamos por resueltas. Por ejemplo, el hecho de que la tecnología nos permita ahora prolongar la vida de personas con muerte cerebral durante meses o incluso años, aunque a un alto coste económico, nos obliga a replantearnos el significado de la obligación del médico de hacer todo lo posible por

preservar la vida. La ética médica se está convirtiendo hoy en un campo multidisciplinar, que se nutre de conocimientos de la medicina, la filosofía, la historia, la psicología y la sociología, entre otras disciplinas. La obra de Thomas Percival, **Ética médica o código de principios y preceptos**, fue la base del primer Código de Ética de la Asociación Médica Estadounidense, adoptado en 1847.¹¹⁰ El desarrollo de un código de ética marcó una transición radical de una ética personal centrada principalmente en dilucidar la conducta aceptable de los médicos a la conducta de un grupo de profesionales.

Por consiguiente, a continuación, examinaremos los cuatro principios fundamentales de la ética médica: la beneficencia y la no maleficencia, la confidencialidad del paciente y el consentimiento informado voluntario. El término «médico» que se utiliza más adelante se refiere a cualquier profesional sanitario encargado de atender a un paciente en el marco de una relación clínica formal.

Los principios gemelos de beneficencia y no maleficencia

En el Juramento Hipocrático leemos: «...*ayudar, o al menos no hacer daño*».¹¹¹ Esta máxima enuncia los principios gemelos de beneficencia (el imperativo de esforzarse al máximo por promover el bienestar del paciente) y no maleficencia (la obligación de abstenerse de causar daño al paciente).

Según el principio de beneficencia, el médico debe hacer todo lo razonablemente posible para mejorar la situación del paciente. En otras palabras, este principio le exige que se esfuerce diligentemente por seguir un plan de tratamiento que produzca el máximo beneficio para su paciente. El principio de no maleficencia es, en realidad, la contraparte del de beneficencia, ya que exige que el médico haga todo lo posible por evitar causar daño a su paciente; y cuando se produce daño, este debe ser con el consentimiento del paciente y en aras del bien común.

La justificación de los principios de beneficencia y no maleficencia se basa en dos pilares. Primero, el paciente confía su bienestar al médico. Por consiguiente, que el médico descuide la promoción del máximo beneficio del

¹⁰⁹ Oxford Reference. Hipócrates. Epidemias, Libro I, Sección XI.

<https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780191826719.001.0001/q-oro-ed4-00005454>

¹¹⁰ Riddick FA Jr. El código de ética médica de la Asociación Médica Estadounidense. Ochsner J. Primavera de 2003;5(2):610. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3399321/pdf/i1524-5012-5-2-6.pdf>

¹¹¹ Oxford Reference. Hipócrates. Epidemias, Libro I, Sección XI.

<https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780191826719.001.0001/q-oro-ed4-00005454>

paciente constituye una traición a esa confianza, y el incumplimiento de la misma es inmoral. Segundo, la sociedad confía en la profesión médica partiendo de la premisa de que posee no solo valiosos conocimientos sobre cómo restaurar la salud de los enfermos, sino que también se rige por elevados estándares morales que le impiden hacer mal uso de su vasto conocimiento para causar daño. Así pues, que un médico cause daño a un paciente erosiona la confianza pública en la profesión médica, lo que, a su vez, puede derivar en peores resultados de salud, ya que los enfermos buscan consejo de personal no cualificado.

Confidencialidad del paciente

Parte del juramento hipocrático original dice:

*“Todo aquello que vea u oiga en la vida de mis pacientes, ya sea en relación con mi práctica profesional o no, que no deba ser comentado fuera de ella, lo mantendré en secreto, pues considero que todas esas cosas son privadas.”*¹¹²

En otras palabras, los médicos tienen la obligación moral de asegurarse de no divulgar la información personal de un paciente a terceros.

El respeto al principio de confidencialidad del paciente anima a los pacientes a compartir información personal con sus médicos, lo que a su vez permite a los médicos determinar mejor el mejor tratamiento. La exigencia, en el punto álgido de las intervenciones de salud pública por la COVID-19, de que las personas mostraran su estado de vacunación y que dichos registros se depositaran en bases de datos accesibles a los proveedores de servicios, violó este principio. El artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece:

*“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra y reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”.*¹¹³

En última instancia, el médico debe actuar con compromiso hacia los más altos estándares morales, lo que implica una variedad de consideraciones que incluyen no solo el bien del paciente, sino también el bienestar de la sociedad en general. Por lo tanto, antes de que viole el principio de confidencialidad del paciente, el médico debe asegurarse de que su decisión esté justificada por sólidos principios morales, y no meramente por conveniencia. Esta justificación suele encontrarse cuando existe un conflicto de deberes (como el deber de preservar la información personal del paciente y la obligación de proteger al público en general). En tal caso, es necesario jerarquizar los deberes en conflicto basándose en un principio moral más fundamental.

Consentimiento informado voluntario

El cuarto principio del consentimiento informado voluntario, que si bien no figura en las afirmaciones originales de Hipócrates, se acepta como una extensión fundamental de la soberanía individual y, por lo tanto, es coherente con ellas. Este principio estipula que el médico tiene la obligación de informar al paciente sobre el tratamiento recomendado, sus posibles beneficios y riesgos, las alternativas disponibles y, posteriormente, respetar su derecho a aceptarlo o rechazarlo. De este modo, el principio defiende el derecho del paciente a la autonomía cognitiva y corporal.

El artículo 3 de la DUDH coincide con este principio: «*Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*». Dado que la violación de este principio puede implicar el uso de la fuerza o la amenaza de la misma, dicha violación también contraviene el artículo 5 de la DUDH: «*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*».¹¹⁴

Otro ámbito en el que el principio del consentimiento informado voluntario es crucial es el de la investigación médica. El progreso en el campo de la medicina depende de la investigación. Sin embargo, también existe el peligro de que se violen los principios morales que deberían regir a quienes realizan investigaciones con sujetos humanos. Un ejemplo bien conocido de tal violación es el Estudio

¹¹² Biblioteca Nacional de Medicina de los NIH (2008). Medicina de la [Antigua Grecia](https://www.nlm.nih.gov/hmd/topics/greek-medicine/index.html). <https://www.nlm.nih.gov/hmd/topics/greek-medicine/index.html>

¹¹³ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

¹¹⁴ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

Tuskegee sobre la sífilis no tratada en hombres afroamericanos (1932-1972).¹¹⁵ A los hombres que participaron en el estudio nunca se les informó que estaban infectados con la enfermedad, negándoles así la oportunidad de recibir tratamiento para que los investigadores pudieran observar los efectos de la enfermedad en el cuerpo humano. Se les mintió diciéndoles que tenían "mala sangre" y se les engañó deliberadamente haciéndoles creer que recibían tratamiento gratuito. Se les negó el tratamiento incluso cuando la penicilina se generalizó para tratar eficazmente la sífilis a mediados de la década de 1940.

Durante el régimen nazi en Alemania, se cometieron numerosas violaciones de la ética en la investigación en nombre de la eugenesia. En *Doctors from hell: the horrific account of Nazi experiments on humans*,¹¹⁶ Vivien Spitz presenta testimonios de primera mano de víctimas de las atrocidades de la investigación médica nazi, incluidos los experimentos de "gran altitud" en los que los prisioneros de los campos de concentración eran obligados a entrar en cámaras sin oxígeno para simular condiciones a una altitud de hasta 20.700 metros, la extracción de secciones de huesos, músculos y nervios, incluida la amputación de piernas enteras a la altura de las caderas para trasplantarlas a otras víctimas, la lesión de dos extremidades y el tratamiento de una pero no la otra con antibióticos de sulfonamida, y la inyección intramuscular de tifus fresco.

Los juicios de Núremberg por crímenes de guerra y atrocidades nazis aumentaron considerablemente la

conciencia sobre la necesidad de un código aceptable para la investigación médica, lo que llevó a la promulgación del Código de Núremberg en 1947, que promovió resueltamente una orientación de derechos humanos en la investigación médica.¹¹⁷ Este código reafirmó la obligación del investigador médico de respetar la autonomía de los sujetos humanos de investigación, afirmando su derecho al consentimiento informado voluntario. De hecho, el Código afirma el derecho de los sujetos humanos a optar por no participar en un experimento en cualquier etapa, lo que implica que su derecho al consentimiento informado voluntario incluye su derecho a retirar su consentimiento. La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, publicada inicialmente en 1964 y revisada varias veces desde entonces,¹¹⁸ es en gran medida una elaboración del marco ético del Código de Núremberg, al igual que las Directrices Éticas Internacionales sobre Investigación Biomédica con Sujetos Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas.¹¹⁹ El artículo 6 de la Declaración de Helsinki (2024) establece: "*La investigación médica con participantes humanos está sujeta a normas éticas que promueven y garantizan el respeto a todos los participantes y protegen su salud y sus derechos*".¹²⁰

Si bien el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki están dirigidos a la investigación médica, su aplicación a la medicina clínica es bastante directa, ya que se aplican los mismos principios. La OMS destaca esta relación.¹²¹ Las diferencias entre la investigación y la medicina clínica son relativas, dado que la biología es compleja, la definición de salud (por ejemplo, la definida

¹¹⁵ CDC. Estudio del Servicio de Salud Pública de EE. UU. sobre la sífilis no tratada en Tuskegee. <https://www.cdc.gov/tuskegee/about/index.html>

¹¹⁶ Vivien Spitz. Médicos del infierno: El relato espeluznante de los experimentos nazis con seres humanos . 2005. Sentient Publications: Boulder, Colorado, EE. UU.

¹¹⁷ "El Código de Núremberg" (1947) . <https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/>

¹¹⁸ Asociación Médica Mundial (1964). Declaración de Helsinki: Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación clínica. Junio de 1964. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Jun1964.pdf> ; Asociación Médica Mundial (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involvement-human-subjects/>

¹¹⁹ Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas. Directrices éticas internacionales para la investigación biomédica con sujetos humanos. Bull Med Ethics. 2002 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14983848/>

¹²⁰ Mundial (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos . <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

¹²¹ Mundial de la Salud (2015). Ética de la salud global: Cuestiones clave . Ginebra : OMS . <https://www.who.int/publications/i/item/global-health-ethics-key-issues>

por la OMS)¹²² es amplia y los resultados médicos siempre son, en cierta medida, inciertos. Sin embargo, la soberanía del individuo, según los principios de derechos humanos antes mencionados, no es relativa. Por lo tanto, la relación entre un profesional de la salud y un paciente es esencialmente análoga a la de un investigador médico y un sujeto de investigación.

La justificación del principio del consentimiento informado voluntario en la investigación médica y la medicina clínica es, por lo tanto, doble. En primer lugar, el paciente, por el mero hecho de ser humano, es un ser racional con igual estatus que el médico o el investigador; tiene la capacidad, dentro de los límites de la competencia psicológica, de formular alegaciones y fundamentarlas. Esto implica también que puede considerar las alegaciones de otros y las pruebas que aportan para respaldarlas. Por consiguiente, violar el principio del consentimiento informado voluntario equivale a ignorar su naturaleza humana. En segundo lugar, dado que el paciente sufrirá las consecuencias negativas de cualquier tratamiento, tiene derecho a decidir si lo acepta o no. Tras una reflexión, resulta evidente que la justificación del principio del consentimiento informado voluntario se basa en la dignidad humana, la autonomía humana y los derechos humanos tratados en la subsección anterior. La Constitución de la OMS parece respaldar el derecho al consentimiento informado voluntario cuando, en su artículo 2 (r), establece que una de sus funciones es «contribuir a la formación de una opinión pública informada entre todos los pueblos en materia de salud»¹²³. Sin embargo, el hecho de que no reconozca de forma inequívoca las nociones de voluntad y consentimiento genera dudas sobre el pleno reconocimiento de este principio por parte de la organización.

Descripción general

En las reflexiones anteriores, hemos examinado los cuatro principios cardinales de la ética médica:

1. Beneficencia (actuar por el bien del paciente)
2. No maleficencia (abstenerse de hacer daño)
3. Confidencialidad del paciente (Respeto a la privacidad y la propiedad de la información personal)

4. Consentimiento informado voluntario (autonomía corporal).

Los tres primeros principios se remontan a la Antigua Grecia; el último, aunque vigente en la actualidad, guarda coherencia con ellos. Tras una reflexión, resulta evidente que la aplicabilidad de cada principio no es absoluta. Esto se manifiesta cuando existe un conflicto entre ellos, que puede ser más notorio al aplicarlos a otros miembros de la comunidad, más allá de la relación directa médico-paciente, como las obligaciones morales del médico hacia quienes se perciben directamente en peligro. Además, los avances científicos y tecnológicos obligan a reconsiderar el significado y la aplicabilidad de los diversos principios. Es aquí donde la ética de la salud pública cobra relevancia. Sin embargo, dado que todos los esfuerzos genuinos por promover la salud están, en última instancia, dirigidos a los individuos, los principios de la ética internacional de la salud pública, incluidos aquellos que abordan cuestiones como la equidad y la obligación de participar en esfuerzos colectivos, se derivan de los principios de la ética médica y, por lo tanto, no pueden, lógicamente, anularlos.

Principios de ética internacional de la salud pública

Fondo

Como se mencionó anteriormente, una definición atribuida a la OMS y consistente con otros organismos, caracteriza la salud pública como: “el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”¹²⁴. Por lo tanto, diversas medidas que los gobiernos implementan para mejorar la nutrición y el saneamiento, contener enfermedades infecciosas, aumentar la seguridad vial, promover la eliminación segura de residuos y promulgar leyes antitabaco, entre otras, son principalmente medidas de salud pública y no cuestiones de atención médica. Así, la salud pública está estrechamente ligada a las políticas públicas y a menudo se considera análoga a la construcción de escuelas, hospitales, carreteras u otras infraestructuras, o al establecimiento de organismos de seguridad; esfuerzos que las familias individuales no pueden realizar y que requieren la acción de las autoridades políticas. De este modo, bajo los auspicios de la salud pública, los gobiernos establecen diversas instituciones para emitir directivas o recomendaciones destinadas a mejorar el bienestar general de las personas bajo su jurisdicción.

¹²² Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución: Preámbulo. Ginebra: OMS.

¹²³ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

¹²⁴ NHMRC Salud Pública. Consultado en 2026. <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/public-health>

La ética de la salud pública es crucial porque, una vez que surge la cuestión de la salud como bien común, es necesario equilibrar los derechos individuales con los intereses colectivos. Existen numerosos casos en los que los derechos individuales a bienes como la libertad y la privacidad pueden entrar en conflicto con las medidas que el Estado implemente para proteger la libertad y la privacidad de los demás. En otras palabras, la ética de la salud pública se centra en determinar hasta qué punto una autoridad está moralmente justificada para usar su poder para promover la salud general de la población, incluso a costa de un posible perjuicio para el individuo. Esto incluye cuestiones como la distribución equitativa de recursos escasos para la mejora de la salud. Estos recursos pueden destinarse a medidas preventivas (como la detección precoz de diversos tipos de cáncer), la mitigación del impacto de las desigualdades sociales que provocan enfermedades y el racionamiento de recursos escasos o costosos, como los medicamentos. Las intervenciones de salud pública que carecen de consideraciones éticas exponen a la sociedad, y en particular a sus miembros más vulnerables, a daños o injusticias.

Como el beneficiario final de todas las iniciativas asociadas con la promoción de la salud es el individuo, la atención médica es primordial y las medidas de salud pública, ya sean domésticas o Internacionales, secundarias. Más específicamente, la ética de la salud pública se deriva de la ética médica. Esto significa que la ética de la salud pública es la ética médica aplicada a nivel poblacional. Por lo tanto, la práctica ética de la salud pública requiere una práctica médica ética, pero también debe abordar un espectro más amplio de cuestiones. En consecuencia, cualquier principio sólido de la ética de la salud pública se fundamenta, en última instancia, en los principios de la ética médica (beneficencia, no maleficencia, consentimiento informado voluntario y confidencialidad del paciente), y por lo tanto, se abstiene de violarlos. Suponer que la salud de la población, en su conjunto, debe prevalecer sobre las libertades individuales constituiría una violación de los principios de la ética médica y, por lo tanto, sería contrario a la promoción genuina de la salud. Tales enfoques a menudo parten de una concepción de la "salud" como ausencia de enfermedad en lugar de entenderla como bienestar general —físico, mental y social— y sujeto a influencias tanto endógenas como exógenas (Parte I.1.2). Por lo tanto, cuando una medida de salud pública propuesta tiene el potencial de violar

cualquiera de los cuatro principios de la ética médica, los profesionales de la salud pública tienen la obligación de garantizar que se respeten los derechos fundamentales del individuo.

En consecuencia, a continuación proponemos trece principios de ética de la salud pública internacional, coherentes con las normas internacionales vigentes de derechos humanos y ética médica que se han analizado hasta ahora, con los que se debería juzgar la salud pública internacional y la OHI.

Principios de salud pública internacional

El personal de salud pública y quienes diseñan medidas de salud pública deben basar sus recomendaciones en un conjunto claro de principios que deben considerarse inviolables y fundamentales para la práctica ética de la salud pública. Estos principios se derivan de los cuatro principios éticos que rigen la relación clínica (médico-paciente), pero también abordan el contexto más amplio de la interacción entre las comunidades y las autoridades internacionales de salud pública.

Los principios que se exponen a continuación se derivan de las normas fundamentales de derechos humanos que se analizaron anteriormente en esta sección y son coherentes con un conjunto de principios de salud pública publicados con anterioridad.¹²⁵

Gobernanza sanitaria y derechos humanos

1. Todas las personas son igualmente importantes y tienen derechos soberanos sobre sus propios cuerpos. Por lo tanto, cada persona tiene derecho a decidir sobre su propia atención médica y a interpretar las recomendaciones de salud pública dentro de su propio contexto.
2. Los Estados tienen derechos soberanos sobre las políticas de salud pública dentro de sus propias fronteras, en su papel de representantes y expresiones de la autodeterminación de los individuos que conforman la población dentro de los Estados.
3. La función de la salud pública, y de las instituciones de salud pública, es asesorar a las

¹²⁵ Academia para la Libertad Científica (2022). Libro Blanco sobre la Integridad Científica. Hillsdale, MI: Hillsdale College. <https://dc.hillsdale.edu/kirby/media/Content/Academy-for-Science-Freedom-WhitePaperdigi-8-22.pdf>

personas sobre sus riesgos para la salud y su gestión, y a las poblaciones sobre sus riesgos conjuntos para la salud y su gestión, para que esas personas y poblaciones puedan tomar decisiones basadas en la evidencia, teniendo en cuenta el contexto en el que viven y sus propias expectativas y preferencias en materia de salud.

Consentimiento informado voluntario y ausencia de coacción.

4. Ni las personas ni sus tutores legales deben ser obligados ni coaccionados a someterse a exámenes médicos o tratamientos médicos, incluidos los cuidados profilácticos y preventivos. (Un tutor legal solo puede actuar en interés de la persona).

5. El consentimiento informado voluntario es un derecho fundamental de todas las personas y un requisito para la prestación de atención médica.

6. Todas las personas tienen derecho a interpretar los consejos de salud que les conciernen de acuerdo con sus creencias y costumbres culturales y religiosas, su contexto geográfico y su estado de salud y experiencia individuales.

Papel de las instituciones de salud pública

7. Las comunidades son el foco principal de la atención sanitaria pública, ya que es fundamental que esta se adapte a los contextos locales. Deben ser el nivel principal de toma de decisiones en materia de políticas de salud pública que las afectan. Asimismo, deben representar, pero no anular, las preferencias de salud de sus miembros.

8. La salud está influenciada por una amplia gama de determinantes, incluidos los físicos, ambientales y sociales. Las respuestas a amenazas individuales, como las amenazas biomédicas, deben considerarse siempre en el contexto de sus efectos sobre estos determinantes más amplios.

9. La salud pública debe estar libre de conflictos de intereses ideológicos o comerciales y brindar asesoramiento sanitario basado en la recopilación de la evidencia y la experiencia disponibles. Esta

recopilación debe incluir el impacto previsto de enfoques alternativos, adaptados a las condiciones locales y libres de la influencia de entidades que puedan beneficiarse económicamente de dicho asesoramiento. La evidencia y el asesoramiento de expertos deben ser accesibles y transparentes para garantizar oportunidades de consentimiento informado voluntario.

10. La salud pública y las ciencias de la salud se basan en el diálogo libre y abierto, la transparencia en las pruebas y el análisis de datos, y el equilibrio entre riesgos y beneficios. Tanto la ciudadanía como los profesionales de la salud tienen derecho a expresar libremente sus ideas sobre cualquier tema relacionado con la salud. Por lo tanto, la censura es contraria a los principios de la salud pública y las instituciones sanitarias no deben utilizarla para elaborar o implementar políticas.

Instituciones internacionales de salud pública

11. La función de las instituciones internacionales de salud es asesorar a los Estados y las comunidades en materia de atención sanitaria, basándose en la experiencia y la evidencia disponibles; apoyar a las poblaciones en la coordinación de asuntos de salud transfronterizos e internacionales; y proporcionar asistencia técnica cuando los Estados la soliciten y dentro de las capacidades de la institución, respetando las particularidades y preferencias de los Estados y las comunidades. Al hacerlo, las instituciones internacionales de salud no deben contravenir las leyes y normas de los Estados y los pueblos, ni abordar directamente la atención sanitaria de las personas dentro de los Estados y las comunidades sin su consentimiento.

12. Cuando los Estados no son capaces de construir sistemas de salud sólidos y eficientes ni de promover la salud de su población, corresponde a las instituciones internacionales ayudar a esos Estados en la promoción de la salud pública.

13. Las instituciones sanitarias internacionales creadas por los Estados deben estar libres de conflictos de intereses con entidades privadas y con fines de lucro, y ser transparentes en cuanto a las afiliaciones de quienes ofrecen asesoramiento. Dichas entidades

no deben ejercer control, ni directo ni indirecto, sobre las funciones y actividades de estas instituciones, ni sobre los salarios y beneficios de sus empleados.

Algunas implicaciones de estos Principios de Salud Pública

Gobernanza sanitaria y derechos humanos

La salud pública tiene como objetivo el beneficio de la ciudadanía, es decir, de los individuos. Por consiguiente, la ciudadanía debe ser quien, en última instancia, tenga el control, y la legislación, las políticas y los profesionales deben abstenerse de reprimir la libertad de pensamiento y expresión en nombre de la promoción de la salud pública, ya que esto limitaría el ejercicio de derechos fundamentales, en definitiva, el bienestar individual, que es precisamente el fin de la salud pública.

Generalmente se considera que la democracia y la salud prosperan donde las personas son libres de pensar e intercambiar sus opiniones. Esto está en consonancia con la definición de "salud" de la OMS como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social...*", que valora la interacción social saludable,¹²⁶ mientras que el artículo 19 de la DUDH afirma:

*"Toda persona tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye la libertad de mantener opiniones sin injerencias y de buscar, recibir y difundir información e ideas por cualquier medio de expresión y sin consideración de fronteras".*¹²⁷

Por lo tanto, las personas tienen derecho a cuestionar y contradecir las recomendaciones de salud pública.

La deliberación entre la ciudadanía y las autoridades de salud pública, con el fin de fortalecer la autonomía individual, evitará un enfoque verticalista en materia de salud pública, tanto a nivel internacional como nacional, promoviendo así una cultura democrática. En efecto, si los gobiernos gobiernan para y por el pueblo, este debe poder ejercer su autonomía en materia de salud pública. Debe existir apoyo mutuo entre los diversos sectores de la sociedad, tanto dentro de cada país como entre países, respetando el derecho individual a la libertad de pensamiento, expresión y acción, protegiendo así a cada persona de la exigencia de una conformidad acrítica a las

medidas internacionales de salud pública propuestas.

En última instancia, el órgano de toma de decisiones colectivas mediante el cual se toman tales decisiones en la sociedad moderna, y a través del cual los colectivos interactúan entre sí, reside en el Estado. Por extensión, si bien los individuos tienen derecho a decidir sobre su propia atención médica en su propio contexto, cada Estado también tiene derecho a tomar decisiones colectivas cuando sea necesario, en representación de individuos soberanos. Exigir el cumplimiento en un Estado sin su consentimiento constituiría una violación tanto de los derechos humanos individuales fundamentales como de los derechos soberanos que se presumen que poseen los Estados en virtud de la Carta de las Naciones Unidas.¹²⁸

Consentimiento informado voluntario y ausencia de coacción.

El derecho al consentimiento informado voluntario, y por consiguiente la libertad frente a la coacción (cumplimiento involuntario o forzoso), se derivan de la comprensión básica de la capacidad de acción y la autonomía de los individuos, y, por ende, de la ética médica fundamental, como se mencionó anteriormente. Esto puede resultar difícil de aceptar para quienes se autodenominan "expertos" en salud pública, especialmente en circunstancias donde existen presiones evidentes hacia un supuesto bien común. Sin embargo, como señala el Código de Núremberg, estos principios morales deben considerarse esencialmente inviolables para prevenir abusos.

La tensión entre la responsabilidad social y la libertad personal, bien reconocida en la restricción de las libertades civiles en nombre de la lucha contra el terrorismo, ahora es prominente en la tendencia a la securitización.

La salud pública internacional se utiliza para mitigar pandemias y otras emergencias (véanse las secciones II.3.2 y II.3.7). Por ejemplo, a diferencia de la atención médica, que tradicionalmente respeta la confidencialidad del paciente, la salud pública depende en gran medida de la vigilancia, y el almacenamiento y las comunicaciones digitales pueden poner los datos personales a disposición de terceros sin el consentimiento del paciente.

¹²⁶ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución. Ginebra: OMS.

¹²⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A.

¹²⁸ [Unidas \(1945\) . Carta de las Naciones Unidas . https://www.un.org/en/about-us/un-charter](https://www.un.org/en/about-us/un-charter)

Más allá del cumplimiento de las obligaciones básicas de los derechos humanos, el papel fundamental de las personas y las comunidades en la toma de decisiones finales sobre la implementación de las recomendaciones de salud pública se ve reforzado por la diversidad de impactos, diferentes en cada contexto, que tales intervenciones pueden tener. Sin embargo, desde mediados de la década de 1990, hemos presenciado medidas de mitigación de la salud pública, como el sacrificio de ganado y aves de corral, y más recientemente, confinamientos, toques de queda y mandatos, que causan daños significativos a los medios de subsistencia, que pueden superar con creces la evidencia, a menudo inconclusa, de beneficios, afectando otros aspectos de la salud a corto y largo plazo. Esto se agrava cuando la naturaleza humana promueve otros intereses entre quienes emiten recomendaciones debido a conflictos financieros o sociales.

Los conflictos de intereses surgen cuando quienes ocupan puestos de toma de decisiones en nombre del público utilizan dichos puestos para beneficio personal. En el ámbito de la salud pública, los conflictos de intereses pueden permitir que intereses creados, como los de las compañías farmacéuticas, influyan en la formulación de políticas y la toma de decisiones para impulsar sus mercados. Por lo tanto, es fundamental que se incorporen mecanismos de protección contra estas prácticas en los estatutos o documentos rectores de las instituciones de salud pública. También se pueden abordar garantizando la rendición de cuentas de quienes toman las decisiones, si bien dicha rendición de cuentas debe sopesarse con las incertidumbres que rodean las decisiones y recomendaciones basadas en conjeturas. De suma importancia es el método (es decir, el método científico, que se describe más adelante) mediante el cual se alcanzan dichas decisiones.

Dado que los conflictos de intereses tienden a concentrar la riqueza, las instituciones de salud pública desempeñan un papel fundamental en la promoción de la justicia distributiva, es decir, una asignación equitativa de beneficios y cargas, sin tener en cuenta factores externos

como el origen cultural, las convicciones religiosas, la raza o la clase social. En particular, los gobiernos tienen la obligación de utilizar los recursos a su disposición para promover la equidad en salud dentro de sus jurisdicciones. Desde una perspectiva de salud, la lógica es doble: en primer lugar, el bienestar social se aborda mediante la reducción de la pobreza; y en segundo lugar, el bienestar físico y mental está estrechamente ligado a la situación económica.¹²⁹

Una consecuencia de la justicia distributiva es la adaptación de las intervenciones al contexto local, reconociendo la diversidad de necesidades y preferencias. Por ello, cualquier medida de salud pública impuesta a toda una población, a veces descrita como una directiva «uniforme», inevitablemente perjudicará a algunos. Este principio exige la consulta y el control de la comunidad, en lugar de un enfoque verticalista en materia de salud pública internacional, tanto a nivel nacional como internacional, en consonancia con la Declaración de Alma-Ata de 1978, que enfatiza el papel de la atención primaria de salud.¹³⁰

Las instituciones de salud pública brindan asesoramiento a través de la acumulación de datos y experiencia. Es esencial que esto esté libre de conflictos de interés y se base en el método científico para poder garantizar la disponibilidad de información objetiva para facilitar la toma de decisiones públicas. El método científico, tal como lo articularon Francis Bacon y pensadores posteriores, aspira a la objetividad y la replicabilidad. Esta aspiración se basa en la convicción de que nadie posee un conocimiento absoluto del funcionamiento de la naturaleza, por lo que el conocimiento humano crece de forma fragmentaria y gradual, y, por consiguiente, siempre es provisional. Esto, a su vez, implica apertura a la inspección y la corrección. En los ámbitos de la atención médica y la salud pública, esto también implica la necesidad de estar abiertos a diversos enfoques para la promoción de la salud y la curación, siempre que quienes propongan las distintas opciones estén dispuestos a someter sus propuestas a verificación intersubjetiva. Por lo tanto, la legislación y las políticas de salud pública deben desarrollarse a partir de un discurso sólido que tome en serio los enfoques divergentes, siempre que todos estén

¹²⁹ Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Desigualdades en salud entre los funcionarios públicos británicos: el estudio Whitehall II. *Lancet*. 8 de junio de 1991; 337(8754):1387-93. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/014067369193068K>

¹³⁰ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). Declaración de Alma-Ata. Internacional Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaración-en.pdf>

comprometidos con la necesidad imperiosa de aportar pruebas que respalden sus perspectivas.

Instituciones internacionales de salud pública

La razón de ser de la soberanía estatal se fundamenta en el orden internacional vigente, que, de acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas, se basa en la igualdad de todos los Estados soberanos.¹³¹ La Constitución de la OMS va un paso más allá que la de las Naciones Unidas, ya que ninguno de sus miembros tiene derecho de veto y, según el artículo 59 de su Constitución, «Cada miembro tendrá un voto en la Asamblea de la Salud».¹⁴⁹ Por lo tanto, ningún gobierno debería poder imponer requisitos sanitarios a otro Estado en materia de atención médica dentro de ese Estado.

Además, según el artículo 2 (C) de la Constitución de la OMS, una de las funciones de la organización es «prestar asistencia a los gobiernos, previa solicitud, para fortalecer los servicios de salud». Esto implica que la organización está obligada a abstenerse de imponer medidas de salud pública a los Estados soberanos. Por consiguiente, las medidas internacionales de salud pública deben recomendarse e implementarse sin consideraciones ajenas, como intereses geopolíticos o influencias comerciales, y la decisión final sobre su aplicación recae en el Estado y, por ende, en sus ciudadanos.

Conclusión

En vista de las reflexiones anteriores, resulta evidente que una organización internacional de salud que no se base en principios éticos sólidos corre un alto riesgo de socavar la salud. Por consiguiente, la salud pública internacional debe considerarse principalmente una cuestión de ética, más que de ciencia, con la ciencia al servicio de la ética, y no al revés. Así pues, en última instancia, la salud pública mundial es una cuestión de derechos humanos fundamentada en el valor intrínseco e inestimable de cada

individuo («dignidad humana»). Por consiguiente, la legislación, las políticas y los profesionales de la salud pública deben promover la salud de las poblaciones sin restringir las libertades individuales. Dado que ningún consejo de salud pública cumple plenamente con todos los criterios de decisión (por ejemplo, eficacia, eficiencia, equidad, aceptabilidad), no existe una política óptima desde una perspectiva técnica, y el consejo que se ofrece generalmente debe tener una duración limitada y ser interpretado en su contexto (véase la Sección II.1.2). Solo de esta manera se puede mejorar de forma coherente y equitativa la salud de la humanidad, en su sentido más amplio.

II.1.3. Equilibrio en la salud pública: determinantes sociales frente a enfoques biomédicos

Una de las razones clave de la existencia de la salud pública es que la salud de las personas está influenciada no solo por factores individuales (biológicos y conductuales) y servicios clínicos, sino también, en gran medida, por los determinantes sociales de la salud (DSS). El concepto de DSS quedó bien demostrado en países de mayores ingresos en la década de 1970,¹⁵⁰ mientras que establecidos desde hace mucho tiempo en países de bajos ingresos donde los servicios de salud y la capacidad de las poblaciones para acceder a la atención y una buena nutrición son todavía más frágiles a nivel local y nacional.¹³² Más recientemente, en 2015, se estimó que las contribuciones relativas de varios tipos de factores a las diferencias en una puntuación compuesta de resultados de salud entre condados estadounidenses son las siguientes: 47% para factores socioeconómicos, 34% para comportamientos de salud, 16% para atención clínica y 3% para el entorno físico.¹³³ Claramente, la salud pública debería estar dirigida principalmente a abordar estos determinantes y una OHI debería darles prioridad, particularmente donde la falta de fortaleza y capacidad económica nacional hace que la pobreza sea generalizada

¹³¹ Naciones Unidas (1945). Carta de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/en/about-us/un-charter>

¹⁴⁹ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución. Ginebra: OMS.

¹⁵⁰ Véase, por ejemplo, McKeown T. (1976). El papel de la medicina: ¿Sueño, espejismo o némesis? Nuffield Trust, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/the-role-of-medicine-dream-mirage-or-nemesis>

¹³² Organización Mundial de la Salud (1993). Colaboración interinstitucional en atención primaria de salud. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d93e8153-65c3-422c-9fa0-528792bebb12/content>; Banco de Pagos Internacionales (2019). La economía política del gasto en salud. Documentos de trabajo del BIS 910. <https://www.bis.org/publ/work910.htm>

¹³³ Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB (2016) Clasificación de la salud del condado: relaciones entre los factores determinantes y los resultados de salud. Am J Prev Med. 50(2):129–35.

o las desigualdades de ingresos difíciles de abordar a nivel nacional.

Contrariamente a la causalidad lineal que sustenta gran parte de la medicina clínica, comprender la interacción entre los determinantes sociales y la salud requiere adoptar un enfoque analítico sistémico y complejo. De hecho, además de la falta de acceso a la atención médica y los mayores riesgos ambientales, una de las razones de la transición de la salud a la enfermedad —y su mayor frecuencia en personas de bajos ingresos— radica en los efectos a largo plazo del estrés psicosocial sobre las vías de respuesta fisiológica al estrés, lo que resulta en una desregulación inflamatoria crónica.¹³⁴ Sin embargo, como se señala en la Sección II.1.2, si bien un enfoque holístico dirigido a identificar y aliviar las causas profundas de la mala salud suele tener más sentido, tanto empírica como teóricamente, desde una perspectiva poblacional, un enfoque dominante en la salud pública y la medicina a menudo consiste en abordar las enfermedades individualmente desde una perspectiva biomédica, con diferentes corrientes de salud pública centradas en el diagnóstico y el manejo específico de las enfermedades, compitiendo por recursos en lugar de colaborar en los resultados generales de salud de la población. Esto se ha denominado a menudo la «biomedicalización» de la salud pública o el reduccionismo biomédico del enfoque de la salud pública.

Las características clave del reduccionismo biomédico en la literatura incluyen:^{135, 136, 137}

- El creciente predominio de las soluciones tecnológicas o científicas en materia de salud, en particular la biología, la bioquímica, la genética y el uso de productos farmacéuticos tanto para el tratamiento de

enfermedades como para la promoción de la buena salud.

- El creciente predominio de las soluciones biomédicas como método preferido para abordar los problemas de salud en una gama cada vez mayor de experiencias sociales y personales.

Por ejemplo, a menudo se sugiere que el uso selectivo de productos farmacéuticos para la preparación ante pandemias, en contraposición a centrarse en la promoción de la salud básica para mejorar la respuesta inmunitaria, es una forma de reduccionismo biomédico.

- Se observa una tendencia hacia una mayor vigilancia, diagnóstico y evaluación biomédica para la reducción de la enfermedad y la promoción de la buena salud.
- Una tendencia hacia soluciones biomédicas para el cuerpo humano, que tratan al cuerpo como una entidad similar a una máquina que necesita ser "reparada" y/o como un espacio "biopolítico" que requiere una reingeniería para alcanzar un estado de salud predeterminado.

Esto está estrechamente vinculado a la agenda de securitización en salud, en consonancia con la agenda actual de la OMS sobre pandemias, y refleja claramente la influencia del Informe Mundial sobre la Salud de 2007: Un futuro más seguro: la seguridad sanitaria pública mundial en el siglo XXI.¹³⁸ Véase la Sección II.3.2 para más información.

La excesiva biomedicalización de la salud pública tiene cuatro implicaciones clave: (i) una dependencia excesiva

¹³⁴ Slavich GM, Cole SW (2013). El campo emergente de la genómica social humana. *Clinical Psychological Science*, 1(3), 331-348. <https://doi.org/10.1177/2167702613478594>; Seeman M, Stein Merkin S, Karlamangla A, Koretz B, Seeman T (2014) Estatus social y desregulación biológica: El "síndrome de estatus" y la carga alostática. *Social Science & Medicine* 118: 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.002>

¹³⁵ Holst J, van de Pas R. La securitización biomédica de la salud global. *Global Health*. 4 de marzo de 2023;19(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12992-023-00915-y> PMID: 36871029; PMCID: PMC9985490.

¹³⁶ Brown, GW, Bridge, G., Martini, J. et al. El papel de los sistemas de salud en la seguridad sanitaria: una revisión exploratoria que revela la necesidad de mejorar los vínculos conceptuales y prácticos. *Global Health* 18, 51 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00840-6>

¹³⁷ Universidad de Leeds. Reevaluación de la Agenda de Preparación y Respuesta ante Pandemias (REPPARE). <https://essl.leeds.ac.uk/directories0/dir-record/research-projects/1260/re-evaluating-the-pandemic-preparedness-and-response-agenda-reppare>

¹³⁸ Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un futuro más seguro: Seguridad sanitaria pública mundial en el siglo XXI. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563444>

de soluciones técnicas y biomédicas en lugar de los factores subyacentes de la resiliencia y el bienestar individuales; (ii) la individualización de los problemas de salud, descuidando así las interacciones más amplias y los contextos sociales; (iii) la marginación de los enfoques comunitarios e interdisciplinarios; y (iv) la aparición de preocupaciones éticas y de equidad derivadas de prácticas excluyentes. Esto conlleva una reducción del alcance y la eficacia de la salud pública para abordar las causas profundas de la salud y las desigualdades en salud.¹³⁹

El modelo biomédico o centrado en la enfermedad para la salud pública se ve impulsado por el deseo de donantes, responsables políticos y economistas de la salud de medir los resultados en términos de retorno financiero de la inversión. Si bien el análisis económico es importante para garantizar la mejor asignación de recursos (escasos) dentro de un sistema de salud y para evaluar las disparidades en salud y la distribución de los beneficios de las políticas de salud pública, esto conlleva el riesgo de sesgar las políticas hacia intervenciones menos eficaces, pero más cuantificables. En particular, la economía de la salud se basa en gran medida en el análisis de costo-efectividad (ACE), que compara las intervenciones de salud en función de sus beneficios y costos incrementales. Sin embargo, el ACE está diseñado para medir el valor relativo de intervenciones y programas específicos (por ejemplo, la prevalencia de la tuberculosis después de un programa específico de detección y tratamiento), pero no es tan adecuado para evaluar la eficiencia interprogramática.¹⁴⁰ Los análisis de costo-beneficio, que permiten la comparación con intervenciones en otros sectores, son más informativos, pero más difíciles de

implementar. Sin embargo, priorizar las intervenciones por ser más fácilmente cuantificables en lugar de por su mayor impacto potencial puede generar ineficiencias e inequidad.

Además, la fuerte mercantilización de la salud bajo el modelo biomédico, basado en medicamentos, vacunas y diagnósticos que se fabrican con fines de lucro, a menudo bajo protección de patentes, hace que el campo sea atractivo para las entidades comerciales y abierto a la influencia de tales intereses creados. Estos conflictos de intereses se han denominado determinantes comerciales de la salud,¹⁶⁰ o determinantes políticos de la salud, donde los gobiernos nacionales con intereses políticos entran en juego.^{161, 162} Nuevamente, la desviación de la prioridad política del bien de la población al beneficio comercial y a intereses políticos estrechos conlleva el riesgo de inequidad,¹⁶³ pero es un riesgo claro cuando los flujos de financiación de una OHI dependen en gran medida de tales intereses (véase la Sección IV.6.2).

En consecuencia, a pesar de su atractivo intelectual y empírico y la urgencia de abordar los determinantes sociales en las políticas de salud pública, los ideales de un enfoque más holístico, evidentes en las primeras décadas de la OMS, tal como se articularon en Alma Ata en 1978¹⁶⁴, tienen dificultades para obtener apoyo político y se traducen deficientemente en políticas.¹⁶⁵ Esto ocurre a pesar de los llamamientos regulares de muchas organizaciones —incluidas algunas voces dentro de la OMS (véase más adelante)— para abordar los determinantes sociales,¹⁴¹ fortalecer los sistemas de salud

¹³⁹ Nunes AR (2025) Medicalización de la salud pública: una revisión narrativa. Public Health 246. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105827>

¹⁴⁰ Sparkes SP, Earle AJ, Kutzin J (2024). Eficiencia interprogramática: El sistema es mayor que la suma de sus programas. Health Systems & Reform 10(3). <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2427715>

¹⁶⁰ [The Lancet \(2023\) Desentrañando los determinantes comerciales de la salud - The Lancet 401\(10383\):1131.](#)

¹⁶¹ Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. (2014) Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectivas de cambio - The Lancet 383(9917):630-667.

¹⁶² Fuse Brown (2025) Definición de la “corporativización” de la atención médica | New England Journal of Medicine 393(1):1-3.

¹⁶³ Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. (2014) Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectivas de cambio - The Lancet 383(9917):630-667.

¹⁶⁴ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). Declaración de Alma-Ata. Internacional. Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaracion-en.pdf>

¹⁶⁵ Por ejemplo, Tubeuf S, Valdivia A, Tavošči L, Empana JP, Engebretsen E (2025) La responsabilidad de la salud: cambiando el enfoque de los individuos a los sistemas - The Lancet Public Health 10(3):e170.

¹⁴¹ Organización Mundial de la Salud (2008) Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS.

comunitarios¹⁴² y la promoción de la salud,¹⁴³ abordar el abandono de la medicina tradicional¹⁴⁴ y rediseñar los sistemas de salud para abordar la complejidad y responder mejor a las necesidades de la población.¹⁴⁵

II.1.4. Sistemas y políticas de salud

La mejora de los sistemas de salud —las modalidades de prestación de atención sanitaria— es una función esencial de la salud pública y un objetivo tradicional del apoyo de las agencias de salud multilaterales y bilaterales a los países con escasos recursos. Sin embargo, al igual que ocurre con el apoyo a los determinantes generales de la salud, el apoyo a los sistemas de salud se ve afectado por la dificultad de medir su impacto global.

Sistemas de salud

Los sistemas de salud han sido definidos por la OMS como

*“el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos que se dedican a producir acciones de salud”*¹⁴⁶. Por su naturaleza, son multidimensionales, y existen compensaciones que deben hacerse entre varios objetivos (por ejemplo, mejorar el estado de salud promedio frente a la equidad, la eficiencia y la capacidad de respuesta).

La conceptualización de los sistemas de salud ha evolucionado. Generalmente se representan como sistemas que desempeñan varias funciones (prestación de servicios, generación de recursos, financiación y administración¹⁴⁷) o que comprenden varios pilares o componentes básicos (prestación de servicios, personal sanitario, información, productos médicos/vacunas/y tecnologías, financiación y liderazgo/gobernanza).¹⁴⁸ El diseño de los sistemas de salud varía ampliamente (por ejemplo, financiados por el consumidor frente a financiados con fondos públicos), y estas diversas características influyen en su desempeño.^{149, 150}

¹⁴² Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978) Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 1978.

¹⁴³ Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

¹⁴⁴ Por ejemplo, Dzau VJ et al. (2022) ¿Ha llegado el fin de la medicina tradicional? La necesidad de redefinir la medicina académica - The Lancet 400(10361):1481-1486; van Schalkwyk MCI, Zenone M, Maani N, Petticrew M, McKee M (2022) Volver a nuestras raíces o sembrar nuevas semillas: repensar los paradigmas de salud, daño y enfermedad | Journal of Public Health 44(Suplemento_1): Páginas i28–i33.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac093>

¹⁴⁵ Por ejemplo, Instituto de Medicina (EE. UU.), Comité sobre la Calidad de la Atención Médica en Estados Unidos (2001). Superando la brecha de calidad: Un nuevo sistema de salud para el siglo XXI. Washington (DC): National Academies Press (EE. UU.). Apéndice B: Rediseñando la atención médica con perspectivas de la ciencia de los sistemas adaptativos complejos. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222267/> Sturmberg JP (2018) Rediseño del sistema de salud: cómo hacer que la atención médica sea centrada en la persona, equitativa y sostenible | Springer; The Lancet Global Health (2023) Se necesita una atención integrada para abordar la multimorbilidad - The Lancet Global Health 11(9): e1314.

¹⁴⁶ OMS (2000) [Informe mundial sobre la salud 2000: sistemas de salud: mejora del desempeño Organización Mundial de la Salud](#)

¹⁴⁷ Organización Mundial de la Salud (2000) Informe mundial sobre la salud 2000. Sistemas de salud: mejora del desempeño. Ginebra: OMS.

¹⁴⁸ Organización Mundial de la Salud (2007) Es asunto de todos: fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios. Marco de acción de la OMS. Ginebra: OMS.

¹⁴⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2025) ¿Cómo influyen las características del sistema de salud en su desempeño?

¹⁵⁰ Cabe destacar que el sistema de salud estadounidense es el de peor desempeño de su tipo. Por ejemplo, la publicación habitual Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing US Health System – Comparing Performance in 10 Nations compara los sistemas de salud de 10 países de altos ingresos (Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos) y examina cinco ámbitos clave del desempeño del sistema de salud: acceso a la atención, proceso de atención, eficiencia administrativa, equidad y resultados de salud. Concluye que, a pesar de las diferencias en el desempeño, existe una excepción notable: Estados Unidos, especialmente en lo que respecta a sus resultados de salud, particularmente en relación con el gasto en atención médica.

Al igual que otros sistemas complejos, los sistemas de salud son “un conjunto complejo de elementos que interactúan entre sí”¹⁵¹, incluyendo varias características clave:

Autoorganización: la dinámica del sistema surge espontáneamente de la estructura interna.

En constante cambio: se ajustan y reajustan en múltiples escalas de tiempo interactivas.

Estrechamente interconectados: el alto grado de conectividad implica que un cambio en un subsistema afecta a los demás.

Regido por la retroalimentación: una respuesta positiva o negativa puede alterar la intervención o los efectos esperados.

No lineal: las relaciones dentro de un sistema no pueden organizarse a lo largo de una simple línea de entrada-salida.

Depende del historial clínico: los efectos a corto plazo pueden diferir de los efectos a largo plazo.

Resulta difícil medir el impacto: la causa y el efecto suelen estar distantes en el tiempo y el espacio, lo que dificulta encontrar soluciones que relacionen las causas con los efectos que pretenden abordar.

Difícil de cambiar: las soluciones aparentemente obvias pueden fracasar o empeorar la situación,¹⁵² o bien encontrar obstáculos debido a patrones de comportamiento arraigados.

Por lo tanto, la salud y los sistemas de salud deben abordarse desde una perspectiva de pensamiento sistémico, que:

*“es un enfoque para la resolución de problemas que considera los “problemas” como parte de un sistema dinámico más amplio. El pensamiento sistémico implica mucho más que una reacción a los resultados presentes o eventos. Requiere una comprensión más profunda de los vínculos, relaciones, interacciones y comportamientos entre los elementos que caracterizan todo el sistema”.*¹⁵³

Las políticas de salud pública deben considerar estas relaciones complejas para garantizar la beneficencia y la no maleficencia en todo un sistema y, por lo tanto, en toda la población (Sección II.1.2).

Políticas de salud

Las políticas de salud pueden definirse como “las acciones deliberadas y con un propósito definido mediante las cuales se realizan esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud con el fin de promover la salud de la población”¹⁵⁴. Estas políticas pueden influir en los resultados de salud (y otros) a través de diversas vías, incluyendo la configuración de la organización e instituciones del sistema de salud, la regulación de las relaciones entre los actores, la determinación de cómo se financian los servicios de salud y directamente a través de intervenciones específicas (por ejemplo, actividades de promoción y prevención de la salud o directrices normativas para los proveedores de servicios de salud).

Como cualquier política pública, las políticas de salud siguen un ciclo que comienza con la inclusión de un problema determinado en la agenda política (que incluye la definición del problema y el diagnóstico causal), seguido de la formulación de la política (planificación), su adopción, implementación, seguimiento y evaluación, y adaptación, sucesión o terminación.¹⁵⁵ Las primeras etapas del desarrollo de la política son cruciales. De hecho, se supone que una política está diseñada para abordar un problema social específico (o, al menos, para prevenir que

¹⁵¹ von Bertalanffy L (1968) Teoría general de sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones, Nueva York: George Braziller Publishers.

¹⁵² De Savigny D, Adam T, Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud (2009). Pensamiento sistémico para el fortalecimiento de los sistemas de salud / editado por Don de Savigny y Taghreed Adam. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44204>

¹⁵³ Ibídem.

¹⁵⁴ Gilson L (2012) Investigación sobre políticas y sistemas de salud: una antología metodológica. Ginebra: Alianza para la Investigación sobre Políticas y Sistemas de Salud y Organización Mundial de la Salud.

¹⁵⁵ Dunn WN (2008) Análisis de políticas públicas: una introducción (4.ª edición). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall

surjan problemas). A nivel internacional, esto debe incluir comúnmente la interacción de los resultados de salud (por ejemplo, a través de la propagación de enfermedades infecciosas) entre países. Un marco analítico comúnmente utilizado para comprender la etapa de establecimiento de la agenda incluye una *corriente de problemas* (un problema público se objetiva y se difunde), una *corriente de soluciones* (una o más alternativas) y una *corriente política* (la voluntad política de desarrollar una política); generalmente, gracias a la intervención de "emprendedores de políticas".¹⁵⁶ Nuevamente, en el ámbito internacional, esto requiere foros donde puedan tener lugar debates políticos entre Estados, comúnmente con una organización multilateral (por ejemplo, una OIS) que facilite el proceso.

Una vez que se propone una política a nivel político, su etapa de diseño también es crucial. En el sector de la salud pública, esto incluye tanto la priorización de los problemas y necesidades de salud que deben abordarse, como la priorización de las intervenciones para abordarlos. Por lo general, se realiza con base en criterios que incluyen específicamente:

- Carga de enfermedad (en términos de magnitud y gravedad)
- Existencia de intervenciones rentables
- Aceptabilidad por parte de los implementadores y los beneficiarios.
- Efectos sobre la justicia/equidad.¹⁵⁷

De la medicina basada en la evidencia a la política basada en la evidencia.

El campo médico, para garantizar la calidad de la atención sanitaria, enfatiza la importancia de la «medicina basada en la evidencia» (MBE); un «*enfoque sistemático para la resolución de problemas clínicos que permite la integración de la mejor evidencia de investigación disponible con la experiencia clínica y los valores del paciente*».¹⁵⁸ Sin embargo, este enfoque también tiene limitaciones. En primer lugar, la biología es compleja y heterogénea, la epidemiología de las enfermedades aún más, y los individuos tienen preferencias y contextos culturales, religiosos y sociales que afectan la toma de decisiones individuales. Por lo tanto, la medicina, aplicada éticamente, no puede consistir simplemente en seguir directrices, sino más bien, en última instancia, en respetar la elección del paciente (Sección II.1.2). La MBE en su forma pura también es deficiente para abordar la multimorbilidad, ya que los estados de enfermedad interactúan. De hecho, los ensayos controlados aleatorizados en los que se basa clásicamente la MBE generalmente excluyen a los pacientes multimórbidos para evitar factores de confusión.¹⁵⁹ La MBE puede informar sobre si un determinado producto o intervención médica «funciona en promedio», pero su aplicación a un individuo específico requiere un enfoque más amplio.¹⁶⁰

Siguiendo el modelo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), el término «elaboración de políticas basada en la evidencia (o informada)» se aplica ampliamente a la salud pública.¹⁶¹ Sin embargo, en comparación con la jerarquía de la evidencia aplicada en la toma de decisiones clínicas, la política de salud pública requiere un espectro aún más amplio de fuentes y consideraciones. «*La traducción de la investigación en contenido y práctica de políticas representa, por consiguiente, un desafío para investigadores y responsables de la toma de decisiones*».¹⁶²

¹⁵⁶ Kingdon JW (2003) Agendas, alternativas y políticas públicas. Segunda edición. Nueva York: AddisonWesley Educational Publishers Inc.

¹⁵⁷ Schmets G, Rajan D y Kadandale S (Eds) (2016) Estrategias de salud nacional en el siglo XXI: un manual. Ginebra: OMS.

¹⁵⁸ Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B (2008) Medicina basada en la evidencia: nuevos enfoques y desafíos. Acta Inform Med. 16(4):219–25. 10.5455/aim.2008.16.219-225

¹⁵⁹ Los editores de PLOS Medicine (2023) Multimorbilidad: Abordando la próxima pandemia mundial | PLOS Medicine 20(4): e1004229. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004229>

¹⁶⁰ Anjum RL, Copeland S, Rocca E (2020) Científicos médicos y filósofos de todo el mundo recurren a la MBE para ampliar la noción de "evidencia" | BMJ Evidence-Based Medicine 25:6-8.

¹⁶¹ Véase Baron J (2018) Breve historia de las políticas basadas en la evidencia. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 678(1), 40-50. <https://doi.org/10.1177/0002716218763128>

¹⁶² Sisnowski J, Street JM (2017) Política de salud pública basada en la evidencia. En Stella R. Quah (Ed.): International Encyclopedia de Salud Pública (Segunda Edición), Academic Press, Páginas 57-65. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00150-8>

El desarrollo de políticas de salud pública se complica aún más por la diversidad de resultados potenciales: relevancia, efectividad, eficiencia, impactos generales, en contraposición (como mínimo clínico) al alivio de una enfermedad ya presente. Ninguna intervención de salud pública será óptima en todos los criterios, y es necesario hacer concesiones (por ejemplo, reducir la eficiencia para garantizar la equidad; sacrificar la efectividad a corto plazo para desarrollar capacidades locales y asegurar la sostenibilidad y los impactos a largo plazo), mientras que cualquier inversión también tiene un «costo de oportunidad», es decir, desvía recursos disponibles de otras prioridades.

Para lograr una política de salud pública legítima, es fundamental contar con las competencias, la visión estratégica y la voluntad política necesarias para coordinar y priorizar las acciones según criterios claros, así como para garantizar un diálogo político inclusivo y participativo que permita a la ciudadanía, directamente afectada, expresar su opinión en la decisión final.¹⁶³ La toma de decisiones requiere capacidad y experiencia, pero en última instancia debe tener lugar cerca de las comunidades involucradas o dentro de ellas. Esto exige una combinación de conocimientos y experiencia compartidos, y una subsidiariedad suficiente para asegurar que las decisiones se basen en el contexto local.

II.2. HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL ANTES DE LA DÉCADA DE 1990

Para comprender la cooperación internacional moderna en materia de salud y cómo surgió la OMS, es importante entender la historia previa de la cooperación internacional multilateral en salud y el contexto de la formación de la OMS justo después de la Segunda Guerra Mundial.

II.2.1. Breve historia de la salud pública internacional

Un esfuerzo colaborativo para mejorar el bienestar general y abordar las amenazas a la salud constituye un bien común y es necesario para afrontar ciertas amenazas, como la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas. En términos más generales, la mayoría de las culturas reconocen el valor de apoyar a otros para construir vidas mejores y más saludables. La afirmación de la Constitución de la OMS de que la salud implica «bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia»,¹⁶⁴ implica amplias áreas de cooperación potencial que abarcan la acción individual, comunitaria y estatal.

De forma más directa, la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas u otras amenazas biológicas, químicas o radiactivas plantea evidentes problemas de salud y seguridad nacional. Estas amenazas impulsaron los primeros esfuerzos importantes para desarrollar la cooperación internacional en materia de salud pública, a través de las conferencias sanitarias y los posteriores Convenios Sanitarios de la segunda mitad del siglo XIX.

Sin embargo, estas primeras conferencias sanitarias también ilustraron los peligros inherentes a proponer medidas o restricciones a un grupo de personas en beneficio de otro, un riesgo que ha afectado a la salud pública desde entonces. La primera conferencia sanitaria internacional se celebró en París en 1851, y fue una reunión entre potencias coloniales, algunas de las cuales aún mantenían economías basadas en la esclavitud.¹⁶⁵ Por lo tanto, la conferencia tenía como objetivo proteger los intereses de los grupos económica o políticamente dominantes de las enfermedades que se creía que se propagaban desde otras sociedades. El Primer Convenio Sanitario, ratificado en la séptima conferencia en Venecia en 1892, abordó la propagación del cólera, y cinco años

¹⁶³ Schmets G, Rajan D y Kadandale S (Eds) (2016) Estrategias de salud nacional en el siglo XXI: un manual. Ginebra: OMS. ; Baltussen R, Jansen MP, Mikkelsen E, Tromp N, Hontelez J, Bijlmakers L, Van der Wilt GJ (2016). Establecimiento de prioridades para la cobertura sanitaria universal: necesitamos procesos deliberativos basados en la evidencia, no solo más evidencia sobre la rentabilidad. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(11), pp. 615-618. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.83>

¹⁶⁴ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

¹⁶⁵ Organización Mundial de la Salud (1997). Informe Mundial sobre la Salud 1997: Vencer el sufrimiento, enriquecer Humanidad. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62873/14549_eng.pdf Reuters (2007). «Informe especial: Esclavitud». 22 de marzo de 2007. <https://www.reuters.com/article/uk-slavery/idUSL1561464920070322>

después se promulgó otro Convenio sobre la peste.¹⁶⁶

En la primera mitad del siglo XX, la disciplina de la salud pública se expandió hasta equiparar la salud y el potencial humano con la etnicidad y las concepciones jerárquicas del valor humano, lo que condujo a los enfoques eugenésicos y al fascismo médico que prevalecieron en Europa y Norteamérica. La búsqueda de la salud y el miedo a la muerte pueden ser fuerzas poderosas y unificadoras, por lo que son susceptibles de ser manipuladas por estructuras de poder y movimientos políticos que buscan utilizarlas para obtener apoyo para objetivos económicos o ideológicos.

La primera oficina internacional de salud se estableció en 1902 con la creación de la Oficina Sanitaria Internacional de las Américas, precursora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que actualmente es la Oficina Regional de la OMS para las Américas. La Oficina Internacional de Higiene Pública se inauguró en París en 1907 como la primera secretaría permanente para asuntos internacionales de salud de las naciones europeas.¹⁹²

La Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones se estableció en Ginebra tras la Primera Guerra Mundial, añadiendo la viruela y el tífus a la lista de enfermedades contempladas en el Convenio Sanitario Internacional. La Sociedad, de mayoría europea, incluía a Japón en su consejo permanente y a varios países americanos y asiáticos entre sus miembros. Gran parte de África y Asia en aquel entonces estaba formada por poblaciones colonizadas que contribuían a la prosperidad de otros, y cuyas tierras proporcionaban recursos para la creciente industria y el consumismo del norte, pero cuyos pueblos carecían de voz en la priorización de la salud internacional.

Tras reconocerse los excesos de la Segunda Guerra Mundial y el posterior énfasis en la descolonización, la igualdad y los derechos humanos, se generalizó el concepto de cooperación entre Estados para reducir las desigualdades en salud, en lugar de considerarlo principalmente una medida de seguridad. La Organización Mundial de la Salud impulsó la idea de que los países más

ricos financiaran aspectos de los sistemas de salud y las intervenciones sanitarias en países con menos recursos, ya sea directamente o mediante mecanismos multilaterales, para reducir la carga de morbilidad evitable en estas poblaciones. El enfoque en las principales enfermedades infecciosas, como la malaria y la tuberculosis, así como en el saneamiento y la nutrición, reflejó esta tendencia. Si bien la erradicación de la viruela y la campaña contra enfermedades como la poliomielitis y el sarampión tuvieron un alcance global, los principales beneficiarios fueron, una vez más, las poblaciones de bajos ingresos, donde se concentraba la carga restante de morbilidad.

II.2.2. La OMS: Un nacimiento igualitario

El 22 de julio de 1946, los 51 países de las Naciones Unidas (ONU), recientemente constituidas, junto con diez Estados no miembros, firmaron la constitución de la OMS.¹⁶⁷ La OMS surgió tras la derrota del fascismo y el supuesto declive del antiguo orden mundial imperial como organismo de salud de la ONU, para orientar la aplicación de medidas de salud pública para la población mundial. La constitución del nuevo organismo, que entró en vigor en 1947 con la ratificación del acuerdo por el vigésimo país, se basó en una definición amplia de salud:

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.*¹⁶⁸

El segundo principio subrayaba los enfoques poscoloniales y posfascistas que enfatizaban la igualdad por encima de la jerarquía:

*“El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social”.*¹⁶⁹

Si bien la constitución de la OMS inevitablemente construyó una estructura algo centralizada, consagró la idea de la autoridad individual y comunitaria dentro de sus

¹⁶⁶ McCarthy, Michael. “Una breve historia de la Organización Mundial de la Salud”. The Lancet 360, n.º 9340 (12 de octubre de 2002): 1111–12. ¹⁹² *Ibid.*

¹⁶⁷ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

¹⁶⁸ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

¹⁶⁹ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

principios rectores, aunque no especificó el consentimiento informado voluntario:

*“La opinión informada y la cooperación activa por parte del público son de suma importancia para la mejora de la salud de la población”.*¹⁹⁶

La OMS debía regirse por el principio de un país, un voto a través de la Organización Mundial de la Salud.

Asamblea Mundial de la Salud (AMS): un consejo integrado por todos los Estados miembros.

La OMS logró la independencia de sus amos coloniales, desplazando gradualmente el peso de los votos hacia los países de menores ingresos con mayor carga de enfermedades: los Estados poscoloniales. La mayor parte de la financiación provenía de asignaciones basadas en el producto interno bruto de sus miembros, lo que proporcionaba financiación básica que la experiencia técnica reclutada por la OMS, guiada por la Asamblea Mundial de la Salud, podía dirigir según su constitución y las necesidades percibidas.

La OMS está compuesta por seis regiones, cada una con su propia Oficina Regional y un Director Regional (DR) elegido por los Estados de dicha región. La sede central, ubicada en Ginebra (Suiza), alberga al Director General y se rige por la Asamblea Mundial de la Salud (un Estado, un voto), que se reúne al menos una vez al año, y por un Consejo Ejecutivo (CE) integrado por 34 miembros designados por 34 Estados de forma rotatoria, con al menos tres representantes de cada región (artículos 24-29).¹⁷⁰ El personal se ha agrupado principalmente en unidades técnicas (relacionadas con enfermedades), y el personal de la sede central se refleja en las Oficinas Regionales.

Si bien el enfoque principal del trabajo de la OMS era abordar las cargas de enfermedades más graves en los Estados Miembros con menos recursos, muchas enfermedades infecciosas no conocen fronteras, y un brote en un país puede afectar a la población de otros, ya sean vecinos o distantes. Si bien esto suele ocurrir a nivel local o regional con las enfermedades transmitidas por vectores (por ejemplo, la malaria, el dengue) y aquellas

que requieren la transmisión de persona a persona (por ejemplo, el ébola, el VIH), otras que se propagan por virus respiratorios en aerosol pueden volverse rápidamente globales. La gripe y los coronavirus son ejemplos bien conocidos. El conocimiento previo de tales brotes, su epidemiología y su composición genética (por ejemplo, mediante la vigilancia del virus de la gripe) influye en las medidas preparatorias que los países afectados pueden tomar para reducir el impacto, y por lo tanto, abordar el riesgo de epidemia también formó parte del mandato original de la OMS. Por consiguiente, en el artículo 2 (g), el mandato de la nueva Organización incluía *“estimular y promover la labor para erradicar las enfermedades epidémicas, endémicas y otras”*.¹⁷¹

Mientras tanto, se esperaba que la OMS y su Director General respondieran en nombre de los Estados Miembros, y el Consejo Ejecutivo (CE) tenía la facultad (Artículo 28 (f)) de solicitar a la organización:

“adoptar medidas de emergencia dentro de las funciones y los recursos financieros de la Organización para hacer frente a sucesos que requieran una actuación inmediata. En particular, podrá autorizar al Director General a adoptar las medidas necesarias para combatir las epidemias...”.¹⁹⁹

La OMS lideró la erradicación mundial de la viruela y la reducción de la poliomielitis mediante grandes campañas de vacunación. Estos fueron logros logísticos considerables, y es difícil imaginar esfuerzos de tal magnitud sin la capacidad de coordinación transfronteriza y el apoyo técnico que brinda una organización supranacional. Antes de la década de 1940, las vastas empresas coloniales podían considerar tales esfuerzos dentro de sus imperios, pero estos programas demostraron su viabilidad mediante la colaboración entre numerosos Estados soberanos. Sin embargo, también ilustran el atractivo de intervenciones tan fácilmente cuantificables en el ámbito internacional, en comparación con programas que podrían tener un impacto aún mayor. Recordamos la vacunación masiva y la erradicación como ejemplos, en lugar de fomentar la resiliencia colectiva mediante programas de nutrición o desparasitación. Existe el peligro de que las políticas se vean entonces condicionadas por la apariencia en lugar del fondo.

¹⁹⁶ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

¹⁷⁰ *Ibíd.*

¹⁷¹ *Ibíd.*

¹⁹⁹ *Ibíd.*

II.2.3. Definición de los derechos humanos en un mundo en proceso de descolonización

La Asamblea General de las Naciones Unidas, reunida en París el 10 de diciembre de 1948, buscó expresar consenso sobre los principios internacionales (relativamente recientes) de igualdad y autonomía individual a través de la Declaración Universal de Derechos Humanos (resolución 217 A de la Asamblea General).¹⁷² La versión original en inglés comienza así:

Artículo 1: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Están dotados de razón y conciencia y deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*.¹⁷³ y:

Artículo 2: *“Toda persona tiene derecho a todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”* (en parte).²⁰²

A través de 30 artículos, la Declaración consagra la libertad de circulación dentro del propio país, la libertad de salir y regresar al país, la libertad de pensamiento, de opinión y de expresión religiosa, y el derecho a participar en ámbitos fundamentales de la sociedad, como el trabajo, la educación y la vida familiar. Posteriormente, se sucedieron una serie de tratados internacionales jurídicamente vinculantes que incorporaron estos artículos al derecho internacional de los derechos humanos, tema que se aborda en detalle en la Sección II.1.1. Si bien el autoritarismo persistió en muchos Estados y se produjeron guerras entre ellos, se esperaba que organismos internacionales como la OMS, al menos,

hicieran hincapié en estos principios humanitarios recientemente codificados y basaran su enfoque en ellos. La Declaración de Helsinki de 1964,¹⁷⁴ por ejemplo, actualizada por última vez en 2024, se basó en el Código de Núremberg para definir la importancia del consentimiento libre y plenamente informado como requisito previo para los ensayos clínicos relacionados con la salud y el uso de tratamientos experimentales. El consentimiento informado voluntario para la práctica médica en general, si bien se basa en muchas tradiciones culturales que enfatizan la libertad individual y la autonomía corporal, se fundamenta en los mismos principios y se ha fortalecido a través de diversos instrumentos nacionales e internacionales desde la fundación de la OMS.¹⁷⁵

La OMS, que creció durante este período de énfasis en la libertad humana, construyó programas relacionados con enfermedades, particularmente dirigidos a enfermedades infecciosas de alta carga, malaria, tuberculosis, esquistosomiasis, infestaciones por helmintos transmitidos por el suelo y deficiencias de micronutrientes. Estos se basaron principalmente en enfoques descentralizados, ya que la mayoría de los afectados se encontraban en comunidades de bajos ingresos con servicios de salud formales a menudo limitados. A lo largo de las décadas, un creciente arsenal de antimicrobianos y vacunas amplió el alcance de grandes programas centralizados basados en productos básicos, dirigidos por expertos centrales. Los grandes programas que distribuyen productos básicos a cientos de millones de personas desarrollan burocracias para administrarlos, con una fuerza laboral cada vez mayor de burócratas e investigadores de salud con mentalidad de carrera que tienen prioridades que entran en conflicto con las de individuos y comunidades distantes con las que tienen poco contacto directo o ante las que no tienen que rendir cuentas.

¹⁷² Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Resolución 217 A: Declaración Universal de los Derechos Humanos. [http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217\(III\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217(III))

¹⁷³ Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

²⁰² [202 Ibid.](#)

¹⁷⁴ Asociación Médica Mundial (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involvement-human-subjects/>

²⁰⁴ [204 Ibid.](#)

¹⁷⁵ Gostin, Lawrence O., y Jonathan Mann. “Hacia el desarrollo de una evaluación del impacto en los derechos humanos para la formulación y evaluación de políticas de salud pública”. *Salud y Derechos Humanos* 1, n.º 1 (1994): 58–80. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3307558/>

II.2.4. El apogeo de la atención primaria en la salud pública

El aumento de los insumos sanitarios y la burocracia necesaria para gestionarlos, junto con los cambios fundamentales en la financiación de la OMS que se detallan a continuación, establecen un contraste entre dos enfoques generales de la política sanitaria internacional: programas horizontales centrados en enfoques comunitarios que abordan los determinantes subyacentes de la salud, y enfoques verticales basados en insumos que proporcionan un tratamiento específico para cada enfermedad con medicamentos, vacunas y diagnósticos preaprobados, como lo ejemplifica la reciente securitización de la política de salud pública (véase la Sección II.3.2). Si bien ambos deberían ser componentes esenciales de un sistema que brinde atención sanitaria universal básica, las estructuras de incentivos que los promueven son muy diferentes e inevitablemente dan lugar a enfoques distintos que tienen importantes implicaciones para la política sanitaria internacional actual.

Es ampliamente aceptado que los principales factores que impulsaron el aumento de la esperanza de vida en los países ricos durante los últimos dos siglos están relacionados con la mejora de la nutrición, el saneamiento y las condiciones de vida.¹⁷⁶ Si bien la llegada de los antibióticos modernos ha sido determinante, y más recientemente las vacunas, en particular, han reducido la transmisión de ciertos patógenos y han contribuido a la erradicación de uno de ellos (la viruela), la mejora de la resiliencia humana y la reducción de la exposición a través de cambios ambientales son la base de las principales mejoras en la salud tras la revolución industrial.

En los países de bajos ingresos con una mayor carga de enfermedades infecciosas, donde se han concentrado los esfuerzos de la OMS, ambos enfoques de atención

sanitaria deben considerarse complementarios. La mortalidad por enfermedades infecciosas depende en gran medida de la resiliencia inmunitaria del individuo y de su exposición. La resiliencia inmunitaria depende principalmente de la nutrición y de la ausencia de infecciones crónicas debilitantes concomitantes, así como de la exposición previa, ya sea por haber sobrevivido a una infección o por vacunación. La exposición depende del entorno y de los rasgos de comportamiento del individuo, y del nivel de circulación de patógenos en la comunidad donde reside. La gravedad y el pronóstico una vez establecida la infección suelen depender de la disponibilidad de tratamientos eficaces, como los antimicrobianos.

En las primeras décadas de existencia de la OMS, y en consonancia con el amplio énfasis de la salud pública internacional, se dio alta prioridad a la mejora de la nutrición y el medio ambiente, con relativamente pocos antibióticos o vacunas disponibles que pudieran atacar un patógeno específico. Ejemplos de innovación en la atención primaria de salud, como el programa del "médico descalzo" de China de 1968¹⁷⁷ y los programas de trabajadores de salud comunitarios en otros países¹⁷⁸, ampliaron enormemente la atención básica de salud y popularizaron el concepto de gestión de la salud desde la base. Centrado en un cuadro de trabajadores con formación básica pero fácilmente accesibles, que a menudo eran voluntarios que trabajaban en las comunidades de las que eran reclutados.

Este enfoque proporcionó atención médica básica, servicios de vacunación y educación sanitaria.²⁰⁹ El movimiento de atención primaria fue coherente con los principios centrales de la carta de la OMS sobre la igualdad de acceso a la atención sanitaria y la participación local:

“La opinión informada y la cooperación activa por parte del público son de suma importancia para la

¹⁷⁶ Shaw-Taylor, Leigh. «Introducción a la historia de las enfermedades infecciosas, las epidemias y las primeras fases del declive a largo plazo de la mortalidad». *Economic History Review* 73, n.º 3 (2020): E1–E19.

<https://doi.org/10.1111/ehr.13019>; Frieden, Thomas R. «Un marco para la acción en salud pública: la pirámide del impacto en la salud». *American Journal of Public Health* 100, n.º 4 (2010): 590–95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>

¹⁷⁷ Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Cerrando la brecha en una generación: equidad en salud a través de Acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final. Ginebra: OMS. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61355-0/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61355-0/texto completo)

¹⁷⁸ Perry, Henry B., Rachel Zulliger y Mary M. Rogers. “Trabajadores de salud comunitarios en países de ingresos bajos, medios y altos: una visión general de su historia, evolución reciente y eficacia actual”. *Annual Review of Public Health* 35 (2014): 399–421.

²⁰⁹ *Ibíd.*

*mejora de la salud de la población”.*²¹⁰

El énfasis en la atención primaria culminó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, Kazajstán (entonces parte de la Unión Soviética), en septiembre de 1978, y en la Declaración homónima que surgió de ella.²¹¹

La Declaración de Alma Ata enfatizó la importancia fundamental de la atención primaria comunitaria para lograr buenos resultados en salud pública. La consulta comunitaria se presentó como una alternativa a los enfoques homogéneos, centralizados o verticales, garantizando que las políticas reflejaran el contexto y las prioridades locales.²¹² Fue una extensión del amplio entendimiento de la constitución de la OMS de que la salud abarca el bienestar físico, mental y social.

*“La Conferencia reafirma enérgicamente que la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto nivel posible de salud es un objetivo social mundial de suma importancia, cuya consecución requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector de la salud”.*²¹³

Por lo tanto, se consideraba que las políticas de salud pública operaban dentro de un contexto mucho más amplio que iba mucho más allá de la salud, y para lograr buenos resultados era necesario tenerlo en cuenta. Evidentemente, esto no se puede conseguir a distancia mediante una política uniforme.

Las siguientes cláusulas de la declaración establecen la importancia de la participación y el control locales como elementos centrales de la política sanitaria de la ONU y la OMS:

Artículo IV: “... El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de su atención sanitaria”.²¹⁴

Artículo VI: (Atención primaria de salud) “...universalmente accesible a las personas y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y autodeterminación. Forma parte integral del sistema de salud del país, del cual es la función central y el eje principal,...”.²¹⁵

La atención primaria, en el artículo VII(5): “... requiere y promueve la máxima autosuficiencia y participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, operación y control de la atención primaria de salud,...”.¹⁷⁹

El espíritu de este enfoque democrático y basado en los derechos se refleja en el prólogo de la Declaración, que insta a las agencias internacionales OMS y UNICEF, a los gobiernos nacionales, a las organizaciones no gubernamentales (ONG) y a los organismos de financiación a seguir estos principios. Llama la atención la ausencia de cualquier mención a intereses o financiación corporativos o privados. La salud pública internacional debía basarse en el concepto de que las personas y sus comunidades participarían directamente en la toma de decisiones, la orientación y la gestión de su propia atención sanitaria. La OMS y otros organismos de salud debían facilitar este proceso. La salud era un ámbito democrático y basado en los derechos que abarcaba el bienestar físico, mental y social, del que todos debían beneficiarse, en lugar de una industria orientada al lucro.

²¹⁰ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). Declaración de Alma-Ata. Internacional Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaración-en.pdf>

²¹¹ Ibídem.

²¹² Ibídem.

²¹³ Ibídem.

²¹⁴ Ibídem.

²¹⁵ Ibídem.

¹⁷⁹ Ibídem.

II.3. HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA DESPUÉS DE LA DÉCADA DE 1990

Un panorama sanitario mundial en constante cambio

El periodo previo y posterior al cambio de milenio fue una época de grandes transformaciones en la salud pública internacional, con un rápido aumento de los recursos y del número y tamaño de las agencias que trabajan en este ámbito. Anteriormente, la OMS había dominado la salud pública a nivel internacional, con el apoyo de otras agencias de la ONU, en particular UNICEF, mientras que las agencias de asistencia bilateral y algunas fundaciones como Wellcome Trust y la red Pasteur se centraban en la investigación y el apoyo a nivel nacional. Durante los años inmediatamente anteriores y posteriores al 2000, la OMS se convirtió repentinamente en una de las varias grandes agencias con gran influencia. La Fundación Bill y Melinda Gates (ahora Fundación Gates) aportó una cantidad sin precedentes de capital privado al sector, trabajando con la OMS, a través de ONG o directamente con los países. El Banco Mundial comenzó a aumentar su interés en la salud, mientras que el Fondo Mundial fue creado por países donantes como canal de financiación para los países receptores, trabajando bajo la guía técnica de la OMS, pero también a través del poder de sus subvenciones, que le otorgaron una considerable influencia.

Las grandes alianzas público-privadas (APP) se inauguraron gradualmente, comenzando con Gavi, la alianza para las vacunas, que volvió a tomar recursos e influencia en un área que antes era competencia casi exclusiva de la OMS y UNICEF. Le siguieron otras, como UNITAID (que aborda el desarrollo del mercado de productos sanitarios) y, en 2017, CEPI (la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias, centrada exclusivamente en pandemias, principalmente vacunas). Las APP se diferencian estructuralmente de la OMS en que, si bien incluyen financiación gubernamental, incorporan al sector privado —tanto fundaciones privadas como empresas— en sus consejos directivos. Por lo tanto, reciben apoyo de fondos públicos, pero están dirigidas en parte por intereses privados que pueden beneficiarse directamente de ello, en particular los del sector farmacéutico. Las APP han introducido la dirección del

sector privado en lo que antes era un ámbito político relativamente público, proporcionando una mayor financiación que puede aportar beneficios considerables, pero con implicaciones inevitables para el entorno político en el que trabaja la OMS. Algunas (por ejemplo, Gavi y CEPI) colaboran estrechamente con la Fundación Gates, cofundadora de ambas y que sigue participando en su dirección.

II.3.1. El cambio de la salud internacional a la salud pública mundial

En la década de 1990 se observó un cambio perceptible de la gobernanza sanitaria internacional (GSI) a la gobernanza sanitaria mundial (GSM), en paralelo a un aumento de la globalización en general tras el fin de la Segunda Guerra Mundial.

La guerra propició una ampliación del abanico de problemas de salud abordados colectivamente durante la década de 1990, así como un aumento en el número y el tipo de actores involucrados en la formulación de políticas de salud globales. Por ejemplo, antes de la década de 1990, la gobernanza sanitaria internacional se centraba históricamente en la cooperación entre Estados para controlar las enfermedades transfronterizas, mientras que la gobernanza sanitaria global comenzó a abarcar una red más amplia y compleja de actores estatales y no estatales que abordaban los desafíos de la salud.

El cambio hacia la gobernanza sanitaria mundial se entiende en gran medida como resultado de tres factores.¹⁸⁰ Primero, el fin de la Guerra Fría ofreció nuevas oportunidades para la cooperación y la acción colectiva frente a una serie de problemas de desarrollo persistentes y nuevas necesidades asociadas al colapso de la Unión Soviética. Segundo, mientras que la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) se había utilizado estratégicamente como una forma de poder blando y normativo durante la Guerra Fría por las potencias occidentales y soviéticas, el fin de la Guerra Fría exigió nuevas justificaciones para su uso en la promoción del interés nacional y las causas humanitarias, ámbitos en los que la salud tradicionalmente gozaba de una alta aceptación entre los contribuyentes occidentales.¹⁸¹ Tercero, la rápida aceleración de la interdependencia global y la

¹⁸⁰ Ng NY, Ruger JP. Gobernanza sanitaria mundial en una encrucijada. Glob Health Gov. 21 de junio de 2011;3(2):1-37. PMID:

24729828; PMCID: PMC3983705.

globalización en la década de 1990 aumentó la conciencia sobre la necesidad de una mejor coordinación, así como sobre la necesidad de incluir a un conjunto más amplio de actores y partes interesadas a nivel mundial. Eventos como la crisis financiera asiática de 1997 demostraron los riesgos amplificados de la interdependencia, así como la necesidad de abordar estos nuevos problemas de acción colectiva.

Sin embargo, el cambio hacia los GEI generó varios desafíos nuevos. Primero, la expansión de nuevos actores e instituciones globales aumentó los costos de transacción de la gobernanza, la fragmentación, la ambigüedad de las jurisdicciones y la rendición de cuentas, la falta de alineación de las políticas y la competencia entre los actores (incluidos los beneficiarios). Por ejemplo, en términos de costos de transacción, en 1909 el número total de organizaciones intergubernamentales existentes era de treinta y siete. Para 2014, solo el sector de la salud global representaba 3401 instituciones, asociaciones y organizaciones asociadas internacionales registradas¹⁸². Además, esta cifra excluye los programas bilaterales de salud, como los ofrecidos por Estados Unidos u otros donantes tradicionalmente importantes, y excluye muchos programas específicos de organismos internacionales que pueden tener una influencia significativa en la política de salud, como el Banco Mundial y UNICEF. Segundo, mientras que la OMS fue considerada la autoridad epistémica en salud global antes de 1990, su autoridad fue desafiada gradualmente por una serie de nuevas iniciativas de salud global (ISG) que se consideraban más eficientes y efectivas que la OMS, especialmente por donantes poderosos como el Grupo de los Siete (G7). En tercer lugar, la iniciativa GHG vino acompañada de una nueva "agenda de colaboración" en salud global, en la que las ONG, las organizaciones de la sociedad civil, las fundaciones y otras entidades privadas se incluyeron en la toma de decisiones sobre políticas de salud global y su financiación. A pesar del claro beneficio

de contar con nuevas fuentes de financiación para la salud y un mayor potencial para consultas y conocimientos especializados más amplios, los principales efectos secundarios de esta agenda han incluido conflictos de intereses, falta de transparencia, externalización de la responsabilidad estatal a entidades privadas (tanto por parte de donantes como de receptores), la expansión de las consultorías de gestión y financieras en salud, acusaciones de lucro público-privado, ciclos de dependencia de la ayuda renovados y el uso de programas problemáticos basados en resultados y de talla única.

Aunque GHG alguna vez tuvo la promesa de descolonizar la salud internacional y democratizar las políticas, alejándolas de las tradicionales "Grandes Potencias" hacia asociaciones de múltiples partes interesadas, la promesa ha quedado en gran medida sin cumplir, y la influencia sigue concentrada en un puñado de actores estatales y no estatales poderosos y adinerados.

II.3.2. Un cambio hacia la securitización de la salud

La securitización del enfoque de la OMS en materia de salud.

La securitización es un concepto que se utiliza para analizar las políticas públicas cuando un problema se eleva a la categoría de «amenaza existencial, que requiere medidas de emergencia y justifica acciones fuera de los límites habituales del procedimiento político».¹⁸³ La securitización de las políticas puede ser tanto conceptual como performativa, influenciada por los discursos dominantes y el poder posicional de los actores que la promueven.¹⁸⁴ Esto incluye tácticas y estrategias intencionadas¹⁸⁵ para elevar los problemas al nivel de una amenaza a la seguridad, con el fin de modificar la

¹⁸¹ Istituto Affari Internazionali (2024) . <https://www.iai.it/sites/default/files/iaicom2418.pdf> ; Henson, Spencer y John Humphrey. «Ayuda exterior del Reino Unido: ¿Para qué cree el público británico que debería servir la ayuda?» Blog de política de la LSE. <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/uk-foreign-aid-what-do-the-british-public-think-aid-should-be-for/>

¹⁸² Unión de Asociaciones Internacionales. Anuario 2014 de Organizaciones Internacionales: Estadísticas, Visualizaciones y Patrones . Berlín: De Gruyter.

¹⁸³ Buzan, Barry, Ole Wæver y Jaap de Wilde. 1998. Seguridad: Un nuevo marco para el análisis . Boulder, CO, Estados Unidos: Lynne Rienner Publishers: pág. 24

¹⁸⁴ Stritzel, Holger. 2007. «Hacia una teoría de la securitización: Copenhague y más allá». European Journal of International Relations 13 (3): 357–83. <https://doi.org/10.1177/1354066107080128>

¹⁸⁵ Kaunert, Christian, Sarah Leonard y Ori Wertman. 2022. «La Titulización del COVID-19 como Norma de Seguridad: «Emprendimiento normativo y difusión en cascada de normas» Ciencias Sociales 11, n.º 7: 266. <https://doi.org/10.3390/socsci11070266>

percepción de dichos problemas y, por lo tanto, motivar la acción.¹⁸⁶ Dado que el personal sanitario mundial depende en gran medida de los donantes, la percepción de que las subvenciones y los salarios se garantizan mejor enfatizando una determinada narrativa —en este caso, la agenda de bioseguridad— puede generar fácilmente una impresión de consenso entre los expertos.

Los procesos de securitización han surgido tradicionalmente de las narrativas de seguridad nacional, pero también pueden estar impulsados por otras fuentes. Por ejemplo, existen formas de securitización lideradas por expertos, que “se produce cuando los expertos dominan un proceso administrativo que traduce un discurso securitizador en una política pública extraordinaria”.¹⁸⁷ Además, es común que las percepciones de “*securitización colectiva*” trasciendan las fronteras nacionales,¹⁸⁸ donde diversos intereses securitizan intencionalmente un tema a nivel internacional para “*impulsar sus preocupaciones en la agenda política, reconociendo que la seguridad llega a los niveles más altos de toma de decisiones en foros nacionales, regionales y globales*”.¹⁸⁹ Un ejemplo histórico en la política de salud global involucró la exagerada amenaza para la seguridad de la salud pública atribuida al VIH/SIDA en las décadas de 1980 y principios de 1990 para aumentar la participación

política de actores globales clave (lo que se ha denominado “*la noble mentira*”).¹⁹⁰

En muchos sentidos, la salud es un área ideal para los procesos de securitización, ya que representa el fundamento existencial sobre el cual se sustentan todas las actividades humanas. En otras palabras, una amenaza a la salud representa un riesgo potencial para nuestra existencia individual. En este sentido, “*la seguridad sanitaria global destaca porque comienza a transformar el funcionamiento biológico interno de nuestros cuerpos en sitios adicionales de preocupación en materia de seguridad*”.²²⁸ Así, la “seguridad sanitaria” se convierte en una idea colectiva, que prioriza la salud de la población sobre la salud del individuo, ya que uno no puede existir sin el otro.²²⁹ Dentro de esta lógica, la securitización de la salud puede permitir narrativas de emergencia donde es apropiado declarar la guerra a un virus¹⁹¹ y estigmatizar a los enfermos como enemigos.¹⁹²

Hay varios conceptos relacionales involucrados en la securitización de la salud. En conexión con un creciente “reduccionismo biomédico”, las organizaciones de salud globales se han involucrado cada vez más en procesos de “*medicalización de la seguridad*”.¹⁹³ “*farmacéutica*”¹⁹⁴ la

¹⁸⁶ McInnes, Colin y Simon Rushton. 2013. «VIH/SIDA y teoría de la securitización». *European Journal of International Relations* 19 (1): 115–38. <https://doi.org/10.1177/1354066111425258>

¹⁸⁷ Rubin, Olivier y Erik Baekkeskov. 2020. «Securitización liderada por expertos: El caso de la pandemia de 2009 en Dinamarca y Suecia». *Politics and Governance* 8 (4): 319–30. <https://doi.org/10.17645/pag.v8i4.2982> : pág. 321.

¹⁸⁸ Bengtsson, Louise y Mark Rhinard. 2019. 'Securitización transfronteriza: el caso de la “seguridad sanitaria” Cooperación en la Unión Europea. *Política de Europa Occidental*. 42 (2): 346–68. <https://doi.org/10.1080/01402382.2018.1510198>

¹⁸⁹ Wenham, Clare. 2019. «La sobresecuritización de la salud global: un cambio en los términos del debate». *International Affairs* 95 (5): 1093–1110. <https://doi.org/10.1093/ia/iiz170> metro

¹⁹⁰ Elbe, Stephen. 2014. 'La farmacéuticalización de la seguridad: biomedicina molecular, reservas antivirales y Seguridad sanitaria mundial', diciembre. <https://doi.org/10.1017/S0260210514000151>

²²⁸ *Ibíd.*, pág. 921

²²⁹ Hoffman, Steven J. 2010. 'La evolución, etiología y eventualidades del régimen de seguridad sanitaria mundial'. *Política y planificación sanitaria* 25 (6): 510–22. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq037>

¹⁹¹ De Waal, Alex. 2021. *Nuevas pandemias, viejas políticas: doscientos años de guerra contra la enfermedad y sus alternativas*. Medford: Polity Press.

¹⁹² Huang, Yanzhong. 2014. 'Pandemias y seguridad'. En *Routledge Handbook of Global Health Security*. Routledge.

¹⁹³ Elbe, Stephen. 2010. *Seguridad y salud global: Hacia la medicalización de la inseguridad*. 1.ª ed. Dimensiones de la seguridad. Cambridge: Polity.

¹⁹⁴ Elbe, Stefan y Nadine Voelkner. 2014. «La medicalización de la inseguridad». En *Routledge Handbook of Global Health Security*. Routledge.

¹⁹⁵ Wenham, Clare. 2019. 'La sobresecuritización de la salud global: cambiando los términos del debate'. *International Affairs* 95 (5): 1093–1110. <https://doi.org/10.1093/ia/iiz170>

seguridad”, La «seguridad desde una perspectiva sanitaria»¹⁹⁵ y la «riesgo-ización de la salud» implican que¹⁹⁶ los problemas de seguridad se enmarcan cada vez más en términos biomédicos y que la incertidumbre se construye cada vez más como riesgo. Es importante destacar que, dentro de estos procesos, los expertos en salud y las autoridades de salud pública adquieren mayor relevancia en el ámbito de la seguridad, y las intervenciones farmacéuticas se convierten en instrumentos clave para la política de seguridad.

Cabe aclarar que la relación entre salud y seguridad tiene profundas raíces históricas,¹⁹⁷ y el control de las enfermedades infecciosas ha desempeñado un papel fundamental en la política sanitaria internacional.¹⁹⁸ De hecho, los orígenes de la gobernanza sanitaria internacional y la evolución de la OMS como organismo coordinador se fundamentan en preocupaciones previas sobre la seguridad sanitaria, como las normas de saneamiento e higiene, la protección de los intereses imperiales y la lucha contra enfermedades infecciosas internacionales como la viruela y la poliomielitis.¹⁹⁹ Sin embargo, en los últimos veinte años se ha producido una clara aceleración y una mayor securitización de la salud, con una consolidación aún mayor de la seguridad sanitaria en la política sanitaria mundial durante la pandemia de COVID-19.

Para comprender una trayectoria básica, es posible identificar hitos clave en la creciente securitización de la salud:

- **Convenio Sanitario Internacional (CSI) de 1892 y el inicio de la política sanitaria internacional** : Primer tratado internacional de salud. Respuesta a los brotes de cólera asociados al comercio marítimo. Procedimientos de cuarentena estandarizados. Sentó las bases para una mayor coordinación en materia de seguridad sanitaria internacional.
- **Gripe española de 1918** : Una serie de brotes de influenza H1N1-A entre 1918 y 1920 responsables de

entre 25 y 50 millones de muertes en todo el mundo. Coincidió con la Primera Guerra Mundial, propagándose rápida y peligrosamente bajo las condiciones precarias y de hacinamiento de la guerra de trincheras y el consiguiente declive económico de las poblaciones civiles. El brote tuvo graves repercusiones en las operaciones militares, lo que fusionó la salud con la seguridad nacional y la estrategia militar. Una característica del brote fue la muerte por infección bacteriana secundaria, que en la era preantibiótica impulsó las tasas de mortalidad, demostrando la crucial relación entre higiene, infección y mortalidad.

- **Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 1951**: El primer conjunto de normas sanitarias mundiales de la OMS centrado en la prevención de la propagación internacional de seis enfermedades sujetas a cuarentena: cólera, peste, fiebre recurrente, viruela, fiebre tifoidea y fiebre amarilla. El RSI fue revisado y renombrado como Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en 1969.

- **Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 1969**: El objetivo del RSI es estandarizar la preparación de las capacidades básicas de salud pública para mejorar la seguridad frente a la propagación internacional de enfermedades, minimizando al mismo tiempo las interferencias con el tráfico y los viajes internacionales. El RSI se revisó en 2005 (introducción de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, mayor vigilancia de las enfermedades infecciosas y mejoras en el intercambio de información) y de nuevo en 2024. Las revisiones de 2024 se centraron más en la preparación y respuesta ante pandemias, incluyendo la gestión de la infodemia, la coordinación de la financiación internacional (Mecanismo de Financiación de Coordinación), el aumento de las capacidades de vigilancia y diagnóstico, y la mejora de los compromisos con el acceso a los medicamentos y las cadenas de suministro.

¹⁹⁶ McInnes, Colin y Anne Roemer-Mahler. 2017. «De la seguridad al riesgo: una nueva perspectiva sobre las amenazas a la salud mundial». Asuntos Internacionales 93 (6): 1313–37. <https://doi.org/10.1093/ia/iix187> : pág. 1320

¹⁹⁷ Fidler, David P. 2004. «SARS: Patología política del primer patógeno poswestfaliano». En Aprendiendo del SARS: Preparación para el próximo brote de enfermedad: Resumen del taller . National Academies Press (EE. UU.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92470/>

¹⁹⁸ Markel, H. 2014. «Enfoques mundiales de la salud global: de 1851 a la actualidad». Salud pública , número especial: OMS: pasado, presente y futuro, 128 (2): 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.004>

¹⁹⁹ McCarthy, Michael. 2002. «Una breve historia de la Organización Mundial de la Salud». The Lancet 360 (9340): 1111–1112. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11244-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11244-X)

- **1980 VIH/SIDA** : El descubrimiento del VIH/SIDA marcó un punto de inflexión en el que la seguridad sanitaria se convirtió en un tema central del discurso internacional en materia de salud. La securitización del SIDA se ha atribuido a una importante movilización de recursos financieros y médicos, incluyendo la producción masiva y la distribución de medicamentos que salvan vidas, campañas mundiales contra la estigmatización y el surgimiento de nuevas instituciones bilaterales (PEPFAR), multilaterales (ONUSIDA, Fondo Mundial) y privadas (Fundaciones Gates y Clinton) dedicadas a la prevención y el control del VIH/SIDA.

- **Ataque con gas sarín en Tokio en 1995 y la fusión entre bioterrorismo y seguridad sanitaria** : Un ataque químico en el metro de Tokio provocó que la preocupación por el bioterrorismo y el terrorismo se vinculara cada vez más con los protocolos de preparación y respuesta ante epidemias y pandemias. La seguridad sanitaria internacional se militarizó progresivamente a medida que los funcionarios de seguridad involucrados en el bioterrorismo se involucraban más en amenazas más amplias a la seguridad sanitaria, creando un nexo entre la salud global y la respuesta militar.

- **La gripe H5N1 de 1997 como riesgo global**: aunque solo causó 18 muertes, la tasa de letalidad fue excepcionalmente alta, lo que generó una mayor preocupación. El brote también puso de manifiesto la deficiente preparación, especialmente ante la gripe. El presidente estadounidense Bush declaró la gripe como «un peligro para nuestra patria», y las Naciones Unidas crearon la Alianza Internacional sobre la Gripe Aviar y Pandémica (IPAPI). Desde 1997 se han puesto en marcha varios programas para la gripe, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), que se reforzó con recursos adicionales tras el brote de gripe porcina H1N1 en 2009.

- **Ataques con ántrax en EE. UU. en 2001**: Un caso de terrorismo interno en Estados Unidos donde se enviaron esporas de ántrax por correo a funcionarios públicos, medios de comunicación y políticos. Los ataques causaron 5 muertes y 17 contagios. Es importante destacar que los envíos se produjeron

poco después de los atentados terroristas del 11 de septiembre, lo que provocó un aumento del pánico y la especulación sobre una amenaza mayor. Si bien no guardaba relación con esos ataques y fue obra de una sola persona, el incidente elevó la amenaza del bioterrorismo a la alta política, movilizándolo considerablemente para la prevención y la preparación, lo que condujo a un enfoque integral de la seguridad sanitaria.

- **El SARS de 2003 y el auge de la «ansiedad microbiana»** : Si bien causó menos de 800 muertes²⁰⁰, el brote de SARS puso de manifiesto varias deficiencias en las políticas sanitarias mundiales y generó temores de falta de preparación. La idoneidad de los procesos existentes se vio mermada por la tardanza de China en notificar el brote y por la imposición por parte de algunos países de prohibiciones de viaje improvisadas e intervenciones agresivas no farmacológicas. Esto condujo a un fortalecimiento global de los sistemas de vigilancia de la gripe, como GOARN, a la adopción del Reglamento Sanitario Internacional revisado de 2005 y a un aumento de los planes nacionales de preparación.

- **2007: WHR** : El Informe Mundial sobre la Salud 2007: Un futuro más seguro: la seguridad sanitaria pública mundial en el siglo XXI.²⁰¹ Con este informe, haciendo hincapié en un tema que la OMS utiliza con frecuencia hoy en día: « *En un momento en que el mundo se enfrenta a muchas amenazas nuevas y recurrentes...* » La OMS buscaba fortalecer su posición en la agenda mundial de seguridad sanitaria.

- **Gripe porcina de 2009 y la farmacéuticalización de la seguridad sanitaria** : Una infección viral por H1N1 transmitida por cerdos. Las cifras de mortalidad son inexactas, pero las estimaciones varían entre 18 000 muertes confirmadas y 500 000 muertes adicionales. El brote es controvertido porque la OMS lo declaró rápidamente pandemia a pesar de un perfil de riesgo de influenza inferior al normal. El brote provocó un rápido acopio de productos farmacéuticos por parte del norte global, lo que actuó como precursor del «nacionalismo de las vacunas» contra la COVID-19. Algunos críticos sugirieron que el brote se elevó a la categoría de emergencia porque los occidentales y las élites occidentales eran susceptibles.

²⁰⁰ OMS. <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>

²⁰¹ OMS (2007). Informe mundial sobre la salud 2007: un futuro más seguro: la seguridad sanitaria pública mundial en el siglo XXI. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563444>

- **Ébola 2014:** A pesar de una tasa de mortalidad relativamente baja y un riesgo geográfico limitado en comparación con otras enfermedades infecciosas (el mayor brote registrado, en 2014 en África Occidental, causó 11.325 muertes),²⁰² el discurso de seguridad en torno al Ébola dominó la salud mundial, con el uso de personal militar, la rápida inyección de fondos e imágenes de cadáveres y trajes de protección biológica. En respuesta, el G7 lanzó una serie de iniciativas de seguridad sanitaria con el objetivo de evitar que se repitiera la situación, como el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Pandemias (PEF) y la Agenda Mundial de Seguridad Sanitaria (GHSA). Ambas iniciativas se diseñaron explícitamente para operar fuera del sistema de la ONU y la OMS, en consonancia con la creciente preocupación por su eficacia.

- **2018: Introducción de la "Enfermedad X"** en la lista de enfermedades prioritarias para I+D (Plan de I+D).²⁰³

- **2020 SARS-CoV-2 y la respuesta a la COVID-19 :** La mayor pandemia desde la gripe española de 1918, con 7,1 millones de muertes notificadas asociadas al virus y más de 20 millones de muertes adicionales, incluidas las asociadas a la respuesta de salud pública desde el inicio del brote.^{243, 204} Las políticas posteriores a la COVID-19 han acelerado los discursos sobre seguridad sanitaria mundial con una serie de nuevas políticas, instituciones e inversiones sin precedentes (véase más abajo).

- **2022 El momento pos-Covid de ansiedad pandémica :** El momento pos-covid representa una aceleración de una tendencia ya existente en la securitización y biomedicalización de la salud global. Nuevas iniciativas basadas en la narrativa de que las pandemias son una "amenaza existencial" han surgido en un período muy corto, incluyendo el Reglamento Sanitario Internacional revisado de 2024,²⁴⁵ el Fondo para Pandemias alojado por el Banco Mundial,²⁴⁶ el nuevo Centro de Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias de la OMS (Centro para Pandemias),²⁴⁷ la "Misión de 100 Días para la Vacuna" (GAVI),²⁴⁸ el Centro Biológico de ARNm de la OMS,²⁴⁹ y el Acuerdo sobre Pandemias de la OMS y las negociaciones en curso sobre sus anexos.²⁵⁰ Los críticos sugieren que un perfil de riesgo potencialmente inflado para las pandemias ha llevado a la desviación de recursos a la preparación para pandemias, lo que tendrá altos costos de oportunidad y disminuirá los resultados de salud.

En este contexto, la OMS, como agente centralizador en la salud internacional, se ha convertido tanto en receptora como en reproductora de una creciente securitización de la salud, una situación que se ha acelerado tras la aparición del SARS-CoV-2. Como se indica en la Sección IV.6.2, el presupuesto estimado asociado al Programa General de Trabajo Catorce (PGT14) para el período 2025-2028 se centra principalmente en la seguridad sanitaria y los riesgos para la salud, lo que destina recursos escasos a una lista específica de prioridades mundiales de salud pública. Además, desde la aparición del SARS-CoV-2, la OMS ha adoptado un lenguaje altamente securitizado de

²⁰² Mundial de la Salud. « Brote de la enfermedad por el virus del Ébola, 2014-2016 , África Occidental » . <https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-breakout-2014-2016-West-Africa>

²⁰³ OMS. Priorización de enfermedades para la investigación y el desarrollo en contextos de emergencia. <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

²⁴³ Organización Mundial de la Salud. Panel de datos sobre fallecimientos por COVID-19 . <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths>

²⁰⁴ Hannah Ritchie y Edouard Mathieu. «Mortalidad excesiva durante la pandemia de COVID-19». Our World in Data . <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>

²⁴⁵ 245 OMS (2024). Reglamento Sanitario Internacional (2005), [con enmiendas de 2024]. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf

²⁴⁶ El Fondo para la Pandemia . <https://www.thepandemicfund.org/>

²⁴⁷ OMS. El centro de la OMS para la inteligencia sobre pandemias y epidemias. <https://pandemichub.who.int/>
CEPI (Hatchet, R). (2024). Desarrollo de vacunas para combatir la pandemia en 100 días.

²⁴⁸ <https://cepi.net/desarrollo-pandemia-contravacunas-100-dias> .

Sistema Bio-Hub de la OMS . <https://www.who.int/initiatives/who-biohub>

²⁴⁹ OMS. Acuerdo de la OMS sobre la pandemia. [https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-](https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-agreement#tab=tab_1)

²⁵⁰ [agreement#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-agreement#tab=tab_1)

“amenaza existencial” en relación con el cambio climático y las pandemias, lo que ha dado lugar a una reestructuración actual de la OMS que favorece desproporcionadamente las emergencias sanitarias, en particular la respuesta a aquellas frecuentemente denominadas enfermedades infecciosas emergentes (EIE).

En el caso de la preparación ante pandemias, la OMS inicia la mayoría de sus declaraciones y recomendaciones políticas recientes afirmando que las pandemias están aumentando en frecuencia y gravedad. Este lenguaje de securitización ha dominado los debates en torno al Acuerdo sobre Pandemias y las revisiones del Reglamento Sanitario Internacional, con la intención de movilizar apoyo político y recursos para estas iniciativas de la OMS. La mayoría de los actores de la salud mundial han seguido esta tendencia, buscando securitizar el panorama actual de la salud mundial para capitalizar el «momento post-Covid», lo que ha dado lugar a un proceso político acelerado y a una formulación de políticas apresurada. La narrativa de alto riesgo persiste a pesar de que muchas afirmaciones de riesgo se basan en evidencia poco contundente, incluyendo casos en los que la evidencia citada no respalda las afirmaciones de la OMS.²⁵¹

El papel de la OMS en la securitización de la salud es evidente en su promoción de una agenda de seguridad con mayores capacidades institucionales. Tras el brote de H5N1 en Hong Kong en 1997, la OMS publicó su primer plan para pandemias de gripe, alentando a los Estados Miembros a seguir su ejemplo. En 2005, las Naciones Unidas y la OMS lanzaron la Alianza Internacional sobre Aviares y Pandemias.

Influenza (IPAPI), que requería que los países participantes compartieran muestras con la OMS.²⁰⁵ Ese mismo año, se

creó la Coordinación de la Influenza del Sistema de las Naciones Unidas (UNSIC) con la OMS para coordinar a “múltiples organismos de la ONU dedicados a fortalecer la preparación ante pandemias”, mientras que la OMS actualizó sus directrices para incorporar un “enfoque de toda la sociedad” o una “preparación integral de la sociedad ante pandemias” para la seguridad sanitaria.

Mediante el enfoque de securitización, la salud pública se transforma, de hecho, de una función de apoyo dentro de la sociedad a una causa en sí misma, a la que otras áreas de la sociedad y de la actividad humana deben subordinarse, al menos cuando las autoridades sanitarias lo consideran necesario. La salud pública se convierte en un fin en sí misma, en lugar de un medio para un fin (como el bienestar humano o una buena vida). Esto, a su vez, se justifica mediante una serie de falacias demostrables en relación con el riesgo. El mundo, impulsado por la OMS, se está colocando en una posición peligrosa donde los derechos humanos fundamentales —expresados como soberanía individual— son suprimidos por una errónea huida colectivista de un espejismo.

II.3.4. Otros actores: ONG, fundaciones, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones público-privadas

La mercantilización de la salud global ha ido acompañada de un aumento en la financiación disponible y en el número de organizaciones surgidas para colaborar con la OMS. Si bien UNICEF ha actuado como agencia de la ONU para el bienestar infantil durante la mayor parte de la existencia de la OMS, esta última contaba con relativamente pocos socios o competidores importantes en el ámbito de la salud pública internacional. El surgimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA,

²⁵¹ GW Brown, D. Bell, J. von Agris y B. Tacheva (2024). El costo de la preparación ante pandemias: un examen de los costos y las solicitudes financieras en apoyo de la prevención, preparación y respuesta ante pandemias.

Agenda, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir -registro/proyectos de investigaci3n/1260/reevaluaci3n - la - agenda - de preparaci3n - y respuesta - a la - pandemia ;>

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir -record/research - projects/1260/reevaluating - the - pandemic - reparedness and - response - agenda - reppare ;>

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Cuando los modelos y la realidad chocan: una revisión de las predicciones de mortalidad por epidemias y pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/254/when - models - and - reality - clash - a - review - of - predictions - of epidemic - and - pandemic - mortality ;>

²⁰⁵ La Casa Blanca. Estrategia Nacional para la Gripe Pandémica.

<https://georgewbushwhitehouse.archives.gov/homeland/pandemic - influenza.html>

la Tuberculosis y la Malaria en el año 2000 constituyó un nuevo canal fundamental para la ayuda sanitaria internacional, tanto gubernamental como privada,²⁰⁶ pero el Fondo Mundial también siguió de cerca a la OMS como su organismo técnico. Hoy en día, sin embargo, la OMS se encuentra como una sola agencia en un entorno amplio y a menudo competitivo.

El panorama internacional en constante evolución

El análisis anterior ha esbozado la evolución de la salud pública internacional y los principios y políticas que deben regir la labor de una OSI como la OMS. Sin embargo, una OSI también opera dentro de un contexto mucho más amplio de otros actores que buscan abordar las mismas preocupaciones. Los esfuerzos por promover la cooperación institucionalizada entre Estados soberanos y reducir y gestionar las fricciones entre ellos han dado lugar a una proliferación de organizaciones internacionales.

Como se muestra en el Anuario de Organizaciones Internacionales, el número y los tipos de organizaciones intergubernamentales (OIG) aumentaron rápidamente en la segunda mitad del siglo XX. Su número pasó de 37 en 1909 y 123 en 1951 a aproximadamente 7.000 en 2000. El número de organizaciones no gubernamentales (ONG), que se analizará más adelante, también aumentó de 176 a 48.000 en el período correspondiente. El total combinado de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales asciende actualmente a más de 78.500.²⁰⁷ Estas han contribuido enormemente a la complejidad institucional de las relaciones internacionales. En siglos anteriores, la esencia de las relaciones podía destilarse en la guerra y la diplomacia, simbolizadas por el soldado, el diplomático y una clase mercantil vinculada a una potencia colonial específica. Hoy, junto a la horda de diplomáticos y soldados, existe

una nueva clase mercantil multinacional esencialmente por encima de las jurisdicciones o lealtades nacionales (por ejemplo, como se representa).

En el marco del Foro Económico Mundial,²⁰⁸ financieros internacionales, tecnócratas de la OMS, miembros de las fuerzas de paz de la ONU, trabajadores humanitarios de ONG y especialistas en TI se disputan un espacio en el escenario internacional, cada vez más concurrido.

No todas las organizaciones intergubernamentales (OIG) se ocupan de la salud, pero existe una gran superposición entre el trabajo relacionado con la salud, el desarrollo en general y otras áreas de las OIG que se extienden dentro y fuera de las fronteras. Dentro del sistema de las Naciones Unidas, la OMS actúa como principal organismo técnico y normativo en materia de salud, pero organizaciones como UNICEF, el PNUD e incluso el OIEA incluyen amplias carteras de salud,²⁰⁹ mientras que algunas, como ONUSIDA y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), se dedican a aspectos específicos de la salud.²¹⁰ Ha surgido un nuevo nivel de instituciones financieras (por ejemplo, el Fondo Mundial y UNITAID) específicamente para apoyar programas de salud o la configuración del mercado de productos sanitarios, respectivamente, y el Banco Mundial ha aumentado su actividad en la salud mundial, albergando, por ejemplo, el Fondo para Pandemias.²¹¹

Asociaciones público-privadas y fundaciones

Uno de los cambios más importantes en el entorno de la salud mundial de la OMS ha sido el auge de las asociaciones público-privadas (APP) y las grandes fundaciones (en particular la Fundación Gates),²¹² como se analizó en la Sección II.3. Gavi y CEPI, en particular, han influido enormemente en la mercantilización de la salud internacional y han impulsado el enfoque en las vacunas y

²⁰⁶ El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. <https://www.theglobalfund.org/en/>

²⁰⁷ Unión de Asociaciones Internacionales. Anuario de Organizaciones Internacionales. <https://uia.org/ybio/>

²⁰⁸ Foro Económico Mundial. <https://www.weforum.org/>

²⁰⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/>;
Programa Mundial de Alimentos. <https://www.wfp.org/>;
Organismo Internacional de Energía Atómica, División de Salud Humana.
<https://www.iaea.org/about/organizational-structure/departments-of-nuclear-sciences-and-applications/division-of-human-health>

²¹⁰ INSIDA. <https://www.unaids.org/en/>;
Programa Mundial de Alimentos. <https://www.wfp.org/>

²¹¹ Fondo para la Pandemia. <https://www.thepandemicfund.org/>

²¹² Fundación Bill y Melinda Gates. "Acerca de". <https://www.gatesfoundation.org/about>

(especialmente CEPI) en las pandemias.²¹³ La²¹⁴ financiación privada específica sin precedentes de la Fundación Gates influye directamente en la política de la OMS mediante los requisitos sobre el uso de los fondos, e indirectamente a través de la financiación y la dirección de las APP y las ONG (que se mencionan más adelante) con las que la OMS debe colaborar, además de los contactos directos con los gobiernos.

Las asociaciones público-privadas (APP) surgieron con la idea de que la experiencia del sector privado, y una mayor financiación, solo beneficiarían a los programas de ayuda con escasos recursos. Esto podría considerarse ingenuo, ya que las corporaciones privadas (por ejemplo, las farmacéuticas) también rinden cuentas a consejos de administración que exigen que las actividades corporativas generen beneficios, mientras que los particulares pueden contar con vastos recursos financieros, pero con una experiencia y conocimientos muy limitados en la amplia gama de cuestiones de salud y desarrollo en las que desean invertir. Claramente, no se podía decir que ninguno de ellos representara, ni tuviera "experiencia vivida", como la población con la mayor carga de enfermedades tratables. La participación del sector privado en la salud global no era nueva: la Fundación Rockefeller, con sede en Estados Unidos, participó en los primeros años de la OMS y el Wellcome Trust, con sede en el Reino Unido, ha financiado la atención médica durante muchas décadas,²¹⁵ pero²¹⁶ el alcance y el nivel de financiación a partir del año 2000 no tenían precedentes.

Fundaciones privadas

Las fundaciones privadas han participado activamente en la salud pública internacional desde hace mucho tiempo, y la Fundación Rockefeller desempeñó un papel fundamental en la configuración de la propia OMS.²¹⁷ El Wellcome Trust, con sede en el Reino Unido, y la red de instituciones Pasteur han desempeñado un papel

importante desde antes de la inauguración de la OMS, patrocinando y dirigiendo investigaciones en salud y apoyando laboratorios e iniciativas externas. Sin embargo, quizás la influencia más fundamental en la OMS provenga de la Fundación Gates (anteriormente Fundación Bill y Melinda Gates), creada en el año 2000.²¹⁸ Esta organización con sede en Estados Unidos, gracias al enorme poder financiero de sus acaudalados fundadores, ha moldeado la salud global en todos los niveles. La fundación financia investigaciones en laboratorios e instituciones académicas de países de bajos y altos ingresos, patrocina ONG, apoya institutos de modelización, ha sido fundamental en el desarrollo y el apoyo de alianzas público-privadas (véase más adelante), invierte directamente en desarrolladores y fabricantes de productos farmacéuticos y de diagnóstico, y a finales de 2025 se convirtió en el mayor financiador individual de la OMS. El trabajo y la influencia de la Fundación Gates se analizan en otra sección de este informe. Su influencia en la OMS debe entenderse tanto por su impacto en la determinación de las prioridades de los organismos asociados de la OMS y los Ministerios de Salud en los países de ingresos bajos y medianos a través de la financiación que proporciona, a través del patrocinio de las principales páginas de salud y desarrollo de los medios de comunicación, como a través de su financiación directa a la OMS, que está especificada y, por lo tanto, restringe a la OMS a actuar de maneras con las que la Fundación esté de acuerdo (véase la Sección IV.6.2).

Asociaciones público-privadas y alianzas corporativas

Las alianzas público-privadas ganaron popularidad como modelo para la implementación de políticas internacionales de salud pública a principios del nuevo milenio, en paralelo con el inicio de la Fundación Gates y el creciente interés empresarial en la salud global. El desarrollo tecnológico en la industria farmacéutica (especialmente en el desarrollo de vacunas) y en el diagnóstico amplió el papel de los productos específicos

²¹³ Gavi, la Alianza para las Vacunas. "Nuestra Alianza: Acerca de". <https://www.gavi.org/our-alliance/about>

²¹⁴ ante Epidemias (CEPI). "Nuestro Enfoque". <https://cepi.net/our-approach>

²¹⁵ Mundial de la Salud. « La Fundación Rockefeller ». <https://www.who.int/about/funding/contributors/the-rockefeller-foundation>

²¹⁶ Wellcome Trust. "Historia de Wellcome". <https://wellcome.org/about-us/history-wellcome>

²¹⁷ de la Salud. « La Fundación Rockefeller ». <https://www.who.int/about/funding/contributors/the-rockefeller-foundation>;

Rockefeller. "Una relación significativa moldea la salud pública mundial".

<https://www.rockefellerfoundation.org/grantee-impact-stories/an-impactful-relationship-shapes-global-publichealth/>

²¹⁸ Fundación Bill y Melinda Gates. <https://www.gatesfoundation.org/>

para enfermedades en la atención médica, lo que generó un mayor interés por parte del sector empresarial con fines de lucro que fabricaba dichos productos. Si bien los mercados de países de ingresos bajos y medianos requerían precios bajos, el tamaño de estos mercados (por ejemplo, actualmente hay aproximadamente 1400 millones de personas en el África subsahariana) ofrece economías de escala y un potencial de ganancias significativas si un producto como una vacuna puede recomendarse a toda la población, independientemente de la enfermedad.

Las asociaciones público-privadas (APP) ofrecen la promesa de beneficios para todos. Los programas de salud pública, como los de la OMS y UNICEF, estaban interesados en ampliar su alcance, mientras que los fabricantes buscaban expandir sus mercados. Las fundaciones filantrópicas adineradas y las agencias de ayuda de los países donantes, con una creciente AOD, estaban interesadas en adquirir dichos productos, pero se mostraban reticentes ante la idea de que las burocracias internacionales de salud pública fueran el modelo ideal para implementar tales programas. La idea de combinar la experiencia y el conocimiento en salud pública con el espíritu emprendedor del sector privado parecía una solución atractiva, ya que los gobiernos podían afirmar que estaban aportando la eficiencia del sector privado al uso de los fondos públicos. La perspectiva de una mayor financiación para la atención médica, junto con la seguridad laboral y salarios más altos (como se analiza más adelante en relación con las ONG y la OMS en las Secciones IV.6.2 y 6.3), contrarresta las preocupaciones sobre el conflicto de intereses.

Gavi, la alianza para las vacunas,²⁶⁶ se inauguró en el año 2000 para impulsar enfoques del sector privado que mejoraran el acceso a las vacunas y, por ende, su uso.²⁶⁷

El consejo directivo está integrado por los socios fundadores (la Fundación Gates, el Banco Mundial, UNICEF y la OMS)²⁶⁸ y cuenta con representación directa de fabricantes de vacunas, países donantes y otros. Con un inversor farmacéutico, la Fundación Gates, como uno de los mayores donantes, y el apoyo directo de la industria farmacéutica tanto en donaciones como en la composición del consejo, el elevado presupuesto de Gavi inevitablemente influiría, para bien o para mal, en la salud pública internacional, favoreciendo la venta de vacunas de la que se benefician algunos de sus benefactores.

UNITAID, creada posteriormente con el objetivo de estimular los mercados de productos sanitarios útiles, actúa como una alianza público-privada que abarca una gama más amplia de productos sanitarios que Gavi.²⁶⁹ Su propósito es abordar una falla intrínseca del mercado derivada de la dificultad de establecer mercados para enfermedades asociadas a la pobreza, que son la mayoría de las principales enfermedades infecciosas endémicas en los países de ingresos bajos y medianos. El consejo directivo está integrado por representantes de países, ONG y la Fundación Gates.

Una asociación público-privada (APP) particularmente significativa para la dirección reciente de la salud pública internacional ha sido la CEPI, la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias.²⁷⁰ CEPI fue inaugurada en la reunión anual del Foro Económico Mundial en Davos, Suiza, en 2017 por una coalición que incluía a la Fundación Gates, The Wellcome Trust y países como Noruega e India. Iniciada un siglo después de la última gran pandemia aguda, la gripe española en la era preantibiótica, CEPI se centra exclusivamente en epidemias y pandemias, y casi exclusivamente en vacunas como respuesta.²⁷¹ CEPI menciona el brote de ébola en África Occidental como un estímulo o justificación para

²⁶⁶ Gavi, la Alianza para las Vacunas. <https://www.gavi.org/>

²⁶⁷ "Modelo de negocio de Gavi". <https://www.gavi.org/our-alliance/operating-model/gavis-business-model>

²⁶⁸ Gavi, la Alianza para las Vacunas. « Consejo de Gavi ». <https://www.gavi.org/our-alliance/governance/gavi-board>

²⁶⁹ UNITAID. <https://unitaid.org/>

²⁷⁰ Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). "Acerca de CEPI". <https://cepi.net/about-cepi>

²⁷¹ Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). "La Misión de los 100 Días". <https://cepi.net/100-days>

²⁷² Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2025. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>; Mundial de la Salud. «Brote de la enfermedad por el virus del Ébola, 2014-2016, África Occidental». <https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak-2014-2016-West-Africa>

esto, aunque la mortalidad fue inferior a 12 000 personas o equivalente a menos de 4 días de mortalidad mundial por tuberculosis.²⁷² CEPI, junto con Gavi, ha sido fundamental para dar forma a las respuestas basadas en vacunas a la pandemia de Covid-19 (por ejemplo, a través de COVAX), y CEPI lidera la iniciativa de vacunas de 100 días para producir rápidamente vacunas basadas en ARNm en una futura pandemia o amenaza de la misma, reduciendo las barreras de fabricación, regulación y pruebas y, por lo tanto, el tiempo de comercialización.²⁷³

El brote de Covid-19 demostró cómo el modelo de APP puede dirigir el uso de dinero público para beneficiar a empresas privadas.²⁷⁴ Se podría anticipar un aumento resultante de la desigualdad.²⁷⁵ Idealmente, tales organizaciones, que afirman existir en beneficio de las poblaciones de los países de ingresos bajos y medianos, tendrían juntas directivas y gobernanza que reflejen a sus poblaciones objetivo, con los países receptores impulsando la priorización.

Tal como se prevé en la Declaración de París,²⁷⁶ como en el párrafo 15 de la Declaración de Resolución de la Declaración de París, los donantes:

*“Respetar el liderazgo de los países socios y ayudar a fortalecer su capacidad para ejercerlo”.*²⁷⁷

Esto se reforzó aún más en la Agenda de Acción de Accra (por ejemplo, el párrafo 12):

*“Los países en desarrollo determinan y aplican sus políticas de desarrollo para alcanzar sus propios objetivos económicos, sociales y ambientales. En la Declaración de París acordamos que esta sería nuestra primera prioridad...”.*²¹⁹

El modelo de colaboración público-privada (PPP) parece poco compatible con esto,²²⁰ dado el predominio no solo de los países donantes, sino también la inclusión de fundaciones y empresas privadas de esos mismos países en puestos de decisión política. Una excepción en el ámbito financiero es quizás el Fondo Mundial, que proporciona financiación para agendas consensuadas, elaboradas y presentadas por el Estado (o grupo de Estados) receptor.²²¹ El riesgo para los inversores privados en PPP radicaría claramente en que las prioridades del país receptor sean incompatibles con la necesidad de la empresa de generar rentabilidad para sus accionistas mediante la participación en estructuras como las PPP.

De si se apoya o se cuestiona el concepto general de priorizar los brotes repentinos y las pandemias sobre otras cargas de enfermedad más importantes,²²² persisten las preocupaciones sobre el conflicto de intereses cuando se establecen prioridades en el marco de una asociación público-privada (APP). Esto inevitablemente distorsiona las políticas de salud pública, ya que no existen mecanismos equivalentes con una financiación sustancial para la suplementación nutricional, el saneamiento o el fortalecimiento general de los servicios de salud. Si bien las

²⁷³ Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). “La Misión de los 100 Días”. <https://cepi.net/100-days>

²⁷⁴ Tognini, Giacomo. “Conozca a los 40 nuevos multimillonarios que se enriquecieron luchando contra la COVID-19”. Forbes, 6 de abril de 2021. <https://www.forbes.com/sites/giacomotognini/2021/04/06/meet-the-40-new-billionaires-who-got-rich-fighting-covid-19/>

²⁷⁵ Oxfam Internacional (2022). La desigualdad mata. Oxford: Oxfam. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/10546/621341/9/bp-inequality-kills-170122-en.pdf>

²⁷⁶ OCDE (2005), Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda, Publicaciones de la OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264098084-en>

²⁷⁷ Ibídem.

²¹⁹ OCDE (2008), Agenda de acción de Accra, Publicaciones de la OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264098107-en>

²²⁰ Lambin, R., Yeates, N., Mackinder, S., Holden, C., Idris, N., & Snell, C. (2025). Legitimidad en el polilateralismo del siglo XXI: El caso de los fondos mundiales de salud. Gobernanza global: Una revisión del multilateralismo y las organizaciones internacionales, 31(3), 284-311. <https://doi.org/10.1163/19426720-03103003>

²²¹ El Fondo Mundial. “Acerca del Fondo Mundial.” <https://www.theglobalfund.org/en/about-the-global-fund/> Lambin, R., Yeates, N., Mackinder, S., Holden, C., Idris, N. y Snell, C. (2025). «Legitimidad en el polilateralismo del siglo XXI: El caso de los fondos mundiales de salud». Global Governance 31, n.º 3: 284-311. <https://doi.org/10.1163/19426720-03103003>

²²² J. res. appl. med., Suplemento Especial

APP existentes y el Fondo Mundial (como principal financiador externo de la gestión de enfermedades infecciosas endémicas) incluyen el fortalecimiento de capacidades como parte de sus mandatos más específicos,²²³ los factores históricos que impulsan la longevidad en los países de mayores ingresos siguen estando prácticamente olvidados en el ecosistema de salud global.²²⁴ No existe una fuerza laboral numerosa con un interés personal en fortalecer la resiliencia individual y del sistema de salud.

ONG

El término organizaciones no gubernamentales (ONG) se refiere generalmente a un subconjunto de organizaciones intergubernamentales (OIG) que, si bien son oficialmente independientes de los gobiernos en su estructura de gestión, no se clasifican como fundaciones o fideicomisos privados. Sin embargo, algunas están estructuradas como entidades sin fines de lucro, otras como empresas privadas, pero compiten con otras ONG por financiación mediante subvenciones, actuando como intermediarias en la implementación de proyectos dirigidos por donantes. Pueden operar únicamente dentro de un país o a nivel internacional.

El número de ONG internacionales dentro del total de 78.500 OIG y ONG es notoriamente difícil de estimar, con un presunto sesgo hacia aquellas con sede en Estados donantes ricos y una grave subestimación de las ONG con sede en países de bajos ingresos.²²⁵ Otra dificultad para

calcular su número con precisión es que recibir fondos de fuentes gubernamentales generalmente no se considera un impedimento para obtener el estatus de ONG. La Asociación Mundial de Organizaciones No Gubernamentales identifica alrededor de 54.000 ONG que operan en más de 190 países.²²⁶ Por ejemplo, en el ámbito de la salud, Médicos Sin Fronteras (MSF) opera en más de 70 países. Cuenta con alrededor de 68.000 empleados, se asocia con organizaciones locales y contrata personal local para prestar servicios médicos²²⁷. Entre otras ONG internacionales destacadas, Save the Children opera en casi 120 países con cerca de 12.000 empleados, con una estructura que incluye oficinas regionales y nacionales. Oxfam opera en más de 90 países a través de una confederación de 20 organizaciones independientes. Su secretaría internacional cuenta con tan solo 300 empleados en todo el mundo, pero las filiales de Oxfam tienen alrededor de 10.000 empleados, además de casi 50.000 becarios y voluntarios.

Dado que las ONG dependen de donaciones directas para su funcionamiento y supervivencia, inevitablemente se verán influenciadas por los intereses de estos. Cuando el apoyo es generalizado, esto puede significar simplemente que los donantes con intereses comunes a la ONG se sientan atraídos a brindar su apoyo. Sin embargo, cuando las ONG dependen principalmente de uno o muy pocos donantes, se ven claramente presionadas a cumplir con los requisitos de estos o, de lo contrario, quebrar. Con una plantilla de decenas de miles de personas en todo el mundo, esto también constituye un importante grupo de presión para los grandes donantes, como la Fundación

²²² D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir-record/research-projects/1260/reevaluating-the-pandemic-reparedness-and-response-agenda-reppare>

²²³ El Fondo Mundial (2025). "El Grupo del Banco Mundial y el Fondo Mundial unen fuerzas para fortalecer los sistemas de salud". 6 de diciembre de 2025. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2025/2025-12-06-world-bank-group-global-fund-join-forces-strength-health-systems-expand-sustainable-health-finance/>

²²⁴ Shaw-Taylor, Leigh. «Introducción a la historia de las enfermedades infecciosas, las epidemias y las primeras fases del declive a largo plazo de la mortalidad». *Economic History Review* 73, n.º 3 (2020): E1–E19. <https://doi.org/10.1111/ehr.13019>;

Frieden, Thomas R. "Un marco para la acción en salud pública: la pirámide del impacto en la salud". *Revista Americana de Salud Pública* 100, n.º 4 (2010): 590–95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>

²²⁵ Documento teórico sobre el presunto sesgo en las organizaciones internacionales. Presentado en PEIO 16. https://www.peio.me/wp-content/uploads/PEIO16/submission_140.pdf

²²⁶ Mundial de Organizaciones No Gubernamentales (WANGO). Directorio de ONG. <https://www.wango.org/resources.aspx?section=ngodir>

²²⁷ Expansión Global de EOS. "El crecimiento de las ONG: desafíos globales". <https://eosglobalexpansion.com/the-growth-of-ngos-global-challenges/>

Gates y ciertos gobiernos, de quienes dependen muchos de sus salarios y su estabilidad laboral.

Las organizaciones intergubernamentales y las ONG han contribuido significativamente a la complejidad institucional de las relaciones internacionales. En la Sección IV.3.1 se analiza el conjunto de normas FENSA, desarrollado por la OMS para orientar la colaboración.

II.3.5. Asistente oficial para el Desarrollo (Asistencia para el desarrollo en el ámbito de la salud)

La salud pública internacional se desarrolla en un entorno de países donantes y receptores netos. Inevitablemente, las políticas de los países donantes en la dirección de su asistencia, denominadas Oficiales, influyen en este proceso.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), o más específicamente la Ayuda al Desarrollo para la Salud (ADS), influye inevitablemente en las políticas de salud pública de los países receptores de bajos ingresos, y los programas suelen depender de financiación externa. Cuando esta financiación está vinculada a programas específicos, puede volverse muy directiva, incluso cuando se destina a organizaciones multilaterales como la OMS (véase la Sección IV.6.2).

Conceptos

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) es definida por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como:

“Apoyo financiero de proveedores oficiales a los

*receptores de ayuda (países de ingresos bajos y medios) en áreas como salud, saneamiento, educación e infraestructura. Consiste principalmente en donaciones o préstamos en condiciones favorables, y representa más de dos tercios de la financiación externa para los países menos adelantados”.*²²⁸

El CAD de la OCDE recopila datos sobre la AOD de los donantes a través de un Sistema de Notificación de Acreedores (SNA).²²⁹ La definición y el cálculo de la AOD han evolucionado con el tiempo, en particular para tener en cuenta el "equivalente a donación" de algunos préstamos otorgados por donantes estatales a países de ingresos bajos y medianos. La AOD, como se analiza en la Sección IV.2, tiene tres características fundamentales: (1) es proporcionada por organismos oficiales de los gobiernos estatales y locales; (2) su objetivo principal es la promoción del desarrollo económico y el bienestar de los países con escasos recursos; y (3) tiene carácter concesional,²⁸⁹ estando disponible como donación o préstamo en condiciones mejores que las comerciales y pudiendo coordinarse con fondos de fundaciones privadas o particulares.

La asistencia para el desarrollo en salud (ADS) comprende la proporción de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) destinada al sector salud, pero también otras fuentes de financiación, como fundaciones privadas y organizaciones benéficas que no califican como AOD, pero que buscan mejorar la salud en los países de ingresos bajos y medianos (o que operan a nivel mundial). El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) de Estados Unidos recopila datos sobre la ADS, sus características y su evolución.²³⁰ Su último informe, «Financiamiento de la salud mundial 2025: Recortes en la ayuda y perspectivas futuras»,²³¹ se centra en la financiación para los países de ingresos bajos y medianos, y también proporciona una base de datos pública que visualiza los flujos de ADS de los donantes a estos países según su enfoque en la salud.

²²⁸ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (sin fecha, consultado el 27 de octubre de 2025) Ayuda oficial al desarrollo (AOD), OCDE

²²⁹ OCDE (2026). CRS: Sistema de información de acreedores (flujos). [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DcdDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_CRS%40DF_CRS&df\[ag\]=OEC D.DCD.FSD&dq=DAC..1000.100..T..T.DQ..T..&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DcdDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_CRS%40DF_CRS&df[ag]=OEC D.DCD.FSD&dq=DAC..1000.100..T..T.DQ..T..&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to[TIME_PERIOD]=false)

²⁸⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (sin fecha, consultado el 27 de octubre de 2025) Ayuda oficial al desarrollo: definición y alcance, OCDE

²³⁰ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (2025) Financiamiento de la salud global 2025: Recortes en la ayuda y perspectivas futuras | Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Seattle (15 de julio).

²³¹ Ibídem.

(In)eficacia de la ayuda

La eficacia de la AOD ha sido objeto de escrutinio y cuestionamiento durante décadas.²³² A finales de la década de 1990, muchas evaluaciones analizaron proyectos de ayuda al desarrollo utilizando análisis teóricos de la economía política inherente a la relación donante-receptor.²³³ El Banco Mundial, en su informe de 1998 «Evaluación de la ayuda: qué funciona, qué no y por qué», analizó la relación entre la ayuda y el desarrollo económico.²³⁴ En general, los hallazgos llevaron a alentar a las agencias donantes a reformar las modalidades de entrega de ayuda para pasar de proyectos predominantemente independientes a proyectos autónomos.

Programas de ajuste estructural basados en la condicionalidad orientados a las alianzas y la rendición de cuentas mutua (donante-receptor).

En la primera década de este siglo, el Grupo de Trabajo sobre la Eficacia de la Ayuda del CAD de la OCDE y varios foros de alto nivel destinados a mejorar la eficacia de la ayuda dieron lugar a varias declaraciones:

La Declaración de Roma sobre la Armonización de 2003.²³⁵

La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda de 2005, que recoge cinco principios fundamentales para la eficacia de la ayuda:

- Los países receptores deben apropiarse de su propia agenda de desarrollo.
- Alineación, por parte de los donantes, de las políticas y los sistemas nacionales.
- Armonización de las prácticas de gestión de la ayuda entre los donantes (por ejemplo, planificación, gestión financiera, seguimiento y evaluación).
- Orientación a resultados, en lugar de microgestión o control de procesos.
- Responsabilidad mutua por los resultados entre donantes y beneficiarios.²³⁶

La Agenda de Acción de Accra para 2008.²³⁷

La Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo | OCDE en 2011,²³⁸ tras la cual se creó la Alianza Mundial para la Cooperación Eficaz al Desarrollo.²³⁹

Paralelamente, la Unión Europea (UE) publicó en 2007 el Código de Conducta de la UE sobre la División del Trabajo en la Política de Desarrollo, cuyo objetivo era mejorar la coordinación y reducir la fragmentación de la ayuda al desarrollo entre los actores de la UE.²⁴⁰ En definitiva, se albergaba la esperanza de que surgiera un «nuevo paradigma de ayuda al desarrollo», a pesar de algunas

²³² 232 Por ejemplo, Sparkes SS, Shroff ZC, Hanson K (2024) Todavía repensando la asistencia externa para la salud Política de salud y Planificación 39 (Suplemento 1: i1–i3. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad103>; Centro para el Desarrollo Saludable (2025) Balance de la Asistencia para el Desarrollo en Salud (ADS) en el siglo XXI: Renovando nuestro compromiso. ¿Qué hemos aprendido? Una contribución para sostener nuestros esfuerzos globales en favor de una ADS equitativa y eficiente. Área metropolitana de Washington D. C., EE. UU.: CHD.

²³³ Véase Paul E (2006) Un estudio de la literatura económica teórica sobre la ayuda exterior. Asian-Pacific Economic Literature 20(1): 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8411.2006.00175.x>

²³⁴ Banco Mundial (1998) Evaluación de la ayuda: qué funciona, qué no y por qué. Informe de investigación de políticas 18295. Washington, DC: Banco Mundial.

²³⁵ OCDE (2003) Declaración de Roma sobre Armonización.

²³⁶ OCDE (2005) Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda.

²³⁷ OCDE (2008) Agenda de acción de Accra.

²³⁸ OCDE (2011) Alianza de Busan para la cooperación eficaz al desarrollo.

²³⁹ Alianza Mundial para la Cooperación Eficaz al Desarrollo. <https://www.effectivecooperation.org/>

²⁴⁰ Comisión de las Comunidades Europeas (2007) Código de conducta de la UE sobre la división del trabajo en la política de desarrollo. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Bruselas, 28.2.2007 COM(2007) 72.

incoherencias inherentes a este paradigma.³⁰² Centrándose en el sector de la salud, el CAD de la OCDE creó un Grupo de Trabajo sobre la Salud como Sector Indicador (TT HATS), que publicó en 2012 el informe «Eficacia de la Ayuda en el Sector de la Salud».²⁴²

La proliferación de donantes tiene efectos mixtos en los países receptores, planteando desafíos en los costos de transacción, la fragmentación programática y la coordinación de las partes interesadas,^{304, 305, 306} afectando negativamente el desempeño.³⁰⁷ Desde finales de la década de 1990 se ha propuesto una solución en forma de enfoques sectoriales (SWAP).³⁰⁸ Sus principios fueron reapropiados a través de la Alianza Internacional para la Salud e iniciativas relacionadas (IHP+) en 2007,³⁰⁹ que posteriormente se convirtió en la Alianza Internacional para la Salud para la Cobertura Sanitaria Universal 2030 (UHC2030).³¹⁰ La iniciativa más reciente destinada a mejorar la eficacia de la ayuda sanitaria se encuentra en la

Agenda de Lusaka (y ahora en el Reinicio de Accra 2025), que emana del Proceso del Futuro de las Iniciativas Mundiales de Salud, y promueve la adopción de cinco cambios clave:

- (1) hacer una mayor contribución a la atención primaria de salud fortaleciendo eficazmente los sistemas de salud;
- (2) desempeñar un papel catalizador hacia unos servicios de salud y funciones de salud pública sostenibles y financiados con fondos nacionales;
- (3) fortalecer los enfoques conjuntos para lograr la equidad en los resultados de salud;
- (4) lograr coherencia estratégica y operativa; y

³⁰² Dijkstra G (2013) El nuevo paradigma de la ayuda: un caso de incoherencia política. Documento de trabajo del DESA n.º 128 ST/ESA/2013/DWP/128. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

²⁴² OCDE (2012), Eficacia de la ayuda en el sector de la salud: avances y lecciones aprendidas, Better Aid, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264178014-en>. Véase Paul E, Ireland M, Martini J et al. (2013) Resultados

³⁰⁴ Carlitz R, Ziaja S (2021) Analizando la fragmentación de la ayuda: objetivos de desarrollo y niveles de análisis. Documento de debate 17/2021 / Deutsches Institut für Entwicklungspolitik. <https://doi.org/10.23661/dp17.2021>;

Wood Pallas S, Prah Ruger J (2017) ¿Afecta la proliferación de donantes en la ayuda al desarrollo para la salud a la prestación de servicios de salud y a la salud de la población? Análisis de regresión transnacional de 1995 a 2010, Health Policy and Planning 32(4): 493–503, <https://doi.org/10.1093/heapol/czw164>

³⁰⁵ Paul E, Vandeninden F (2012), Costos de transacción de la ayuda exterior: ¿Qué son y cuándo se producen? ¿Minimizado? Development Policy Review, 30: 283–304. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2012.00577.x>

³⁰⁶ 306 Cailhol J, Gilson L, Lehmann U (2019) Una década de coordinación de la ayuda en el sector salud del Burundi posconflicto. Global Health 15, 25. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0464-z>

³⁰⁷ Reinsberg B, Siauwijaya C. (2024) ¿Afecta la financiación específica al desempeño de las organizaciones internacionales? Global Policy 15, 23–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.13270>

³⁰⁸ Por ejemplo, Peters D, Chao S (1998), El enfoque sectorial en salud: ¿Qué es? ¿Adónde nos lleva? Int. J. Health Gestión de la planificación 13: 177–190. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199804/06\)13:2<177::AID-HPM504>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199804/06)13:2<177::AID-HPM504>3.0.CO;2-T);

Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F (2001) El estado de los enfoques sectoriales. Londres: Overseas Development Institute;

Paul C, Paul E, Zinnen V (2008) Health SWAps: Para un desarrollo sostenible de los sistemas de atención médica. Capítulo 10 en Cholewka P, Motlagh M (Eds.), Health Capital and Sustainable Socioeconomic Development, Taylor & Francis, pp. 191–215;

Peters DH, Paina L, Schleimann F (2013) Enfoques sectoriales (SWAps) en salud: ¿qué hemos aprendido? Política y planificación sanitaria 28(8): 884–890. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs128>

³⁰⁹ UHC2030. Historia - UHC2030. <https://www.uhc2030.org/about-us/history/>

³¹⁰ UHC2030. Tomando medidas para lograr la cobertura sanitaria universal. <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/article/taking-action-for-universal-health-coverage-how-do-we-ensure-that-our-health-systems-protect-everyone-555375/>

(5) Coordinar los enfoques de productos, investigación y desarrollo, y fabricación regional para abordar las deficiencias del mercado y las políticas en materia de salud global.³¹¹

A pesar de estos esfuerzos de los últimos 30 años, la demostración de la efectividad de estos principios en los resultados del desarrollo no es sencilla,³¹² a menos que se adopte un enfoque basado en la teoría, reconstruyendo la cadena de efectos desde la implementación de estos principios hasta una mejora en las políticas, planes y sistemas nacionales, luego a la mejora de los servicios de salud a nivel operativo, y finalmente a la mejora de los resultados y el estado de salud.²⁴³ Quizás como consecuencia, la coordinación entre donantes sigue siendo limitada. Una OIS como la OMS tiene un papel importante en la promoción de la coordinación y la eficiencia, pero opera en un entorno de múltiples iniciativas bilaterales y multilaterales sobre las que tiene una influencia limitada, dependiendo de la financiación dirigida de donantes que podría dirigir (véase la Sección IV.6.2). En el contexto de la coordinación, la reciente *Estrategia Global de Salud "America First" de Estados Unidos* constituye un caso interesante, ya que reduce la coordinación multilateral con otros donantes, pero dirige los recursos de forma más específica hacia asociaciones bilaterales mutuamente responsables centradas en el desarrollo de la capacidad nacional.²⁴⁴ Con un presupuesto de AOD decreciente (Sección IV.6.2), la importancia de la coordinación, pero también del desarrollo de capacidades para reducir la dependencia a largo plazo, probablemente se vuelva imperativa.

II.3.6. Carga mundial de enfermedades y desafíos

Medición de la carga de enfermedad y el bienestar

Comprender la carga de morbilidad es fundamental para desarrollar políticas sanitarias internacionales y asignar recursos, pero las limitaciones de estas métricas también son considerables. Estas limitaciones se derivan, en particular, de la frecuente dificultad para atribuir una única «enfermedad» o causa a la enfermedad y la muerte, la multitud de factores que promueven la mala salud frente al bienestar, y las interacciones entre diferentes enfermedades. El espectro de causalidad entre factores endógenos y exógenos, muy relevante para las enfermedades infecciosas, pero también para muchas enfermedades no transmisibles (ENT), se analiza en la Sección II.1.3. La carga de morbilidad también puede resultar engañosa a la hora de priorizar políticas, a menos que se emplee una comprensión amplia de la salud pública y la causalidad de las enfermedades. Una enfermedad infecciosa puede ser prevenible mediante una vacuna o tratable con antimicrobianos, pero la mayor reducción del riesgo puede lograrse mejorando la resiliencia individual a las enfermedades infecciosas a través de una mejor nutrición y la reducción de las amenazas ambientales.

Una forma de sortear este problema es considerar la mortalidad por todas las causas. Esta proporciona una métrica general para evaluar la gama completa de condiciones que sustentan la vida. Por ejemplo, reducir el sarampión tiene un beneficio limitado si los niños vacunados tienen más probabilidades de morir de malaria, diarrea u otra enfermedad. Sin embargo, la mortalidad por todas las causas es un indicador deficiente de la discapacidad física, y aún peor del bienestar mental y social, aspectos igualmente relevantes de la salud.²⁴⁵ Una métrica relacionada con la mortalidad por todas las causas

³¹¹ El futuro de las iniciativas de salud global (2023) La Agenda de Lusaka: Conclusiones del proceso sobre el futuro de las iniciativas de salud global – FGHI.

³¹² Gisselquist RM, Justino P, Vaccaro A (2024) ¿Mejoran los principios de la cooperación eficaz para el desarrollo los resultados del desarrollo? Argumentos a favor de definiciones y mediciones más claras. *Development Policy Review* 42:e12731. <https://doi.org/10.1111/dpr.12731>

²⁴³ Véase Paul E, Ireland M, Martini J et al. (2013) Resultados de la implementación de los principios de eficacia de la ayuda en el sector salud en Malí. *J Public Health Pol* 34:140–152. <https://doi.org/10.1057/jphp.2012.64>

²⁴⁴ de los Estados Unidos (2025). *Estrategia global de salud " Estados Unidos Primero "*. Washington, D.C. <https://www.state.gov/america-first-global-health-strategy>

²⁴⁵ Organización Mundial de la Salud (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, 47.ª ed. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution - en.pdf>

son los años de vida perdidos (AVP), que presuponen una determinada esperanza de vida (desde el nacimiento o desde una edad determinada) y, en consecuencia, calculan los años perdidos debido a la muerte prematura. Esto permite realizar comparaciones útiles entre países, suponiendo que, en las mismas condiciones, todos los seres humanos vivirían hasta la misma edad. Esto, al igual que la mortalidad por todas las causas, proporciona una guía aproximada de la equidad en salud, aunque más directamente física que mental o social.

Las métricas comúnmente utilizadas que incorporan la mala salud además de la mortalidad, generalmente aplicadas a enfermedades o patógenos específicos pero también aplicables a la salud general, incluyen una estimación de la discapacidad combinada con la mortalidad (años de vida ajustados por discapacidad, AVAD),²⁴⁶ o una relacionada medida que destaca el impacto de las intervenciones en la enfermedad y el bienestar (Años de Vida Ajustados por Calidad – AVAC).²⁴⁷

Al igual que ocurre con la relación entre los estados patológicos, comprender el significado de estas métricas es fundamental para entender y utilizar las estimaciones comparativas de la carga de morbilidad. Para una Organización Internacional de la Salud (OIS), esto es esencial para el desarrollo de políticas y requiere métricas estandarizadas entre países en cuanto a su método de medición, pero también interpretadas en función del contexto local. Son guías útiles para la asignación internacional de recursos (siempre que existan estrategias prácticas de prevención o mitigación), pero su uso eficaz exige cierto grado de subsidiariedad.

Principales cargas de enfermedad

La capacidad para medir la carga de morbilidad varía considerablemente entre países y dentro de ellos, debido a factores como la exhaustividad del registro, la notificación o el registro de enfermedades y muertes, la capacidad para realizar diagnósticos y los incentivos y requisitos legales para registrar una causa u otra. Esto limita la precisión de los datos generales y las

comparaciones. Dos fuentes globales importantes de datos sobre enfermedades son la propia OMS²⁴⁸ y el Instituto de Evaluación de Métricas de Salud de la Universidad de Washington (una iniciativa financiada principalmente con fondos privados, apoyada por la Fundación Gates y que colabora con una amplia gama de socios internacionales).²⁴⁹ La OMS y el IHME utilizan muchas de las mismas fuentes. Ambos emplean modelos para subsanar las deficiencias de datos y abordar las incertidumbres, además de los datos reales notificados.

Comparación de la carga de enfermedad

Las principales cargas de enfermedad evaluadas mediante AVAD y mortalidad (muertes) se ilustran en las figuras II.2 y II.3, basadas en datos de 2019 (antes de la COVID-19), por las razones que se explican más adelante. Como se puede observar, las enfermedades no transmisibles (ENT) predominan a nivel mundial (hace doscientos años, las enfermedades infecciosas probablemente habrían predominado con creces). Cabe destacar que los trastornos neonatales son significativamente mayores cuando se miden en términos de AVAD que de muertes, ya que los trastornos no mortales suelen dejar discapacidad de por vida. Del mismo modo, las caídas, los accidentes cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica causan una discapacidad a largo plazo considerable en comparación con la mortalidad.

²⁴⁶ [Mundial de la Salud \(2020\). Estimaciones mundiales de la salud 2019: Métodos y fuentes de datos. Ginebra : OMS . https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimations/ghes2019-daly-methods.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimations/ghes2019-daly-methods.pdf)

²⁴⁷ Brugha R, Donoghue M, Starling M, et al. El Fondo Mundial: gestionando grandes expectativas. Lancet 364, n.º 9428 (2004): 95-100. <https://academic.oup.com/heapol/article/21/5/402/578296>

²⁴⁸ Organización Mundial de la Salud. “Mortalidad y estimaciones de la salud mundial”. Observatorio Mundial de la Salud. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

²⁴⁹ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud . <https://www.healthdata.org/>

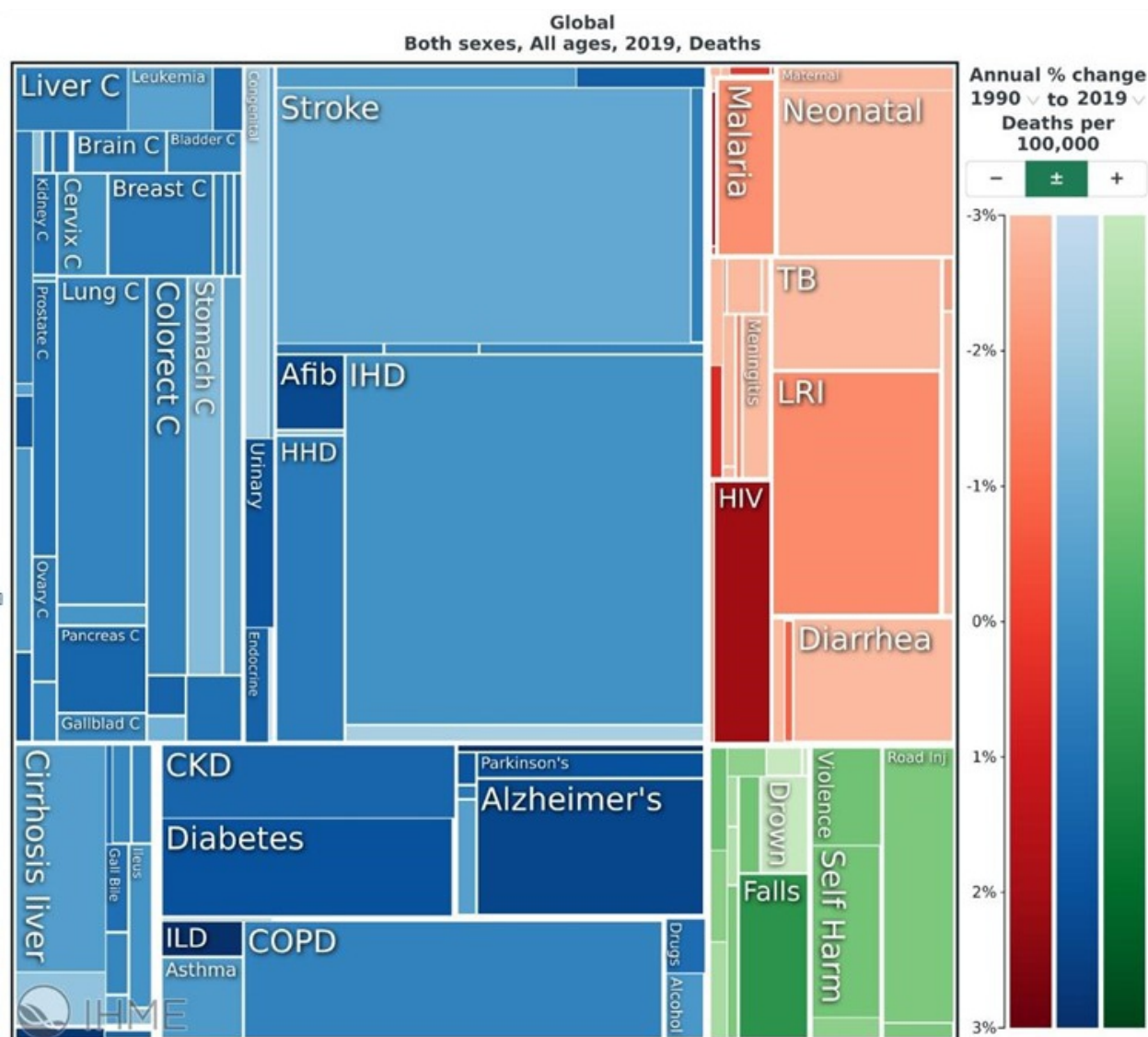


Figura II. 3 – Global disease burdens by disease, expressed in deaths.

Fuente: Institute for Health Metric and Evaluation (IHME),³²¹ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Al comparar únicamente la mortalidad en la Figura II.4, se observa una diferencia importante entre países. Las enfermedades infecciosas siguen predominando como causa de muerte en Nigeria, mientras que las ENT son ahora dominantes en India y aún más en Estados Unidos. Como se observa en la Figura II.5, esta tendencia está fuertemente asociada con la riqueza nacional (es decir, los ingresos de la población y la capacidad de invertir en atención médica). Históricamente, la mortalidad por

enfermedades infecciosas sigue un patrón muy similar al de la esperanza de vida, siendo la reducción predominante de la mortalidad en edades tempranas la reducción de la carga de enfermedades infecciosas.³²² Por lo tanto, aunque las ENT dominan la mortalidad y la discapacidad en los países de mayores ingresos, esto se debe en gran medida a la eliminación de la mayor parte de la carga de enfermedades infecciosas que mataban a personas a una edad mucho más temprana.

³²¹ Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Utilizado con autorización. Todos los derechos reservados.

³²² Shaw-Taylor, Leigh. «Introducción a la historia de las enfermedades infecciosas, las epidemias y las primeras fases del declive a largo plazo de la mortalidad». *Economic History Review* 73, n.º 3 (2020): E1–E19. <https://doi.org/10.1111/ehr.13019>

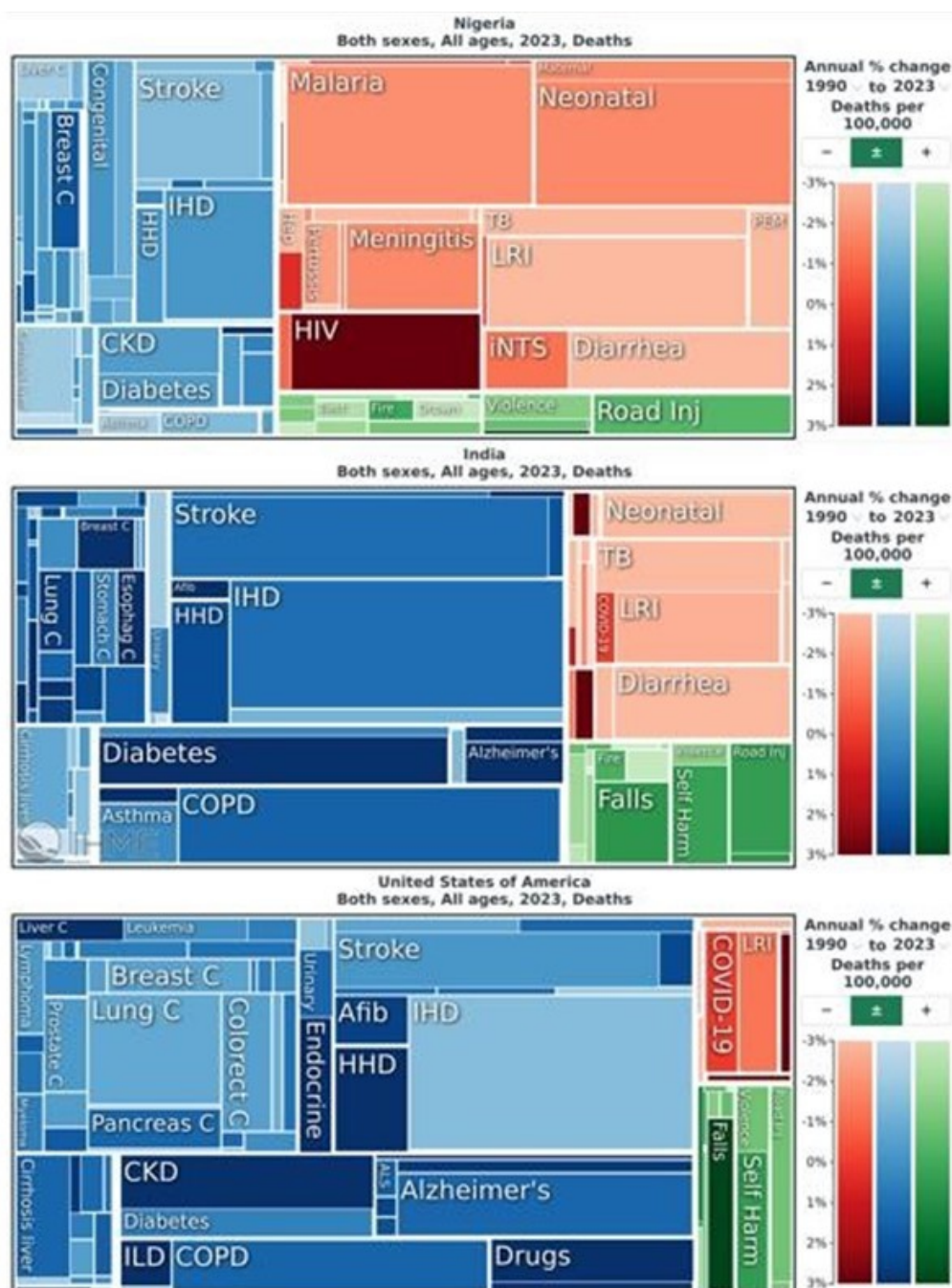


Figura II.4 – Comparación de las principales causas de mortalidad por país (Nigeria, India y Estados Unidos).

Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME),²⁵⁰ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-comparar/>

Para promover la igualdad en los resultados de salud y el bienestar general, medido al menos por la reducción de la mortalidad prematura y los AVAD, las Figuras II.2 a 5 indican que la mayoría de los beneficios se obtienen claramente si los países de bajos ingresos y alta carga de enfermedades infecciosas reducen su carga neonatal y de enfermedades infecciosas. Cómo lograr esto, mediante enfoques basados en enfermedades, priorización de los factores subyacentes de resiliencia contra la mortalidad por enfermedades infecciosas, o una combinación sensata de ambos, se analiza en la Sección II.1.3. Para

Nigeria y países similares, el papel de los enfoques específicos para enfermedades a corto plazo parece claro: la reducción de los trastornos neonatales, la malaria, las infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) y el VIH/SIDA reducirá la mortalidad y la discapacidad inmediatas, mejorando las condiciones de la población para el crecimiento económico que mejora la capacidad subyacente y los factores de bienestar más rápidamente que lo que la AOD podría hacer solo en el desarrollo de capacidades.

²⁵⁰ Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Utilizado con autorización. Todos los derechos reservados.

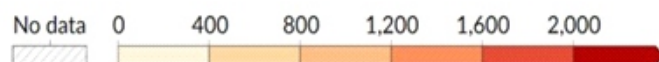
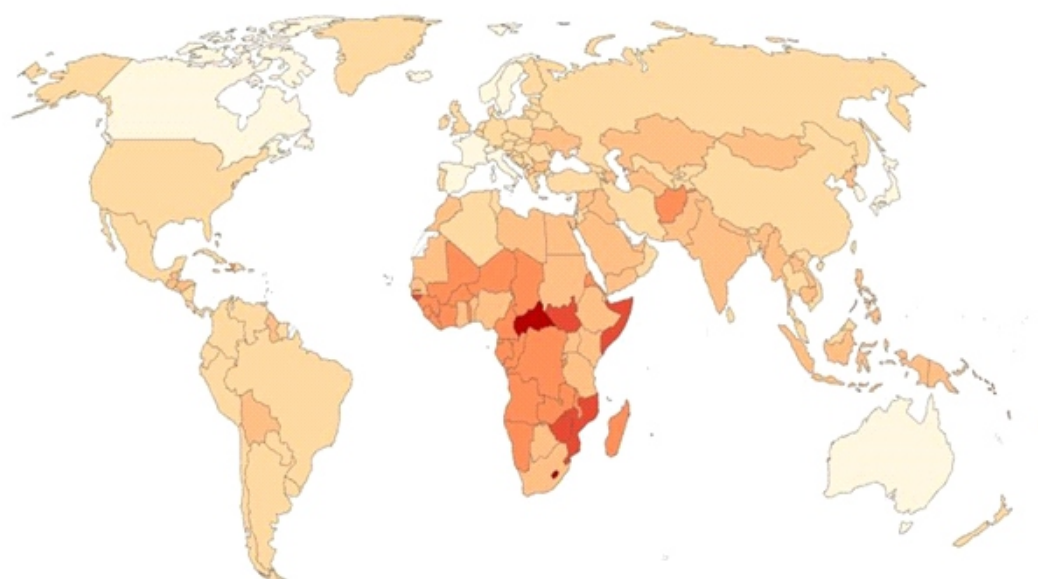
Annual death rate from all causes, 2019

The estimated annual death rate from all causes per 100,000 people.

Our World
in Data

Table Map Line Bar

Select



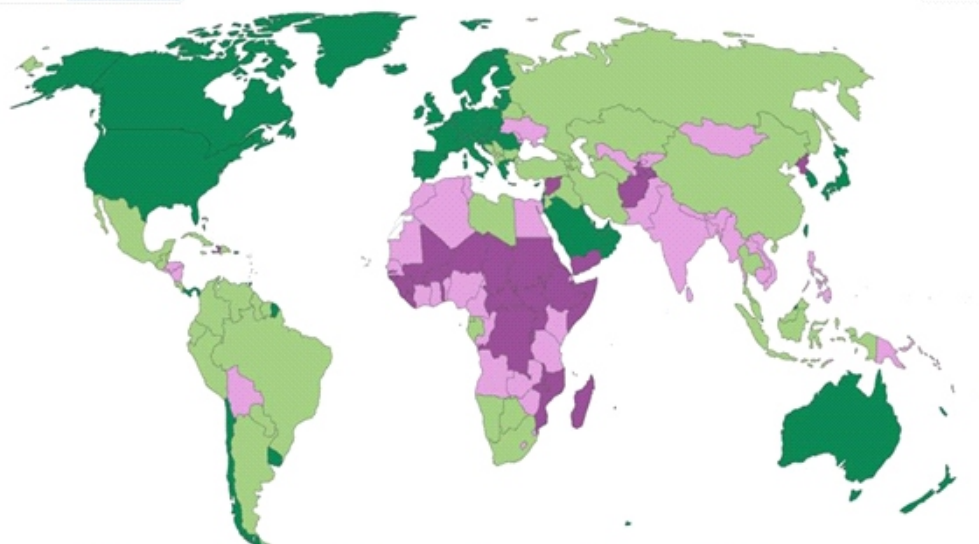
World Bank income groups, 2019

The World Bank's income classification divides countries into four categories based on their gross national income (GNI) per capita. Thresholds between income groups have changed over time.

Our World
in Data

Table Map

Select countries



Low income Lower-middle income Upper-middle income High income No data

Figura II.5 – Asociación de las tasas de mortalidad con la pobreza (medida según el nivel de ingresos de los países del Banco Mundial), 2019.

Fuente: Nuestro mundo en datos,²⁵¹ www.ourworldindata.org . Datos obtenidos del IHME y del Banco Mundial.

²⁵¹ Nuestro Mundo en Datos www.ourworldindata.org . <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Las políticas que incluyen asesoramiento dietético y gestión de micronutrientes reducirán la brecha tanto en las enfermedades infecciosas (a través de la resiliencia individual y la competencia inmunológica) como en los aspectos de la carga de las ENT (gran parte de ella) relacionados con una dieta deficiente (por ejemplo, la diabetes mellitus, que está aumentando en la India y otros países de ingresos medios). Sin embargo, cabe preguntarse si estos países de ingresos medios necesitan la ayuda de una OIS para abordar estos problemas (por ejemplo, si necesitan ayuda extranjera) o si, cuando existe la capacidad suficiente, es mejor abordarlos completamente desde el contexto nacional. El aparente aumento de la carga de las ENT a nivel mundial, aunque se asocia ampliamente con el aumento, en lugar de la disminución, de la esperanza de vida, invita a que una OIS como la OMS amplíe sus funciones, pero no necesariamente representa un uso útil o eficiente de los recursos globales. Este aumento de las ENT subraya aún más la importancia de los enfoques contextualizados en lugar de los programas estandarizados, ya que las ENT suelen estar más relacionadas con el estilo de vida y están fuertemente sujetas a las características culturales, sociales y conductuales de una población.

La relación entre ingresos y esperanza de vida está bien establecida²⁵² y es clara tanto histórica como geográficamente (Figura II.5). Por lo tanto, las políticas de comercio justo y desarrollo económico podrían ser los mecanismos a largo plazo más eficaces para mejorar la salud, y en particular para la reducción de enfermedades infecciosas. Una Organización Internacional de la Salud (OIS) debería centrarse en el fortalecimiento del sistema de salud, el fomento de la resiliencia y la reducción de la carga de morbilidad para promover la igualdad mediante la mejora a corto plazo de los resultados de salud. Sin embargo, es fundamental evitar medidas que perpetúen la pobreza y restrinjan la salud económica a largo plazo, como se enfatizó en las recomendaciones previas a la

COVID-19 sobre la gestión de la pandemia.²⁵³

En este sentido, la asociación entre la mortalidad por enfermedades infecciosas y los bajos ingresos nacionales deja claro que una Organización Internacional de la Salud (OIS) centrada en lograr la autosuficiencia sanitaria en los países debería concentrarse en los de bajos ingresos (Figura II.5). Los países con mayores ingresos son donantes de AOD, no receptores. Habiendo ya alcanzado avances considerables en la esperanza de vida (incluidas las condiciones ambientales subyacentes y la capacidad sanitaria para mantenerla), el verdadero valor añadido que una OIS aportaría a sus propios sistemas sanitarios, más allá del intercambio de datos y el establecimiento de estándares, es sin duda muy bajo.

Covid-19, pandemias y carga de morbilidad

La aparición de la COVID-19 y las posteriores estimaciones publicadas de la carga mundial de morbilidad ilustran las dificultades para asignar cargas a las enfermedades y basar las políticas únicamente en ellas. La COVID-19 grave o mortal, una infección respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2, se ha dado mayoritariamente en personas de edad avanzada con varias comorbilidades graves que acortan la vida, como la obesidad y la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, muchas de las principales causas de muerte en los Estados Unidos, como se muestra en la Figura II.4. Esto pone de relieve una serie de problemas. En primer lugar, atribuir la muerte a la COVID-19, en lugar de a otras comorbilidades que acortan la vida, es problemático. En segundo lugar, los incentivos para notificar la COVID-19, como las subvenciones a los centros sanitarios y a las familias en caso de muerte durante la hospitalización,²⁵⁴ pueden aumentar indebidamente la carga de morbilidad.²⁵⁵

²⁵² Banco de Pagos Internacionales (2019). La economía política del gasto en salud. Documentos de trabajo del BIS 910. <https://www.bis.org/publ/work910.htm>

²⁵³ Organización Mundial de la Salud (2019). Atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: 2019 mundial. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>

²⁵⁴ Gasmi A, Peana M, Pivina L, et al. Interrelaciones entre la COVID-19 y otros trastornos. Clinical Immunology 224 (2021): 108651. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521661620308111>

²⁵⁵ <https://www.congress.gov/bills/117/congress/senate/bills/89>; los Estados Unidos, S.89 – Ley de Ayuda de Emergencia por COVID - 19 (117.º Congreso). Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Seguimiento de la rendición de cuentas en el sistema de subvenciones gubernamentales. (TAGGS): Proveedores de servicios relacionados con el coronavirus. <https://taggs.hhs.gov/Coronavirus/Providers>

Atribución de la causalidad. En tercer lugar, la falta de diagnósticos o de acceso a la atención médica puede reducir el reconocimiento de la causalidad. En cuarto lugar, al igual que ocurre con muchas enfermedades, amplias zonas del mundo aún presentan registros de defunción muy incompletos. En quinto lugar, la respuesta de salud pública a la COVID-19, incluidas las políticas que fomentan la pobreza, como el cierre de lugares de trabajo y mercados, la reducción del acceso a las clínicas y el uso de nuevas clases de fármacos, pueden haber afectado a la mortalidad por todas las causas y, por lo tanto, haber reducido su utilidad para estimar el impacto directo del patógeno.

El IHME intentó abordar estas limitaciones mediante el uso de modelos para estimar la mortalidad real potencial en áreas donde los datos disponibles se consideraban deficientes.³²⁹ Sin embargo, esto incluyó la aceptación de datos donde existían incentivos para reportar Covid-19 como causa de muerte, mientras que el uso de modelos aumentaba las tasas de mortalidad en otras áreas. Esto inevitablemente conlleva el riesgo de inflar inapropiadamente la carga general. Los supuestos que impulsaron el modelo del IHME incluyeron afirmaciones de que las mascarillas eran "increíblemente efectivas" para detener el Covid, en contra de los datos de otros lugares,³³⁰ y eficacias de las vacunas que están en

desacuerdo con estudios de impactos decrecientes y a nivel poblacional. Aplicados a países con menor uso de intervenciones no farmacológicas y vacunación más dirigida,³³¹ estos métodos corren el riesgo de llevar las estimaciones de la carga de Covid-19 muy por encima de los niveles reales. Como el techo de la mortalidad por todas las causas es una cifra relativamente confiable, inflar las muertes por Covid-19 dentro de este techo resulta en una subestimación del exceso de mortalidad no Covid atribuido a la respuesta de salud pública.

Las crecientes evidencias de que el virus SARS-CoV-2 podría no ser de origen completamente natural, sino modificado mediante procedimientos de laboratorio de ganancia de función, también hacen que los datos más recientes (posteriores a 2020) del IHME sean menos fiables como guía para la política ideal de la IHO.³³² Las amenazas a la bioseguridad e incluso a la guerra biológica se consideran generalmente prioridades de seguridad nacional más que internacionales, aunque las organizaciones multinacionales podrían desempeñar claramente algún papel.

Las estimaciones recientes de la carga total del impacto de la pandemia crean dificultades similares. Las cifras de 2,5 millones de muertes como promedio anualizado por año, repetidas en revistas importantes como The Lancet,³³³

³²⁹ Bramley G, et al. Exceso de mortalidad por COVID-19. The Lancet (2024).

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00367-2/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00367-2/texto completo) ;

Meyerowitz-Katz G, et al. La lanceta (2024).

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/texto completo)

³³⁰ Jefferson T, et al. Intervenciones físicas para interrumpir o reducir la propagación de virus respiratorios. Cochrane Base de datos de revisiones sistemáticas (2023), número 1. Art. No.: Cd006207.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub6/full>

³³¹ Doshi P. Eficacia de la vacuna contra la COVID-19. The Lancet (2022).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622000897> ;

Estudios preliminares sobre la eficacia de las vacunas. Preimpresión de medRxiv (2021).

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.06.21261707v1.full.pdf> ;

Goldberg Y, et al. Preimpresión de medRxiv (2021).

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3> ;

Shrestha N, et al. Open Forum Infectious Diseases (2023).

<https://academic.oup.com/ofid/article/10/6/ofad209/7131292>

³³² 332 Oficina de Política Científica y Tecnológica de la Casa Blanca (2025). Fuga de laboratorio: los verdaderos orígenes de la COVID-19. <https://www.whitehouse.gov/lab-leak-true-origins-of-covid-19/> ;

Enserink M. Los orígenes de la COVID-19 aún no se han esclarecido. BMJ 382 (2023): p1556.

<https://www.bmj.com/content/382/bmj.p1556>

³³³ 333 Bramley G, et al. Exceso de mortalidad por COVID-19. The Lancet (2024).

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00367-2/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00367-2/texto completo) ;

Meyerowitz-Katz G, et al. La lanceta (2024).

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/texto completo)

surgen de modelos que utilizan datos de la era preantibiótica, incluyendo cargas no vistas desde las pestes bubónicas medievales en Eurasia y las muertes masivas de poblaciones en América y el Pacífico, que estaban inmunológicamente aisladas en los primeros años del colonialismo europeo. Aplicar estos datos a las poblaciones actuales e ignorar la ausencia de poblaciones tan grandes sin inmunidad previa, de cambios en nutrición, saneamiento y atención médica moderna, esto es poco realista. Según datos de brotes naturales confirmados en los últimos 100 años, o incluso incluyendo la COVID-19, la mortalidad pandémica promedio anualizada por pandemias es insignificante en comparación con la carga de otras enfermedades infecciosas endémicas.³³⁴

En resumen

Las estimaciones de la carga de morbilidad son esenciales para la planificación y asignación de recursos, así como para comprender el impacto a largo plazo de las intervenciones y los avances, aunque reducciones como las de la mortalidad por enfermedades infecciosas tengan causas multifactoriales. Estas estimaciones también presentan problemas tanto en su cálculo como en su uso, ya que no son necesariamente una guía directa sobre dónde deben aplicarse los recursos para lograr el mayor impacto, y están sujetas a errores debido a informes incompletos o inexactos, así como a modelos inadecuados para subsanar dichas deficiencias.

Sin embargo, ciertas tendencias son claras. Las enfermedades infecciosas, que se abordan con mayor facilidad mediante intervenciones directas (por ejemplo, diagnósticos y antimicrobianos) y mejoras en los factores

subyacentes del bienestar y el fortalecimiento del sistema de salud, se asocian principalmente con poblaciones de bajos ingresos y con las esperanzas de vida más bajas. Las enfermedades no transmisibles (ENT), si bien son susceptibles a muchas de las mismas intervenciones, representan un problema relativamente mayor en países que ya cuentan con mayor capacidad de atención médica y, por lo tanto, tienen menos necesidad de asistencia externa o es menos probable que se beneficien de ella. La prevalencia y el manejo de las ENT también suelen estar más sujetos a factores conductuales y culturales locales.

En términos de desarrollo de capacidades, mejora de la equidad mundial en los resultados de salud y promoción de la autosuficiencia, es evidente que la labor de una OIS se concentra mejor en los países de bajos ingresos y en las enfermedades infecciosas endémicas. Por consiguiente, las tendencias recientes dentro de la OMS y en las asociaciones público-privadas hacia un énfasis en los brotes de enfermedades infecciosas no endémicas,³³⁵ mediante la concentración en enfoques específicos para patógenos, como la vacunación masiva, en lugar de fortalecer principalmente la resiliencia individual y del sistema de salud, son preocupantes.

II.3.7. La creciente agenda de la pandemia

En los últimos años, y en particular desde la propagación mundial de la COVID-19 en 2020, la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPPR) ha dominado gran parte del discurso de salud pública. El riesgo de pandemia se caracteriza como una “amenaza existencial para la humanidad”,³³⁶ y, en consecuencia,

³³⁴ David y Blagovesta Tacheva (2023). Riesgo de pandemia: Un informe para responsables políticos. Informe de políticas de REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/229/pandemic-risk-policy-brief>; Tacheva, Blagovesta y David Bell (2024). Cuando los modelos y la realidad chocan. Informe REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/254/when-models-and-reality-lash-a-review-of-predictions-of-epidemia-and-pandemic-mortalidad>

³³⁵ Organización Mundial de la Salud (2024). Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su versión enmendada. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf; Mundial de la Salud (2025). Acuerdo de la OMS sobre pandemias. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_10-en.pdf; Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). “La Misión de los 100 Días”. <https://cepi.net/100-days>

³³⁶ Alto Nivel del G20 sobre la Financiación de los Bienes Comunes Mundiales para la Preparación y Respuesta ante Pandemias (2021). Un Acuerdo Global para Nuestra Era de Pandemias. <https://pandemic-financiation.org/wpcontent/uploads/2021/07/G20-HLIP-Report.pdf>

se utiliza para justificar las recientes enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional y las negociaciones en curso sobre partes del Acuerdo sobre Pandemias.^{337, 338} Estas implican gastos financieros anuales sin precedentes.

Las solicitudes incluyen más de 10 mil millones de dólares en nueva AOD y más de 26 mil millones de dólares proyectados como inversión requerida por los países de ingresos bajos y medianos.³³⁹ El Banco Mundial propone otros 10 a 11 mil millones de dólares para intervenciones relacionadas de Una Salud.²⁵⁶

Dado que algunos países han optado por no adherirse a las enmiendas del RSI²⁵⁷ y que las negociaciones sobre los puntos conflictivos del Acuerdo sobre la Pandemia se prolongan hasta 2026, varios Estados Miembros de la OMS expresan su preocupación por la orientación y el impacto de las medidas propuestas para el Programa de Prevención y Reducción de la Pobreza (PPPR, por sus siglas en inglés). Estas preocupaciones incluyen los costos del programa y la consiguiente desviación de fondos y el costo de oportunidad en relación con otras prioridades sanitarias y económicas, así como la propiedad de las

muestras y la propiedad intelectual, incluidos los derechos sobre las vacunas desarrolladas para patógenos de interés identificados por los sistemas de vigilancia nacionales y contemplados en el sistema propuesto de Acceso a Patógenos y Distribución de Beneficios (PABS, por sus siglas en inglés), que actualmente se encuentra en negociación.²⁵⁸

La agenda PPPR se promueve como urgente y de amplio alcance. Incluye el Fondo para Pandemias administrado por el Banco Mundial,²⁵⁹ el Centro Mundial de Biotecnología (OMS-Alemania)²⁶⁰ y la iniciativa de vacunas CEPI de 100 días,²⁶¹ junto con varios programas dentro de la OMS. Este énfasis se basa en la suposición de un rápido aumento en la frecuencia y la carga de las pandemias. Sin embargo, el análisis de los informes en los que se basan estas afirmaciones sobre el riesgo y el retorno de la inversión en PPPR, realizado por el proyecto REPPARE de la Universidad de Leeds, ha demostrado en trabajos recientes que carecen de suficiente respaldo en la evidencia y las citas presentadas.²⁶² Esto incluye informes de la OMS, el Banco Mundial, el Panel Independiente de Alto Nivel del G20 (HLIP) y otras instituciones que

³³⁷ Organización Mundial de la Salud (2024). Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su versión enmendada. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf

³³⁸ Organización Mundial de la Salud. «Acuerdo de la OMS sobre pandemias». <https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-Agreement>

³³⁹ Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2022). Deficiencias en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias de financiación. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5760109c4db174ff90a8dfa7d025644a-0290032022/original/G20-Brechas-en-Mecanismos-de-financiación-de-la-PPR-OMS-y-BM-pdf.pdf>

²⁵⁶ Mundial (2022). Documento del proyecto del Fondo para la Pandemia (P17840). <https://documents.worldbank.org/en/publication/documentsreports/documentdetail/099530010212241754/p17840200ca7ff098091b7014001a08952e>

²⁵⁷ Organización Mundial de la Salud (2024). Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su versión enmendada. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf

²⁵⁸ Organización Mundial de la Salud (2025). “Los países avanzan en el Anexo del Acuerdo sobre Pandemias de la OMS relativo al acceso a patógenos y al sistema de reparto de beneficios”. 7 de noviembre de 2025. <https://www.who.int/news/item/07-11-2025-countries-make-progress-on-who-pandemic-agreement-annex-on-pathogen-access-and-benefit-sharing-system>

²⁵⁹ Fondo para la Pandemia. <https://www.thepandemicfund.org/>

²⁶⁰ Organización Mundial de la Salud. Centro de la OMS para la Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias. <https://pandemichub.who.int/>

²⁶¹ Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). “La Misión de los 100 Días”. <https://cepi.net/100-days>

²⁶² Bell, David y Blagovesta Tacheva (2023). Riesgo de pandemia: Un informe para los responsables políticos. REPPARE Policy Informe breve. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/229/pandemic-risk-policy-brief>

promueven esta agenda. La probabilidad de que gran parte del aumento en los brotes naturales registrados en los últimos 60 años se explique por los avances tecnológicos en las pruebas de diagnóstico, las comunicaciones y la financiación de ambos no se aborda adecuadamente en las suposiciones de riesgo. Los principales métodos para distinguir los patógenos causantes de brotes de los patógenos de fondo, incluyendo la PCR, la secuenciación genética y las pruebas serológicas y de antígenos en el punto de atención, se han desarrollado e implementado geográficamente en estrecha relación con el aumento de los brotes notificados.³⁴⁷

Dejando a un lado la Covid-19, la disminución de los brotes notificados desde alrededor de 2010, registrada en la base de datos GIDEON,^{263, 264} puede indicar que este aumento en los mecanismos de vigilancia y respuesta, junto con los cambios ambientales, están reduciendo el riesgo de grandes brotes naturales.

Otras intervenciones de salud pública también habrán contribuido a reducir con éxito esta carga en los últimos 10 a 20 años. La COVID-19, si es de origen natural, parece ser

un caso atípico más que parte de una tendencia subyacente, ya que Marani et al. (2021), citados por el Banco Mundial, estiman que un evento similar a la COVID-19 de origen natural ocurre menos de una vez por siglo.³⁵⁰

La mortalidad real, excluyendo la COVID-19, ha sido muy baja para los brotes agudos durante el siglo transcurrido desde la gripe española de 1918-1919.³⁵¹ Las estimaciones elevadas de mortalidad anualizada aplicadas a las poblaciones mundiales actuales, como 2,5 millones de muertes al año,³⁵² se basan en gran medida en pandemias y epidemias de hace muchos siglos, como la peste negra europea, que se produjo en un contexto sanitario, tecnológico y ambiental muy diferente.²⁶⁵ Otras estimaciones anualizadas incluyen la gripe española de la era preantibiótica y el brote de VIH-SIDA, para los que los problemas de vigilancia y respuesta son bastante diferentes.^{266, 267}

El cálculo de costes para el PPPR desarrollado por la OMS y el Banco Mundial,²⁶⁸ que constituye la base de los mensajes del G20,²⁶⁹ se basa en una base de evidencia deficiente que es autorreferencial y utiliza Puntos de referencia problemáticos para la comparación con otras

³⁴⁷ Woolhouse, M., F. Scott, Z. Hudson, R. Howey y M. Chase-Topping. "Virus humanos: descubrimiento y «Emergencia». Philosophical Transactions of the Royal Society B 367 (2012). <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsif.2014.0950>

²⁶³ Gryseels, Sophie, et al. (2020). "Factores que impulsan el contagio: evidencia de murciélagos y virus". Preimpresión de bioRxiv. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.04.20.049866v2>

²⁶⁴ Dobson, Andrew P., et al. «Ecología y economía para la prevención de pandemias». Philosophical Transactions of the Royal Society B 376 (2021). <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2020.0535>

³⁵⁰ Bernstein, Aaron S., et al. «Los costos y beneficios de la prevención primaria de las pandemias zoonóticas». Actas de la Academia Nacional de Ciencias 119, n.º 2 (2022). <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2105482118>

³⁵¹ Blagovesta Tacheva y Julius von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias. Informe REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/228/rational-policy-over-panic>

³⁵² Nita, et al. (2021). "Mortalidad futura estimada por patógenos con potencial epidémico y pandémico". Centro para el Desarrollo Global. <https://www.cgdev.org/publication/estimated-future-mortality-pathogens-epidemia-and-pandemic-potencial>

²⁶⁵ Tacheva, Blagovesta y David Bell (2024). Cuando los modelos y la realidad chocan: una revisión de las predicciones de por epidemias y pandemias. Informe REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/254/when-models-and-reality-clash-a-review-of-predictions-of-epidemic-and-pandemic-mortality>

²⁶⁶ Grange, Zoe L., et al. "Clasificación del riesgo de transmisión de virus de animales a humanos en el caso de virus recientemente descubiertos". Science Advances 7, n.º 14 (2021). <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abl4183>

²⁶⁷ Blagovesta Tacheva y Julius von Agris (2024). Política racional frente al pánico. Informe REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/228/rational-policy-over-panic>

prioridades sanitarias que no examinan adecuadamente los impactos económicos más amplios y la carga de morbilidad.³⁵⁸ La OMS no aclara los costos de oportunidad en términos de fortalecer la resiliencia de la población y del sistema de salud mediante un mayor énfasis en los determinantes de la salud, en lugar de enfoques de vigilancia y respuesta focalizados. Sin embargo, los presupuestos propuestos equivalen al 25 % al 55 % de la ayuda mundial actual para el desarrollo en salud. Como resultado, el caso de inversión del PPPR parece cuestionable en términos de legitimidad política y potencial para resultados positivos generales en salud pública.

Por lo tanto, si bien los brotes ocurren y continuarán ocurriendo, y constituyen un área de trabajo importante para los enfoques multilaterales de salud, el énfasis actual en la PPPR, al igual que la agenda de salud securitizada de la que forma parte, analizada anteriormente, está poco fundamentado. Factores como los eventos de transmisión zoonótica son complejos,²⁷⁰ y se recomienda que los informes de la Universidad de Leeds sirvan de base para comprender el riesgo general y los enfoques de retorno de la inversión en los que se fundamenta la agenda actual del PPPR.²⁷¹

El término «Una Salud» se utiliza con frecuencia en el ámbito de la salud pública. En cuanto a la importancia de un enfoque holístico para mejorar los resultados de salud, se alinea con el pensamiento tradicional de la salud pública, especialmente en lo que respecta a la gestión del

riesgo de transmisión zoonótica y el fortalecimiento de la resiliencia individual y comunitaria. Sin embargo, cuando se utiliza para implicar la igualdad de importancia entre especies o un concepto vago de salud planetaria que va más allá de la salud humana (y los efectos de la ecología en general sobre esta),²⁷² se vuelve problemático en términos de derechos humanos (primacía del individuo), creencias culturales y establecimiento de prioridades de salud pública. También suscita inquietudes, como se analiza en la Parte IV, si se convierte en un fin o una necesidad en sí misma, impidiendo un enfoque más equilibrado. En el contexto de la pandemia, es un concepto importante en lo que respecta a la importancia de fortalecer la resiliencia, pero genera inquietudes cuando se considera que un énfasis excesivo en él desvía fondos de prioridades de salud más importantes.

Los enfoques de colaboración público-privada (PPPR, por sus siglas en inglés) se basan actualmente en gran medida en productos básicos y son susceptibles a indicadores medibles del sistema, como las amenazas identificadas o las vacunas administradas, que resultan atractivos para los intereses del sector privado. El auge de estos enfoques es paralelo a la creciente influencia del sector privado y las asociaciones público-privadas en la salud mundial durante las últimas dos décadas. Lo que posiblemente ha faltado en la OMS y otras entidades multilaterales es un papel claro en la moderación de dicha influencia para garantizar un enfoque equilibrado y proporcionado. La agenda de PPPR abarca áreas de necesidad real de salud pública, pero también un considerable beneficio privado. Por otro

²⁶⁸ Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2022). Deficiencias en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias. de financiación. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5760109c4db174ff90a8dfa7d025644a-0290032022/original/G20-Brechas-en-Mecanismos-de-financiación-de-la-PPR-OMS-y-BM-pdf.pdf>

²⁶⁹ Blanca (2022). “Declaración de los líderes del G20 en Bali”. 16 de noviembre de 2022. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/11/16/g20-bali-leaders-declaration/>

³⁵⁸ Brown, Garrett W., David Bell, Julius von Agris y Blagovesta Tacheva (2024). El costo de la preparación ante pandemias. Informe REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/234/the-cost-of-pandemic-preparedness-an-examination-of-costings-and-the-financial-requests-in-support-of-the-pandemic-prevention-preparedness-and-response-agenda>

²⁷⁰ Bell, David, Julius von Agris, Blagovesta Tacheva y Garrett W. Brown (2025). «Riesgo de contagio natural y brotes de enfermedades: ¿La simplificación excesiva pone en riesgo la salud pública?» Journal of Epidemiology and Global Health 15: 65. <https://link.springer.com/article/10.1007/s44197-025-00412-y>

²⁷¹ Universidad de Leeds. Reevaluación de la Agenda de Preparación y Respuesta ante Pandemias (REPPARE). <https://essl.leeds.ac.uk/directory-record/1260/reevaluating-the-pandemic-preparedness-and-response-agenda-reppare>

²⁷² Legido-Quigley, Helena, et al. «¿Son resilientes los sistemas de salud de alto rendimiento frente a la epidemia de COVID-19?» The Lancet 401, n.º 10375 (2023). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(23\)00090-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(23)00090-9/fulltext)

lado, las áreas de necesidad de salud mundial menos atractivas comercialmente, pero no por ello menos vitales, donde la carga de enfermedad es mayor y, por lo tanto, el retorno de la inversión en términos de vidas salvadas o bienestar mejorado puede ser más atractivo, quedan relativamente relegadas en el debate actual.

La agenda de la pandemia ilustra los principales desafíos que enfrenta la salud mundial y la necesidad de enfoques proporcionados y basados en la evidencia que prioricen el bienestar de la población en un contexto cada vez más superpoblado y a menudo conflictivo. Las partes III y IV de este informe examinarán la necesidad de una OHI (Organización Internacional de la Salud) destinada a brindar liderazgo y coordinación dentro de este contexto cambiante, así como la idoneidad del desempeño y la estructura de la OMS para cumplir con esta función.

II.4. INSTITUCIONES INTERNACIONALES

Tras haber analizado los derechos humanos y los principios éticos que sustentan la salud pública, así como el alcance y la finalidad de la misma, resulta útil establecer algunos conceptos básicos que definen a las instituciones internacionales, como una OIS, que contribuirían a coordinar e implementar políticas de salud pública. Este tema se desarrolla con mayor detalle en la Sección III, donde se abordan los ideales de una OIS.

II.4.1. Principios centrales de una constitución

Una constitución es el reglamento que define la misión y el propósito de una organización internacional, determina su estructura y funcionamiento, y distribuye poderes y responsabilidades entre sus diversos órganos. Es, a la vez, una declaración social, un instrumento político y un instrumento jurídico que prescribe las estructuras distintivas, así como la autoridad y los poderes necesarios para el cumplimiento de las funciones que le han sido encomendadas.

Los fines sociales de la organización se expresan en el preámbulo o introducción, donde se exponen la visión, la misión y los principios organizativos que sustentan la comunidad en cuestión. Los artículos operativos especifican los órganos principales y subsidiarios de la organización; su composición, miembros y duración de sus mandatos; su reglamento interno; sus competencias y

limitaciones entre sí y con los miembros de la comunidad; los derechos y obligaciones de los Estados miembros; etc. Asimismo, la constitución define los límites de las competencias de la organización sobre los Estados miembros soberanos y sus ciudadanos.

Al unirse a la organización, los Estados Miembros aceptan los resultados de las decisiones adoptadas de acuerdo con las normas establecidas. Asimismo, quienes ostentan el poder público internacional deben actuar como representantes de los Estados Miembros. Como se indica en la Sección II.2.2 y en las Secciones IV 3.1 y 6.3, en el caso de la secretaría de la OMS y, de hecho, de todos los funcionarios internacionales del sistema de las Naciones Unidas, esto implica representar a todos los Estados Miembros en su conjunto (la «comunidad internacional»), y no específicamente a su Estado de nacionalidad. En la práctica, esto se implementa dentro de la OMS mediante el trabajo dentro de la estructura jerárquica de la organización, bajo la autoridad del Director General designado por la Asamblea Mundial de la Salud.

II.4.2. Estados e instituciones internacionales

Desde el punto de vista jurídico, los Estados soberanos son los principales actores y unidades del orden internacional global. Al mismo tiempo, la interdependencia en materia de seguridad, estabilidad y prosperidad financiera, salud, sostenibilidad ambiental, seguridad alimentaria y energética, entre otros ámbitos, genera la necesidad de promover la colaboración en objetivos comunes para maximizar los beneficios para todos los Estados, así como para mitigar las tensiones y atenuar los conflictos en los puntos de fricción cuando los Estados compiten por los mismos recursos en un contexto de escasez. De este modo, la interdependencia también crea vulnerabilidades mutuas y una fragilidad compartida, de manera que los costos de no cooperar entre sí según las normas y procedimientos acordados resultan inaceptablemente altos. Por consiguiente, para brindar regularidad, previsibilidad y estabilidad a sus interacciones, ya sea en iniciativas de cooperación o en esfuerzos por minimizar los conflictos, los Estados establecen organizaciones e instituciones en las que aúnan su soberanía para lograr beneficios mutuos integrales. Estas últimas actúan como agentes de, por y para los Estados, quienes siguen siendo los principales y propietarios de las instituciones internacionales. Sin embargo, dichas burocracias establecen reglas para las transacciones internas y

externas, porque negociar de nuevo para todo sería demasiado engorroso y costoso, afirmando así también un cierto nivel de independencia y también rigidez (o legalismo) con respecto a las interacciones con sus mandantes (los Estados).

II.4.3. Interés propio, interés mutuo y acción colectiva

Ya sea mediante una serie de acciones emprendidas cuando los Estados se ven atrapados en una espiral de escalada que culmina en una guerra importante, quizás incluso una guerra mundial, o mediante la adopción de medidas proteccionistas egoístas que provocan recesión y depresión global, las políticas unilaterales pueden tener consecuencias catastróficas. El multilateralismo se refiere a la acción colectiva y cooperativa de los Estados —a veces en colaboración con actores no estatales— para abordar problemas y desafíos comunes cuando estos se gestionan mejor de forma colaborativa a un nivel superior al del Estado. Reconociendo esta realidad empírica, los Estados han creado un sistema internacional que se basa en una densa red de tratados, organizaciones internacionales y prácticas compartidas que encarnan expectativas comunes, reciprocidad y equivalencia de beneficios. En definitiva, cada Estado miembro tiene más que ganar mediante la acción colectiva que mediante la unilateral. Incluso los Estados más poderosos y ricos no pueden lograr la seguridad ni mantener la prosperidad y el bienestar con la misma eficacia cuando actúan unilateralmente o de forma aislada.

II.4.4. Responsabilidad del Estado y humanismo

En palabras del ilustre Secretario General de la ONU, Dag Hammarskjöld, las Naciones Unidas *no fueron creadas para llevarnos al cielo, sino para salvarnos del infierno*.²⁷³ La Carta de la ONU comienza con las grandiosas palabras «Nosotros, los pueblos del mundo». En realidad, funciona como una organización de, por y para los Estados Miembros. El realismo, como filosofía del orden internacional, sitúa la moralidad en la maximización de la seguridad, la prosperidad y el bienestar de los miembros de una comunidad política exclusiva dentro de entidades soberanas territorialmente delimitadas. Una definición ética del orden mundial también otorga gran importancia

a la solidaridad internacional. No es solo el equilibrio de poder lo que proporciona orden y estabilidad y mantiene a raya la anarquía, sino también un conjunto común de valores y prácticas internacionales apropiadas. Los derechos nacionales conllevan obligaciones internacionales correspondientes hacia los derechos de los demás; la soberanía como privilegio es inseparable de la soberanía como responsabilidad, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Las organizaciones internacionales encarnan y articulan una visión común del bien común global que une a todos los seres humanos. Esa visión —y los principios éticos que la sustentan— encuentran su expresión más autorizada y elocuente en los propósitos y principios enunciados en el Artículo 1 de la Carta de las Naciones Unidas. En consecuencia, toda organización internacional debe lograr un equilibrio entre el realismo basado en los intereses y el humanismo que engloba la solidaridad.

A pesar de sus defectos y deficiencias, el sistema de las Naciones Unidas sigue siendo el foco de las esperanzas y aspiraciones de un futuro donde hombres y mujeres vivan en paz consigo mismos y en armonía con la naturaleza. La idea de una organización universal dedicada a proteger la paz y promover el bienestar ha sobrevivido a la muerte, la destrucción y la desilusión provocadas por los conflictos armados, el genocidio, la pobreza persistente, la degradación ambiental y un sinnúmero de atentados contra la dignidad humana. Sin embargo, *«los gobiernos nacionales conservan la autoridad para obstaculizar la formulación de políticas internacionales, pero no la capacidad de resolver los problemas por sí mismos»*.²⁷⁴

La mayoría de las organizaciones internacionales se sitúan en la intersección de intereses y valores. Como tales, constituyen tanto un escenario para el realismo estatal como actores que persiguen sus propios ideales de solidaridad, uniendo a los diversos miembros de la humanidad más allá de las fronteras, la raza, la religión, el género y otras características. Actúan como puentes entre el Norte y el Sur globales. Rechazan la idea de que la fuerza hace el derecho y que millones de personas deban seguir condenadas a una vida de pobreza, analfabetismo y mala salud.

²⁷³ Citado en Brian Urquhart, Hammarskjöld (Nueva York: WW Norton, 1994), pág. 48.

²⁷⁴ David Kennedy, Los lados oscuros de la virtud: una reevaluación del humanitarismo internacional (Princeton: Princeton University Press, 2004), pág. 133.

PARTE III:

**UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL
DE SALUD IDEAL**

PARTE III

Una organización internacional de salud ideal

El primer trimestre de este informe proporcionó información fundamental sobre ética sanitaria, política sanitaria mundial, financiación sanitaria mundial, principios de salud pública mundial y temas políticos clave en la gobernanza sanitaria mundial. A partir de esta información, la segunda parte describió la historia de la OMS (antes y después de 1990) y exploró temas fundamentales de su desarrollo, como el aumento de la securitización biomédica de la salud y su relación política y financiera con entidades no estatales.

La segunda parte del Informe Técnico tiene dos objetivos. En primer lugar, la Parte III describe las funciones que debería desempeñar una Organización Internacional de la Salud (OHS) ideal, detallando una serie de estándares éticos y de salud pública global para evaluar a la OMS. En segundo lugar, en la Parte IV, se evaluará a la OMS conforme a los estándares descritos en la Parte III. El objetivo de este análisis es identificar las discrepancias entre los estándares de la OHS y la práctica de la OMS, a fin de determinar las áreas clave que deben abordarse en cualquier estrategia de reforma o sustitución.

Sin embargo, antes de hacerlo, conviene repasar el marco analítico en el que se basa este informe.

III.1. MARCO ANALÍTICO Y ORGANIZACIÓN DEL ANÁLISIS

Dado su papel como actor central en la salud global, la OMS ha atraído históricamente un escrutinio considerable y numerosos llamados a la reforma. Como se mencionó brevemente en la Parte I, una revisión sistemática de la literatura académica sobre la OMS realizada en 2022 identificó una amplia gama de reflexiones críticas y recomendaciones de reforma.³⁶⁴ La revisión analizó 139 artículos publicados entre 2008 y 2018 para identificar, categorizar y articular los principales problemas de desempeño de la OMS. Es importante

destacar que el período de tiempo de la revisión de Fabian y Bump de 2022 excluye los debates sobre la reforma de la OMS derivados de la respuesta posterior al SARS-CoV-2, que, según una revisión rápida realizada por el IHRP, duplicaron como mínimo el número de artículos analizados en la revisión de 2022.

A pesar de esta limitación, la revisión de 2022 revela varias ideas clave y desafíos de investigación relacionados con los debates académicos sobre la reforma de la OMS.

En primer lugar, no existían métodos estandarizados para evaluar una OHI como la OMS. Por lo tanto, una conclusión clave de la revisión fue la necesidad de una agenda de investigación más rigurosa e inclusiva sobre cómo evaluar el desempeño de la OMS y las recomendaciones de reforma resultantes. Este problema persiste en la literatura sobre la reforma de la OMS posterior a 2018, lo que sugiere que, a pesar del creciente debate sobre dicha reforma, estas deficiencias metodológicas persisten, lo que limita el potencial de los conocimientos académicos para influir en los debates sobre la reforma de la OMS.

En segundo lugar, la mayoría de los artículos (88%) eran comentarios breves sin métodos especificados, mientras que el 76% de los artículos provenían de solo tres países de altos ingresos (EE. UU., Reino Unido y Suiza). Un problema identificado fue la falta general de análisis a nivel local de aquellos más afectados por la carga de enfermedades y las políticas de salud global asociadas. Esto plantea interrogantes sobre el papel de los sesgos de confirmación, selección y financiación en la investigación, al tiempo que se refuerza el papel desproporcionado que desempeñan las instituciones de los países de altos ingresos en los debates sobre la salud mundial.

En tercer lugar, un tema predominante en la literatura se centró en los brotes (25%), lo que corrobora la afirmación de que existe un enfoque excesivamente centrado en la seguridad en la salud global (véanse las secciones 3.2 y 3.7).

En cuarto lugar, existe una correlación directa entre los brotes y los artículos de reforma de la OMS (Figura III.1),

³⁶⁴ Fabian Moser, Jesse B. Bump, Evaluación de la Organización Mundial de la Salud: ¿Qué revela el debate académico y es democrático?, *Social Science & Medicine*, Volumen 314, 2022, 115456, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>;

Se realizó una revisión similar en 2014. Cassels, A., Kickbusch, I., Told, M., Ghinga, I., 2014a. ¿Cómo debería ser la ¿Reforma de la OMS?: un análisis y revisión de la literatura. Documento de trabajo n.º 11 del Programa de Salud Global. Posgrado

Instituto, Ginebra. Disponible en: <https://repository.graduateinstitute.ch/record/292197?ln=en>

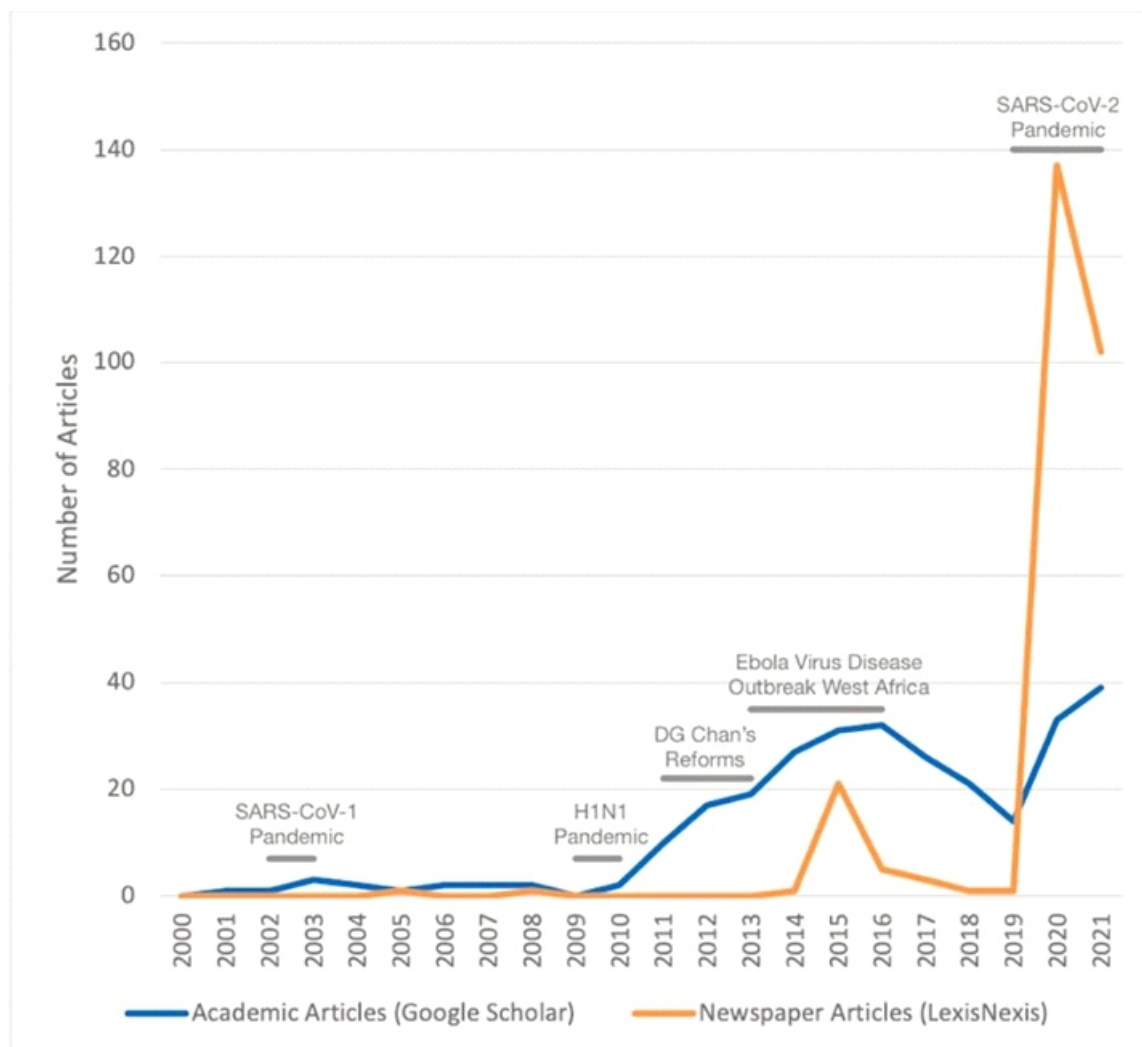


Figura III.1 – Frecuencia de artículos de noticias y académicos que mencionan la reforma de la Organización Mundial de la Salud entre 2000 y 2021.

Fuente: Fabian Moser, Jesse B. Bump, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>

observándose el mayor número de publicaciones durante e inmediatamente después del brote de ébola de 2014 (excluyendo el Covid-19).

Esto demuestra una vez más que la seguridad sanitaria y los brotes de enfermedades infecciosas desempeñan un papel desproporcionado en la literatura académica sobre la reforma de la OMS y la evaluación de su desempeño, un hallazgo que se confirma nuevamente en una revisión de las publicaciones sobre la reforma de la OMS posteriores a la Covid-19.²⁷⁶

En muchos sentidos, este énfasis en los brotes tiene sentido, ya que los brotes atraen considerable atención pública, mediática y política, implican una emergencia aguda y ponen a prueba el desempeño de las estructuras de respuesta institucionales existentes. Sin embargo, también demuestra el estatus inapropiadamente elevado de los brotes de enfermedades infecciosas de baja carga dentro de la salud mundial. Un brote aislado regionalmente como Mpox (la República Democrática del Congo tuvo aproximadamente 60.000 muertes el año pasado por malaria vs. (menos de 300 muertes totales por Mpox),^{277, 278} puede absorber un ancho de banda

²⁷⁶ Mohamed Nour, M., Kisa, S. y Kisa, A. Examinando las críticas a la respuesta de la OMS ante la COVID-19: una revisión exploratoria. *Humanit Soc Sci Commun.* 12, 1198 (2025). <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05555-8>

²⁷⁷ OMS. *Informe Mundial sobre el Paludismo 2025*. <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/worldmalaria-report-2025>

²⁷⁸ OMS. Tendencias mundiales de Mpox. Consultado el 22 de marzo de 2026: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpox_global/#overview

considerable de investigación académica, dejando de lado los desafíos de reforma de la OMS asociados con enfermedades endémicas o no transmisibles de mucha mayor carga.

Como se describe en la Parte I, este informe adapta el marco analítico utilizado por Moser y Bump, que categoriza cinco áreas objetivo principales para la reforma de la OMS, identificadas a partir de la literatura académica sobre la OMS. Estas categorías organizativas y subpreguntas sobre eficacia incluyen: Objetivos y estrategia; Identidad; Legitimidad y gobernanza; Estructura y desempeño; y Autoridad y relaciones. Nuevamente, como se describe en la Parte I, este informe introduce cuatro modificaciones al marco y a su uso en la organización del mismo:

- 1) La categoría de Identidad se ha situado en la parte superior del marco debido a su importancia en la forma en que una OHI prioriza su programa de trabajo. Esto permite al informe identificar discrepancias entre la teoría (valores normativos) y la práctica (su aplicación), lo que proporciona información valiosa sobre la necesidad de un cambio normativo institucional o la necesidad de realinear la OMS con estos fundamentos normativos.
- 2) Este informe incluye subcategorías que no eran frecuentes o estaban infravaloradas en la literatura académica en el momento de la revisión de Moser y Bump, en particular los debates predominantes sobre la reforma de la OMS posterior a la COVID-19 y los nuevos asuntos derivados de los recortes en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).
- 3) Este informe añade una subcategoría específica de financiación de la OMS dentro de la categoría de Estructura y Desempeño, debido al importante papel que desempeña en la organización, el desempeño y la sostenibilidad última de la OMS.
- 4) Este informe hace mayor hincapié en las relaciones externas. Esto se debe a que la OMS opera en un entorno de políticas de salud global cada vez más cooperativo y competitivo, con resultados únicos.

Con base en este marco, el informe ahora describirá cómo debería ser una OHI ideal en respuesta a los fundamentos éticos y de salud pública clave presentados en las Partes I y II. De esta manera, se establece una base para identificar deficiencias y evaluar el funcionamiento de la OMS. Además, al identificar estas deficiencias, es posible brindar recomendaciones específicas para mejorar la OMS como OHI y determinar la viabilidad de su reforma conforme a los estándares establecidos en las Partes I, II y III de este informe.

III.2. IDENTIDAD

III.2.1. Elementos de la OHI sobre la salud pública

Como se explicó en la Parte II, las políticas de salud pública deben abordar poblaciones heterogéneas con necesidades y preferencias diversas. Por lo tanto, es fundamental que no consistan en medidas uniformes, sino que se adapten a las necesidades y preferencias específicas de cada persona. Esto no significa que no deba haber normas o estándares en salud pública; al contrario, pueden ser útiles como objetivos o directrices de proceso y para garantizar servicios de calidad. Sin embargo, estas normas no deben ser de aplicación universal ni aplicarse sin adaptarse a los contextos locales. De hecho, los sistemas de salud en todo el mundo son muy diferentes y varían incluso entre países con contextos socioeconómicos, políticos y demográficos relativamente similares (como los países miembros de la OCDE), ya que presentan características muy distintas (por ejemplo, ratios de personal sanitario, organización de la prestación de servicios, indicadores de financiación sanitaria, etc.)²⁷⁹. En particular, el gasto total en salud difiere enormemente entre los países de bajos y altos ingresos (36 y 5702 dólares estadounidenses per cápita, respectivamente, en promedio, en 2019).²⁸⁰ Por lo tanto, sería insostenible desarrollar las mismas normas —por ejemplo, en lo que respecta a la proporción recomendada de personal sanitario por habitante, la atención prenatal, etc.— para contextos tan diferentes.

²⁷⁹ OCDE (2023) Panorama de la salud 2023: Indicadores de la OCDE. París: Publicaciones de la OCDE. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

²⁸⁰ Red de Colaboradores de Financiamiento de la Salud de la Carga Mundial de Enfermedad 2020 (2021) Seguimiento de la asistencia para el desarrollo en materia de salud y para la COVID-19: una revisión de la asistencia para el desarrollo, el gobierno, el gasto de bolsillo y otros gastos privados en salud para 204 países y territorios, 1990–2050 - The Lancet 398(10308): 1317-1343.

III.2.2. Normas sanitarias internacionales y el sistema estatal

El orden internacional se basa en un sistema de Estados soberanos como medio para organizar el mundo y que estos cumplan con su responsabilidad para con sus pueblos: proteger sus vidas y medios de subsistencia, y promover su bienestar y libertades. Sin embargo, la capacidad de los Estados para ejercer la soberanía nacional se ha visto cada vez más limitada en las décadas posteriores a 1945. La erosión constante del principio de soberanía se fundamenta, en parte, en la realidad de que todos los Estados comparten vulnerabilidades. El mundo es interdependiente en ámbitos tan diversos como los mercados financieros, las enfermedades infecciosas, el cambio climático, el terrorismo, la paz y la seguridad nuclear, la seguridad de los productos, el suministro de alimentos, la disponibilidad de agua, las poblaciones de peces, los recursos ecosistémicos, etc. Además de su potencial para provocar conflictos militares interestatales, todos estos factores generan inseguridad humana debido a la amenaza que representan para la vida y el bienestar de las personas. En reconocimiento de esta realidad empírica, el sistema internacional se sustenta en una red de tratados, regímenes, organizaciones intergubernamentales y prácticas compartidas que encarnan expectativas comunes, reciprocidad y equivalencia de beneficios.

El multilateralismo se refiere a la acción colectiva y cooperativa de los Estados —en ocasiones en colaboración con actores no estatales— para abordar problemas y desafíos comunes cuando estos se gestionan mejor mediante la cooperación internacional. Áreas como el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, el desarrollo económico y el comercio internacional, los derechos humanos, la cooperación funcional y técnica, la armonización de los requisitos normativos y los mercados, y la protección del medio ambiente y el uso sostenible de los recursos requieren una acción conjunta para promover la colaboración, reducir costos y aportar orden y regularidad a las relaciones internacionales.

Además, el multilateralismo opera ahora en un mundo muy cambiado desde la creación de las Naciones Unidas. Hay cuatro veces más actores estatales, un aumento significativo en el número de actores no estatales y una enorme diversidad en los tipos de actores estatales y no estatales en comparación con 1945. Se ha producido una proliferación paralela en el número, la naturaleza y los tipos de amenazas a la seguridad nacional y la paz mundial. En consecuencia, el creciente número y la

diversidad de actores en los asuntos mundiales deben lidiar con un número, una variedad y una complejidad cada vez mayores de problemas en un mundo interconectado, profundamente entrelazado, pero también más fragmentado. El sentido de comunidad que alguna vez unió a los Estados Miembros de las Naciones Unidas se ha debilitado a lo largo de las décadas.

En consecuencia, una OHI debería ser un organismo especializado, idealmente estrechamente vinculado al sistema de las Naciones Unidas, para evitar duplicaciones y redundancias, con capacidad para abordar las preocupaciones colectivas de salud en nombre de sus Estados Miembros. Así pues, la función de una OHI sería abogar por las preocupaciones colectivas en materia de salud pública mundial, supervisar los riesgos para la salud pública, prepararse para emergencias mediante la identificación, mitigación y gestión de riesgos, y coordinar las respuestas a las emergencias sanitarias. Una OHI establecería normas y directrices internacionales de salud y proporcionaría asistencia técnica a los países. El principio organizativo es que una OHI representa a los países, reconociendo a sus ciudadanos como titulares de derechos con capacidad de decisión sobre su propio bienestar.

Como se argumenta en el Informe de Políticas adjunto, un elemento clave para fortalecer la capacidad de un Estado de cumplir con su responsabilidad hacia su pueblo es el principio organizativo de subsidiariedad, donde las decisiones en materia de salud reflejan los deseos e intenciones de quienes se encuentran más cerca del lugar donde tendrán su efecto. La subsidiariedad es un concepto que se refiere al nivel de gobernanza (local, provincial, nacional, regional, global) y a la distribución de poderes entre los distintos niveles para determinar el momento en que se deben tomar medidas para adoptar e implementar políticas públicas. En el caso de una Organización Internacional de la Salud (OIS), esta otorga a los miembros individuales, y no a la organización en su conjunto, la facultad de tomar decisiones sobre los asuntos que les afectan.

III.2.3. Normas jurídicas internacionales generales

Aquí se parte de la premisa de que una OHI sería una organización intergubernamental independiente, creada mediante un tratado constitutivo, con personalidad jurídica propia, distinta de la de sus Estados miembros, y, por lo tanto, con capacidad para celebrar acuerdos con Estados nación y otras organizaciones internacionales,

incluidas las del sistema de las Naciones Unidas (o como organismo de la ONU). El derecho internacional general, compuesto por el derecho internacional consuetudinario y los principios generales (artículo 38 del Estatuto de la CIJ), regiría lógicamente el funcionamiento de la OHI y sus relaciones con otras partes interesadas. Esta postura no debería generar mucha controversia, ya que los Estados que integran la organización generalmente ya están sujetos a estas normas. Sin embargo, la compleja cuestión de si una organización internacional está o no sujeta a tratados internacionales —tanto de *lex generalis* como de *lex specialis* (normas generales y normas específicas para sus funciones)— que no haya aceptado, debería ser objeto de debate entre los Estados miembros de la OHI para alcanzar un consenso o entendimiento. En el ámbito de la salud internacional, esto se ilustra con las propuestas sobre la aplicabilidad de ciertos derechos económicos y sociales (es decir, los derechos a la salud, al agua, a la alimentación y al desarrollo) reconocidos por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y que afectan al funcionamiento del Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y la Organización Mundial del Comercio.

También es necesario establecer ciertos privilegios e inmunidades para la organización y su personal a fin de garantizar la independencia y el funcionamiento eficaz. Generalmente, estos pueden establecerse mediante el tratado constitutivo que crea la organización, tratados multilaterales generales (por ejemplo, la Convención General de 1946 sobre los Privilegios e Inmunidades de las Naciones Unidas y la Convención de 1947 sobre los Privilegios e Inmunidades de los Organismos Especializados), el derecho internacional consuetudinario y el derecho nacional (por ejemplo, la Ley de Organizaciones Internacionales del Reino Unido de 1968). En la práctica, se confiere un conjunto de privilegios e inmunidades a la propia organización.

En las secciones IV.3.1 se incluyen las inmunidades del personal y/o de los empleados contratados a corto plazo, así como las de los representantes de los Estados Miembros. Estas inmunidades comprenden la inmunidad frente a la jurisdicción judicial de los Estados (que generalmente no es absoluta, según la naturaleza de los actos), la inmunidad procesal, la inviolabilidad de las instalaciones y los archivos, y los privilegios fiscales. A modo de ejemplo, las inmunidades del personal de la OMS se analizan en las secciones IV.3.1 y IV.6.3.

III.2.4. Ética de la salud pública

La ética de la salud pública se analiza en detalle en la Parte II. Fundamentalmente, las normas posteriores a la Segunda Guerra Mundial se basan en la premisa de que todos los individuos poseen soberanía sobre sí mismos y, por consiguiente, autonomía corporal, y que son iguales y no tienen un valor cuantificable (es decir, limitado). De esta premisa se derivan cuatro principios éticos médicos fundamentales: los principios hipocráticos de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y, por consiguiente, el consentimiento informado voluntario (Sección II.1.2).

Al trasladar estos temas al ámbito de la salud pública, como se analizó en la Parte II, la primacía del individuo y sus derechos fundamentales deben mantenerse, pero las consideraciones sobre esos derechos en relación con las acciones o los efectos de otros adquieren importancia. Los derechos o la soberanía de las comunidades o países, como expresión de los derechos de sus miembros, entran entonces en el proceso de toma de decisiones. Dichas comunidades o países también tienen la obligación de garantizar el potencial de los individuos para ejercer sus derechos mediante el mantenimiento de la salud y el bienestar, expresado dentro del concepto de «derecho a la salud» (véanse las Secciones II.1.1, III.2.5 y IV.2.1).

Por lo tanto, una OHI debe operar dentro de este marco para tener legitimidad como organización que apoya la salud desde la perspectiva de la soberanía individual y la igualdad. Estos principios se expresan en este informe como los trece principios de una OHI, tal como se describe en la Parte II.1.2. Una OHI tiene la obligación de apoyar a las naciones y comunidades que la conforman para promover el derecho a la salud, pero no puede imponerles nada, ya que esto infringiría el derecho a la autodeterminación de las personas a las que representa. En consecuencia, se rige por el principio de soberanía estatal, al tiempo que presta apoyo a los Estados cuando se le solicita.

Esto define una importante jerarquía de poder en la priorización y la toma de decisiones, basada en el individuo, cuyo poder se expresa a través de los mecanismos de gobernanza que lo representan (Estados Miembros) y permiten la expresión de su soberanía dentro de una población más amplia, con la OHI subordinada a estos gobiernos como mecanismo de apoyo gestionado por y para ellos. Esto implica una estructura que enfatiza la subsidiariedad dentro de la OHI, para garantizar una clara representación y control por

parte de los gobiernos nacionales. Por lo tanto, quienes trabajan dentro de una OHI deben ser representativos y rendir cuentas ante las estructuras a través de las cuales se expresa la soberanía individual. Si bien no existe un mecanismo ideal para esto, ya que las estructuras nacionales y comunitarias varían ampliamente en sus representantes, la alternativa práctica es subvertir dicha soberanía e imponer estructuras determinadas por autoridades centrales/globales, lo cual es claramente incompatible con los derechos fundamentales o negativos en los que se basa el derecho moderno de los derechos humanos (Sección II.1.1).

El énfasis en la soberanía y la subsidiariedad plantea una cuestión importante que requiere aclaración. La literatura sobre la reforma de la OMS suele identificar la «soberanía arraigada» de los Estados Miembros como el principal factor que provoca el estancamiento en la formulación de políticas de salud a nivel mundial. En consecuencia, las críticas a la OMS tienden a argumentar que necesita una autoridad más centralizada con poder para garantizar el cumplimiento.

Este informe argumenta lo contrario. Es decir, si los Estados son los principales beneficiarios y partes interesadas a quienes una OHI está diseñada para servir, entonces el énfasis debe estar en los procesos políticos legítimos y no en maximizar la eficiencia centralizada. Además, la subsidiariedad crea espacios de interacción política más pequeños y efectivos, al tiempo que aumenta el potencial de una mayor legitimidad institucional, políticas contextualizadas y apropiación nacional, lo que genera mayores niveles de autodeterminación y cumplimiento. En otras palabras, el objetivo de una OHI no es agilizar los procesos de acuerdo con las normas diseñadas en la Secretaría, sino asegurar que las normas reflejen la voluntad de sus constituyentes, que los procesos y sus resultados se consideren legítimos y pertinentes, y que las normas creadas capturen una forma de autolegislación en conjunto con otros en el marco de un proceso legislativo. Si bien esto conlleva una elaboración de políticas más lenta, aumentará la legitimidad y el cumplimiento debido a su adhesión a sus propios valores, lo que a largo plazo dará lugar a una OHI más eficaz y con mayor reputación.

III.2.5. Derecho a la salud

Como se analizó en la Parte II, muchos países reconocen el

derecho a la salud en sus constituciones y legislación, y tienen la obligación de implementarlo progresivamente, al ser partes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). La OIS y su personal deben tener el deber de operar de conformidad con los principios y normas internacionales de derechos humanos y humanitarios generalmente aceptados. Esto puede incluir, por lo tanto, el derecho a la salud, pero, como se explicó en la Parte II, este debe considerarse una responsabilidad estatal y subsidiaria de los derechos negativos fundamentales (inviolables) en los que deben basarse todas las actividades de la OIS. En general, la OIS no debe dictar a sus miembros cómo interpretar e implementar el derecho a la salud. Esto implica el compromiso del personal de ser políticamente neutral y estar libre de sesgos y conflictos de intereses. Por consiguiente, es importante que estos principios rectores estén consagrados en la constitución de la OIS.

III.2.6. Cultura interna e identidad de la OHI

Las investigaciones demuestran que las organizaciones con culturas laborales positivas obtienen mayores rendimientos anuales promedio, ya sea que se midan en términos de producción, ganancias o efectividad de los programas.²⁸¹ Por lo tanto, una IHO ideal debería esforzarse por mantener una cultura laboral e interna positiva para sostener un alto nivel de eficiencia, efectividad y bienestar de los empleados. En su forma ideal, una cultura interna positiva de una IHO mantendría las siguientes condiciones básicas:

- **Confianza y seguridad psicológica** . Un entorno interno donde las personas no temen debatir ideas y compartir opiniones sin temor a represalias, silenciamiento o represión, especialmente cuando estas opiniones difieren de las de sus superiores o de las ideas predominantes. Esto incluye mantener la transparencia en la toma de decisiones y permitir el reconocimiento de errores o lecciones aprendidas sin castigos, represalias ni silenciamiento indebidos.
- **Desarrollo profesional** . Procedimientos y oportunidades de ascenso profesional claros y transparentes, basados principalmente en el mérito y el desempeño, en lugar de cuotas, maniobras políticas o amiguismo. El desarrollo profesional incluye oportunidades de capacitación y perfeccionamiento, criterios de ascenso claros y la promoción del equilibrio

²⁸¹ Laker, Benjamin . “La cultura es la ventaja más poderosa de una empresa. He aquí por qué .” *Forbes* , 23 de abril de 2021. <https://www.forbes.com/sites/benjaminlaker/2021/04/23/culture-is-a-companys-single-most-powerful-advantage-heres-why/>

entre la vida laboral y personal.

- **Para contrarrestar la inercia**, una cultura interna ideal se esforzaría por reducir el estancamiento de roles, la rigidez en los puestos de trabajo y la creación de feudos jurisdiccionales. Esto implica mantener la colaboración, la comunicación y la retroalimentación entre departamentos y áreas temáticas para impulsar la innovación, la resolución de problemas y la adaptación, al tiempo que se controlan las estructuras jerárquicas excesivamente dogmáticas.
- **Inclusión y sentido de pertenencia**. Respeto por las personas y su capacidad para formar parte de un todo operativo. Deben eliminarse las prácticas discriminatorias o que marginan a las personas. La inclusión de las personas como tomadoras de decisiones, y no solo como ejecutoras, es particularmente eficaz para fomentar el sentido de pertenencia, la motivación y la satisfacción de los empleados.
- **Abordar la mala conducta profesional**. Una cultura interna ideal contaría con procedimientos claros, justos y eficaces para gestionar las denuncias de mala conducta profesional, que protejan por igual a todas las partes mientras se lleva a cabo una investigación rápida y exhaustiva. Las investigaciones de mala conducta deben estar libres de conflictos de intereses y realizarse de forma independiente, especialmente cuando se investiga a altos directivos. Los procedimientos deben aplicarse por igual y estar sujetos a los más altos estándares de debido proceso.
- **Capacidades adecuadas**. Una cultura interna ideal contaría con el personal suficiente para cumplir con las funciones de la organización, incluyendo los niveles adecuados de conocimientos, experiencia y aptitudes. La asignación de roles debe basarse en la capacidad y la idoneidad.
- **Estabilidad**. La estabilidad y la seguridad laboral suelen considerarse beneficiosas, pero están sujetas a limitaciones en una OHI, donde se valoran los empleos orientados a tareas y los plazos de permanencia (véase la Parte IV.6, Fuerza Laboral). Además, es necesario evitar el agotamiento permanente de la fuerza laboral nacional mediante salarios y beneficios más elevados. Esto puede abordarse de otras maneras, como el

apoyo a la inserción laboral posterior y el reconocimiento de los logros y el buen desempeño.

- **Entorno laboral**. Una cultura interna ideal mantiene un nivel mínimo de burocracia, necesario para cumplir con la misión de la organización y optimizar el rendimiento. La cultura de gestión no debe considerarse ajena a las operaciones diarias. Los canales de comunicación multidireccionales y los mecanismos de rendición de cuentas son cruciales para mantener la confianza y una visión compartida. Deben evitarse las estructuras excesivamente jerárquicas o politizadas para fomentar la cooperación multidireccional, la retroalimentación, la subsidiariedad, la transparencia y la rendición de cuentas organizacionales.

Una característica importante de una Organización Internacional de Salud (OIS) es el mantenimiento de una cultura laboral positiva. Esto no solo crea un mejor ambiente de trabajo para sus empleados, sino que también contribuye a un mayor rendimiento en términos de resultados, eficacia del programa y beneficios para la salud. Como se analizará en la Parte IV, el mantenimiento de una cultura laboral positiva también mejorará la legitimidad percibida de una OIS.

III.3. LEGITIMIDAD Y GOBERNANZA

III.3.1. Participación

Tras reconocerse la falta de un estilo de formulación de políticas inclusivo y transparente durante la pandemia de Covid-19 en muchos países,²⁸² un equipo de la OMS elaboró un manual sobre voz, capacidad de acción, empoderamiento y participación social para la cobertura sanitaria universal. El manual considera que:

“Un aspecto crucial pero desafiante del fortalecimiento de la gobernanza es incorporar sistemáticamente la voz de la ciudadanía en la formulación de políticas y la toma de decisiones. [...] Para que las opiniones de la ciudadanía se expresen y se escuchen, se requiere un entorno donde las personas se sientan capacitadas para expresarse; al hacerlo, se les otorga autonomía sobre su propia salud y sus vidas, un paso fundamental para el cumplimiento

²⁸² Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. (2020) Gobernanza de la respuesta a la COVID-19: un llamado a una toma de decisiones más inclusiva y transparente. *BMJ Global Health* 5:e002655. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>

La cita anterior resume un elemento crucial para la gobernanza y la legitimidad de una OHI. Dado que la política internacional es multilateral y que los Estados son los principales interesados y beneficiarios de una OHI, esta debe diseñarse para servir a los intereses de sus Estados miembros como organización multilateral, mediante la creación de procesos políticos legítimos que permitan la igualdad de acceso, oportunidades de deliberación y políticas públicas colectivas. En consonancia con el principio de subsidiariedad, el objetivo es crear un espacio internacional más reducido y específico para la interacción política multilateral, que promueva la responsabilidad de los Estados de mejorar la salud de sus poblaciones.

III.3.2. Propiedad nacional

Una OHI ideal no debería tener, bajo ningún concepto, facultades para tomar decisiones en los países ni ejercer una influencia indebida sobre ellos. Su función debería limitarse al asesoramiento político y al apoyo técnico. Como se explica en la Sección II.1.3, es imposible que las políticas de salud pública sean perfectas para todas las personas y que reflejen todos los criterios de desempeño. Por lo tanto, incluso si se basan en la evidencia, es necesario hacer concesiones y tomar decisiones con base en criterios claros y negociaciones transparentes entre iguales, garantizando la participación de todos los sectores de la población (incluidos los grupos vulnerables y marginados). Los países deben establecer sus propios criterios de decisión en función de sus valores y prioridades, incluso si esto contradice en cierta medida las normas internacionales o los intereses políticos de actores poderosos.

III.3.3. Rendición de cuentas

La rendición de cuentas se refiere al grado en que una organización responde ante las partes interesadas externas pertinentes por sus acciones e impacto. Esto puede incluir el éxito general, pero en el caso de una Organización Internacional de la Salud (OIS), el éxito no siempre es fácilmente medible, al menos en términos de índices generales de salud. La mejora de la nutrición, por ejemplo, puede deberse a muchas razones, como la

suplementación específica con micronutrientes, pero también a la salud económica y la producción agrícola, etc., y puede tener un impacto en una amplia gama de categorías de bienestar y estados de enfermedad que, a su vez, también están sujetos a cambios por otras influencias. El suministro de micronutrientes puede ser medible, pero cualquier otra métrica de impacto se basa en suposiciones, no en hechos.

Sin embargo, es posible evaluar hasta qué punto las recomendaciones de una organización de salud pública se ajustan a los datos y resultados de ensayos clínicos conocidos, así como a la variabilidad observada en las poblaciones objetivo. Al menos, se puede evaluar la calidad de las recomendaciones y medir los indicadores de salud cuando se establece una correlación directa entre la intervención y su impacto (por ejemplo, el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y la incidencia de la malaria). Dado que una organización de salud pública recibe financiación pública y sus acciones tienen un impacto directo en la vida y la muerte, la rendición de cuentas es fundamental.

Existen diversos modelos para incorporar la rendición de cuentas en las organizaciones internacionales (OI) a nivel de gobernanza. La OMS cuenta con la Asamblea Mundial de la Salud (AMS, un consejo de todos los países) y un Consejo Ejecutivo (Sección IV.3.1). El Banco de Pagos Internacionales, si bien tiene un impacto en muchos países, cuenta con un consejo de seis países fundadores, mientras que la Organización Internacional de Cooperación Económica (OCP) La Organización Internacional del Trabajo (OIT) tiene un órgano rector compuesto por los Estados miembros, los empleadores y Representantes laborales. La OCDE es autónoma, pero su función se limita a formular recomendaciones (por lo que podría considerarse que tiene menores requisitos de rendición de cuentas). Aquí se puede encontrar un análisis de los modelos de rendición de cuentas.²⁸⁴ Sin embargo, la eficacia de los órganos rectores depende de su conocimiento del funcionamiento interno de la organización (grado de transparencia) y de la objetividad de sus representantes.

Las organizaciones internacionales también pueden incluir paneles o mecanismos de auditoría interna semiautónomos para responder a las inquietudes

²⁸³ Organización Mundial de la Salud (2021) Voz, capacidad de acción, empoderamiento: manual sobre participación social para la cobertura sanitaria universal. Rajan D, Rohrer-Herold K, Koch K, Soucat A (Eds). Ginebra: OMS.

²⁸⁴ Burall, Simon y Melanie Neligan (2005). Rendición de cuentas en las organizaciones internacionales. Londres: Global Innovación en políticas y programas. https://gppl.net/assets/Burall_Neligan_2005_Accountability.pdf

internas y externas en materia de rendición de cuentas, como la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial.²⁸⁵ Sin embargo, los paneles internos pueden estar sujetos a presiones similares a las del personal general, priorizando la protección de la reputación de la organización sobre la transparencia y la rendición de cuentas. En consecuencia, su papel puede ser importante, pero limitado. También existen organismos externos independientes que auditan y clasifican la rendición de cuentas y la transparencia, como Transparencia Internacional y AIDData.²⁸⁶ No obstante, la independencia de las organizaciones que realizan la auditoría, especialmente cuando son contratadas por la organización auditada, requiere un análisis minucioso. Esto se debe a que cabe preguntarse quién es el propietario o auditor del auditor y qué mandato persigue, lo que afecta a su legitimidad para emitir juicios objetivos. La clasificación de AIDData resulta interesante, ya que las organizaciones internacionales financiadas con fondos privados obtienen una mejor puntuación en transparencia que muchos organismos de la ONU, pero esto puede reflejar su propósito, como aumentar el acceso a productos sanitarios, en contraposición al fortalecimiento de capacidades más amplio (y difícil de medir) para la atención sanitaria y el desarrollo.

Como se ha dicho, la rendición de cuentas es esencial para generar confianza y legitimidad. Un peligro inherente a cualquier organización que no rinda cuentas directamente a una población específica es que puede surgir una desconexión entre las recomendaciones formuladas y el conocimiento y el impacto de sus resultados. Este riesgo aumenta a medida que la organización se centraliza, y es de especial relevancia para una OHI multilateral con sede en un país geográficamente, económica y culturalmente alejado de las poblaciones afectadas. El daño puede derivarse de un asesoramiento bien fundamentado que falla en ciertos contextos imprevistos, de un asesoramiento involuntariamente deficiente que puede resultar de errores honestos o negligencia (por ejemplo, basado en datos incorrectos o análisis inadecuados), o de mala conducta (por ejemplo, como resultado de un conflicto de intereses o una intención geopolítica maliciosa).

Exigir que el personal rinda cuentas por los resultados de las decisiones y recomendaciones de una OIS debería aumentar la diligencia con la que se formulan y difunden dichas recomendaciones. Sin embargo, la naturaleza del trabajo de una OIS, que a menudo requiere decisiones basadas en datos incompletos e hipótesis en lugar de conocimientos certeros, hace inevitable el riesgo de daños involuntarios. La naturaleza misma de las recomendaciones sanitarias aumenta esta incertidumbre, ya que se espera que cualquier intervención a nivel poblacional afecte a cada individuo de manera diferente debido a variables biológicas, ambientales y de otro tipo inherentes. Responsabilizar directamente al personal, o a la propia OIS, de todos los resultados de sus recomendaciones podría obstaculizar la toma de decisiones y provocar parálisis institucional en áreas donde se necesita una respuesta dinámica. Esto se agravaría si la responsabilidad se extendiera a los miembros de los comités y paneles de expertos convocados para asistir a la OIS. Este razonamiento constituye la base de las cláusulas de inmunidad del Capítulo XV, Artículos 65-68 de la Constitución de la OMS y del Anexo 7 de la Convención de las Naciones Unidas sobre Privilegios e Inmunidades,²⁸⁷ que se analizan con más detalle en la Sección IV.3.1.

Entonces, ¿cómo se debe garantizar la rendición de cuentas y cómo se debe proteger a quienes reciben el asesoramiento de la OHI?

En primer lugar, la mayoría aceptaría la necesidad de imponer sanciones al personal u otras personas que, deliberadamente, proporcionen asesoramiento deficiente en materia de salud para obtener un beneficio personal. Esto debería extenderse, en cierta medida, al asesoramiento deficiente derivado de negligencia, cuando dicha negligencia haya vulnerado un acuerdo o contrato para brindar asesoramiento que reflejara experiencia y buena fe. Se esperaría que tales sanciones garantizaran un mayor esfuerzo por parte del personal y una honestidad básica en su trabajo, y podrían incluir, sin duda, al menos la rescisión del contrato laboral. Una OIS multilateral se enfrenta a dificultades para imponer sanciones más severas, ya que no está (ni puede estar) sujeta a la jurisdicción de un Estado individual.

²⁸⁵ El Fondo Mundial. Informes de la Oficina del Inspector General. <https://www.theglobalfund.org/en/oig/reports/> Transparencia Internacional. <https://www.transparency.org/en> ;

²⁸⁶ AidData. "¿Qué tan eficaces y responsables son las organizaciones internacionales de desarrollo?" <https://www.aiddata.org/blog/how-effective-and-accountable-are-international-development-organizations>

²⁸⁷ Organización Mundial de la Salud. Constitución. <https://www.who.int/about/governance/constitution> ; Mundial de la Salud (2020). Documentos básicos. 49.ª ed. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/b/53115>

Los mecanismos de jurisdicción internacional, como la CPI, no son aceptados por todos los Estados.

En segundo lugar, se pueden incorporar mecanismos en la constitución y los procedimientos operativos de la OHI para minimizar los daños potenciales. A nivel de la OHI:

- La presión para que se produzcan conflictos de intereses institucionales puede mitigarse garantizando que las contribuciones obligatorias y las contribuciones no especificadas sirvan de base para el apoyo a las operaciones, y evitando o controlando estrictamente las contribuciones del sector privado.
- El personal y los miembros del panel pueden ser seleccionados en función de criterios estrictos, que incluyen la transparencia en cuanto a posibles conflictos de intereses y la priorización de la experiencia y los conocimientos adecuados.
- Se pueden presentar debates y pruebas, lo que garantiza una “transparencia radical” (véanse las secciones III.5.2 y IV.5.1). En teoría, la transparencia total es ideal, pero esto impone ciertas limitaciones a la franqueza o la exhaustividad del debate y, por lo tanto, puede limitar la calidad del resultado.
- Los debates y las comisiones deben estar abiertos a la participación externa. Sin embargo, esto puede limitar la profundidad del debate, hacer que los órganos decisorios sean demasiado grandes para ser eficaces y permitir que entidades externas con intereses contrapuestos o parciales influyan en la toma de decisiones. Incluso los grupos de la «sociedad civil» suelen recibir financiación de fuentes que pueden tener intereses creados y no representan en absoluto a los grupos típicos o a los que se dirigen en la comunidad.
- Es fundamental que las recomendaciones se filtren a través de mecanismos regionales y nacionales (o incluso más allá) para garantizar que se implementen solo cuando y de una manera que tenga probabilidades de producir los resultados previstos.

Este último principio de subsidiariedad es fundamental para abordar la heterogeneidad de riesgos, epidemiología y contextos culturales y económicos que influyen en cualquier intervención de salud pública.

III.4. AUTORIDAD Y RELACIONES EXTERNAS

III.4.1. Relación con las Naciones Unidas

El sistema de las Naciones Unidas abarca multitud de instituciones y organismos en todos los sectores. A nivel regional y en ámbitos específicos (como finanzas, comercio y agricultura), se han creado numerosas organizaciones al margen del sistema de la ONU. Todas ellas mantienen algún tipo de relación con la ONU, generalmente de forma formal mediante acuerdos, representaciones y oficinas de enlace.

El artículo 55.b de la Carta de las Naciones Unidas establece que la ONU promoverá “soluciones de problemas internacionales económicos, sociales, de salud y conexos; y la cooperación internacional cultural y educativa”, y el artículo 56 describe el compromiso de un Estado miembro “de adoptar medidas conjuntas y separadas, acción en cooperación con la ONU” para lograr los objetivos enumerados en la disposición anterior.²⁸⁸ Por lo tanto, en caso de que surja una nueva OIS mediante un acuerdo multilateral fuera del sistema de la ONU para coexistir con la OMS, la cooperación con el sistema de la ONU seguiría siendo fundamental (véanse los costos de las instituciones paralelas más adelante).

Como se mencionó anteriormente en la Sección III.3.1, la creación de una nueva OHI puede considerarse una alternativa a la OMS o bien una opción complementaria para la cooperación internacional en materia de salud. En ambos casos, la colaboración sería beneficiosa para ambas partes, especialmente en lo que respecta a la vigilancia y notificación de enfermedades y brotes.

En cuanto a otros asuntos, la colaboración con el sistema de la ONU también sería inevitable. El sistema de la ONU ha creado un vasto conjunto de tratados y organismos internacionales en todos los sectores. En caso de que se estableciera una nueva OHI en contra de una reforma importante de la OMS, esta tendría que decidir hasta qué punto se afiliaría al sistema de la ONU y acataría los tratados y organismos internacionales existentes, en contraposición a desarrollar un enfoque más independiente.

Sin embargo, es importante señalar que la opción anterior de una OHI que operara fuera del sistema de la ONU o en paralelo a la OMS previsiblemente aumentaría la

²⁸⁸ [Carta de las Naciones Unidas : Capítulo IX . https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-9](https://www.un.org/en/about-us/uncharter/chapter-9)

fragmentación, la duplicación, los costos de transacción, las ineficiencias y los costos de oportunidad. Estos costos podrían no ser insignificantes. Por lo tanto, existen enormes beneficios al contar con una OHI como parte del sistema de la ONU en términos de autoridad, legitimidad y eficiencia y eficacia de las políticas, los cuales deben sopesarse frente a las restricciones relativas a áreas como la cultura y las políticas de personal, que se analizan en otra parte de la Parte IV. Estos beneficios deben sopesarse frente a los recientes argumentos en torno a la retirada de Estados Unidos de la OMS y el establecimiento de organizaciones multilaterales alternativas o acuerdos bilaterales.

Relación con las Iniciativas de Salud Global (ISG)

El ecosistema de políticas de salud global está compuesto por diversas organizaciones multilaterales e iniciativas no estatales en las que una OIS sin duda tendrá que participar y, potencialmente, coordinar, incluyendo alianzas público-privadas. Según el informe de Wellcome Trust «Reimaginando el futuro de las iniciativas de salud global» (FGHI),²⁸⁹ la reforma de la salud global requerirá modificar la forma en que las principales iniciativas de salud global, como el Fondo Mundial y Gavi, participan y promueven la salud a nivel local. En consonancia con las conclusiones de este informe, el informe FGHI sostiene que el ecosistema de las iniciativas de salud global debe complementar y fortalecer mejor las capacidades de los sistemas de salud para lograr impactos en la salud alineados con las prioridades locales. Además, el espíritu del informe FGHI sugiere que el objetivo principal de las iniciativas de salud global es, en última instancia, volverse prescindibles mediante la promoción de la autosuficiencia local y la sostenibilidad de los programas. En consecuencia, el informe FGHI coincide en gran medida con los principios claramente establecidos en la Agenda de Lusaka, que también sirve de base para este Informe Técnico del IHRP y su correspondiente Informe de Políticas.

En este contexto, el papel de una OHI es promover la acción colectiva internacional que refleje las necesidades de los Estados y las comunidades locales, defender a los Estados en sus responsabilidades por la salud de sus poblaciones, proteger y servir los derechos a la salud de las personas y actuar como un paraguas de coordinación general que garantice que las ISG faciliten programas basados en las necesidades locales y que sean de propiedad nacional. Como resultado, una OHI ideal actúa

como la autoridad sanitaria con mandato a través de la voluntad colectiva de sus miembros, manteniendo al mismo tiempo la independencia de la influencia externa. En el caso de las ISG, una OHI ideal estaría libre de influencia indebida de las instituciones de salud globales a través de la dependencia de sus contribuciones de donantes, la dependencia de programas, el conflicto de intereses y el clientelismo político.

III.4.2. Principios constitucionales y legitimización procesal

Las organizaciones multilaterales reciben diversas denominaciones, como grupo, asociación o cooperación. Independientemente del nombre elegido, deben fundamentarse en un acuerdo constitutivo suscrito por más de dos Estados, que establezca, como mínimo, los motivos de su creación, los principios fundamentales de su funcionamiento, sus mandatos y las instituciones internas desarrolladas para cumplirlos.

La constitución de la OMS establece en su Preámbulo una lista de “principios básicos” necesarios para cualquier OIS generalista, como la definición de salud, la importancia fundamental del desarrollo saludable del niño, la responsabilidad de un Estado hacia su población y la “suma importancia” de la opinión informada y la cooperación activa. Sin embargo, como se analiza en la Sección IV.5.2, su inclusión no siempre se ha traducido en que la OMS defienda su valor. La respuesta de la OMS a la COVID-19 y su posterior concentración en su agenda pandémica demuestran que la organización se está alejando de estos principios e ignorando su propia definición de salud. Por lo tanto, cualquier OIS nueva o reformada cuyos Estados patrocinadores deban considerar el establecimiento de nuevos principios de manera que garanticen que estos sirvan de base para la formulación e implementación de políticas. Estos deben abarcar los principios bien conocidos establecidos en medicina y salud pública que se analizan en la Sección II.2 1-4 y que se reflejan en el Derecho a la Soberanía en Salud. Informe de políticas. Las secciones IV.5 y IV.7 analizan la constitución, la estructura y las debilidades de la OMS que pueden haber provocado aparentes fallos en el cumplimiento de su misión original.

La falta de supervisión jurisdiccional dificulta la aplicación de una constitución, y en última instancia, corresponde a

²⁸⁹ El futuro de las iniciativas de salud global (2023). Reimaginar el futuro de las iniciativas de salud global: Estudio. <https://futureofghis.org/research-other-inputs/reimagining-the-future-of-global-health-initiatives-study/>

los Estados Miembros (de la Asamblea Mundial de la Salud, en el caso de la OMS) insistir en el cumplimiento de los principios escritos. Sin embargo, esto hace que la aplicación quede sujeta a las intrigas diplomáticas y geopolíticas de las relaciones internacionales, que varían con el tiempo y las prioridades de ciertas administraciones nacionales poderosas. Por lo tanto, quizás no sea realista suponer la integridad interna continua de una organización internacional, lo que subraya la importancia del control por parte de los Estados Miembros individuales mediante el principio de subsidiariedad para garantizar que los Estados más pequeños no se vean perjudicados por la centralización y la influencia.

III.4.3. Soberanía estatal y Estados miembros de la OHI

La conquista militar de un país por otro mediante el uso de la fuerza determinó el mapa geopolítico del mundo desde la antigüedad hasta el siglo XX. La Primera y la Segunda Guerra Mundial consagraron la noción de autodeterminación nacional, que deslegitimó por completo el cambio de fronteras por medio de la fuerza militar. El orden internacional liberal posterior a 1945 se integró y sustentó en una vasta red de instituciones centradas en las Naciones Unidas. Las naciones recién independizadas de Asia y África, liberadas del yugo del colonialismo europeo, se convirtieron en las más fervientes defensoras de la soberanía nacional y en algunas de las más acérrimas defensoras de las fronteras territoriales existentes, utilizando su influencia numérica en todo el sistema de la ONU para compensar su falta de poder militar, capacidad financiera y peso geopolítico.

Sin embargo, la realidad empírica de la distribución desigual de recursos, riqueza y poder entre las naciones ha propiciado una continua disputa entre países poderosos y débiles por el control y la influencia de actores extranjeros dentro de sus jurisdicciones soberanas. Además de esta continuidad histórica, se ha producido un nuevo fenómeno: el auge de los actores intergubernamentales que, en nombre de la comunidad internacional, ejercen una mayor visibilidad en los asuntos internos de los Estados soberanos. Uno de los ámbitos más recientes en los que esto se ha manifestado es la salud, tema central de este informe.

Soberanía: significado, orígenes y evolución.

La Paz de Westfalia (1648) comprendió dos acuerdos

europeos que cambiaron para siempre el mapa geopolítico de Europa. Se considera, en general, la base del sistema estatal moderno, construido en torno al concepto de soberanía territorial. Internamente, la soberanía se refiere a la competencia exclusiva del Estado para tomar decisiones gubernamentales autorizadas con respecto a todas las personas y recursos dentro de su territorio. Externamente, significa la identidad jurídica del Estado en el derecho internacional, la igualdad de estatus con todos los demás Estados y la pretensión de ser el único agente oficial que actúa en las relaciones internacionales en nombre y representación de quienes se encuentran dentro de sus fronteras.

Sin embargo, así como los acuerdos constitucionales y la distribución de poderes entre las diferentes ramas y niveles de gobierno condicionan el absolutismo de la soberanía interna, los acuerdos constitucionales internacionales, a través de convenios celebrados voluntariamente (como la Carta de las Naciones Unidas, los estatutos de la Corte Internacional de Justicia y la Corte Penal Internacional, la Organización Mundial del Comercio y la red de tratados de la Unión Europea), condicionan la soberanía externa.

La visión tradicional sostiene que la soberanía estatal se basa en el poder. Una concepción alternativa plantea que la soberanía popular debe derivar de la elección activa de los gobernados. Con el tiempo, y paralelamente a una mayor sensibilidad hacia la dignidad y los derechos inherentes de los individuos, la soberanía, como fundamento filosófico del sistema estatal, se redefinió en términos de un contrato social entre ciudadanos y gobernantes. A finales del siglo XIX, la soberanía legal, conferida al parlamento, se distinguió de la soberanía política, que residía en el electorado. En el siglo XX, esta tendencia se acentuó con la noción de soberanía popular. Con el auge de la «democracia liberal», la soberanía estatal fue desafiada por la soberanía popular, concebida primero como el consentimiento de los gobernados y, posteriormente, como su elección activa.

Las relaciones de poder internas experimentaron una inversión de autoridad. Los súbditos dejaron de rendir cuentas a los soberanos; ahora, los Estados debían rendir cuentas a los ciudadanos. Los ciudadanos con derechos no tenían obligaciones con los soberanos. En 2001, en respuesta al llamado desafío de la intervención humanitaria en la década de 1990, la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía Estatal (CIIS) concluyó que era necesario y útil reconceptualizar la

soberanía como responsabilidad.²⁹⁰ El principio de la Responsabilidad de Proteger (R2P), respaldado unánimemente por la Cumbre Mundial de la ONU en Nueva York en 2005, adaptó este cambio al ámbito internacional, configurando tanto las relaciones entre ciudadanos y Estados a nivel nacional, como entre los Estados y la comunidad internacional representada por las Naciones Unidas y que actúa a través de ellas a nivel mundial. Los individuos son titulares de derechos y los Estados tienen la responsabilidad primordial de proteger a todos los pueblos en su territorio, pero la ONU tiene una responsabilidad subsidiaria cuando los Estados manifiestamente no cumplen con esta obligación. En lo que respecta al papel de una OHI, su existencia radica en ayudar a los Estados a cumplir con su responsabilidad de promover la salud de sus ciudadanos.

Enfoques contrastantes sobre la soberanía: las principales potencias

Como antigua colonia que obtuvo su independencia tras una guerra revolucionaria, Estados Unidos siempre ha sido un defensor celoso de la soberanía nacional frente a las injerencias internacionales. En el siglo XXI, los soberanistas de "Estados Unidos Primero" han lanzado tres líneas de ataque contra lo que denominan "globalismo": el orden jurídico internacional emergente es amorfo, poco claro, controvertido, a menudo contradictorio e intrusivo e ilegítimo en los asuntos internos; el proceso de creación de derecho internacional carece de fundamentos democráticos, no rinde cuentas y la ley resultante es inaplicable. Por consiguiente, Estados Unidos ha argumentado que puede excluirse de los regímenes internacionales en virtud de un deber constitucional, un derecho legal y el ejercicio de su poder.

A diferencia de los países de ingresos bajos y medianos, que históricamente han contado con escaso respaldo para la defensa de su soberanía más allá de la fuerza numérica, Estados Unidos ha sido la principal potencia geopolítica mundial desde la creación de las Naciones Unidas en 1945. La antigua Unión Soviética se mantuvo igualmente firme en la defensa de su soberanía como segunda superpotencia durante la Guerra Fría bipolar. Ambos líderes del bloque también ilustraron, aunque no en igual medida, la antigua sabiduría de Tucídides: la justicia no se aplica a las relaciones entre desiguales. En cambio, las potencias fuertes hacen lo que pueden y los Estados débiles sufren lo que les corresponde. Hungría en 1956, Checoslovaquia en 1968 y los numerosos casos de

intervención estadounidense son hitos que demuestran la relevancia de la visión de Tucídides para la historia internacional posterior a 1945. Desde el fin de la Guerra Fría y la implosión de la Rusia postsoviética, China también se ha consolidado como el rival más formidable de Estados Unidos y un defensor global de la soberanía. India también es un poderoso defensor, al emerger como una potencia influyente.

Enfoques contrastantes sobre la soberanía: países de ingresos bajos y medios

Como se mencionó anteriormente, el principio de soberanía y el atributo de la soberanía estatal son distintivamente europeos en su origen y conceptualización. El sistema westfaliano supervisó la expansión imperial de las rivalidades entre las grandes potencias europeas y el consiguiente auge global del colonialismo europeo. La exportación y universalización del principio de soberanía, y su expresión como nacionalismo por parte de los súbditos coloniales, allanó el camino para el surgimiento de poderosos movimientos de independencia, autodeterminación y liberación nacional que culminaron en el proceso mundial de descolonización. Tras emerger de la conquista y el dominio colonial, los países recién independizados demostraron ser sumamente celosos en la protección de su soberanía contra la explotación externa y la injerencia extranjera. En efecto, domesticaron lo que había sido una exportación europea.

La pertenencia a las Naciones Unidas ha sido históricamente un símbolo de soberanía para los países recién independizados y su sello de aceptación en la comunidad internacional. La Carta de las Naciones Unidas y la Asamblea General se convirtieron en su instrumento constitucional y órgano político predilecto para este fin. La ONU también se consolidó como el principal foro internacional para la acción colaborativa en la consecución de los tres objetivos de la construcción del Estado, la construcción de la nación y el desarrollo económico.

Por un lado, el apego de los países de ingresos bajos y medianos a la soberanía es profundamente emotivo y refleja la historia del encuentro de Europa con árabes, africanos y asiáticos. Los partidos y líderes que lideraron la lucha por la independencia contribuyeron a la creación de los nuevos Estados y a la configuración y orientación de los principios fundacionales de sus políticas exteriores.

²⁹⁰ Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía Estatal (2001). La responsabilidad de proteger. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

El impulso anticolonial de su visión del mundo se inculcó en las políticas exteriores de estos países y perdura como un sentimiento poderoso en la memoria colectiva de las élites. Por otro lado, el compromiso con la soberanía también era funcional. Como principio organizador fundamental del orden internacional poscolonial, la soberanía ha proporcionado orden, estabilidad y previsibilidad a lo que, de otro modo, podría haber generado anarquía internacional.

Desafíos a la soberanía

Sin embargo, las concepciones absolutistas de la soberanía no están exentas de críticas. Mientras que la soberanía nacional sitúa al Estado como la máxima autoridad y poder, sin restricciones internas ni externas, la soberanía constitucional sostiene que el poder y la autoridad del Estado no son absolutos, sino contingentes y limitados. A nivel nacional, la distribución del poder entre el ejecutivo, el legislativo y el judicial, tanto a nivel federal como provincial, se rige por acuerdos y prácticas constitucionales. A nivel internacional, los Estados están sujetos a las instituciones y prácticas legitimadas globalmente.

El orden internacional se basa en un sistema de Estados soberanos y actúa como un medio para organizar el mundo con el fin de que el Estado cumpla con su responsabilidad de proteger la vida, el sustento, el bienestar y las libertades de sus ciudadanos. La progresiva erosión del principio de soberanía se asocia con las concepciones neoliberales sobre la realidad de la interdependencia global. En un mundo globalizado y sin fronteras, las fronteras políticas han perdido relevancia tanto para las organizaciones internacionales, cuyos derechos y deberes pueden trascender las fronteras nacionales, como para los Estados miembros, cuyas responsabilidades dentro de sus fronteras pueden someterse a criterios normativos internacionales y al escrutinio externo.

Un segundo conjunto de desafíos surge de la aparente incapacidad de algunos Estados para mantener el orden interno, fundamental para la soberanía. La soberanía westfaliana se fundamentaba en el control efectivo del territorio. El derecho internacional reconoce a los Estados y gobiernos en función de quién ejerce un control político efectivo sobre territorios específicos. Sin embargo, la desconexión objetiva entre la ficción jurídica del control efectivo y la realidad empírica de estructuras de poder

fragmentadas implica que la realidad sustantiva es la de una cuasi-soberanía. El fracaso y la desintegración de un Estado pueden significar el fin de una autoridad y un control públicos centrales viables, de modo que no se puedan garantizar los derechos de los ciudadanos ni se puedan desarrollar relaciones interestatales significativas.

La soberanía estatal también se ve desafiada por las realidades del siglo XXI, en el que ha surgido y se ha reconocido la presencia de nuevos actores que desempeñan papeles importantes y ejercen un poder considerable. Entre ellos se incluyen corporaciones transnacionales, organizaciones y agencias internacionales regionales y globales, e incluso personas poderosas y multimillonarias.

Otro conjunto de desafíos reside en el fin formal de la supuesta indiferencia hacia la gobernanza interna de otros Estados y en los intentos por formular normas de gobernanza interna que estén sujetas al escrutinio y la aplicación internacional. Se han intensificado los esfuerzos por generar mecanismos formales para la protección de los derechos humanos, desde el Consejo de Derechos Humanos de la ONU hasta el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que pueden emitir resoluciones vinculantes para los Estados soberanos. Asimismo, la ayuda y el comercio pueden estar condicionados a lo que se considera un comportamiento interno aceptable de los Estados en materia de derechos humanos, igualdad de género y objetivos de sostenibilidad climática.

Otro conjunto de desafíos surge porque muchos problemas, como los ambientales y de salud, no pueden abordarse dentro de los límites tradicionales. El conjunto de desafíos más generalizado proviene del movimiento de personas, ideas y mercancías. Las comunicaciones internacionales trascienden fronteras, mientras que el comercio no conoce fronteras. Además, los lucrativos negocios del tráfico ilícito de drogas y de personas han crecido exponencialmente, como ejemplos del lado oscuro de la globalización.²⁹¹ Los delincuentes transnacionales utilizan Estados débiles o fallidos como bases y refugios seguros, así como fuentes de financiación para sus operaciones.

En consecuencia, la soberanía reconocida por las Naciones Unidas dista mucho de ser absoluta y, en cambio, se ha considerado generalmente contingente. El cambio más significativo en los últimos tiempos es que se ha reinterpretado como instrumental. Su validación no

²⁹¹ Comisión Mundial de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (1987). *Nuestro Futuro Común* ("El Informe Brundtland. Doc. ONU A/42/427. <https://digitallibrary.un.org/record/719485>

reside en una reificación mística del Estado, sino en su utilidad como herramienta para que el Estado sirva a los intereses de los ciudadanos o, en algunos casos, intereses geopolíticos más amplios. Se espera que las formas y preceptos internos de gobernanza se ajusten a las normas y estándares internacionales de conducta estatal.

Restricciones multilaterales a la soberanía estatal

La soberanía estatal sigue siendo el atributo definitorio del sistema internacional. Este sistema se sustenta en una red de regímenes, tratados, organizaciones internacionales y prácticas compartidas que encarnan expectativas comunes, reciprocidad y equivalencia de beneficios. Como se suele señalar en la literatura sobre globalización, su efecto combinado ha sido limitar la capacidad de los Estados para ejercer muchos aspectos prácticos de la soberanía nacional.²⁹² El modelo legalista de política internacional —basado en la primacía de la autonomía soberana y la igualdad, la no injerencia y la escasa relevancia de las formas de gobierno nacionales— está claramente alejado de la realidad en varios aspectos. En el modelo westfaliano de relaciones internacionales, los Estados son los actores principales, y la preservación de la independencia y la integridad territorial, junto con la prevención de la agresión, son los objetivos primordiales. Sin embargo, este modelo presenta limitaciones conceptuales y prácticas. No todos los Estados son necesariamente viables. Muchos Estados adolecen de escasa capacidad y fragilidad institucional. La incapacidad estatal es una fuente subyacente de una amplia gama de problemas acuciantes. Muchas de las amenazas a la seguridad nacional e internacional actuales no tienen su origen en los Estados conquistadores del paradigma westfaliano, sino en los Estados fallidos del mundo prewestfaliano.

Sin perjuicio de la soberanía jurídica, todos los Estados se enfrentan a vulnerabilidades mutuas derivadas de una interdependencia cada vez mayor. Incluso los Estados más poderosos no pueden lograr la seguridad, la protección del medio ambiente ni la prosperidad económica con la misma eficacia actuando de forma aislada o unilateral. Ámbitos como el mantenimiento y la promoción de la paz y la seguridad internacionales, el desarrollo económico y

el comercio internacional, los derechos humanos, la cooperación funcional y técnica, y la protección del medio ambiente requieren una acción conjunta para reducir costes y aportar orden y regularidad a las relaciones internacionales. Estos problemas comunes no pueden abordarse unilateralmente con la máxima eficacia.

El orden internacional se basa en la gobernanza global sin gobierno mundial.

Las soluciones multilaterales que trascienden las fronteras estatales son necesarias en lo que el difunto Secretario General Kofi Annan denominó «una era de problemas sin pasaportes» en un discurso ante líderes de la sociedad civil afroamericana el 7 de octubre de 2003.²⁹³ La gobernanza global no es sinónimo de gobierno mundial. No existe un gobierno mundial: el Secretario General Guterres no es el presidente del mundo, la Asamblea General no es el parlamento mundial, el Consejo de Seguridad no es el poder ejecutivo mundial y la Secretaría de la ONU no es la administración mundial. En cambio, la gobernanza global se refiere al funcionamiento del sistema internacional de reglas, normas, instituciones y prácticas autorizadas para la gestión de los asuntos mundiales. El principio organizador de la gobernanza global, incluido el sistema multilateral de organizaciones internacionales con mandato, es la soberanía estatal, que es la antítesis exacta del gobierno mundial. En consecuencia, la gobernanza global nunca ha escapado ni podrá escapar por completo a la tensión entre la necesidad y las demandas de internacionalización de las reglas, por un lado, y la poderosa presión por mantener el control nacional, por el otro. Hasta la fecha, la reconciliación entre estas dos presiones contrapuestas sobre los instrumentos de gobernanza global ha resultado difícil de alcanzar.

El sistema de la ONU se sitúa en el centro del sistema westfaliano de gobernanza global y orden multilateral. Este sistema tiene dos características fundamentales.

En primer lugar, fue creado y sigue funcionando esencialmente como un sistema centrado en el Estado: una organización de, por y para los Estados miembros. El único interés público internacional que goza de autoridad y legitimidad son los acuerdos entre los Estados miembros que persiguen sus intereses nacionales individuales.

²⁹² Held D, McGrew AG. The Global Transformations Reader: An Introduction to the Globalization Debate . 2.ª ed. Polity Press; distribuido en EE. UU. por Blackwell Pub.; 2003.

²⁹³ Annan, Kofi (2003). “El Secretario General afirma que el liderazgo mundial debe abordar los problemas sin necesidad de pasaportes”. Comunicado de prensa de la ONU SG/SM/8922. <https://press.un.org/en/2003/sgsm8922.doc.htm>

Son los únicos que toman las decisiones, hacen cumplir las normas y, además, son los únicos sujetos y principales objeto de las decisiones internacionales. Los individuos, las corporaciones y las milicias armadas se convierten en objeto de los organismos internacionales únicamente a través de la perspectiva de los Estados.

En segundo lugar, el orden westfaliano comprende unidades políticas, económicas y sociales territorialmente delimitadas que participan en transacciones internacionales. Las normas, instituciones y prácticas internacionales se desarrollaron para promover la colaboración entre los actores estatales y reducir las fricciones y mitigar los conflictos cuando sus intereses chocan. Este es el modelo consagrado en la Carta de las Naciones Unidas de 1945, que impregna todo el sistema de la ONU. El artículo 2.7 prohíbe explícitamente a las Naciones Unidas intervenir «*en asuntos que sean esencialmente de la jurisdicción interna de cualquier Estado*».²⁹⁴

Sin embargo, bajo el impulso de la globalización, el mecanismo de gobernanza global reequilibró paulatinamente la división de autoridad y jurisdicción entre los Estados y las organizaciones internacionales, tal como establecía la Carta. Esto no se produjo mediante una denuncia formal de la estipulación del Artículo 2.7, sino ampliando los límites de la soberanía estatal para dar cabida a nuevos problemas emergentes, como las armas de destrucción masiva, las amenazas ambientales, el terrorismo internacional y las enfermedades infecciosas mortales, que tenían origen, alcance e impacto globales y requerían colaboración multilateral para su resolución.

En consecuencia, aun estando firmemente arraigados en un sistema de Estados, los foros y plataformas internacionales se convirtieron en los principales vehículos para establecer agendas globales, definir problemáticas mundiales y adoptar estándares internacionales. Para lograrlo, a menudo prescribían requisitos para estructuras de autorización, monitoreo e informes internacionales. Además, para impulsar los procesos de gobernanza global, surgió un grupo de élites profesionales y directivas que dirigen el sector público nacional y las secretarías internacionales. Paralelamente, se produjo una proliferación en el número y tipo de actores que desempeñan algún papel en la implementación, ejecución y monitoreo de estas normas y esfuerzos de alcance global. Importantes ONG y organizaciones de la sociedad civil como Amnistía Internacional, Human Rights Watch, el Comité

Internacional de la Cruz Roja, Greenpeace y Transparencia Internacional han demostrado ser dignos competidores de los mecanismos de derechos humanos de la ONU, mientras que actores como Médicos Sin Fronteras y muchos otros han cuestionado la autoridad epistémica y la práctica de la OMS. Como resultado, a lo largo de las décadas transcurridas desde 1945, año en que se fundó la ONU y surgió el orden internacional liberal, la delgada capa de gobernanza global se extendió sobre la densa red de interacciones interestatales. Los cambios geopolíticos, las deficiencias y los fallos de la gobernanza global, así como una nueva afirmación consciente de la política de identidad, han comenzado a reintroducir el estatismo en la red internacionalista liberal de la gobernanza global. En términos de la OHI, este resurgimiento del antiglobalismo, sumado a la experiencia de la COVID-19, ha puesto la relevancia de la gobernanza sanitaria mundial y de la OMS directamente en el punto de mira (véase el Informe de Políticas).

III.4.4. Cumplimiento y aplicación

Extracción de cumplimiento

Las normas pueden ser entendidas de manera diferente por los estudiosos del derecho internacional y las relaciones internacionales. Las normas jurídicas imponen obligaciones legales vinculantes. Las normas políticas crean obligaciones morales. Estas últimas pueden estar inmersas en un contexto jurídico más amplio y tener efectos legales. Al regular la conducta del Estado, tanto las leyes como las normas cumplen funciones tanto de habilitación (licencia) como de restricción (limitación). La historia de los movimientos de derechos humanos (sufragio, abolición de la esclavitud, anticolonialismo, lucha contra el apartheid) demuestra que, si bien los movimientos sociales están motivados para incorporar normas morales a la legislación, la autoridad moral de las normas ejerce por sí misma una poderosa presión para su cumplimiento. En general, las normas jurídicas son más eficaces para regular el comportamiento del Estado. Sin embargo, en casos específicos, una ley en particular puede ser infringida mientras que una norma política moldea una decisión —ya sea por acción u omisión— mediante un cálculo de los costos reputacionales. El Estado sopesa los costos de infringir la ley frente a las ventajas que espera obtener al hacerlo.

En lo que respecta a crímenes de atrocidad masiva, por ejemplo, la Convención para la Prevención y la Sanción del

²⁹⁴ Artículo 2.7, Carta de las Naciones Unidas <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-10>

Delito de Genocidio de 1948 impone obligaciones legales a los Estados para que actúen. En cambio, la Responsabilidad de Proteger (R2P) de 2005 es una norma política global que crea una responsabilidad moral, pero no una obligación legal, para los Estados que no son víctimas de atrocidades, de prevenir y detener dichas atrocidades. Sin embargo, incluso la R2P debe interpretarse y aplicarse en el contexto más amplio de las obligaciones vinculantes que tienen los Estados en virtud del derecho nacional, internacional, humanitario y de derechos humanos. Para las grandes potencias en particular, la R2P hace que sea más costoso, por un lado, recurrir a intervenciones unilaterales basadas en intereses propios, incluidas las llamadas "intervenciones humanitarias", como descubrió Rusia en Osetia del Sur en 2008. Por otro lado, también hace que sea más costoso resistir los llamamientos desinteresados autorizados por la ONU a la acción colectiva para salvar a personas ajenas a la región de atrocidades masivas. En 2011, por ejemplo, la fuerza de la norma de Responsabilidad de Proteger (R2P) superó la oposición instintiva de China y Rusia, quienes se abstuvieron en lugar de vetar la Resolución 1973 del Consejo de Seguridad, que autorizaba una intervención de protección humanitaria en Libia. Sin embargo, la transformación encubierta de la operación liderada por la OTAN, que pasó de ser una operación de protección civil a un intento de cambio de régimen, provocó una reacción adversa que permitió a ambas potencias vetar los esfuerzos posteriores para gestionar la creciente crisis humanitaria en Siria.

El tratado sobre la prohibición de las armas nucleares (Tratado sobre la Prohibición de las Armas Nucleares, 2017) es jurídicamente vinculante, pero solo para los signatarios. El preámbulo señala que se basa en los *principios y normas del derecho internacional humanitario*, incluyendo la distinción entre civiles y combatientes, la proporcionalidad y la prevención del sufrimiento innecesario. No es relevante para el *jus ad bellum* —el derecho a la guerra—, pero sí pretende aplicarse al *jus in bello*, es decir, a la forma en que se lleva a cabo una guerra. Por supuesto, puede que no imponga obligaciones jurídicas vinculantes a terceros, como los Estados poseedores de armas nucleares y sus aliados, según la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (1969), pero sí tiene implicaciones jurídicas para ellos. Al modificar la estructura normativa vigente, el tratado altera el equilibrio entre los costos y los beneficios

de la posesión, las doctrinas de disuasión y las prácticas de despliegue, y generará una crisis de legitimidad cada vez más profunda. Elimina la fachada de legitimidad internacional, basada en el TNP, que los cinco Estados poseedores de armas nucleares han utilizado para encubrir sus armas nucleares, al tiempo que insiste en que la búsqueda de armas nucleares por parte de cualquier otro es ilegal (una violación del derecho internacional de los tratados) e ilegítima (una violación de la norma mundial).

En esa misma línea, el efecto jurídico de los acuerdos sobre la pandemia radicará en fortalecer la protección contra la pandemia.

Acuerdo y Una Salud como normas mundiales. En combinación con el Acuerdo Internacional enmendado

Según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que entró en vigor en julio de 2005 para la mayoría de los Estados, salvo que hubieran optado por no adoptarlo,²⁹⁵ y que debe interpretarse en paralelo con el Acuerdo sobre la Pandemia, la realidad política es que los Estados miembros se verán inmersos en el marco internacional de gestión de la pandemia, liderado por tecnócratas internacionales. Sin embargo, estos últimos carecen de la legitimidad de los líderes políticos elegidos democráticamente, no rinden cuentas en la práctica y se les ha otorgado este papel directivo reforzado sin un escrutinio parlamentario significativo ni un debate público por parte de la ciudadanía (Sección IV.3.3).

Además, nada en la experiencia de la COVID-19 inspira confianza en la voluntad y capacidad de los líderes políticos para resistir o utilizar con fines políticos las recomendaciones de la OMS en este contexto institucional global (como se analiza con más detalle en la Sección II.3.7). Más bien, una reconfiguración de facto de los roles en la toma de decisiones implicará que los expertos ocupen puestos de liderazgo en lugar de simplemente estar presentes (o en un segundo plano) para brindar asistencia y asesoramiento. Por ello, los acuerdos sobre la pandemia son las últimas etapas en el camino hacia un estado administrativo internacional que consolida lo que Garrett Brown, David Bell, Jean Von Agris y Blagovesta Tacheva denominan la «nueva industria pandémica» de alcance mundial.²⁹⁶

²⁹⁵ Organización Mundial de la Salud (2024). Acuerdo sobre pandemias. Documento A77/ACONF/14 de la Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF14_-_en.pdf

²⁹⁶ Bell, David. "El Acuerdo Pandémico: Consolidación Simbólica de una Nueva Industria Pandémica". Instituto Brownstone. <https://brownstone.org/articles/the-pandemic-agreement-symbolic-consolidation-of-a-new-pandemic-industry/>

Por supuesto, las recomendaciones de la OMS no son obligaciones jurídicamente vinculantes para los signatarios de los tratados. Además, el Acuerdo sobre la Pandemia establece explícitamente que nada en él otorga a la OMS ni al Director General “*autoridad alguna para dirigir, ordenar, modificar o prescribir de otro modo*” ninguna política; “*ni para imponer requisitos*” que obliguen a los Estados partes a “*adoptar medidas específicas*”, como prohibiciones de viaje, mandatos de vacunación o confinamientos.²⁹⁷ Sin embargo, la primera función de la OMS se describe en su constitución como “*actuar como autoridad rectora y coordinadora en materia de salud internacional*”.²⁹⁸ El preámbulo del Acuerdo sobre la Pandemia reconoce que la OMS “*es la autoridad rectora y coordinadora en materia de salud internacional, incluyendo la prevención, la preparación y la respuesta ante pandemias*”.²⁹⁹

En resumen, la sumisión a la soberanía nacional es formal y abstracta. Las injerencias en la soberanía son reales y concretas. La estructura normativa creada por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) enmendado y el Acuerdo sobre la Pandemia será prácticamente irresistible para la mayoría de los Estados partes. Además, podrían ejercer una poderosa presión para que los Estados no partes cumplan con la normativa. De este modo, los burócratas nacionales, los expertos no gubernamentales y los funcionarios internacionales podrán ampararse en la autoridad de los acuerdos sobre la pandemia para reforzar su legitimidad tecnocrática.

III.4.5. Relación con entidades privadas

La amplia gama de actores privados, ONG y agencias internacionales que influyen en el ecosistema mundial de la salud o dependen de él se describe en la Sección II.3.4. La hipotética OIS analizada en este informe, y la OMS en su forma actual, deben operar dentro de este entorno complejo, pero constituyen una entidad bastante diferente. Como organismo intergubernamental encargado de fomentar la cooperación y facilitar el apoyo técnico estrictamente a solicitud de un Estado, no puede ser principalmente un ejecutor, lo que la colocaría en

posiciones de subversión del Estado cuya capacidad está ejerciendo.

Se supone que debe construir, y plantea cuestiones de toma de decisiones y colaboración con entidades externas que inevitablemente eliminan la independencia. Las implicaciones de esto para la OMS se analizan en las secciones IV.3.1 y IV.4.3.

Más bien, una OHI basada en los principios analizados en la Sección II.1.2 tiene la función de liderar el desarrollo de políticas internacionales y el establecimiento de normas como representante de los Estados y sus pueblos. Para lograrlo, debe ser evidente que debe evitar conflictos de intereses, manteniendo un equilibrio entre la cooperación con otros organismos y la evitación de su influencia más allá de los requisitos de los Estados Partes ante los que rinde cuentas. Las ONG internacionales suelen tener su sede en países de altos ingresos y deben reflejar las prioridades de sus donantes, mientras que una OHI, si pretende servir a todos los países y no solo a los Estados o entidades externas con mayor riqueza, debe estar al margen de dicha influencia. Como se señala en la Sección IV.6.2, este no es el caso actualmente de la OMS.

El modelo de Asociaciones Público-Privadas (APP) y sus riesgos inherentes se analizan en la Sección II.3.4. Estas asociaciones suelen contar con el apoyo estatal, pero de un número limitado de Estados, e incluyen también la influencia directa del sector privado en sus políticas y operaciones. Una OPI debe lidiar con ellas, ya que operará en un entorno donde gran parte de su trabajo se superpondrá con el de APP como Gavi, Unitaids y CEPI (véase la Sección II.3.4). Sin embargo, al basarse en los principios derivados de la soberanía individual y la subsidiariedad en la toma de decisiones, una OPI no puede verse influenciada significativamente por una APP. Un peligro si la OPI acepta financiación privada específica, como lo hace actualmente la OMS,³⁰⁰ es que, en esencia, se convierta en una APP.

En su relación con actores externos, una OHI, tal como se concibe aquí, debe mantener una estricta independencia

²⁹⁷ OMS. Acuerdo de la OMS sobre la pandemia. 20 de mayo de 2025 (Artículo 22.2).

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf

²⁹⁸ Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 2(a). Ginebra: OMS.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

²⁹⁹ OMS. Acuerdo de la OMS sobre la pandemia. 20 de mayo de 2025.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf

³⁰⁰ Mundial de la Salud. “Colaboradores”. Open WHO. <https://open.who.int/2024-25/colaboradores/colaborador>

y actuar como organismo normativo y proveedor de orientación técnica para los países donde operan otras entidades. La centralización y la coexistencia, que parecen convenientes para el personal involucrado, irían en contra de dicha independencia. La coexistencia con los países a los que la OHI está destinada a servir, mediante el principio de subsidiariedad y la inclusión geográfica, promoverá este modelo.

III.5. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE UNA OHI

III.5.1. Misión

El preámbulo de la constitución de la OMS de 1946 establece:³⁰¹

“El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social”.

Como se indicó anteriormente, esto es inalcanzable, a menos que se tome en el contexto de que sea una condición ideal, dadas las prioridades económicas y sociales contrapuestas y, lo más importante, el deseo de un individuo de hacer lo que promueve una buena salud en sí mismo. Dentro de este contexto, establece una base sólida para la misión de una OHI. Para una organización supranacional que trabaja dentro de los principios de soberanía nacional y ética de la salud pública, esto significa tener como objetivo abordar esto a través de apoyo a las estructuras de gobernanza establecidas para permitir la expresión de la soberanía individual, es decir, los Estados-nación, y a petición de estas.

Esto implica que una OHI no puede pretender dictar, sino solo sugerir o recomendar. Para lograrlo eficazmente, su misión debe ser adquirir y mantener un nivel de conocimiento y pericia superior al que los Estados individuales suelen mantener de forma proactiva, y ponerlo a disposición como apoyo técnico o recomendación para la acción.

Una OHI (Organización Internacional de Salud) encargada de ser el principal organismo de salud pública internacional, como la OMS dentro del sistema de las Naciones Unidas, debería, por lo tanto, mantener funciones de recopilación de datos, normativas y, potencialmente, de investigación, o acceder a dichas capacidades de manera eficiente a través de los Estados Miembros. Al ser un organismo integrado por todos los países y con el principio de subsidiariedad incorporado, no debería ser necesario reiterar las recomendaciones de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda³⁰²; de hecho, esta comprensión forma parte de la misión de una OHI y, por consiguiente, apoya el desarrollo de capacidades para reducir la dependencia inherente a su misión.

¿Qué objetivos debería perseguir una organización internacional de salud?

Como se presentó en la Parte I, existen diversas justificaciones teóricas para las intervenciones de salud pública. Esto también se aplica al ámbito global. Con base en las explicaciones teóricas proporcionadas en la Parte I, prevemos varias funciones para una OHI. La intervención de una OHI se justifica para: (i) invertir en bienes públicos globales (también llamados "bienes comunes para la salud") y asegurar su distribución equitativa; (ii) garantizar la transparencia y corregir las disfunciones del mercado y las asimetrías de información; (iii) fomentar la producción o el consumo de aquellos bienes y servicios que generan externalidades positivas a nivel internacional, y limitar la producción o el consumo de aquellos que generan externalidades negativas a nivel internacional; y (iv) de manera más general, promover la equidad y la justicia social.

Como instrumento de política, se pueden contemplar las siguientes herramientas:

- Negociación de reglamentos internacionales (por ejemplo, el RSI, el tratado de control del tabaco).
- Gestionar y controlar los permisos y la acreditación internacionales (por ejemplo, laboratorios acreditados).

³⁰¹ Organización Mundial de la Salud (2005). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, 47.ª ed.

Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

³⁰² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2005). Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda. París: OCDE. https://www.oecd.org/en/publications/2005/03/paris-declaration-on-aid-effectiveness_g1g12949.html

- Establecer normas, no necesariamente reglas que sirvan para todos los casos, sino pautas a seguir.

- Gestión y distribución de subvenciones internacionales.

- Apoyar el desarrollo y la provisión de bienes públicos, por ejemplo, a través de la investigación, la gestión y la transferencia de conocimientos (como la gestión de bases de datos mundiales sobre salud y estadísticas de sistemas de salud), el trabajo conceptual y normativo sobre sistemas y servicios de salud, la evaluación y la capitalización de la experiencia, y la información pública, incluso mediante la organización de alianzas mundiales como la Alianza Mundial para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud, UHC2030, etc.

- Apoyo técnico sobre el terreno para el análisis, la elaboración, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas, garantizando la inclusión de las poblaciones vulnerables y marginadas.

- En los países que dependen de la ayuda, una OHI debería estar en la mejor posición para poner a prueba la coordinación de donantes en el sector de la salud, con el fin de reducir la fragmentación y garantizar la alineación con los planes nacionales, las políticas y garantizar que la financiación de los donantes, incluidas las organizaciones internacionales de salud, contribuya en gran medida al fortalecimiento del sistema de salud. Además, en emergencias complejas donde la gobernanza se ha desintegrado, una organización internacional de salud puede estar en una buena posición para apoyar la protección de la salud de los más vulnerables como medida provisional, para evitar la *"perversidad en la*

formulación de políticas".³⁹³

En particular, una grave falla del mercado en el sector de la salud radica en la situación de oligopolio de las grandes compañías farmacéuticas (conocidas como "Big Pharma"). Desde hace tiempo se ha defendido la necesidad de financiar y llevar a cabo investigación médica con fondos públicos para corregir la distorsión del mercado y garantizar la equidad.³⁹⁴

Por el contrario, la función de una OHI no debería ser la de gestionar programas específicos de donantes como su agente ejecutor.

III.5.2. Aprendizaje e innovación

Las organizaciones adaptativas y eficaces requieren la capacidad de aprender, innovar y modificar sus procesos y políticas internas.³⁹⁵ Según investigaciones en estudios de gestión, esto se traduce en resultados más eficientes y efectivos, así como en una cultura interna más positiva con capacidad para mantener el desempeño.³⁹⁶ En términos de una organización ideal de alto rendimiento (IHO, por sus siglas en inglés), es posible identificar varios elementos que beneficiarían a la organización y su capacidad para cumplir con su cometido al tiempo que se adapta a nuevas circunstancias. Si bien se reconoce que es una condición más difícil de mantener en las instituciones del sector público que en la empresa privada, estos elementos se consideran componentes importantes en la mayoría de los entornos institucionales.³⁹⁷

- **Diseño centrado en las partes interesadas**. Una Organización Internacional de la Salud (OIS) ideal se construye en torno a las necesidades de las partes

³⁹³ Por ejemplo, Legrand T, Moon MJ (2025) Malignidad en las ciencias políticas: una teoría y un marco. Policy and Society 44(2): 129-135.

³⁹⁴ Movimiento por la Salud Popular (2024) Public Pharma - Informe de Políticas (EN) 12.2024.docx

³⁹⁵ Goh, Say Keat, et al. (2022). "Gestión de la innovación en organizaciones públicas". Management Business Review.

<https://journalmbr.net/index.php/mbr/article/view/520>;

Edmondson, Amy C. (2019). "La cruda verdad sobre las culturas innovadoras". Harvard Business Review.

<https://hbr.org/2019/01/the-hard-truth-about-innovative-cultures>;

Hartley, Jean y Laurence Ferry (2019). "Turnos con la innovación en los servicios públicos". Public

Administración. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/padm.12209>

³⁹⁶ Mugge C, et al. (2022). Gestión de la innovación en organizaciones del sector público. Investigación-Tecnología

³⁹⁷ Vries H de, et al. (2019). Liderazgo ambidiestro en la innovación del sector público. Public Management Review.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14719037.2019.1645874>

interesadas, en este caso, las de los Estados miembros. Las políticas se diseñan conjuntamente con los Estados miembros y reflejan sus necesidades y prioridades, en lugar de la conveniencia administrativa interna o las preferencias de los financiadores. (Véase el Informe de Políticas sobre el Derecho a la Soberanía en Salud para más información).

- **Cultura ágil y adaptativa** . La cultura interna busca ser ágil y receptiva a la adaptación, en lugar de estar atada a estructuras rígidas y estrategias a largo plazo, que pueden dejar de reflejar las condiciones empíricas o de producir resultados razonables.

- **Transparencia radical**. La investigación sobre innovación y aprendizaje organizacional sugiere que la “transparencia radical”, tanto vertical como horizontalmente, es crucial para el aprendizaje institucional, la resolución de problemas, la legitimación de políticas y la evaluación de estructuras deficientes.³⁹⁸ La transparencia radical busca aumentar el acceso a la información, la justificación y las afirmaciones de rendición de cuentas, haciéndolas lo más abiertas posible al diálogo y al análisis potencial. Contestación orientada hacia una resolución constructiva y adaptativa. Los procesos de transparencia radical también están vinculados a una mayor innovación y fiabilidad científicas.³⁰³

- **Disidencia constructiva y reconocimiento del fracaso** . El aprendizaje institucional y la innovación requieren niveles suficientes de «disidencia constructiva» y comunicación abierta dentro de una cultura interna positiva. Esto exige una cultura que promueva enfoques alternativos sin formas explícitas ni implícitas de represión. Además, requiere la voluntad de aceptar el fracaso como una oportunidad de aprendizaje institucional, en lugar de algo que deba gestionarse políticamente. Aceptar el fracaso como un elemento reconocido en la formulación de políticas reflexivas puede aumentar la confianza institucional, la legitimidad y el compromiso a largo plazo de las partes interesadas.

- **Intolerancia a la incompetencia**. Si bien el reconocimiento y la aceptación del fracaso son

aspectos importantes del aprendizaje institucional y la formulación de políticas reflexivas, esto no debe confundirse con la incompetencia. Una OHI ideal debe operar de buena fe, consciente de sus deficiencias y fallos, a la vez que demuestra un alto nivel de competencia. Las áreas de incompetencia deben abordarse como una prioridad para mejorar el desempeño.

- **Derribar los compartimentos estancos**. Los feudos departamentales y las rigideces estructurales obstaculizan la colaboración, el aprendizaje institucional, la innovación y la eficacia de las políticas.

- **Toma de decisiones descentralizada y subsidiariedad**. Un aspecto característico de una cultura de innovación es la existencia de una toma de decisiones más descentralizada con niveles adecuados de subsidiariedad para asegurar que las decisiones se tomen en el nivel más bajo posible y más cerca de donde tendrán sus efectos. Si bien cierto grado de estandarización general y control de calidad son elementos estructurales necesarios para el correcto funcionamiento de una organización, se ha observado que las burocracias excesivamente jerárquicas, con estructuras rígidas, suelen carecer de adaptabilidad, eficiencia, eficacia y equidad. También se las considera responsables de generar culturas internas deficientes.

- **Conciencia del riesgo frente a aversión al riesgo**. Las instituciones innovadoras son conscientes del riesgo sin ser reacias a él. Una OHI ideal lograría el equilibrio necesario entre comprender los riesgos relativos y, al mismo tiempo, impulsar políticas ambiciosas o defender políticas de confianza. Si bien cierto grado de maniobra política es inherente a cualquier organización internacional, la autopromoción institucional a cualquier precio, independientemente de su desempeño o la idoneidad de sus políticas, generará inercia institucional, políticas comprometidas, desconfianza e ineficacia a largo plazo.

- **Toma de decisiones basada en la evidencia** . El conocimiento evoluciona constantemente, y los nuevos descubrimientos sociales y científicos aportan

³⁹⁸ Bernstein, Ethan (2012). “La transparencia radical cambiará el mundo”. Stanford Social Innovation Review. https://ssir.org/articles/entry/radical_transparency_will_change_the_world

³⁰³ Centro Petrie-Flom, Facultad de Derecho de Harvard (2016). La importancia de la transparencia en la innovación científica. <https://petrieflom.law.harvard.edu/2016/05/17/the-importance-of-transparency-in-scientific-innovation/>

perspectivas novedosas para la salud. El conocimiento actualizado es fundamental para la formulación de políticas óptimas, basadas en la evidencia más reciente y sólida disponible. Esto requiere innovación y la puesta a prueba de paradigmas ya establecidos. Por lo tanto, un requisito clave es la comunicación abierta, el compromiso con la investigación científica y la humildad.

- **Contratación de personal con perspectivas diversas.** Un elemento clave de las culturas innovadoras es la colaboración entre múltiples perspectivas y enfoques en un entorno abierto y comunicativo. Las prácticas de contratación basadas en el clientelismo político o la afinidad ideológica pueden perjudicar el desempeño institucional y generar resultados subóptimos.

- **Liderazgo con el ejemplo.** Un aspecto importante del aprendizaje institucional es la capacidad del liderazgo para liderar con el ejemplo, adoptando prácticas de comunicación abierta, autorreflexión, adaptación e innovación, como se describió anteriormente. Liderar con el ejemplo implica eliminar activamente las barreras administrativas y permitir que expertos y partes interesadas contribuyan al liderazgo desde abajo.

III.6. ESTRUCTURA Y RENDIMIENTO

III.6.1. Organización

Las organizaciones internacionales se crearon en el siglo XIX para gestionar las relaciones internacionales. Evolucionaron rápidamente, pasando de ser reuniones *puntuales*, como las que se celebraban tras conflictos bélicos o en respuesta a brotes de enfermedades específicas (véase la Sección II.2, 1-4, y los debates en el *Informe sobre la Política del Derecho a la Soberanía en Salud*), a adoptar un estatus más permanente gracias a sus mandatos específicos. Los últimos años del siglo XX y el siglo XXI se caracterizaron por la proliferación de organizaciones internacionales en prácticamente todos los sectores. Estas fueron creadas por y dentro de los gobiernos (organizaciones intergubernamentales) o mediante asociaciones de entidades total o predominantemente privadas que operan en más de un

país (ONG internacionales, corporaciones públicas internacionales). Cualquiera que sea su forma, su papel ha aumentado considerablemente en el desarrollo del derecho internacional, el fomento de la cooperación y la resolución de controversias entre naciones.

El sistema de la ONU reconoció la importancia de las organizaciones internacionales al establecer el mandato de La Comisión de Derecho Internacional elaboró normas rectoras, lo que dio como resultado el Proyecto de Artículos de la Comisión de Derecho Internacional de 2011 sobre la Responsabilidad de las Organizaciones Internacionales. El Proyecto de Artículo 2 del texto propone la siguiente definición:

“Organización internacional se refiere a una organización establecida mediante un tratado u otro instrumento regido por el derecho internacional y que posee personalidad jurídica internacional propia”.

Dado que una OHI operaría en temas de salud pública transfronterizos, su estructura organizativa implicaría el diálogo entre gobiernos, con derechos de voto considerados aceptables para los primeros miembros. Generalmente, los miembros de los organismos intergubernamentales tienen el mismo derecho a voto (un miembro, un voto), pero existen excepciones notables como el Consejo de Seguridad de la ONU y el Fondo Monetario Internacional.

Los Estados patrocinadores deben entonces decidir y codificar, en el tratado constitutivo de la organización, el tipo de organización más adecuado para la OHI, considerando el tipo de membresía (abierta, cerrada, Estados, otras organizaciones internacionales), los privilegios y deberes de los miembros, y la mejor manera de estructurar la organización para cumplir su mandato, de acuerdo con los principios y los recursos disponibles. Las siguientes secciones analizarán los principios en los que debe basarse esta estructura.

Principios institucionales subyacentes

Los principios institucionales se refieren al conjunto de reglas formales e informales que dan forma al comportamiento y las relaciones entre grupos e individuos dentro de una organización (véase la Sección II.1.2), así como con grupos externos.

³⁰⁴ Comisión de Derecho Internacional (2011). Proyecto de artículos sobre la responsabilidad de las organizaciones internacionales. ONU
Doc. A/66/10. https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/draft_articles/9_11_2011.pdf

Las instituciones deben garantizar la congruencia entre estas competencias e intereses individuales, por un lado, y las necesidades y objetivos organizativos, por otro.

Las instituciones que rigen una OHI ideal deben garantizar lo siguiente:

- Definición clara de los objetivos organizativos, incluso si son múltiples, como suele ocurrir en el sector sanitario.
- Adaptación a las “necesidades de los clientes” mediante el principio de subsidiariedad.
- Definición clara de las funciones y responsabilidades de los departamentos y las personas dentro de la organización, evitando duplicaciones.
- Líneas claras de responsabilidad tanto dentro de la organización como frente a los grupos de interés externos.
- Competencias adecuadas para cumplir la misión de la organización.
- Alineación de los valores e intereses de los miembros con los valores e intereses de la organización.
- Motivación adecuada del personal, mediante un sistema de motivación coherente que incluya tanto incentivos positivos como sanciones.

Burocracia

Como se explicó en la Parte I, la burocracia es una forma de gestionar una organización basada en reglas y jerarquía. Su objetivo es ser racional, eficaz y eficiente, pero en la práctica se enfrenta a diversos riesgos, entre los que destacan la rigidez para adaptarse a entornos y prioridades cambiantes, la represión de la creatividad, el carácter opresivo (al seguir las reglas al pie de la letra en lugar de respetar su espíritu), el secuestro por parte de individuos que explotan las zonas de incertidumbre para sus propios intereses y la excesiva complejidad y control, lo que conlleva una pérdida de eficiencia (Sección III.5.2).

Si bien cierto grado de burocracia es inherente a cualquier organización grande —incluso a una OHI ideal—, deben diseñarse algunas medidas de protección para evitar los riesgos mencionados anteriormente. En particular, debe

garantizarse una transparencia absoluta en los procesos de toma de decisiones, la rendición de cuentas individual y el control democrático.

Implementación institucional

Un primer paso esencial para diseñar las instituciones de una OHI ideal es definir claramente sus funciones, mandato y roles, incluyendo el nivel en el que se desempeñará cada uno de ellos (global, regional y nacional), respetando el principio de subsidiariedad.

Las funciones principales deben realizarse de la siguiente manera:

Nivel global:

- o Trabajo conceptual sobre sistemas de salud y desempeño de los sistemas de salud . Gestión del conocimiento (incluidas las bases de datos de estadísticas sanitarias mundiales)
- o Diálogo político entre todos los Estados miembros sobre las prioridades y necesidades en materia de salud en términos de bienes públicos mundiales . Responsabilidad general de la OHI frente a sus Estados miembros Gestión y distribución de subvenciones internacionales o Intercambio y aprovechamiento de la experiencia entre regiones
- o Información pública sobre las prioridades sanitarias mundiales (incluso mediante la organización de alianzas mundiales como la Alianza Mundial para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud, UHC2030, etc.).

Nivel regional:

- o Negociación de regulaciones regionales
- o Gestionar y controlar los permisos y la acreditación internacionales (por ejemplo, laboratorios acreditados) . Establecer normas (directrices) o Evaluación (investigación-acción) y capitalización de la experiencia a nivel regional . Información pública
- o Mantener actualizadas las competencias de un grupo de expertos.

- o Apoyo técnico para el análisis, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas.

En los países que dependen de la ayuda externa, una OHI debería supervisar la coordinación de los donantes en el sector de la salud y el apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Financiación

La eficacia de una OHI depende de su capacidad de planificación, mientras que su capacidad de respuesta y coherencia con la misión dependen de su libertad para operar con integridad en este sentido, independientemente de sus fuentes de financiación. Esto es fundamental para las normas y la constitución en las que se basa la OHI, y la transparencia en este ámbito es crucial para garantizar su rendición de cuentas. Idealmente, una OHI operaría bajo las siguientes condiciones financieras:

- Contar con una financiación fiable y suficiente que permita a la organización cumplir su misión y el mandato correspondiente establecido por sus Estados miembros.
- Contar con una financiación fiable que permita a la organización cumplir eficazmente con la totalidad de su cometido.
- Disponer de una financiación fiable que permita a la organización participar en la planificación estratégica a largo plazo en colaboración con sus Estados miembros y bajo su dirección.
- Contar con una financiación fiable que permita a la organización tener una considerable libertad de decisión sobre cómo se asignan y presupuestan los fondos.
- Contar con mecanismos contables sólidos para garantizar que las contribuciones financieras se utilicen adecuadamente y ofrezcan una buena relación calidad-precio.
- Contar con mecanismos de transparencia sólidos para garantizar que las fuentes de todas las contribuciones financieras se hagan públicas y estén

libres de conflictos de intereses.

- Contar con mecanismos de transparencia sólidos para rastrear cómo se realizaron las asignaciones presupuestarias y quién las realizó.
- Contar con una supervisión rigurosa y procedimientos de evaluación independientes para garantizar que su presupuesto y asignaciones financieras reflejen los parámetros políticos establecidos por sus Estados miembros.

III.6.2. Fuerza laboral

Como organización cuya misión es apoyar a los países en lugar de su propio fortalecimiento, y que funciona como un órgano de propiedad conjunta de Estados soberanos, como la OMS dentro del sistema de las Naciones Unidas (véase el Informe sobre la Política de Soberanía del Derecho a la Salud), una OIS tiene requisitos de personal muy diferentes a los de una organización privada, una ONG del sector salud o un banco multilateral de desarrollo (BMD). La lealtad de su personal debe ser hacia su misión (Sección III.4.1) y no hacia su institución o incluso su líder (lo cual no queda del todo claro en la OMS, Sección IV.3.1).

Este requisito resulta inusual para muchos organismos laborales y no es sencillo de implementar. Para que una OHI funcione, requiere una metodología de trabajo común, una jerarquía de poder y rendición de cuentas, así como suficiente flexibilidad interna que permita al personal contratado con conocimientos especializados influir en su dirección, dentro de los parámetros que permite su órgano rector (la Asamblea Mundial de la Salud en el caso de la OMS). Sin embargo, debe estar estructurada para evitar el problema intrínseco de que las burocracias se consoliden y se conviertan en un fin en sí mismas. Para que funcione el principio de subsidiariedad, el personal también debe estar suficientemente conectado con los Estados a los que se solicita la asistencia de la OHI.

Una empresa privada suele priorizar la retención de personal y fomentar un entorno laboral y beneficios que la hagan más atractiva que sus competidores. Para una OHI, la retención de personal a largo plazo no debería ser una prioridad si su objetivo es brindar apoyo de vanguardia a los Estados miembros (véase la sección IV.6.3). Las ventajas que ofrece la retención de conocimientos mediante la retención de personal se ven contrapuestas a:

1. La necesidad de garantizar conocimientos técnicos actualizados en un campo que cambia rápidamente.
2. La necesidad imperiosa de comprender la diversidad y las culturas de los países que solicitan apoyo.
3. La necesidad de evitar el desarrollo de una cultura de lealtad a la institución por encima de la misión (Sección III.3.3).

Si bien algunos requisitos para una coordinación eficaz con otros organismos (por ejemplo, la ONU) pueden exigir una oficina ubicada donde se encuentran dichas organizaciones (generalmente cerca de la sede de la ONU en Nueva York o sus oficinas en Ginebra), el apoyo eficaz a los Estados Miembros requiere la proximidad o el emplazamiento en el lugar donde se realiza la mayor parte del trabajo. Otras prioridades, como la recopilación de datos, no requieren ubicaciones centralizadas en la era de las comunicaciones modernas; por ejemplo, el nuevo Centro de Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias de la OMS se encuentra en Berlín, Alemania,³⁰⁵ y podría estar igualmente en Asia o África (salvo, quizás, incentivos comerciales o políticos).

Dado que gran parte del trabajo de una OHI se realiza necesariamente en países de ingresos bajos y medianos (PIBM), ubicar la mayor parte de su personal en estas regiones, mediante una estructura descentralizada, facilitaría una colaboración eficaz y garantizaría que los Estados pertinentes tengan amplias oportunidades de aportar información. Asimismo, contribuiría a reducir los incentivos para la retención de personal basados en el atractivo de los altos salarios en países de altos ingresos como Suiza, lo cual dificulta una buena comprensión de las necesidades y culturas de los PIBM y fomenta la permanencia prolongada en el mismo lugar. Existe una tensión inevitable en la contratación entre garantizar un alto nivel de experiencia técnica que pueda ofrecerse como servicio a los países y un alto nivel de comprensión cultural y contextual que permita compartir dicha experiencia de manera efectiva. El contexto local debe integrarse en la formulación de políticas centrales, y las políticas desarrolladas a nivel central deben adaptarse para abordar el contexto local.

Otra expectativa fundamental para el éxito de una OHI debería ser reducir la necesidad de desarrollo de

capacidades a medida que las economías, las habilidades técnicas y la tecnología progresan, y las enfermedades infecciosas continúan disminuyendo (Sección II.3.6). Esto es difícil de lograr, ya que el personal desarrolla dependencia de beneficios como subsidios educativos y apoyo sanitario, si se proporcionan en común con las agencias actuales de la ONU. Sin embargo, puede incorporarse a los contratos como límites de duración y, potencialmente, incentivos de desempeño para lograr objetivos claros de fortalecimiento de la capacidad del país.

En resumen, la plantilla de una OHI dependerá claramente de cómo se defina la misión de la organización, pero en general requerirá:

- Límites de mandato y rotación de personal
- Se requiere diversidad de antecedentes con relevancia para la geografía y las culturas de trabajo.
- Alta y actualizada experiencia técnica
- Independencia frente a la influencia de entidades externas y Estados individuales.

La sección IV.6.3 analiza estos requisitos en el contexto de la OMS.

³⁰⁵ Organización Mundial de la Salud. Centro de la OMS para la Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias . <https://pandemichub.who.int/>

PARTE IV:

**LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD**

PARTE IV

La Organización Mundial de la Salud

La Parte III de este informe describió los principios normativos e institucionales que deberían sustentar una OHI. En esta Parte IV, el informe comparará las prácticas actuales de la OMS con dichos estándares para identificar deficiencias y áreas que requieren reforma y mejora. El análisis se basa en una serie de revisiones exploratorias rápidas dentro de cada categoría, que incluyen fuentes primarias y secundarias, así como literatura gris. A partir de este análisis, se presentarán en la Parte V recomendaciones y debates sobre la reforma o sustitución de la OMS.

IV.1. ALGUNOS TEMAS COMUNES ASOCIADOS CON LA LITERATURA SOBRE LA REFORMA DE LA OMS

La revisión realizada por Moser y Bump en 2022 identificó varios problemas clave relacionados con el funcionamiento y la reforma de la OMS en la literatura académica existente. Este informe del IHRP ha obtenido resultados similares y, por lo tanto, explora muchos de estos temas en detalle en las secciones siguientes. Sin embargo, también resulta útil destacar algunas de las principales conclusiones de la revisión de Moser y Bump, ya que complementan las de este informe e ilustran un cierto grado de consenso en la literatura.

La revisión realizada por Moser y Bump identificó varios temas que requieren una reforma de la OMS:

- Visión estratégica fragmentada y ad hoc basada en las preferencias de los donantes o en sus intereses actuales.
- Programas de actividades sobrecargados que son *“demasiado numerosos, demasiado extensos o demasiado dispersos”*.³⁰⁶
- Existen numerosos problemas con la forma en que se financia la OMS y cómo la financiación puede modificar las prioridades y la política sanitaria mundial.
- El escaso cumplimiento por parte de los Estados

Miembros afecta a la aplicación de la estrategia de la OMS (lo cual se ve obstaculizado por la falta de recursos o la visión cortoplacista de los agentes ejecutores, incluidos los Estados Miembros).

- Falta de marcos claros para facilitar la cooperación entre los actores.
- Competencia interna por el presupuesto de la OMS, luchas de poder entre jurisdicciones y debilitamiento de la transdisciplinariedad (falta de pensamiento integrado).
- La deficiente dotación de personal se debe a la fragmentación presupuestaria y/o a procesos políticos que priorizan la inclusión sobre la competencia.
- El entorno competitivo entre la sede de la OMS y las oficinas regionales ha provocado una menor cooperación y una disminución de la moral.
- La OMS tiende a desviarse de su función de asistencia técnica/experta.
- La autoridad de la OMS se ve socavada por el consentimiento/cumplimiento voluntario de los Estados miembros.
- Falta de mecanismos de aplicación de la ley y dependencia del poder blando/denuncia pública.
- El aumento de la competencia externa procedente de las iniciativas mundiales de salud (GHI, por sus siglas en inglés), sobre todo del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis (GFATM) y de GAVI.
- Una pérdida de autoridad epistémica y práctica que dio lugar a un cambio hacia otras agencias no gubernamentales para suplir las deficiencias percibidas de la OMS (por ejemplo, Médicos Sin Fronteras durante el brote de ébola de 2014).
- Existen condiciones de trabajo de desconfianza entre la OMS, las principales organizaciones sanitarias mundiales y los actores locales.
- Influencia desigual de ciertos Estados Miembros

³⁰⁶ Fabian Moser, Jesse B. Bump, Evaluación de la Organización Mundial de la Salud: ¿Qué revela el debate académico y es democrático?, Social Science & Medicine, Volumen 314, 2022, 115456, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>

en los procesos de la OMS, incluso dentro de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo.

- La escasa inclusión de los países de ingresos bajos y medianos afectará a las políticas de la OMS.

- Una Asamblea Mundial de la Salud abrumadora en la que los países con escasos recursos no pueden participar en igualdad de condiciones.

- Un Consejo Ejecutivo de la OMS que carece de rendición de cuentas por sus decisiones.

- Falta de evaluaciones periódicas e independientes.

- Afirma que la OMS oculta pruebas que contradicen las directrices políticas de poderosos Estados miembros y donantes.

- Un escaso compromiso operativo con su supuesto enfoque basado en los derechos.

- Aplicación inconsistente de las normas de transparencia.

Estos temas se examinan con mayor detalle a continuación. Sin embargo, la reseña de Moser y Bump de 2022 extrae una conclusión crucial de su análisis, que merece ser citada íntegramente:

Los objetivos y estrategias de la OMS eran poco claros y objeto de controversia. Se constató la falta de legitimidad y gobernanza. Su autoridad y relaciones parecían débiles y susceptibles a injerencias no democráticas. La estructura y el desempeño de la OMS parecían ser contrarios a su misión, y su personal parecía estar excesivamente especializado y ser poco adaptable. Las debilidades en todas estas áreas sustentan cuestiones de identidad, que parecen verse comprometidas por desacuerdos sobre normas y

*valores, diferencias culturales sin resolver y diversas inconsistencias.*³⁰⁷

Ahora examinaremos con mayor detalle muchos de estos y otros temas.

IV.2. IDENTIDAD

IV.2.1. ¿Está la OMS promoviendo la salud pública internacional?

Como se explica en la Sección II.1.4, la salud es un sistema complejo y los sistemas de atención médica contribuyen solo mínimamente a los resultados de salud, entre numerosos factores socioeconómicos y ambientales³⁰⁸. Además, los contextos de la vida real se caracterizan por una multitud de intervenciones simultáneas y la ausencia de «áreas vírgenes» que podrían utilizarse como grupos de control.

Por lo tanto, resulta extremadamente difícil —si no imposible— atribuir los resultados observados a una intervención sanitaria específica.³⁰⁹ Las herramientas existentes permiten comparar la eficacia de intervenciones muy concretas, pero no permiten medir adecuadamente los beneficios de las intervenciones de fortalecimiento del sistema de salud ni de las reformas sanitarias. Finalmente, salvo un número muy limitado de tratados y reglamentos vinculantes, ninguna de las publicaciones de la OMS es directamente aplicable en los países; por muy influyentes que sean las directrices y los expertos de la OMS, la implementación siempre recae bajo la responsabilidad de los gobiernos locales. Por consiguiente, teóricamente es imposible medir los resultados del trabajo de la OMS y atribuirle los resultados observados mediante los enfoques de evaluación tradicionales.

No obstante, el 14º Programa General de Trabajo prevé medir los resultados de la OMS mediante indicadores de

³⁰⁷ Fabian Moser, Jesse B. Bump, Evaluación de la Organización Mundial de la Salud: ¿Qué revela el debate académico y es democrático?, Social Science & Medicine, Volumen 314, 2022, 115456, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>

³⁰⁸ Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB (2016) Clasificación de la salud del condado: relaciones entre los factores determinantes y los resultados de salud. Am J Prev Med. 50(2):129–35.

³⁰⁹ Victora CG, Black RE, Boerma JT y Bryce J (2010) Medición del impacto en la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá: Un nuevo enfoque para las evaluaciones de efectividad a gran escala. The Lancet 377(9759): 85-95. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60810-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60810-0)



Figura IV.1 – Marco de resultados de la 14.ª GPW

Fuente: Organización Mundial de la Salud ³¹⁰, https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/46cc7cac_e35e-451b-808e-1f0e4ad5f68c/content

resultados e impacto. La OMS ha denominado a esto marco de resultados (Figura IV.1).

Sin embargo, el marco no aborda los evidentes problemas de atribución. De hecho, la única forma de evaluar los resultados de la OMS es mediante enfoques de evaluación basados en la teoría, ya sea a partir de teorías del cambio ³¹¹ o de la denominada evaluación realista. ³¹²

En lugar de intentar atribuir un resultado a una intervención, estos enfoques “abren la caja negra” ³¹³ de las intervenciones complejas (comprendiendo cómo funcionan los programas, para quién, por qué y en qué circunstancias) y tienen en cuenta el contexto. El uso de estos enfoques requiere sólidas capacidades de evaluación. Dicho esto, como se explica más adelante

(Sección IV.5), la cultura y la práctica de la evaluación aún están poco desarrolladas en la OMS.

Dado que solo los enfoques de evaluación basados en la teoría pueden utilizarse razonablemente para evaluar los resultados de la OMS, esta deberá recurrir a metodologías de la teoría del cambio para orientar las posibles vías de cambio y evaluar el alcance de los efectos que cualquier política pueda tener en la práctica de la salud pública en los Estados Miembros. Por ejemplo, el 14.º Programa General de Trabajo (PGT) indica que las “vías de cambio” de la OMS y su teoría general del cambio son lineales y causales, pero en realidad son demasiado generales para guiar la evaluación. En consecuencia, su aplicación sirve únicamente como base inicial para elaborar una teoría del cambio más detallada.

³¹⁰ Organización Mundial de la Salud, «Estrategia mundial de salud para 2025-2028: promover la equidad y la resiliencia en un mundo turbulento. Decimocuarto Programa General de Trabajo». Página 38. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³¹¹ Weiss CH (1998) Evaluación: Métodos para el estudio de programas y políticas. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

³¹² Pawson R y Tilley N (1997) Evaluación realista. Londres: SAGE.

³¹³ Organización Mundial de la Salud, «Estrategia mundial de salud para 2025-2028: promover la equidad y la resiliencia en un mundo turbulento. Decimocuarto Programa General de Trabajo». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

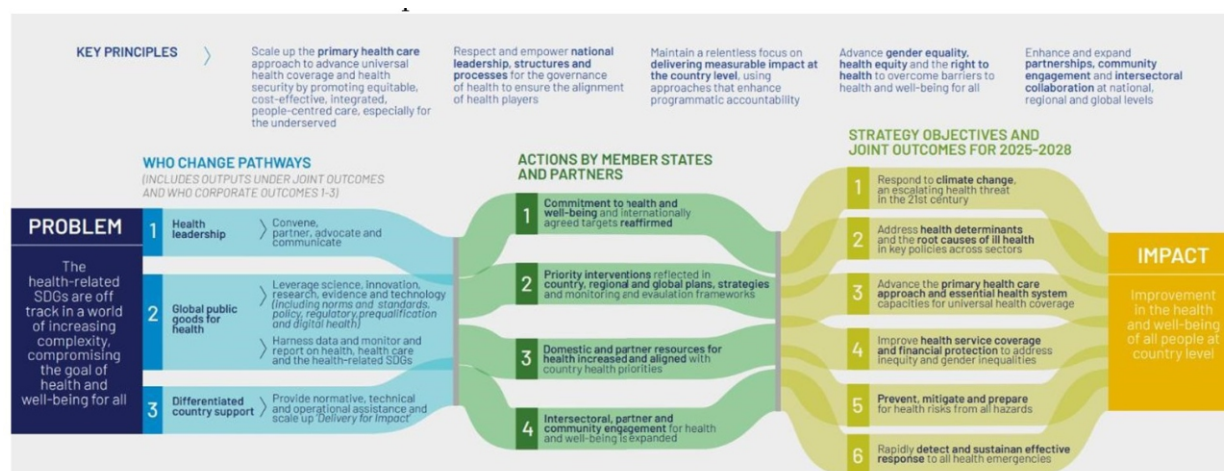


Figura IV.2 – WHO Change pathways (according to GPW 14 pp. 44-45)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/46cc7cac-e35e-451b-808e-1f0e4ad5f68c/content>

Otra forma de identificar posibles "vías de cambio" para las acciones emprendidas para mejorar las capacidades específicas del sistema de salud mediante inversiones en funciones esenciales de salud pública y bienes comunes para la salud, es mediante el uso del marco de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud (HSPA, por sus siglas en inglés).^{314, 315}

Por último, otro tipo de evaluación basada en la teoría se encuentra en la evaluación realista, que requiere capacidades específicas en evaluación.³¹⁶ Este enfoque ha sido utilizado notablemente por la OMS y sus socios para evaluar el papel de la Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal,³¹⁷ un proyecto complejo.

Intervención, en la que participan multitud de actores, con actividades y resultados diversos, para fortalecer el diálogo político en materia de planificación y financiación de la salud en una selección de países beneficiarios.³¹⁸

La OMS y las normas jurídicas internacionales

Como organización internacional, la OMS se rige principalmente por su constitución, el derecho internacional consuetudinario y las normas de ius cogens, así como por otros tratados que haya suscrito. Sin embargo, cuando se trata de tratados de los que una organización internacional no es parte, no tiene la obligación de implementarlos. Por ejemplo, dado que la OMS no es parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), no está obligada por este. No obstante, este principio no impediría que la OMS utilizara el contenido generado por el Comité para la interpretación del derecho humano a la salud.

Las organizaciones internacionales también generan leyes a través de su funcionamiento. Por lo tanto, se espera que la OMS respete sus propios tratados, reglamentos, normas y reglas creadas por sus órganos. Esta es la esencia del estado de derecho a nivel internacional. Sin embargo,

³¹⁴ Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J (Eds) (2022) Evaluación del desempeño del sistema de salud: un marco para el análisis de políticas. Ginebra: OMS (Serie de Políticas de Salud n.º 57).

³¹⁵ Amri M, Rajan D, Koch K, et al. (2025) Mapeo conceptual de cómo la inversión en funciones esenciales de salud pública (FESP) y bienes comunes para la salud (GCS) puede mejorar el desempeño del sistema de salud. *Frontiers in Public Health* 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1531837>

³¹⁶ Véase, por ejemplo, Centre for Advancement in Realist Evaluation and Synthesis (CARE) (sin fecha, consultado el 4 de noviembre de 2025) Realist Evaluation and Synthesis; y Better Evaluation Knowledge (sin fecha, consultado el 4 de noviembre de 2025) Realist evaluation. Better Evaluation.

³¹⁷ Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal (UHCP). Página principal. <https://extranet.who.int/uhcpartnership/>

³¹⁸ Robert E, Ridde V, Rajan D, Sam O, Dravé M, Porignon D (2019) Evaluación realista del papel de la Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal en el fortalecimiento del diálogo político para la planificación y financiación de la salud: un protocolo. *BMJ Open* 9(1):e022345. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022345>

depende de la voluntad de las organizaciones de cumplir con sus obligaciones, ya que el derecho internacional a menudo carece de mecanismos sólidos de rendición de cuentas y de aplicación del estado de derecho.

Un lamentable ejemplo reciente de la OMS que no se atiene a sus normas, y que en el proceso pone en considerable desventaja a los Estados con menos recursos y delegaciones más pequeñas ante la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), quedó al descubierto en las recientes negociaciones sobre enmiendas al RSI. En resumen, la OMS y la AMS no cumplieron con el procedimiento establecido en el artículo 55.2 del RSI (2005), que exige que todos los proyectos de enmienda se comuniquen a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de una reunión de la AMS. Como se indica en el artículo 55:

“Artículo 55 - Enmiendas (Reglamento Sanitario Internacional)”³¹⁹

1. Cualquier Estado Parte o el Director General podrán proponer enmiendas a este Reglamento. Dichas propuestas de enmienda se someterán a la consideración de la Asamblea de Salud.

2. El Director General comunicará el texto de cualquier enmienda propuesta a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la Asamblea de la Salud en la que se proponga su examen.

Los reglamentos de la OMS adoptados en virtud del artículo 21 de la Constitución tienen un estatus extraordinario: «entrarán en vigor para todos los Miembros» tras la debida notificación y siempre que los Miembros no hayan ejercido su derecho a no acatar la normativa dentro del plazo establecido (artículo 22 de la Constitución de la OMS). En otras palabras, los reglamentos son tratados, aunque no lleven esa denominación oficial. Como tratados, el texto final debe

ser normalmente debatido y aprobado por los ministerios pertinentes y los parlamentos nacionales antes de que las delegaciones nacionales se comprometan. La ciudadanía puede expresar su opinión mediante consultas con grupos de la sociedad civil y comunicaciones con sus representantes. El plazo de cuatro meses establecido en el artículo 55.2 debe interpretarse de acuerdo con este principio democrático.

El asunto se debatió en la quinta reunión del Grupo de Trabajo sobre Derechos Humanos (GTDH) en octubre de 2022.³²⁰ Durante el debate público, el asesor jurídico de la OMS afirmó que el artículo 55(2) no se aplicaría al GTDH como subdivisión de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), ignorando que dicho artículo no establecía tal distinción y que el GTDH inicialmente pretendía respetarlo al fijarse como plazo el 5 de enero de 2024. Uno de los copresidentes del GTDH invocó un precedente falso, al afirmar que las negociaciones del anterior paquete de enmiendas, adoptado en 2005, habían continuado hasta la mañana del 58.º período de sesiones de la AMS. Sin embargo, la versión de 1969 del RSI,³²¹ enmendada en 1973 y 1981, no contenía ninguna disposición procesal de este tipo sobre la presentación de enmiendas. El plazo de cuatro meses se añadió a la versión de 2025, aprobada por la AMS en dicha reunión, por lo que se aplicó a partir de entonces. Por lo tanto, era obvio que lo ocurrido en 2005 no violaba el artículo 55(2) puesto que éste no existía.

Lamentablemente, el Grupo de Trabajo sobre Derechos Humanos decidió que no debían respetarse los requisitos procesales específicos del artículo 55(2) y que las negociaciones debían continuar hasta mayo de 2024 (la Asamblea Mundial de la Salud), como se señala en el informe de la reunión.³²²

Los copresidentes observaron que, en referencia a la decisión WHA75(9) (2022), parecía improbable que el paquete de enmiendas estuviera listo para enero de 2024. En ese sentido, el Grupo de Trabajo acordó

³¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2016). Marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional: Conjunta de Evaluación Externa. Ginebra: OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf>

³²⁰ Organización Mundial de la Salud (2022). Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS ante Emergencias Sanitarias, 5.ª Reunión. https://apps.who.int/gb/wgih/e/e_wgih-5.html

³²¹ Organización Mundial de la Salud (2013). Reglamento Sanitario Internacional (2005): Marco de Seguimiento y Evaluación. Ginebra: OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/96616>

³²² Organización Mundial de la Salud (2022). Grupo de trabajo sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS ante emergencias sanitarias. (WGIHR-5): Propuesta de enmiendas al RSI. https://apps.who.int/gb/wgih/pdf_files/wgih5/A_WGIHR5_3-en.pdf

continuar su labor entre enero y mayo de 2024. El Director General presentará a la Septuagésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud el paquete de enmiendas acordado por el Grupo de Trabajo.

Para colmo, la OMS afirmó en una sesión de preguntas y respuestas³²³ que había cumplido con los requisitos del artículo 55(2) al distribuir una recopilación de 308 enmiendas propuestas en noviembre de 2022, las cuales habían sido modificadas o eliminadas en gran medida a través de múltiples rondas de negociaciones.

En la 77.ª reunión de la Asamblea Mundial de la Salud (1 de junio de 2024), las negociaciones se prolongaron hasta altas horas de la noche (cuando las delegaciones debían abandonar Ginebra unas horas después) hasta que se alcanzó un texto consensuado. La OMS, como organizadora de la reunión, infringió de forma clara e intencionada los requisitos de procedimiento del artículo 55.2 del Reglamento Sanitario Internacional.

IV.2.2. La OMS y la ética de la salud pública

En 2015, la OMS publicó *Ética de la salud global: Claves Cuestiones*³²⁴, dentro de las cuales la OMS incluye la ética médica y la ética de la salud pública bajo el término 'ética de la salud', ya que indica que:

*"La ética de la salud es el campo interdisciplinario de estudio y práctica que busca específicamente comprender los valores que sustentan las decisiones y acciones en la atención médica, la investigación en salud y las políticas de salud, y brindar orientación para la acción cuando estos valores entran en conflicto".*⁴²¹

El riesgo de este enfoque radica en someter la ética médica a la ética de la salud pública, subordinando los principios de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad del paciente y consentimiento informado al "bien común".

De hecho, en *Ética de la salud global: Clave* La OMS parece sustituir la confidencialidad del paciente por la «confianza» al enumerar la no maleficencia, la

beneficencia y la «confianza» como «*principios éticos fundamentales en la atención clínica*», y al referirse a la «*privacidad y la confidencialidad*» como «*otras cuestiones éticas importantes en la atención clínica*» (véase la Sección II.1.2).³²⁵ La confianza, en realidad, es el resultado de la percepción que el paciente tiene del médico o del sistema de salud en general, mientras que la confidencialidad del paciente se centra inequívocamente en la obligación del médico para con el paciente. Por lo tanto, la «confianza» no puede ser un principio fundamental de la ética médica. La confidencialidad del paciente ha sido reconocida como un principio fundamental de la ética médica durante más de dos milenios, y el desprecio de la OMS por este principio tiene implicaciones preocupantes.

Posteriormente, en 2023, la OMS publicó el «*Código de Ética de la OMS*», un documento que establece la conducta que se espera de los empleados, consultores y demás personas que trabajan con la organización.³²⁶ Sin embargo, el código aborda principalmente los problemas que suelen surgir en las grandes instituciones y subraya la obligación del personal de ser leal a la OMS. Por ejemplo, en el apartado de *Independencia e Imparcialidad*, se afirma:

*"Nos comportamos teniendo siempre presentes los intereses de la OMS y bajo la exclusiva autoridad del Director General. Ejercemos la máxima discreción en nuestras acciones y nos abstenemos de participar en cualquier actividad que sea, o pueda percibirse como, contraria a los intereses de la OMS, o que pueda dañar la reputación de la Organización..."*⁴²⁴

Está claro que esto no se centra en la ética de la salud pública, pero sí plantea posibles conflictos interesantes para el personal de la OMS, que puede percibir las directrices de la organización como contrarias a las exigencias de su profesión; es decir, la ética de la salud pública (véase la sección sobre cultura interna).

En resumen, es fundamental mitigar los efectos de la influencia y el control externos sobre el derecho fundamental de las personas a decidir sobre su propia atención médica, tal como se define en la relación médico-

³²⁴ (2015). *Ética de la salud global: Cuestiones clave*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/global-health-ethics-key-issues>

⁴²¹ *Ibíd.*

³²⁵ *Ibíd.*

³²⁶ OMS. Código de Ética de la OMS 2023 <https://www.who.int/about/ethics/ethical-principios>

⁴²⁴ *Ibíd.*

paciente, y sobre los derechos de las comunidades y poblaciones mediante la extensión de estos principios a la salud pública. La centralización de la atención médica ha cobrado impulso desde la formación de organismos profesionales en el campo de la medicina en el siglo XIX, comenzando con la creación de la Asociación Médica Británica (BMA) en 1832 y la Asociación Médica Estadounidense (AMA) en 1847. Esta tendencia se ha extendido con el desarrollo de la salud pública moderna y la formación de instituciones nacionales e internacionales en este ámbito. Dichas asociaciones e instituciones pueden promover el respeto por los derechos de los pacientes y las poblaciones al defender los principios de los derechos humanos expresados en el Juramento Hipocrático y los códigos y declaraciones posteriores. Sin embargo, también pueden socavar estos derechos al abrogar el derecho fundamental a la toma de decisiones inherente a cada persona. La presión para actuar de esta última manera aumenta cuando las asociaciones actúan como gremios para incrementar sus ingresos o establecen relaciones con entidades con fines de lucro que tienen conflictos de interés en el sector, o cuando las instituciones de salud pública hacen lo mismo o simplemente priorizan su propia supervivencia y crecimiento por encima de su misión. Por lo tanto, resulta fundamental acordar un código de ética y principios rectores, basados en los derechos fundamentales de cada persona, que regulen y limiten la posibilidad de que la salud pública se corrompa de esta forma.

Si bien la OMS surgió en una época de profunda reflexión sobre los derechos humanos y la ética médica tras la Segunda Guerra Mundial, su constitución apenas contiene expresiones explícitas de ética. Sin embargo, como organismo de las Naciones Unidas, se presume

razonablemente que las principales convenciones internacionales de derechos humanos analizadas en la Sección II.2.1 se aplican a su labor, junto con la concepción normativa de la soberanía individual recogida en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)⁴²⁵, y los códigos relativos a la medicina y la investigación médica (por ejemplo, el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki).^{426, 427}

La OMS ha intentado dar mayor importancia a la ética en su labor, pero hasta la fecha sus esfuerzos han estado fuertemente centrados en Occidente, y los ideales de inclusión y representación implícitos en el principio de participación pública se descuidan en gran medida. Por ejemplo, en 2009, la OMS creó la Red Mundial de Centros Colaboradores de la OMS para la Bioética con el fin de apoyar a la Unidad Mundial de Ética en Salud de la OMS en la implementación de su labor en el ámbito de la ética y la salud.⁴²⁸ Para 2015, la red contaba con solo seis miembros oficialmente designados, todos ellos del Norte global. El número aumentó a trece a finales de 2021. Sin embargo, no fue hasta el período 2022-2023 que la Red se expandió para incluir 14 centros colaboradores en las seis regiones de la OMS (aunque seguía dominada por instituciones occidentales), y aun así la OMS esperaba que todos los Estados Miembros de la OMS tomaran en serio las recomendaciones de la Red, incluso cuando no estuvieran representados en ella.

Además, desde 2020, la unidad de ética de la OMS ha guardado silencio sobre cuestiones como las restricciones impuestas a muchas poblaciones como respuesta de salud pública a la COVID-19. Se estima que los cierres prolongados de escuelas y lugares de trabajo, que fomentan la pobreza, han llevado a millones de niñas al matrimonio infantil,⁴²⁹ han aumentado el trabajo

⁴²⁵ ONU (2026), 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/en/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>

⁴²⁶ El Código de Núremberg, 1947. <https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/>

⁴²⁷ Asociación Médica Mundial. 1964-2024. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica con participantes humanos. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involvement-human-subjects/>

⁴²⁸ Organización Mundial de la Salud . « Red mundial de centros colaboradores de la OMS para la bioética : Términos de referencia » . <https://www.who.int/groups/global-network-of-who-collaborating-centres-for-bioethics/terms-of-reference>

⁴²⁹ de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). COVID-19: Una amenaza para el progreso contra el matrimonio infantil . Nueva York : UNICEF . <https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-matrimonio/> ;

Roberton, Timothy, et al. "Primeras estimaciones de los efectos indirectos de la pandemia de COVID-19 en la salud materna y infantil ". The Lancet Global Health 8, n.º 7 (2020). [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/texto completo)

infantil,⁴³⁰ los embarazos adolescentes,⁴³¹ y han reducido las oportunidades educativas, lo que tendrá efectos intergeneracionales en la pobreza y, en consecuencia, en la salud futura. La OMS guardó un silencio notable sobre estas cuestiones, a pesar de sus impactos directos en las prioridades centrales de la OMS y su concentración en poblaciones vulnerables de bajos ingresos, como la OMS había predicho en informes anteriores.⁴³² Los daños de la respuesta siguen sin figurar en las actividades del grupo de trabajo de ética de la OMS sobre la COVID-19.⁴³³ La concentración ha sido, en cambio, sobre la gestión de mensajes y la promoción de las posturas de la organización en materia de salud pública a través de su narrativa de la infodemia.³²⁷ Por último, un análisis realizado por investigadores de la Universidad de Leeds sugiere que esta narrativa sobre las infodemias y su énfasis en la desinformación carece de una autocritica sobre el papel de las autoridades de salud pública en la promoción de la desinformación y la supresión activa de formas alternativas de evidencia creíble.³²⁸ Como argumenta el análisis, la OMS entiende las infodemias como resultado de actores externos, y no a través de las autoridades de salud pública, lo cual contradice la experiencia durante la COVID-19 y, por lo tanto, socava el propio énfasis ético de la OMS en la necesidad de una comunicación precisa y la confianza.

Estas respuestas prácticas, o la falta de ellas, reflejan la postura que la OMS ha adoptado respecto a la primacía relativa del individuo, en la que parece priorizar los derechos colectivos sobre los individuales. En la directriz 12 de sus *Directrices de 2017 sobre cuestiones éticas en la vigilancia de la salud pública*,³²⁹ la OMS declara:

“Las personas tienen la obligación de contribuir a la vigilancia cuando se requieren conjuntos de datos fiables, válidos y completos, y existen las medidas de protección pertinentes. En estas circunstancias, el consentimiento informado no es éticamente necesario”.

Esta guía es crítica, ya que niega la autonomía del individuo al no brindarle la oportunidad de evaluar la credibilidad de los parámetros que establece. Esta deficiencia se evidencia cuando, en su nota explicativa a la Guía, la OMS afirma:

“Es obligación de las autoridades de salud pública responsables de la vigilancia evaluar la importancia y la viabilidad de obtener el consentimiento informado”.

Ciertamente, la nota explicativa posterior afirma:

⁴³⁰ [las Naciones Unidas para la Infancia \(2020\). COVID - 19 y trabajo infantil: Un momento de crisis, un momento para actuar. Nueva York : UNICEF . https://www.unicef.org/media/70261/file/COVID-19-and-Child-labour-2020.pdf](https://www.unicef.org/media/70261/file/COVID-19-and-Child-labour-2020.pdf)

⁴³¹ Oficina Regional para Asia Meridional del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). COVID-19 y su impacto en los niños de Asia Meridional. Katmandú: UNICEF ROSA <https://www.unicef.org/rosa/media/13066/file/Main%20Report.pdf> ; Global (2020). “Aumento de los embarazos adolescentes durante el confinamiento en Kenia”. <https://www.globalcitizen.org/en/content/rise-in-teenage-pregnancies-during-kenya-lockdown/>

⁴³² Organización Mundial de la Salud (2019). Atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: 2019 mundial . Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>

⁴³³ Organización Mundial de la Salud. «Ética sanitaria y COVID - 19 » . <https://www.who.int/teams/health-ethic-governance/diseases/covid-19>

³²⁷ Organización Mundial de la Salud (2023). “La OMS inicia deliberaciones sobre un marco ético y herramientas para la escucha social y la gestión de la infodemia”. 10 de febrero de 2023. <https://www.who.int/news/item/10-02-2023-who-kicks-off-deliberations-on-ethical-framework-and-tools-for-social-listening-and-infodemic-management>

³²⁸ Universidad de Leeds. Reevaluación de la Agenda de Preparación y Respuesta ante Pandemias (REPPARE). <https://essl.leeds.ac.uk/directories0/dir-record/research-projects/1260/re-evaluating-the-pandemic-preparedness-and-response-agenda-reppare>

³²⁹ Organización Mundial de la Salud (2017). Directrices de la OMS sobre cuestiones éticas en la vigilancia de la salud pública. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-on-ethical-issues-in-public-health-surveillance>

“Independientemente de si se solicita o no el consentimiento, la información sobre la naturaleza y el propósito de la vigilancia, así como sobre cualquier riesgo de daño, debe ser de acceso público”.

Existen situaciones en las que se requieren datos anonimizados de alto nivel para la toma de decisiones que constituyen un claro bien público y que no se considerarían razonablemente como una vulneración de los derechos individuales. Sin embargo, la norma general, basada en la comprensión de los derechos humanos y la ética médica y de salud pública expuesta en la Parte II.1.1, 1.2, claramente impone la responsabilidad a las autoridades de salud pública. La responsabilidad es informar y, sobre todo, no exigir la contribución individual si se pretende respetar el principio fundamental de soberanía individual o autonomía corporal. Determinar las circunstancias en las que los datos pueden utilizarse adecuadamente es claramente una tarea que debe definirse cerca de la población afectada, en lugar de centralizadamente, para garantizar que se tengan en cuenta el contexto, las normas locales y el conocimiento. La aparente tendencia de la OMS a adoptar un enfoque colectivista, basado en una estructura centralizada y una red dominada por instituciones occidentales con escasa representación de países de ingresos bajos y medianos⁴³⁷, parece una desviación considerable de los principios en los que se pretendía fundamentar la OMS.

La OMS, la salud y los derechos humanos

El concepto del derecho a la salud, como una importante responsabilidad de los países y la sociedad en el contexto de derechos considerados irrenunciables, como la autonomía corporal, se trató en la Sección II.1.1. Por lo tanto, estos conceptos son fundamentales para la labor de la OMS y para la aplicación de sus recomendaciones en el contexto nacional. Como se señaló anteriormente, el

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) aclaró el significado del derecho a la salud mediante la Observación General n.º 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que comienza así:

*- “El derecho a la salud comprende tanto libertades como prerrogativas. Las libertades incluyen el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no sufrir injerencias, como el derecho a no ser sometido a tortura, tratamientos médicos no consentidos ni experimentación. Por el contrario, las prerrogativas incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud que garantice la igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del máximo nivel de salud posible”.*³³⁰ [Comentario completo en la Sección II.1.1].

En las últimas dos décadas, la OMS ha introducido un nuevo término: un «enfoque de la salud basado en los derechos humanos»,^{331, 332} que complica un tanto esta comprensión y suscita inquietudes respecto a su interpretación. Es importante comprender la diferencia entre el derecho a la salud y un enfoque de la salud basado en los derechos humanos. La OMS publicó «El enfoque de la tuberculosis basado en los derechos humanos» en 2001, y posteriormente, en 2008, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) publicaron conjuntamente su ficha informativa.

“Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos”. El sitio web de la OMS explica que este enfoque “compromete a los países a desarrollar sistemas de salud eficaces, integrados, responsables, que cumplan con los derechos humanos y que tengan en cuenta la perspectiva de género, e implementar otras medidas de salud pública

⁴³⁷ 437 Organización Mundial de la Salud. “Red mundial de centros colaboradores de la OMS para la bioética”. <https://www.who.int/groups/global-network-of-who-collaborating-centres-for-bioethics/about>
Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación

³³⁰ Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general n.º 14, párr. 8.

³³¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud (2008). El *derecho a la salud*. Hoja informativa n.º 31. Ginebra : OMS / ACNUDH .
<https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-health-ohchrwho-2008>

³³² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. “Enfoque basado en los derechos humanos para Salud.”
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/ESCR/Health/HRBA_HealthInformationSheet.pdf

que mejoren los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso al agua y al saneamiento”.⁴⁴¹

La cita anterior no es un concepto jurídico, sino un principio de programación destinado a ser utilizado por los equipos y oficinas de la ONU en los países para orientar las políticas, estrategias y programas de salud hacia la realización de otros derechos humanos relacionados con la prestación de atención médica. Junto con una gran cantidad de documentos académicos, se han publicado múltiples directrices como orientación práctica y operativa en todo el sistema de la ONU, incluyendo la “Orientación técnica sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la implementación de políticas y programas para reducir la mortalidad y morbilidad materna prevenibles” (ACNUDH, 2012)³³³, “Garantizar los derechos humanos en la prestación de información y servicios anticonceptivos: orientación y recomendaciones” (OMS, 2014),³³⁴ “Alimentos saludables: un enfoque basado en los derechos humanos” (OPS/IRIS, 2022).⁴⁴⁴

Es fundamental que los responsables políticos tengan un objetivo amplio y sean conscientes de las interconexiones de los derechos humanos, tal como promueve la OMS. Sin embargo, el enfoque de la OMS corre el riesgo de malinterpretar o incluso descuidar el derecho humano a la salud. Un enfoque basado en los derechos humanos puede abarcar todo y debe aplicarse con sumo cuidado. En general, las medidas de implementación deben sopesarse frente al derecho a la salud desde un punto de vista legal y al respeto de la dignidad humana, y no pueden anular los derechos negativos fundamentales que subyacen a las interacciones de un individuo con la sociedad en general, ni utilizarse para silenciar el debate

sobre prioridades alternativas a aspectos específicos de la implementación de la atención sanitaria. La promoción de ciertas políticas culturales occidentales recientes, disfrazadas bajo enfoques basados en los derechos humanos, son ejemplos claros. Las Normas de la OMS para la Educación Sexual en Europa establecen que «la educación sexual se basa en un enfoque de derechos humanos (sexuales y reproductivos)» (p. 27).³³⁵ Pero esto no justifica universalmente la recomendación de que “la educación sexual comience al nacer” (p. 27) ni la idea de que “se entiende que un niño es un ser sexual desde el principio” (p. 34), ni la recomendación de que se proporcione información sobre “la masturbación en la primera infancia” a bebés y niños de 0 a 4 años (p. 38). Los estándares no necesariamente se ajustan a las normas internacionales sobre los derechos del niño (Convención sobre los Derechos del Niño [CDN])³³⁶ ni a las creencias culturales generalizadas sobre “el interés superior del niño” (Artículo 3.1, CDN),⁴⁴⁷ así como a las “responsabilidades, deberes y obligaciones de los padres” en cuanto a la orientación de sus hijos (Artículo 5, CDN). Esto plantearía interrogantes difíciles sobre si un enfoque que considera a los niños pequeños como seres sexuales respeta su dignidad humana, como derecho fundamental.

Las Directrices de la OMS de 2022 sobre la atención al aborto presentan un ejemplo similar del aparente uso selectivo de la terminología de derechos humanos en las recomendaciones de la OMS. Las Directrices optan por abstraer al feto o al bebé no nacido como «*tejido gestacional*», limitando el argumento sobre los derechos únicamente a la mujer embarazada, recomendando así políticas de aborto sin asesoramiento hasta el parto y ofreciendo la posibilidad de anular el derecho del

⁴⁴¹ Organización Mundial de la Salud. “Derechos Humanos y Salud”. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health>

³³³ Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Doc. ONU A/RES/61/106. <https://digitallibrary.un.org/record/731068>

³³⁴ Organización Mundial de la Salud (2002). 25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, n.º 1. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506748> ⁴⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. Derechos Humanos y Salud: Marco de Políticas. Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/items/f2ba666b-ae05-4de9-8005-2f078a27bf50>

³³⁵ Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y Centro Federal de Educación para la Salud (BZgA) (2010). Normas para la educación sexual en Europa. Colonia: BZgA. <https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2016/06/WHOStandards-for-Sexuality-Ed-in-Europe.pdf>

³³⁶ ONU. 1989. Convenciones sobre los Derechos del Niño. https://www.ohchr.org/en/instruments_mechanisms/instruments/convention-rights-child

⁴⁴⁷ *Ibíd.*

profesional sanitario a no practicar un aborto por motivos de conciencia, cultura o religión (véase el Informe sobre la política del derecho a la soberanía sanitaria, Parte V). Esto podría ajustarse a las políticas de algunos países y culturas, pero podría considerarse inapropiado o inmoral en otros. En consecuencia, la OMS no tiene en cuenta la interpretación basada en dicho contexto local, sino que invoca consideraciones específicas de «derechos humanos», contradiciendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la ficha informativa conjunta de la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) de 2008.³³⁷

IV.2.3. Cultura interna de la OMS

La Parte III describió ocho condiciones básicas necesarias para mantener una cultura interna positiva para una OHI. Estas incluyeron: 1. Confianza y seguridad psicológica; 2. Desarrollo profesional; 3. Contrarrestar la inercia; 4. Inclusión y pertenencia; 5. Abordar la mala conducta profesional; 6. Capacidades adecuadas; 7. Estabilidad; y 8. Entorno laboral. En comparación con la OMS, se pueden identificar varias deficiencias en la literatura sobre esta organización. Cada condición se revisará a continuación:

- **Confianza y seguridad psicológica**. Una revisión exploratoria rápida no arrojó estudios que demostraran que la OMS mantuviera políticas que silenciaran activa y sistemáticamente la disidencia interna o tomaran represalias contra las opiniones opuestas dentro de la organización. Sin embargo, hubo resultados significativos que sugieren que la mayoría de las organizaciones de las Naciones Unidas, incluida la OMS, eran culturas donde la disidencia interna no era bienvenida, lo que a menudo resultaba en autocensura, supresión de la crítica y falta de aprendizaje institucional.³³⁸ Aunque no hay estudios

oficiales sobre la "disidencia constructiva" dentro de la OMS, hay suficiente evidencia anecdótica para sugerir que existe una cultura implícita de autocensura y supresión. Las manifestaciones notables incluyen la evitación de plantear cuestiones críticas o cuestionar políticas por temor a que perjudique la seguridad laboral o el ascenso y/o el temor a que cuestionar los paradigmas existentes resulte en exclusión social, "cancelación" pública o inseguridad laboral. Por ejemplo, el liderazgo de la OMS fomentó la coherencia en los mensajes durante la COVID-19, y las voces críticas a menudo se sentían marginadas o incapaces de expresarse libremente. Se distribuyó un memorando titulado «Respuesta reactiva ante preguntas de los medios», que fue percibido como un mecanismo excesivamente autoritario para reprimir puntos de vista y opiniones críticas del personal de la OMS. Asimismo, el subdirector general de la OMS, Ranieri Guerra, antiguo alto funcionario del Ministerio de Salud italiano, retiró un informe crítico de la OMS sobre la preparación y respuesta de Italia ante la pandemia.³³⁹ Estos ejemplos suscitan una preocupación razonable sobre la cultura interna de la OMS y su capacidad para promover el diálogo abierto y la disidencia constructiva como método para fomentar la rendición de cuentas, la transparencia, la representación y el aprendizaje institucional.

- **Desarrollo profesional**. Una crítica persistente a la OMS se relaciona con acusaciones de favoritismo, clientelismo político y cumplimiento de cuotas con un enfoque reducido en la experiencia técnica. Se ha observado que esto socava la moral y el desempeño, así como el mantenimiento de las capacidades adecuadas de la OMS.³⁴⁰ Otras críticas se relacionan con una tendencia en la OMS a recortar puestos de nivel inferior en lugar de congelar las contrataciones de alto nivel o limitar los salarios de los altos cargos³⁴¹, un problema que quedó expuesto durante la reciente reestructuración tras la retirada de Estados Unidos.

³³⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2007). El derecho a la salud. Hoja informativa.

Nº 31. Ginebra: ACNUDH/OMS.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

³³⁸ Christian, Ben, Por qué las organizaciones internacionales no aprenden: La supresión de la disidencia como fuente de disfunción en las organizaciones internacionales. *International Studies Quarterly*, Volumen 69, Número 1, marzo de 2025, sqaf008. <https://doi.org/10.1093/isq/sqaf008>

³³⁹ Health Policy Watch. "La censura de la Organización Mundial de la Salud al informe sobre la respuesta de Italia a la pandemia". <https://healthpolicy-watch.news/the-world-health-organizations-censorship-of-report-on-italys-pandemic-response-sets-peligrosos-conflicts-of-interest-precedent/>

³⁴⁰ Clift C (2013). El papel de la Organización Mundial de la Salud en el sistema internacional. Documento de trabajo de Chatham House. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23121855/>

También se ha observado una dependencia excesiva de personal temporal y consultores.

"Desplazar" las oportunidades de desarrollo profesional para el personal fijo.³⁴²

- **Contrarrestar la inercia** . En este sentido, la OMS ha recibido críticas por permitir el estancamiento de funciones del personal, lo que se ha señalado que socava la innovación y las oportunidades de aprendizaje cruzado dentro de la OMS.³⁴³ Afirmaciones adicionales sobre estructuras excesivamente jerárquicas y los estilos de gestión basados en el mando y el control se han caracterizado sistemáticamente por su oposición a la gestión de la OMS.³⁴⁴

- **Inclusión y sentido de pertenencia** . La OMS mantiene políticas de igualdad e inclusión coherentes con las de las Naciones Unidas. Sin embargo, existe preocupación por el hecho de que las cuotas lingüísticas y geográficas menoscaban la meritocracia y la asignación adecuada de conocimientos especializados. Como se señala en el *Informe sobre la Política del Derecho a la Soberanía en la Salud* (Parte II), como organización de la ONU, la OMS debe equilibrar su necesidad de representación internacional con la disponibilidad de conocimientos especializados, un desafío constante para todas las instituciones de la ONU.³⁴⁵

- **Abordar la mala conducta profesional**. La OMS

se ha visto envuelta en varios escándalos que involucran a altos directivos, personal, consultores y durante sus misiones. En este sentido, la OMS no ha tenido un desempeño mejor ni peor que otras instituciones de la ONU, y la mayoría de las organizaciones públicas y privadas presentan deficiencias en este ámbito. Sin embargo, en el caso de la OMS, una preocupación particular radica en la capacidad del clientelismo político y el poder político para influir en las investigaciones internas y externas, y la OMS ha sido criticada por intentar silenciar o encubrir la mala conducta.³⁴⁶ Por ejemplo, la OMS intentó encubrir un gran escándalo de acoso sexual por parte de algunos de sus empleados en la República Democrática del Congo. Solo después de una presión considerable, la OMS creó una Comisión Independiente para investigar los abusos y la explotación sexual durante la respuesta a la décima epidemia de ébola en la RDC.³⁴⁷

- **Capacidades apropiadas**. Una OHI necesita tener las capacidades apropiadas necesarias para cumplir su mandato. Hay cuatro cuestiones que surgen en la literatura sobre la OMS. Primero, la OMS depende de un gran número de consultores. Según una fuente, "el número de consultores de la OMS se ha disparado, de un estimado de 3200 puestos equivalentes a tiempo completo a aproximadamente 7600 en julio de 2024, acercándose al número de personal regular de la OMS".³⁴⁸ Aunque el uso de consultores suele ser necesario para aportar

³⁴¹ Health Policy Watch. "Plan de reorganización de la Organización Mundial de la Salud desarrollado con una consultora con sede en Boston ." <https://healthpolicy-watch.news/world-health-organization-reorganization-plan-developed-with-boston-based-consultry/>

³⁴² Glassdoor. Opiniones de empleados de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.glassdoor.co.uk/Reviews/World-Health-Organization-Reviews-E11724.htm>

³⁴³ Health Policy Watch. "Personal de la OMS en Ginebra pide la congelación de los despidos y una revisión independiente de los planes de reducción de personal." <https://healthpolicy-watch.news/who-staff-in-geneva-call-for-freeze-in-layoffs-and-independent-review-of-downsizing-plans/>

³⁴⁴ Health Policy Watch. "Plan de reorganización de la Organización Mundial de la Salud desarrollado con una consultora con sede en Boston ." <https://healthpolicy-watch.news/world-health-organization-reorganization-plan-developed-with-boston-based-consultry/>

³⁴⁵ Frenk J, Gómez-Dantés O (2014). Diseño de un marco para el concepto de salud. *Journal of Public Health Policy* 35, n.º 3: 401–416. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23100330/>

³⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. « Oficina de Servicios de Supervisión Interna : Investigaciones » . <https://www.who.int/about/office-of-internal-oversight-services/investigations>

³⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, Comisión Independiente para la revisión de los abusos y la explotación sexual durante la respuesta a la décima epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en la República Democrática del Congo. <https://www.who.int/publications/m/item/final-report-of-the-independent-commission-on-the-review-of-sexual-abuse-and-exploit-ebola-drc>

experiencia, se han planteado preocupaciones sobre su falta de rendición de cuentas, la falta de claridad sobre su costo financiero, la no divulgación de costos y el conflicto de intereses.⁴⁶⁰ Segundo, como se mencionó anteriormente, la OMS ha sido criticada a menudo por priorizar las cuotas sobre la experiencia, lo que plantea preocupaciones de que la OMS no esté desplegando al personal más adecuado en todos los casos.³⁴⁹ Tercero, se ha planteado la preocupación de que la OMS haya "excedido" su mandato en un número creciente de áreas políticas. Una consecuencia de esta "expansión de la misión" es una mayor incapacidad para abordar adecuadamente estas áreas políticas, lo que aumenta la dependencia de consultores, no expertos. Se ha reasignado personal, reduciendo la capacidad en otros ámbitos. Por último, la competencia presupuestaria entre un número creciente de departamentos ha socavado la coordinación y la cooperación.³⁵⁰

- **Estabilidad.** Los recientes recortes en la financiación de la OMS han puesto de manifiesto la preocupación por la seguridad laboral del personal de menor nivel y el posible uso excesivo de consultores y personal temporal para reducir los presupuestos básicos. Además, como se analiza en la Parte IV.6.2, la excesiva dependencia de la OMS de las contribuciones voluntarias menoscaba su capacidad para la planificación estratégica a largo plazo. Una consecuencia de su financiación es un entorno inestable en el que los departamentos no pueden elaborar planes a largo plazo y están sujetos a los caprichos de los donantes, mientras que el personal permanece en la incertidumbre sobre su futuro

laboral. Esto se ha relacionado con problemas de retención y rendimiento.³⁵¹

- **Entorno laboral.** Un análisis de la literatura reveló que la OMS padece niveles de burocracia paralizantes dentro de una jerarquía de gestión rígida. Además, la literatura sugiere que existen tensiones entre las oficinas regionales de la OMS y la sede de la OMS en Ginebra, lo que a menudo resulta en una comunicación deficiente, retrasos, fricciones y un desempeño subóptimo. Surgen otras preocupaciones con lo que se denomina la «burbuja de Ginebra», en la que las decisiones políticas se toman en el entorno aislado de Suiza y no desde la base. Por último, la OMS ha sido criticada por la mala comunicación entre los altos ejecutivos y el personal de la OMS, lo que genera la percepción de un estilo de gestión excesivamente vertical.³⁵²

En resumen, la mayoría de las organizaciones luchan por mantener culturas internas positivas, y la OMS no es una excepción. Como institución de la ONU, la OMS está sujeta a muchos de los parámetros jerárquicos y de recursos humanos establecidos por la ONU. Dicho esto, después de más de 80 años de funcionamiento, existen cinco preocupaciones clave que son particularmente relevantes para la OMS y su eficacia como OHI: 1) Una cultura excesivamente burocrática y jerárquica que puede sofocar la innovación, la eficacia y el rendimiento; 2) Mecanismos de comunicación insuficientes entre la dirección, el personal, los departamentos, la sede, las regiones y las oficinas en los países, lo que puede suprimir la disidencia constructiva, socavar la eficacia y reducir el aprendizaje institucional; 3) Un uso excesivo de personal

³⁴⁸ Health Policy Watch. "Plan de reorganización de la Organización Mundial de la Salud desarrollado con una consultora con sede en Boston." <https://healthpolicy-watch.news/world-health-organization-reorganization-plan-developed-with-boston-based-consultry/>

⁴⁶⁰ *Ibíd.*

³⁴⁹ Clift C (2016). ¿Para qué sirve la Organización Mundial de la Salud? Informe de Chatham House. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821569/>

³⁵⁰ Bertram, Melanie, et al. "Desafíos sistémicos para el desempeño de la OMS en los países". BMJ Global Health 3, Supl. 1 (2018): e000656. https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000656; Rottingen, John-Arne, et al. "Introducción". BMJ Global Health 2, Supl. 1 (2017): i2. https://gh.bmj.com/content/2/Suppl_1/i2

³⁵¹ Youde J (2018). Gobernanza sanitaria mundial. Polity Press. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5055803/464> Sridhar D, Gostin L (2011). Reformando la Organización Mundial de la Salud. JAMA 305, n.º 15: 1585–86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24388640/>; Gostin L, et al. Reforma de la OMS. Milbank Quarterly. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5394645/>

³⁵² Health Policy Watch. "Plan de reorganización de la Organización Mundial de la Salud desarrollado con una consultora con sede en Boston." <https://healthpolicy-watch.news/world-health-organization-reorganization-plan-developed-with-boston-based-consultry/>

temporal y consultores con costos poco claros y a menudo no revelados, con un uso de consultores que ahora es casi igual a los niveles de personal de tiempo completo; 4) Una cultura donde el clientelismo político o las cuotas pueden dejar de lado las prácticas de promoción basadas en el mérito, al tiempo que afectan la forma en que se asigna la experiencia y se investigan las faltas de conducta; 5) Un mandato y una cartera de programas de la OMS en constante expansión que ponen a prueba la capacidad y el enfoque organizacional.

IV.3. LEGITIMIDAD Y GOBERNANZA

La OMS es ampliamente reconocida como la principal autoridad epistémica y política en salud pública internacional. Nacida tras la Segunda Guerra Mundial, la OMS tiene un mandato de sus 193 países miembros actuales.

Los Estados miembros deben promover y salvaguardar la salud de sus Estados miembros, así como la de los apátridas.

La OMS, que evolucionó a partir de la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones, está compuesta por seis oficinas regionales, 150 oficinas en países y su sede en Ginebra, Suiza. Su mandato consiste en facilitar la creación de normas y directrices sanitarias internacionales, reglamentos jurídicos y marcos de aplicación, así como responder a emergencias sanitarias agudas y brotes de enfermedades infecciosas.

Con la desaparición de la Sociedad de Naciones durante la Segunda Guerra Mundial, los países que formaron la ONU buscaron reemplazar el organismo de salud de la Sociedad con una nueva estructura (véase la Sección II.2.2), transformando esencialmente el antiguo organismo bajo un nuevo nombre, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de:

*“El logro por todos los pueblos del más alto nivel posible de salud”.*³⁵³

El artículo 2 de la constitución de la OMS de 1946 establece las funciones que la Organización debe

desempeñar para lograr este objetivo, que van desde el apoyo técnico hasta el establecimiento de normas y la difusión de información, pasando por el fomento y la coordinación de la investigación. Debía hacerlo bajo los auspicios de la incipiente ONU, como principal organismo mundial de salud, pero como servidor de los Estados Miembros de la ONU, no su director en tales asuntos, incluyendo:³⁵⁴

“(a) actuar como autoridad rectora y coordinadora en materia de trabajo internacional en salud;

(b) establecer y mantener una colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones gubernamentales de salud, los grupos profesionales y otras organizaciones que se consideren apropiadas;

(c) para ayudar a los Gobiernos, cuando se les solicite, a fortalecer los servicios de salud;...”

El mandato de la OMS era amplio y abarcaba 22 cláusulas en el artículo 2, que se analizan con más detalle a continuación. Como autoridad coordinadora, debía colaborar con otros organismos y asesorar a sus Estados Miembros, contratar personal que reflejara tanto la experiencia como la diversidad geográfica, y trabajar a través de una estructura parcialmente subvencionada que incluía (con el tiempo) seis Oficinas Regionales y más de 150 oficinas en países, regidas por mecanismos como la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo, con el objetivo de otorgar a sus Estados Miembros, sobre la base del principio de un país, un voto, el control conjunto de su política y estrategia.

Las siguientes secciones analizan la constitución de la OMS y sus normas que rigen las relaciones externas que configuran, o deberían configurar, su estructura y funcionamiento actuales. El material de referencia se encuentra en la publicación de la OMS «*Documentos básicos*», cuadragésima novena edición, 2020.³⁵⁵

IV.3.1. La constitución de la OMS: el papel y la función de la OMS, tal como se definen en su fundación y documentos rectores

³⁵³ Mundial de la Salud (1946). Constitución: Artículo 1. Ginebra: OMS.
<https://www.who.int/publications/b/53115>

³⁵⁴ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución. Ginebra: OMS.

³⁵⁵ Organización Mundial de la Salud (2020). Documentos básicos. 49.ª ed. Ginebra: OMS.

Objetivos y organización de la OMS (Preámbulo y artículos 2-9)

La constitución de la OMS se redactó en Nueva York en 1946 y se acordó en una convención de países interesados en formar una nueva organización internacional de salud para “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”.⁴⁶⁹ La nueva organización reemplazaría o absorbería a los organismos internacionales de salud existentes, incluida la oficina de salud de la Liga de las Naciones Unidas y la Organización Sanitaria Panamericana (actualmente Organización Panamericana de la Salud). Su mandato pretendía ser amplio, definiéndose la “salud” como:

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.*³⁵⁶

Además, el preámbulo detalla un objetivo ambicioso que:

*“El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social”.*⁴⁷¹

Que esto sea alcanzable o no depende de si por “máximo alcanzable” se entiende en un sentido literal (el más alto nivel de atención para todos los seres humanos por igual, independientemente del contexto) o en un sentido práctico (en el contexto de prioridades contrapuestas). Sin embargo, es pertinente considerar este derecho:

“...sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social”.

Podemos considerar razonablemente que la intención es establecer un estándar de atención médica que garantice una alta probabilidad de longevidad para todas las

personas, centrándonos en aquellas que, por razones ajenas a su elección, actualmente tienen un acceso limitado. (Véase la sección sobre *salud y derechos humanos de la OMS* más arriba).

Redactada en el contexto del fin de la Segunda Guerra Mundial, la supresión del fascismo europeo y las crecientes demandas de descolonización, la constitución de la OMS refleja el enfoque de los documentos y acuerdos contemporáneos que codifican los derechos humanos, la ética médica y de la investigación, y las relaciones entre los Estados (por ejemplo, la Declaración Universal de Derechos Humanos,³⁵⁷ la Carta de las Naciones Unidas³⁵⁸ y el Código de Núremberg;³⁵⁹ véase la Parte II). Se diferencia significativamente de la Carta de las Naciones Unidas en que la toma de decisiones a través de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se basa en el principio de un país, un voto, a diferencia de la jerarquía en la propia Organización de las Naciones Unidas, donde ciertos Estados miembros del Consejo de Seguridad tienen derecho de veto (véase el Informe de Políticas del IHRP).

La constitución reconoce la importancia de la “*más plena cooperación*” entre los Estados para lograr la salud, y que un bien colectivo se logra mediante dicha cooperación como:

*“El logro de cualquier Estado en la promoción y protección de la salud es valioso para todos”.*³⁶⁰

Esta es una responsabilidad de los gobiernos de los Estados (posiblemente con la intención de implicar principalmente su responsabilidad), cada uno para con su propio pueblo:

*“Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos”.*⁴⁷⁶

⁴⁶⁹ Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución, Preámbulo. Ginebra: OMS.

³⁵⁶ *Ibíd.*

⁴⁷¹ *Ibíd.*

³⁵⁷ Naciones Unidas (1948) [. Declaración Universal de los Derechos Humanos . https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights](https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights)

³⁵⁸ Carta [de las Naciones Unidas https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-10](https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-10)

³⁵⁹ “El Código de Núremberg” (1947) [. https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/](https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/)

³⁶⁰ de la OMS (2026) (1946), Organización Mundial de la Salud: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution> .

⁴⁷⁶ *Ibíd.*

Y, lo que es más importante, debe involucrar al público: aquellos cuya salud está en juego.

*“La opinión informada y la cooperación activa por parte del público son de suma importancia para la mejora de la salud de la población”.*⁴⁷⁷

Las funciones de la OMS se describen en el artículo 2, pero son algo ambiguas. Incluyen las siguientes:

*“(a) actuar como autoridad rectora y coordinadora en materia de trabajo internacional en salud;”*⁴⁷⁸

Sin embargo, esto no pretende ser directivo en el sentido de exigir, ya que es

*“© prestar asistencia a los Gobiernos, previa solicitud, para fortalecer los servicios de salud;”*⁴⁷⁹

Reconociendo los factores que influyen en la longevidad y la salud, la OMS trabajará para lograr lo siguiente:

*“la mejora de la nutrición, la vivienda, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas o laborales y otros aspectos de la higiene ambiental”*⁴⁸⁰

pero también tiene un papel en la prevención y gestión de brotes o emergencias a petición de los países, para

“prestar la asistencia técnica apropiada y, en casos de

*emergencia, la ayuda necesaria a solicitud o aceptación de los Gobiernos”*⁴⁸¹ y

*“estimular y promover la labor de erradicar enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole”.*⁴⁸²

De mayor relevancia para el contexto sanitario internacional actual, la OMS afirma:

*“proponer convenios, acuerdos y reglamentos, y formular recomendaciones en materia de salud internacional”*⁴⁸³ y

*“para contribuir al desarrollo de una opinión pública informada entre todos los pueblos en materia de salud”*⁴⁸⁴

La redacción de estas declaraciones es importante, ya que implican que la OMS solo debe ayudar a los Estados Miembros a proporcionar información y proponer reglamentos. Sin embargo, como se señala a continuación, el artículo 20 de la constitución permite a la Asamblea Mundial de la Salud elaborar tratados destinados a vincular a los Estados Miembros.

La intención de la secretaría de la OMS de influir directamente en las poblaciones sin el consentimiento del Estado, por ejemplo a través de las redes sociales³⁶¹, contraviene sus estatutos.

⁴⁷⁷ 477 Ibíd.

⁴⁷⁸ 478 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (a) Salud Organización: Ginebra,

⁴⁷⁹ 479 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (c) Salud Organización: Ginebra,

⁴⁸⁰ 480 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (i) Salud Organización: Ginebra,

⁴⁸¹ 481 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (d) Salud Organización: Ginebra,

⁴⁸² 482 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (g) Salud Organización: Ginebra,

⁴⁸³ 483 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (k) Salud Organización: Ginebra,

⁴⁸⁴ 484 OMS (2026) Constitución (1946), Mundial Salud Organización: Ginebra,
<https://www.who.int/about/governance/constitution> Artículo 2 (r)

³⁶¹ Publicación de Mark Zuckerberg en Facebook, 20 de marzo de 2020.
<https://www.facebook.com/zuck/posts/weve-worked-with-the-world-health-organization-who-on-a-way-to-get-authoritative/10111687987077001/>

El resto del artículo 2 amplía los ejemplos de asistencia sanitaria en los que se podría prestar ayuda y permite la cooperación con otros organismos (no estatales) y la promoción de la cooperación.

Los artículos 3 a 8 tratan cuestiones organizativas de gestión interna, incluido el artículo 7, añadido en la decimotava reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en la década de 1960 (Resolución 18:46) pero que a fecha de 2020 aún no había entrado en vigor, que otorgaría a la Asamblea Mundial de la Salud la capacidad de suspender el derecho a voto de un Estado miembro si este no cumple con las obligaciones financieras acordadas para apoyar a la OMS.

En el artículo 9 se establece la estructura administrativa y de gobernanza de la OMS, que comprende la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), el Consejo Ejecutivo (CE) y la secretaría, cuya estructura y función se detallan en artículos posteriores.

La Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y las obligaciones de los Estados (Capítulo V (Artículos 10 a 29) de la Constitución de la OMS)

Cada Estado Miembro de la OMS puede enviar hasta tres delegados y diverso personal de apoyo a las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS). La votación se realiza mediante un voto por Estado Miembro (Artículo 59). Estas reuniones se celebran al menos anualmente, generalmente en mayo y con una duración de una semana, pero también pueden convocarse con mayor frecuencia si se decide por mayoría de votos. Originalmente, se pretendía elegir una Región como sede de la siguiente reunión (Artículo 14), pero en los últimos años se han celebrado exclusivamente en la Región Europea, en Ginebra, Suiza, donde se encuentra la sede de la OMS. Esto constituye quizás un reflejo interesante de la creciente centralización que se ha producido a lo largo de las décadas de existencia de la OMS.

También cabe destacar que, si bien los Estados Miembros pueden contar con hasta tres delegados y personal de apoyo, en la práctica muchos países con menos recursos

disponen de personal de apoyo limitado y tienen dificultades para cubrir adecuadamente las múltiples sesiones que tienen lugar en la Asamblea Mundial de la Salud³⁶² y otros foros.³⁶³ Como se mencionó anteriormente, la suspensión del artículo 55.2 durante las negociaciones sobre las enmiendas al RSI provocó que los Miembros con menos recursos tuvieran dificultades para mantenerse al tanto de los acontecimientos, no dispusieran del tiempo suficiente para revisar los materiales y se vieran presionados a actuar con rapidez sin un análisis adecuado por parte de sus propios expertos. Esto puso a varios Estados Miembros en desventaja, menoscabando la legitimidad democrática de la OMS. La cuestión es que la OMS consagra un espíritu de participación democrática e igualdad que a menudo no se refleja en la práctica.³⁶⁴

Si bien el derecho a voto está restringido a los Estados miembros, otras entidades, como las fundaciones privadas, pueden participar en las sesiones como participantes sin derecho a voto con el consentimiento de la AMS (Artículo 18 (h)). El artículo 18 establece las áreas de responsabilidad de la AMS, pero en el párrafo 18 (m) las amplía a:

“...tomar cualquier otra medida apropiada para promover el objetivo de la Organización”.

La ASMA podrá adoptar convenios y acuerdos vinculantes para los Miembros dentro de los límites de un tratado. (Artículo 19) por mayoría de dos tercios de los votos, para entrar en vigor para cada miembro en función de su

Los Estados tienen sus propios procesos constitucionales para la adopción de acuerdos internacionales, con un plazo de 18 meses para llevarla a cabo o explicar el motivo de la demora (Artículo 20). Este plazo de 18 meses se redujo a 10 meses para la mayoría de los Estados (los que lo acordaron) en la Asamblea Mundial de la Salud de 2022.

El artículo 21 establece entonces el alcance de las normas que deben tenerse en cuenta:

“La Asamblea de Salud tendrá facultades para adoptar reglamentos relativos a:

³⁶² Eckl, J. (2017). Reforma exitosa de la gobernanza y sus consecuencias: cómo el impulso histórico hacia reuniones más cortas y mayor eficiencia del tiempo repercute en las asambleas mundiales de salud contemporáneas. *Global Health Governance*, 11 (1), 40-56.

³⁶³ Cooper, AF, & Farooq, AB (2015). Ampliando la diplomacia sanitaria más allá de la resolución de problemas «globales»: Incorporando la dimensión normativa regional. *Política social global*, 15 (3), 313-328.

³⁶⁴ Hoffman, SJ, & Røttingen, JA (2014). Dividir la OMS en dos: fortalecer la toma de decisiones políticas y garantizar el asesoramiento científico independiente. *Salud pública*, 128 (2), 188-194.

(a) *requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos diseñados para prevenir la propagación internacional de enfermedades;*

(b) *nomenclaturas relativas a enfermedades, causas de muerte y prácticas de salud pública;*

(c) *normas relativas a los procedimientos de diagnóstico para uso internacional;*

(d) *normas relativas a la seguridad, pureza y potencia de los productos biológicos, farmacéuticos y similares que se comercializan internacionalmente;*

(e) *publicidad y etiquetado de productos biológicos, farmacéuticos y similares que se comercializan internacionalmente”.*

A diferencia de los convenios o tratados, estas regulaciones entrarán en vigor automáticamente después de un período definido, a menos que el Estado notifique al Director General (DG) su reserva o rechazo (Artículo 22).

De este modo, este singular mecanismo permite a la Asamblea Mundial de la Salud adoptar requisitos que implican costes, recursos y cumplimiento por parte de los Estados miembros sin que estos den su consentimiento expreso (simplemente sin rechazarlos). Dichos requisitos son entonces exigibles, dentro del marco del derecho internacional y de la posibilidad, o falta de ella, de su aplicación (Sección III.2.3).

Otras obligaciones de los Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud (Capítulo XIV, Artículos 61-65) incluyen la obligación de divulgar indicadores básicos de salud. Se espera que los Estados Miembros presenten informes anuales sobre los principales indicadores de salud, incluidos informes epidemiológicos y estadísticos, y sobre las medidas adoptadas en relación con las recomendaciones de la OMS.

Capítulo VI (Artículos 24-29): El Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo (CE) se concibe como un sustituto más ágil de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), con 34 miembros, incluyendo al menos tres de cada una de las (ahora seis) Regiones de la OMS. Se espera que estos representantes sean técnicamente competentes en el ámbito de la salud, y al menos uno por cada Región rota anualmente mediante votación de la Asamblea Regional.

El CE presenta el programa de trabajo previsto de la OMS para su aprobación por la AMS y está concebido para actuar como el brazo ejecutivo de la AMS, con la flexibilidad suficiente para reaccionar en situaciones de emergencia y orientar a la OMS en asuntos que la AMS no podría gestionar de forma tan compleja (Artículo 28 (i)).

Otros estados o territorios mantienen relaciones con la OMS. Taiwán (Taipéi Chino) ha tenido relaciones con la OMS con distintos grados de validez y participó en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS como observador, por invitación, entre 2009 y 2016 (entre otras entidades observadoras se encuentran Palestina y la Santa Sede). Las invitaciones se interrumpieron en 2017, a pesar de los llamamientos a la participación continua por parte de Taiwán, varios Estados Miembros de la OMS y la Asociación Médica Mundial. Cabe destacar que Taiwán es miembro de pleno derecho de la Organización Mundial del Comercio (desde el 1 de enero de 2002), del Banco Asiático de Desarrollo y de la Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC).

Capítulo VII (Artículos 30-37) – La Secretaría de la OMS (Personal) y la independencia

La fuerza laboral de la OMS y las implicaciones de su organización se analizan con mayor detalle en las Secciones IV.3.1 y IV.6.3. Aquí, abordamos los aspectos definidos por la Constitución. Como establece el Artículo 30:

“La Secretaría estará integrada por el Director General y el personal técnico y administrativo que la Organización requiera”.

Así, la OMS se concibió como una organización jerárquica con un Director General (DG) como máximo responsable técnico y administrativo, sujeto a la Junta Directiva (JD) (Artículo 31), la cual tiene potestad para determinar la estructura y el personal de la secretaría que le presta sus servicios. El mandato y la forma de selección del DG quedaron inicialmente abiertos en la constitución, pero ahora se establecen mediante votación de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y un mandato de cinco años, que habitualmente se repite una vez. El DG elaborará el presupuesto de la OMS (actualmente bienal) y lo presentará a la JD, quien podrá aprobarlo y, posteriormente, remitirlo a la AMS para su aprobación.

Los artículos 44 a 54 describen la creación de los Comités Regionales, integrados por los Estados Miembros de cada

Región de la OMS (regiones determinadas por la Asamblea Mundial de la Salud). La estructura de las oficinas regionales generalmente refleja la de la oficina dependiente del Director General (es decir, la sede de la OMS), pero en última instancia está sujeta a este y, por lo tanto, a la Junta Ejecutiva y a la Asamblea Mundial de la Salud. Esto permite cierta autonomía regional, pero solo dentro del ámbito que establecen el Director General y la Asamblea Mundial de la Salud.

La Secretaría y el Director General de la OMS fueron concebidos para ser independientes de la dirección de los Estados miembros. El artículo 37 establece que el Director General y su personal trabajarán exclusivamente en el ámbito internacional y no en función de intereses nacionales, y que ningún Estado miembro podrá intentar influir en ellos. Esta independencia de los Estados miembros se expone de forma más clara en el *Reglamento sobre las Inmunidades y el Personal de la Organización Mundial de la Salud*.³⁶⁵ Como se indica en este Reglamento, se espera que el personal de la OMS trabaje exclusivamente para la OMS y no reciba instrucciones ni favorezca a sus gobiernos u otras entidades.

Párrafo 1.1:

“Todos los miembros del personal de la Organización son funcionarios internacionales. Sus responsabilidades no son nacionales, sino exclusivamente internacionales. Al aceptar su nombramiento, se comprometen a desempeñar sus funciones y a regular su conducta teniendo siempre presentes los intereses de la Organización Mundial de la Salud”.

y el párrafo 1.2:

“...En principio, todo el tiempo de los miembros del personal estará a disposición del Director General”,

y Párrafo 1.3:

“En el desempeño de sus funciones, los miembros del personal no deberán solicitar ni aceptar instrucciones de ningún gobierno ni de ninguna otra autoridad ajena

a la Organización”.

Y se espera que ejerzan confidencialidad con respecto a la información en poder de la OMS (Párrafo 1.6).³⁶⁶

Existen dudas legítimas sobre si esto se respeta dentro de la OMS, o si ciertos países ejercen influencia a través de sus ciudadanos u otras personas que trabajan en la organización. En particular, el aumento de la financiación voluntaria específica, mediante la cual un Estado o un actor no estatal proporciona fondos a la secretaría de la OMS para actividades específicas, plantea dudas legítimas sobre si el artículo 37 puede aplicarse realmente dentro de este modelo de financiación.

(véase la Sección IV.6.2).

Inmunidad

Otros esfuerzos para garantizar la independencia del personal de la OMS se incluyen en el Capítulo XV (Artículos 66-68: Capacidades jurídicas, privilegios e inmunidades. Estos artículos establecen en términos vagos el requisito de que los Estados proporcionen suficiente inmunidad y estatus jurídico a la secretaría de la OMS

(es decir, personal):

“... según sea necesario para el cumplimiento de su objetivo y para el ejercicio de sus funciones”

La inmunidad se definió con mayor precisión en 1948, cuando se adoptó la³⁶⁷ *Convención de las Naciones Unidas de 1946 sobre los Privilegios e Inmunidades de los Organismos Especializados*, con algunas modificaciones posteriores. Esta Convención fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de febrero de 1946, para ser posteriormente ratificada por los organismos individuales de la ONU. La Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Convención para su aplicación al personal de la OMS y otro personal especificado (Anexo 7) en su primera Asamblea, el 17 de julio de 1948, con modificaciones en Asambleas posteriores.⁴⁹² A continuación se detallan las secciones del Anexo 7 de la Convención pertinentes para el funcionamiento de la OMS. (El « Artículo n.º » en las notas a continuación se refiere al artículo del texto principal de la Convención):

³⁶⁵ Documentos básicos de la OMS, cuadragésima novena edición, 2020 : <https://www.who.int/publications/b/53115>

³⁶⁶ *Ibíd.*

³⁶⁷ Documentos básicos de la OMS. 49.ª edición . 2020. <https://apps.who.int/gb/bd/>

⁴⁹² *Ibíd.*

'Convención de las Naciones Unidas sobre los privilegios e inmunidades de los organismos especializados. Anexo 7: Inmunidades'.

La inmunidad jurídica de los empleados de la OMS se extiende a otras personas a las que se les solicita que formen parte de los comités y paneles de expertos de la OMS, lo que otorga a la OMS una autoridad considerable para conceder inmunidad a determinadas personas:

“Expertos (distintos de los funcionarios comprendidos en el ámbito de aplicación del Artículo VI) que presten servicios en comités de la Organización o que realicen misiones para ella”

incluido:

“(a) Inmunidad frente a la detención personal o la incautación de su equipaje personal;

b) Respecto de las palabras dichas o escritas o los actos realizados por ellos en el desempeño de sus funciones oficiales, gozarán de inmunidad procesal de toda clase, y dicha inmunidad continuará vigente aun cuando las personas en cuestión ya no formen parte de comités de la Organización ni trabajen en misiones para ella.

y en el párrafo 2 (iii) se incluye una condición que especifica que la inmunidad solo debe ser para beneficio oficial de la organización, pero el enfoque sigue siendo bastante amplio:

“Los privilegios e inmunidades se otorgan a los expertos de la Organización en interés de la Organización y no para el beneficio personal de los propios individuos.

La organización tendrá el derecho y el deber de renunciar a la inmunidad de cualquier experto en cualquier caso en que, a su juicio, la inmunidad obstaculizaría el curso de la justicia y puede renunciarse a ella sin perjuicio de los intereses de la Organización”.

Los artículos V y VI del Convenio principal incluyen la exención del impuesto sobre la renta, la confidencialidad de la documentación, la libertad de importar efectos personales libres de aranceles y otros derechos comunes al personal de las Naciones Unidas que reflejan los privilegios diplomáticos comunes.

Por lo tanto, la mayoría del personal de la OMS goza de inmunidad jurídica básica frente a enjuiciamientos en los Estados Miembros, a menos que la OMS renuncie a ella. Esto dificulta exigir responsabilidades legales al personal de la OMS, o a los consultores de los miembros de los comités, por sus recomendaciones o acciones en el desempeño de su labor directa en nombre de la OMS. Esto tiene implicaciones significativas en cuanto a la rendición de cuentas de la OMS y su secretaría por las acciones o recomendaciones que realizan o dejan de realizar (véase la Sección IV.3.3). Si bien no es intrínsecamente bueno ni malo, sí tiene implicaciones para el papel que la OMS puede desempeñar dentro de un marco democrático básico de rendición de cuentas.

La inmunidad también puede extenderse temporalmente al personal que no pertenece a la OMS. La OMS puede convocar paneles y comités asesores de expertos, reclutando personal de organizaciones ajenas a los Estados Miembros (artículos 41 y 42). El artículo 71 (que se analiza más adelante) va más allá, permitiendo a la OMS colaborar con organizaciones no estatales según lo considere conveniente para el desempeño de su labor, pero con la autorización del Estado rector. Sin embargo, dichas relaciones se rigen además por una serie de reglamentos, FENSA, descritos en la sección IV.3.1. Mientras los miembros participan en comités de la OMS y actúan en esa capacidad, gozan de inmunidades similares a las del personal de la OMS y están obligados a cumplir requisitos similares, sirviendo únicamente a los intereses de la OMS y no recibiendo instrucciones de entidades externas.

(Párrafo 4.6): *“En el ejercicio de sus funciones, los miembros de los paneles y comités asesores de expertos actuarán como expertos internacionales al servicio exclusivo de la Organización; en tal calidad, no podrán solicitar ni recibir instrucciones de ningún gobierno o autoridad ajena a la Organización”.*

Por lo tanto, en teoría, los miembros de los Ministerios de Salud u otras entidades nacionales, o de financiadores filantrópicos u otras entidades no estatales, tienen prohibido recibir instrucciones de su país de origen o lugar de trabajo/empleador en el contexto de las actividades de la OMS. Esto es difícil de aplicar y constituye un claro foco de conflicto de intereses, si bien en muchos casos la experiencia se concentra principalmente en entidades que también podrían beneficiarse de las decisiones de la OMS. Se trata de una cuestión que el personal de la OMS debe gestionar, aunque la exclusión de miembros de las principales organizaciones financiadoras, o la omisión de

aquellos recomendados por dichas organizaciones, podría tener consecuencias en la disponibilidad de apoyo futuro.

IV.3.2. Subsidiariedad

Soberanía y subsidiariedad en materia de salud

Para revertir el avance de décadas de los principios y el personal de salud global hacia un sector que se encuentra “esencialmente dentro de la jurisdicción interna” de los Estados (Artículo 2.7 de la Carta de las Naciones Unidas), la gobernanza sanitaria internacional debe reorganizarse sobre la base del principio de subsidiariedad,³⁶⁸ acercando la toma de decisiones final lo más posible al nivel más próximo a los afectados. Las políticas de salud y la atención sanitaria que utilicen la subsidiariedad como principio organizador comenzarían con la capacidad de acción y la autonomía individual, el consentimiento informado y la priorización de los resultados de salud individuales de los pacientes sobre los beneficios colectivos de la salud pública. La relación médico-paciente en la clínica debe ser sacrosanta e inviolable. La intromisión en la clínica, por ejemplo, al prohibir que el médico hable sobre el riesgo de efectos secundarios porque esto podría aumentar la reticencia a la vacunación, destruye la confianza del paciente en la integridad profesional del médico, incrementa la desconfianza pública hacia los expertos en salud y fomenta la reticencia cruzada a la vacunación. Todo esto ya ha ocurrido y se ha documentado en múltiples encuestas en varios países.⁴⁹⁴

productos sanitarios deberían priorizar la seguridad del paciente por encima de cualquier otra consideración. En este sentido, se produjo un incumplimiento inaceptable del deber de diligencia durante la pandemia de COVID-19. Para autorizar el uso de emergencia de las vacunas, los reguladores exageraron enormemente los riesgos y amenazas para la salud, se negaron a elaborar perfiles de riesgo precisos por edad y región, desestimaron las preocupaciones y preguntas legítimas sobre los efectos secundarios y los daños, condenaron y ridiculizaron (comparándolos con los desparasitantes para caballos) los esfuerzos por identificar fármacos prometedores con posibles usos alternativos, como la hidroxiclороquina y la ivermectina, calificándolos de peligrosos, y eludieron los rigurosos ensayos de seguridad y eficacia que normalmente duran varios años. Sorprendentemente, todo esto se hizo en nombre de la ciencia.

En realidad, gran parte de ello se basaba en pruebas muy débiles o contradictorias. En una rueda de prensa en Ginebra el 3 de marzo de 2020, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo que la tasa de letalidad (CFR) de la COVID-19 era del 3,4 por ciento,⁴⁹⁵ frente a la CFR de la gripe estacional de menos del 1 por ciento. En una reunión interna del organismo que negociaba el nuevo Acuerdo sobre la Pandemia el 7 de abril de 2025, dijo: «Oficialmente, murieron 7 millones de personas [por la COVID-19], pero estimamos que la cifra real es de 20 millones»,⁴⁹⁶ aparentemente confundiendo las muertes notificadas como debidas al SARS-CoV-2 con el exceso de muertes por todas las causas durante todo el período.

Los organismos reguladores de medicamentos y

³⁶⁸ Naciones Unidas (1945). Carta de las Naciones Unidas: Artículo 2(7). <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-1>

⁴⁹⁴ Ortiz-Prado E, et al. Paradoja pandémica: Cómo la crisis de la COVID-19 transformó la reticencia a la vacunación en un arma de doble filo. Hum Vaccin Immunother. 2025 dic;21(1):2543167. <https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2543167> Publicado en línea el 12 de agosto de 2025. PMID: 40791124; PMCID: PMC12344792.;

Leonardelli, M.; Mele, F.; Marrone, M.; Germinario, CA; Tafuri, S.; Máscara, L.; Bianchi, FP; Stefanizzi, P. Los efectos de la pandemia de COVID-19 en la vacilación ante la vacunación: un punto de vista. Vacunas 2023, 11, 1191. <https://doi.org/10.3390/vaccines11071191>

⁴⁹⁵ Organización Mundial de la Salud (2020). Discurso de apertura del Director General en la rueda de prensa sobre la COVID-19. 3 de marzo de 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-marzo-2020>

⁴⁹⁶ Organización Mundial de la Salud (2025). Observaciones de apertura del Director General en la reanudación de la 13.ª reunión de la Intergubernamental de Negociación sobre un Acuerdo de la OMS para la Prevención de Pandemias. 7 de abril de 2025. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-resumed-thirtyth-meeting-of-the-intergovernmental-negotiating-body-on-a-who-pandemic-acuerdo-7-april-2025>

Resulta difícil comprender por qué las dos declaraciones, emitidas con cinco años de diferencia como contrapunto a la pandemia de Covid, no constituyen ejemplos de desinformación. Pueden interpretarse como alarmismo y alarmismo, y sirvieron de base para los esfuerzos por convertir las recomendaciones en requisitos en los primeros borradores de las enmiendas al RSI y el Acuerdo sobre la Pandemia. Pues, al igual que la ex primera ministra de Nueva Zelanda, Jacinda Ardern, en su conocida y desafortunada declaración, la OMS y su director (a través del artículo 12 del RSI) se estaban convirtiendo en la única fuente de información veraz sobre la pandemia para el mundo.⁴⁹⁷

Ante las predicciones de consecuencias sanitarias catastróficas, los gobiernos a menudo delegaron la responsabilidad de la política sanitaria en sus burócratas de salud, y también en tecnócratas internacionales dentro y fuera de la OMS. Al hacerlo, actuaron en contra del principio de subsidiariedad, que va del individuo y el Estado al ámbito regional y global.

La salida de Estados Unidos es una llamada de atención.

El 21 de enero de 2025, el presidente Trump firmó una orden ejecutiva para retirar a Estados Unidos de la OMS.³⁶⁹ Desde entonces, Estados Unidos también ha suspendido la financiación a GAVI, la alianza mundial para las vacunas, y ha reducido la financiación al Fondo Mundial. Otros países han seguido su ejemplo, reduciendo la financiación para el desarrollo global y las principales iniciativas de salud mundial. La retirada de Estados Unidos del RSI fue anunciada conjuntamente por el Secretario de Salud y Servicios Humanos y el Secretario de Estado el 18 de julio de 2025.³⁷⁰ Según este anuncio, «la primera razón es la soberanía nacional».³⁷¹ El anuncio continúa afirmando, aunque de forma inexacta, que las naciones que «aceptan las nuevas regulaciones están cediendo su poder en emergencias sanitarias», o incluso al enfrentarse a vagos «riesgos potenciales para la salud

pública», a «una organización internacional no electa que podría ordenar confinamientos, restricciones de viaje o cualquier otra medida que considere oportuna».

Según el secretario de Salud de Estados Unidos, la visión de los acuerdos sobre la pandemia es la de un «sistema de control tecnocrático que utiliza los "riesgos para la salud" y la "preparación para la pandemia" como un caballo de Troya para restringir las libertades democráticas fundamentales» mediante la creación de «sistemas globales de identificación sanitaria, pasaportes de vacunación y una base de datos médica centralizada». Estados Unidos no está dispuesto a someterse a «un futuro en el que cada persona, cada movimiento, cada transacción, cada cuerpo humano esté bajo vigilancia constante».

La veracidad de esta afirmación es cuestionable, ya que la constitución de la OMS no le otorga este poder y el borrador final del Acuerdo sobre la Pandemia especifica que la OMS carece de esta autoridad. Dicho esto, sería mezquino ignorar las preocupaciones y percepciones de erosión de la soberanía nacional que subyacen a las acciones de Estados Unidos. Diversos estudios sobre globalización también han demostrado que se ha producido una erosión de la soberanía en la mayoría de los sectores, mientras que las posturas antiglobalización están claramente guiando las nuevas políticas. Además, la actual administración estadounidense no es la única que comparte esta percepción, y existe una amplia bibliografía sobre política sanitaria mundial, particularmente desde la perspectiva de los países de ingresos bajos y medianos (PIBM), que expresa preocupación por la política sanitaria mundial como vehículo del «neocolonialismo» y el «occidentalismo». Todo ello refleja una inquietud por la erosión de la autonomía nacional.

Un punto más relevante, independientemente de la falta de autoridad legal de la OMS, es que sí posee una importante autoridad epistémica, combinada con poder

⁴⁹⁷ [497 New Zealand Herald \(2020\). "Coronavirus: Jacinda Ardern desmiente las especulaciones sobre un confinamiento nacional en las redes sociales." https://www.nzherald.co.nz/nz/coronavirus-jacinda-ardern-dismisses-nation-lockdown-speculation-on-social-media/12FTKPSA36LJIDNLFBIYECXDHM/](https://www.nzherald.co.nz/nz/coronavirus-jacinda-ardern-dismisses-nation-lockdown-speculation-on-social-media/12FTKPSA36LJIDNLFBIYECXDHM/)

³⁶⁹ BBC News (2025). "EE. UU. rechaza puntos clave del tratado de la OMS sobre la pandemia". <https://www.bbc.com/news/articles/c391j738rm3o>

³⁷⁰ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2025). "El Departamento de Estado y el HHS rechazan las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional". <https://www.hhs.gov/press-room/state-department-hhs-rejects-enmendments-to-international-health-regulations.html>

³⁷¹ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2025). Declaración sobre las enmiendas al RSI. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=u5ID0s-oLyA>

normativo, de convocatoria y de definición de la agenda. Los Estados, en particular los países de ingresos bajos y medianos, suelen recurrir a la OMS para obtener información, orientación y asistencia. En consecuencia, sus políticas pueden funcionar como una forma de poder blando, que se manifiesta tanto a nivel internacional como nacional. Cuando esta forma de poder blando de definición de la agenda se combina con el poder financiero del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI), GAVI y otras iniciativas mundiales de salud, se convierte en una forma estructural de poder. Si bien los procesos de gobernanza mundial de la salud pueden tener efectos sumamente positivos en los resultados de salud, que no deben subestimarse, también existen preocupaciones bien conocidas en la literatura sobre ayuda al desarrollo para la salud respecto a cómo estas formas de poder pueden socavar la creación de programas nacionales, generando dependencias de la ayuda, produciendo políticas verticales y desalineadas, imponiendo modelos itinerantes descontextualizados y exigiendo condiciones de financiación que pueden ser contrarias a las necesidades locales.

En este contexto, varios países de ingresos bajos y medianos (PIBM) y países de altos ingresos (PAI) han considerado el Acuerdo sobre la Pandemia y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) revisado como un sistema de control tecnocrático que utiliza afirmaciones potencialmente exageradas de "amenaza existencial" para consolidar las formas existentes de poder asimétrico, lo que conlleva el riesgo de promover intereses creados al tiempo que limita el control local.

Las acciones propuestas por Estados Unidos y su Estrategia Global de Salud "Estados Unidos Primero" (AFGHS, por sus siglas en inglés)³⁷² ofrecen oportunidades potenciales para reevaluar y reformar la gobernanza global de la salud, con el fin de reducir la dependencia de la ayuda exterior e impulsar un cambio significativo hacia mejores y más sostenibles resultados en materia de salud global, un énfasis que los Estados africanos reflejan de manera más amplia en el Reinicio de Accra de 2025.³⁷³ La clave para promover un cambio positivo reside en diseñar una asistencia que fortalezca las capacidades locales para

autoadministrar y autofinanciar sus sistemas de salud a mediano y largo plazo. Un objetivo importante articulado en la AFGHS es revertir las estructuras que socavan el control local, la autosuficiencia, la sostenibilidad y la salud general de la población y los sistemas. Si tomamos al pie de la letra las palabras del Secretario de Salud y Servicios Humanos, el proceso para repensar la salud global debe comenzar por "fortalecer la autonomía nacional y local para controlar a las organizaciones globales y restablecer un verdadero equilibrio de poder". Nuevamente, si es genuina, y no una mera fachada para ocultar las prácticas habituales de Estados Unidos, la AFGHS podría ser un catalizador para el cambio.

Desde cualquier punto de vista, crear una dependencia permanente de la asistencia financiera y técnica de actores externos socava la autosuficiencia y constituye una amenaza de facto para la soberanía sanitaria. Desde 1948, se han producido avances enormes en la tecnología sanitaria y en el crecimiento económico que sustenta la mejora de los resultados en materia de salud. Esto debería, lógicamente, reducir la carga de morbilidad y la falta de capacidad que la OMS pretendía abordar. En cambio, como se describe en las Partes I y II, el aumento de los mandatos, la autoridad, los recursos y el personal para corresponder a la expansión del ámbito de actuación de la OMS ha favorecido los intereses corporativos de la OMS como burocracia internacional y los intereses profesionales de un cuerpo cada vez mayor de funcionarios internacionales, tecnócratas, fundaciones filantrópicas, centros de investigación relacionados con la salud y las industrias farmacéuticas y biotecnológicas, cuyo objetivo es maximizar los beneficios. Este cambio se hace cada vez más evidente en las secciones siguientes.

Sin embargo, existe una última consideración en relación con la soberanía sanitaria de los países de bajos ingresos como grupo y la sobrevaloración de la preparación ante pandemias por parte de la OMS tras la COVID-19. La carga relativa de morbilidad de las pandemias, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD, que son los años de vida perdidos por muerte prematura y los años adicionales perdidos proporcionales a su reducción por discapacidad), ha tenido poca relevancia durante el último

³⁷² Departamento de Estado de los Estados Unidos (2025). Informe sobre la Estrategia Global de Salud "America First". <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/09/America-First-Global-Health-Strategy-Report.pdf>

³⁷³ Oficina del Presidente de Ghana (2025). "Declaración sobre la soberanía sanitaria africana en una arquitectura de gobernanza sanitaria global reimaginada". <https://presidency.gov.gh/statement-african-health-sovereign-in-a-reimagined-global-health-governance-architecture-a-co%E2%80%91creation-summit-under-the-leadership-of-his-excellency-john-dramani-mahama-president-of-the/>

siglo, que abarca el período en el que la OMS ha estado en existencia.³⁷⁴ Según Our World in Data, las únicas otras pandemias que se han producido fueron las pandemias de gripe asiática y de Hong Kong en 1957-58 y 1968-69,³⁷⁵ en cada una de las cuales murieron alrededor de dos millones de personas (la OMS da estimaciones de muertes de 1,1 y 1 millón respectivamente)³⁷⁶; y la pandemia de gripe porcina en 2009-10, en la que murieron entre 0,1 y 1,9 millones de personas (la OMS estima el rango en 123.000-203.000). La pandemia de gripe rusa de 1977 fue aún más leve. La cronología histórica de las pandemias muestra cómo las mejoras en el saneamiento, la higiene, el agua potable, los antibióticos y otras formas de ampliar el acceso a una buena atención médica han reducido enormemente la morbilidad y la mortalidad de las pandemias desde la gripe española (1918-1920), en la que se estima que murieron cincuenta millones de personas.³⁷⁷

En los 105 años transcurridos desde la gripe española, un total de 10 a 14 millones de personas han muerto en todo el mundo en pandemias agudas, incluida la Covid-19.⁵⁰⁷ Para poner esto en perspectiva, solo en 2019, 10,1 millones de personas murieron por enfermedades infecciosas, maternas, neonatales y nutricionales: neumonía y otras enfermedades de las vías respiratorias inferiores, 2,5 millones; enfermedades diarreicas, 1,3 millones; tuberculosis, 1,2 millones; VIH/SIDA, 910.000; malaria, 650.000; y otras enfermedades infecciosas, 1,2 millones.^{378, 379} Otros 44,8 millones de muertes fueron causadas por enfermedades no transmisibles. Las tres principales causas de muerte en el año anterior a la Covid fueron las enfermedades cardiovasculares (19,1 millones), los cánceres (10,6 millones) y las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones).³⁸⁰

En resumen, la misión fundacional de la OMS era aliviar las desventajas sanitarias existentes en los países en desarrollo y ayudarlos a fortalecer su capacidad de salud pública hasta alcanzar una resiliencia autosostenible. La

retirada de Estados Unidos, para bien o para mal, indica que será imposible volver a la normalidad, lo que exige una reflexión renovada no solo sobre el futuro de la OMS, sino sobre toda la arquitectura sanitaria mundial.

IV.3.3. Rendición de cuentas de la OMS

Como organismo de las Naciones Unidas, la OMS rinde cuentas directamente a sus Estados Miembros, así como indirectamente, para promover la salud humana independientemente de la ciudadanía y la afiliación política con un Estado Miembro (incluidas las personas apátridas).

En lo que respecta a la rendición de cuentas ante los Estados Miembros, la OMS cuenta con diversos procesos institucionales formales para recibir aportaciones de sus miembros. El principal foro de gobernanza y rendición de cuentas es la Asamblea Mundial de la Salud, que se reúne anualmente para debatir y votar sobre cuestiones y políticas presentadas a los Estados Miembros 40 días antes de su votación. La OMS también cuenta con un Consejo Ejecutivo, el Comité Asesor Independiente de Supervisión de Expertos (CEIE), comités regionales y varios Grupos de Trabajo (como el Grupo de Trabajo Internacional sobre Derechos Humanos o el Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible). Estos foros permiten a los Estados Miembros comunicar directamente sus preferencias a la dirección de la OMS y a otros miembros. Si bien existen críticas sobre el funcionamiento de estos procesos formales, al menos constituyen espacios formales desde los que se puede promover la gobernanza democrática y la rendición de cuentas.

En materia de autoevaluación, la OMS cuenta con diversos procesos para autoevaluarse y proponer agendas de reforma. La Oficina de Evaluación, así como la Unidad

³⁷⁴ Hannah, et al. "Carga de la enfermedad". Nuestro mundo en datos . <https://ourworldindata.org/burden-of-dise>

³⁷⁵ Max . " Pandemias históricas". Nuestro mundo en datos . <https://ourworldindata.org/historical-pandemics>

³⁷⁶ Organización Mundial de la Salud (2019). Atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: Informe de seguimiento mundial de 2019. Ginebra: OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839_eng.pdf

³⁷⁷ Max . " Pandemias históricas". Nuestro mundo en datos . <https://ourworldindata.org/historical-pandemics> 507

⁵⁰⁷ *Ibíd.*

³⁷⁸ IHME. Resultados del GBD. Universidad de Washington. Consultado en diciembre de 2025. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>

³⁷⁹ *Ibíd.*

³⁸⁰ *Ibíd.*

Común de Inspección de las Naciones Unidas, realizan evaluaciones temáticas y de programas. Además, la OMS mantiene varios comités de supervisión (por ejemplo, el Comité de Examen del RSI y el Comité Asesor de Expertos en Supervisión (CAE)) y grupos de trabajo con capacidad para proponer reformas, que posteriormente pueden ser elevadas a la Secretaría, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud.

A pesar de estos procesos formales, ha habido críticas constantes a la rendición de cuentas general de la OMS. Estas se pueden dividir en cinco categorías:

1. Falta de *rendición de cuentas democrática* dentro de los procesos legislativos y de toma de decisiones de la OMS.³⁸¹

2. Falta de rendición de cuentas y responsabilidad pública por las decisiones del Consejo Ejecutivo.³⁸²

3. *Desconexión en la rendición de cuentas* entre los Programas Generales de Trabajo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud debido al control presupuestario y la definición de la dirección por parte de donantes estatales y no estatales.⁵¹³

4. Una falta general de evaluaciones independientes y autoaprendizaje (véase la Sección IV.5.2).

5. Una tendencia a seleccionar arbitrariamente las normas internas para mantener el prestigio percibido de la OMS.³⁸³

La literatura sobre la reforma y la rendición de cuentas de la OMS sugiere que existen dos factores principales que contribuyen a su déficit de rendición de cuentas. En primer

lugar, las contribuciones voluntarias no especificadas permiten una injerencia legislativa y ejecutiva excesiva dentro de la OMS, lo que socava los principios democráticos participativos y la percepción de quién rinde cuentas la OMS. En segundo lugar, existe la opinión generalizada de que la OMS carece de rendición de cuentas debido a que sus procesos son sumamente engorrosos o mantienen procesos que menoscaban la igualdad de voz. En algunos casos, se culpa a los Estados Miembros por retener demasiado control y politizar excesivamente el proceso. En este caso, las reformas incluyen otorgar mayor autonomía a la OMS. En otros casos, solo un pequeño grupo de Estados resulta problemático por ejercer una influencia indebida, y se sugieren reformas en la financiación de la OMS para debilitar las prácticas de búsqueda de rentas y la captura de políticas.

Este informe defiende la segunda postura respecto a la necesidad de reformar el financiamiento de la OMS, pero rechaza la idea de que otorgarle mayor autoridad centralizada equivalga a una mejor rendición de cuentas. Esto se debe a que la rendición de cuentas sobre los resultados en materia de salud se logra mejor aumentando el control en su nivel más bajo mediante la subsidiariedad y los programas de propiedad nacional. En consecuencia, el enfoque no debe centrarse en centralizar la autoridad, sino en la creación de procesos políticos legítimos que permitan la igualdad de acceso, oportunidades de deliberación y políticas públicas colectivas. Junto con la reforma financiera, el objetivo es crear un espacio internacional más reducido y con un enfoque más preciso para la interacción política multilateral, que promueva la responsabilidad de los Estados de mejorar la salud de sus poblaciones.

³⁸¹ Eckl, J. (2017). Reforma exitosa de la gobernanza y sus consecuencias: cómo el impulso histórico hacia reuniones más cortas y mayor eficiencia del tiempo repercute en las asambleas mundiales de salud contemporáneas. *Gobernanza de la salud global*, 11 (1), 40-56;

Hoffman, SJ, & Røttingen, JA (2014). Dividir la OMS en dos: fortalecer la toma de decisiones políticas y asegurar el asesoramiento científico independiente. *Salud pública*, 128 (2), 188-194;

Cooper, AF, & Farooq, AB (2015). Ampliando la diplomacia sanitaria más allá de la resolución de problemas «globales»: Incorporando la dimensión normativa regional. *Política social global*, 15 (3), 313-328.

³⁸² Bloom, BR (2011). La OMS necesita un cambio. *Nature*, 473(7346), 143-145; Legge DG, Schuftan C, Baum FE, van de Pas R, Sanders D, Hanson L, et al. Comentario: la debilidad de la OMS no es técnica, sino que se debe a la falta de

[. BMJ Global Health . 2017 ; 2 : https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000236](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000236)

⁵¹³ Legge, D. (2012). El futuro de la OMS está en juego. *BMJ*, 345 .

³⁸³ Eccleston-Turner, M., & McArdle, S. (2017). Rendición de cuentas, derecho internacional y la Organización Mundial de la Salud: una necesidad de reforma. *Global Health*, 11 (1), 27-39.

IV.4. AUTORIDAD Y RELACIONES EXTERNAS

IV.4.1. Cumplimiento de la OMS con la Carta de las Naciones Unidas

El artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas establece que los organismos especializados que sean "establecidos por acuerdo internacional y tengan amplias responsabilidades internacionales, según se definen en sus instrumentos básicos" en diferentes sectores, incluida la salud, se vincularán con las Naciones Unidas de conformidad con el artículo 63.³⁸⁴ Este último confiere la tarea de coordinar las actividades de los organismos especializados al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) mediante un proceso formal.

Acuerdos, consultas y recomendaciones a los organismos, así como recomendaciones a la Asamblea General y a los Estados Miembros de las Naciones Unidas.³⁸⁵ En la práctica, el sistema de las Naciones Unidas coordina con los organismos especializados a través de la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación al más alto nivel y una red de oficinas de enlace.

El acuerdo que establece la relación entre la ONU y la OMS se firmó y entró en vigor en 1948 tras la aprobación de las respectivas asambleas: la Asamblea General de la ONU y la Asamblea Mundial de la Salud.³⁸⁶ Incluye³⁸⁷ la representación recíproca sin derecho a voto, la presencia de la OMS en las reuniones del ECOSOC y la Asamblea General de la ONU (Artículo II), la propuesta recíproca de temas del orden del día (Artículo III), la posibilidad de que la OMS solicite opiniones consultivas a la Corte Internacional de Justicia (Artículo X), la armonización de los privilegios e inmunidades del personal (Artículo XII) y los acuerdos presupuestarios y fiscales (Artículo XV). En particular, la OMS puede formular recomendaciones a la ONU y a otros organismos especializados, y recibir recomendaciones de estos (Artículo IV). Además, la OMS también celebró acuerdos específicos con otros organismos especializados, como la Organización

Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la UNESCO, el Organismo Internacional de Energía Atómica y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Estos acuerdos abarcan el ámbito de la cooperación, como el establecimiento de comités e iniciativas conjuntas, el intercambio de datos, estadísticas y documentos, y la consulta sobre asuntos de interés común. La ONU y la OMS han recurrido con frecuencia a estas disposiciones, especialmente en los últimos años con la pandemia de Covid. En realidad, la existencia de acuerdos de coordinación y cooperación no elimina la competencia entre organismos en cuanto a presupuesto, financiación y visibilidad pública; el PPPR es el último recurso que comparten la OMS y el Banco Mundial, pero también otros organismos (por ejemplo, la FAO, el FIDA y UNICEF).

Por lo tanto, no existe ningún requisito formal para que un organismo especializado como la OMS cumpla con la Carta de las Naciones Unidas. Probablemente exista una expectativa general y legítima por parte del público y los Estados de que la OMS, al estar afiliada al sistema de las Naciones Unidas, respete la Carta, pero el texto principal que la OMS debe cumplir sigue siendo su constitución.

IV.4.2. Tratados de la OMS y sus dificultades

Como primer tratado promulgado por la OMS más allá del Reglamento Sanitario Internacional, que se actualiza periódicamente, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)³⁸⁸ constituye un ejemplo aleccionador de los riesgos que supone limitar los complejos problemas de salud pública al dogma jurídico y basar su supervisión en intereses particulares. Tiene importantes implicaciones para la actual tendencia hacia la centralización y la obligación jurídica que subyace a la creciente agenda de la OMS en materia de pandemias, así como para la necesidad de contextualizar las políticas de salud pública en el ámbito local.

Los esfuerzos de la OMS por liderar una campaña internacional para reducir drásticamente el tabaquismo reflejan buenas intenciones en la búsqueda de un objetivo

³⁸⁴ Artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-9>

³⁸⁵ Artículo 63, Carta de las Naciones Unidas <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-10>

³⁸⁶ Carta de las Naciones Unidas <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-10>

³⁸⁷ Constitución de la OMS (2026), OMS: Ginebra, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

³⁸⁸ Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. « Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ». [https://www.who.int/europe/teams/tobacco/who-framework-convention-on-tobacco-control-\(who-fctc\)](https://www.who.int/europe/teams/tobacco/who-framework-convention-on-tobacco-control-(who-fctc))

loable, pero son víctimas de la ley de las consecuencias no deseadas y perversas. Se reconoce que el consumo de tabaco es un importante factor determinante de enfermedades no transmisibles como el cáncer y las enfermedades cardíacas, que causan muerte y discapacidad generalizadas. El tabaco mata a más de siete millones de personas cada año y los fumadores de toda la vida pierden, en promedio, diez años de vida. El cultivo de tabaco agota recursos vitales de tierra y agua y los desvía de la producción sostenible de alimentos.³⁸⁹ Las enfermedades relacionadas con el tabaco generan gastos sanitarios catastróficos, especialmente para las poblaciones más pobres del mundo. Billones de colillas desechadas contaminan los ecosistemas. Las agresivas actividades de cabildeo y marketing de la industria socavan los objetivos de salud pública y los esfuerzos para combatir el flagelo del tabaquismo.

El artículo 19 de la Constitución de la OMS confiere a la Asamblea Mundial de la Salud, órgano normativo y presupuestario de la organización, la facultad de adoptar convenios o acuerdos sobre cualquier asunto de su competencia por mayoría de dos tercios.³⁹⁰ El nuevo instrumento jurídico entra en vigor para cada Estado miembro tras su ratificación, de conformidad con sus procedimientos constitucionales. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003, siendo el primer tratado adoptado en virtud del artículo 19. Entró en vigor el 27 de febrero de 2005 y cuenta con 183 Estados partes. La OMS lo alberga en su sede, pero no es una unidad bajo su control.³⁹¹ Libre de cualquier autoridad jurídica directa de la OMS, el CMCT tiene su propio órgano rector en la Conferencia de las Partes (COP). Se prevé que este modelo se repita si se adopta el Acuerdo sobre la Pandemia.

Los objetivos del tratado son reducir y erradicar el

consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo del tabaco. Para contribuir al logro de estos objetivos, las disposiciones del tratado incluyen medidas para regular la producción, venta, distribución, publicidad e impuestos del tabaco. El CMCT aborda tanto la demanda como la oferta y establece un marco para la implementación de medidas de control del tabaco a nivel nacional, regional e internacional. Estas medidas incluyen precios e impuestos para reducir la demanda; restricciones a las ventas, la publicidad y el empaquetado; y mensajes de salud pública sobre los peligros del tabaco. La Dra. Adriana Blanco Marquizo, jefa de la secretaría del CMCT, declaró en febrero de 2025, en un discurso con motivo de su vigésimo aniversario, que el tratado «proporciona a las Partes un conjunto integral de medidas para proteger a las poblaciones de las tácticas en constante evolución de la industria, diseñadas para obtener beneficios a costa de la vida de las personas y la salud de nuestro planeta».³⁹² Las normas del CMCT se establecen como requisitos mínimos, y se alienta a los Estados a adoptar regulaciones más estrictas siempre que sea posible.

Con motivo del vigésimo aniversario de la entrada en vigor del CMCT el 20 de febrero de 2025, el Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, describió el tabaco como «una plaga para la humanidad: la principal causa de muerte y enfermedad prevenibles a nivel mundial».⁵²⁵ Afirmó que el «paquete integral de medidas de control del tabaco basadas en la evidencia y respaldadas por el derecho internacional» del CMCT —advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de cigarrillos, leyes antitabaco, aumento de impuestos— «ha salvado millones de vidas». Los equipos de evaluación de expertos que estudiaron el impacto del tratado en su primera década de funcionamiento constataron que había acelerado el desarrollo y la aplicación de la legislación de control del tabaco, sirviendo de catalizador

³⁸⁹ Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. «Efectos del tabaco en la salud». <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/effects-of-tabacco-on-health>

³⁹⁰ Organización Mundial de la Salud (2005). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, 47.ª ed. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

³⁹¹ Drope, Jeffrey, et al. «¿Quién sigue fumando? Disparidades en la prevalencia del tabaquismo en adultos en Estados Unidos». CA: Revista de cáncer para clínicos 68, n.º 2 (2018): 106–115. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6589464/>

³⁹² Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2025). «El primer tratado de la OMS conmemora 20 años salvando millones de vidas en todo el mundo». 25 de febrero de 2025. <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/25-02-2025-first-ever-who-treaty-marks-20-years-of-saving-millions-of-lives-worldwide>

⁵²⁵ *Ibíd.*

para nuevas políticas y estrategias en algunos países y fortaleciendo las leyes débiles existentes en otros.³⁹³ Se afirmó que las medidas del CMCT, como las leyes antitabaco, las advertencias sanitarias y las leyes sobre el acceso de los jóvenes al tabaco, habían logrado avances significativos en la reducción del consumo de tabaco. El

CMCT fue descrito como un "instrumento jurídico poderoso" y la evidencia demostró que "las medidas que cumplen con el CMCT son efectivas". Según una estimación, se evitaron casi 22 millones de muertes prematuras futuras atribuibles al tabaquismo entre 2007 y 2014.³⁹⁴

Deaths from tobacco smoking, by age, World

Annual number of deaths from tobacco smoking (includes direct smokers, and people exposed to secondhand smoke).

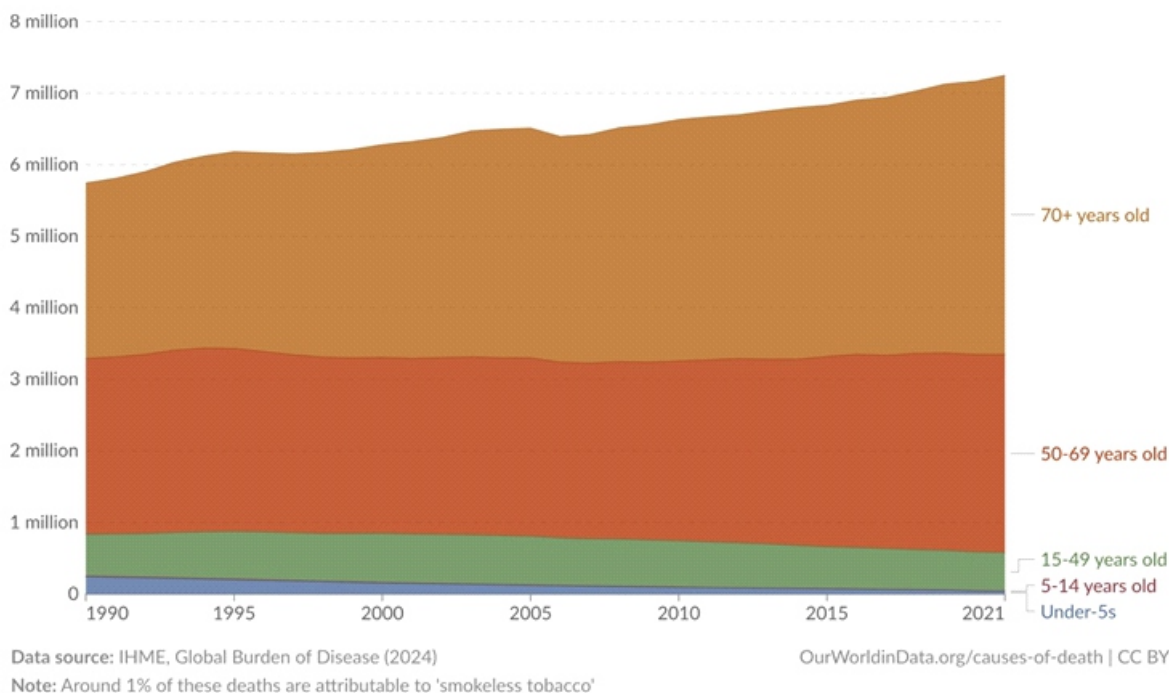


Figura IV.3 – Gráfico que muestra las muertes mundiales por tabaquismo, por edad Fuente: Our World in Data,³⁹⁵ www.ourworldindata.org/causas-de-muerte

No todos están convencidos. Si bien es cierto que el consumo de tabaco a nivel mundial se redujo en un tercio, pasando del 29,3 por ciento en 2005 al 20,9 por ciento en 2022, se ha observado una desaceleración reciente en el ritmo de descenso.³⁹⁶ Sin embargo, ¿en qué medida esto

puede explicarse por el impacto del CMCT? La Figura IV.3 muestra que el CMCT de 2005 no tuvo un impacto perceptible en las muertes por tabaquismo desglosadas por edad entre 1990 y 2021. El número total de muertes aumentó de 5,75 millones en 1990 a 6,51 millones en

³⁹³ Gravely, Shannon, et al. "El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Examinando su eficacia 15 años después de su entrada en vigor". Tobacco Control 28, Supl. 2 (2019): s129–s136. https://tobaccocontrol.bmj.com/content/28/Suppl_2/s129 ;

³⁹⁴ Partos, Tibor R., et al. "Diferencias transnacionales en la efectividad del empaquetado genérico de cigarrillos". Tobacco Control 27, núm. 1 (2018): 50–57. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/50>
Gravely, Shannon, et al. "Gobernanza a nivel nacional del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco". <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6589489/>

³⁹⁵ Nuestro Mundo en Datos, www.ourworldindata.org. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

³⁹⁶ Hopkinson, Nicholas S., y Deborah Arnott. "Avances en el control mundial del tabaco". The Lancet (2025). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00336-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00336-8/abstract)

2005 (+760 000) y a 7,25 millones en 2021 (+740 000). El único grupo de edad en el que aumentaron las muertes, de 583 627 en 1990 a 678 809 en 2005, antes de descender a 536 486 en 2021, fue el de las personas de entre 15 y 49 años. Hubo una disminución constante de las muertes en menores de 15 años durante todo el período y un aumento constante de las muertes entre los mayores de 50 años, sin evidencia de que el CMCT marcara un punto de inflexión en 2005 para ninguno de los grupos de edad. Además, frente a una disminución de fumadores del 34,3 al 21,7 por ciento entre 2000 y 2022, el rendimiento mundial del tabaco se ha mantenido una trayectoria ascendente desde 1961, mientras que la producción de tabaco y la tierra utilizada para su cultivo aumentaron desde 1961 hasta alcanzar niveles máximos en 1997 antes de comenzar un declive.⁵³⁰

Existe una ambigüedad fundamental en el núcleo del CMCT. ¿Es un tratado sobre producción, consumo, adicción y reducción de daños, o un tratado de prohibición? Algunos estudios académicos sugieren que los activistas políticos se apropian del lenguaje de la "salud pública", disfrazando la regulación sanitaria como protección al consumidor, para promover los intereses de las burocracias y los burócratas, las industrias y sus propias carreras. ¿³⁹⁷ Constituye, por lo tanto, la financiación de fundaciones filantrópicas centradas en la salud para promover regulaciones más estrictas un conflicto de intereses declarable, de forma similar a la financiación de la industria? Los esfuerzos independientes para evaluar la eficacia y la implementación del CMCT muestran que el

cumplimiento del marco por parte de los Estados es bajo.³⁹⁸ Steven Hoffman y Zain Rizvi, de la Universidad McMaster en Canadá, descubrieron que un tercio de las respuestas de los países se habían informado erróneamente en la base de datos de la OMS, faltaba una cuarta parte de los informes presentados, algunos habían sido malinterpretados por el personal de la OMS y algunos eran errores claros, por ejemplo, "sí" registrado como "no".⁵³³

Como ocurre con muchas políticas públicas impulsadas por buenas intenciones, las regulaciones sobre el tabaco también están sujetas a consecuencias no deseadas y perversas. Los expertos han descrito las regulaciones australianas sobre el tabaco, por ejemplo, como el "peor ejemplo de mala política" a nivel mundial.³⁹⁹ El fuerte aumento de los impuestos sobre los cigarrillos, que representan más de la mitad del precio total de venta, ha impulsado las ventas hacia el mercado negro controlado por el crimen organizado. La recaudación fiscal proyectada de 7.000 millones de dólares australianos en 2025 es inferior a los 16.300 millones de dólares australianos de 2020.⁴⁰⁰ La Asociación Australiana de Tiendas de Conveniencia culpa a las políticas gubernamentales del desplome de 2.000 millones de dólares australianos en ventas,⁴⁰¹ con el mercado del tabaco en manos de delincuentes. Los ingresos fiscales se han reducido a la mitad, mientras que los tipos impositivos se han duplicado, y un problema de salud se ha convertido en un problema de delincuencia, con tiendas incendiadas mientras las bandas luchan por el control del territorio.

⁵³⁰ OMS (2024) Informe mundial de la OMS sobre las tendencias en la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283> ;

FAO (2025) FAOSTAT Datos sobre alimentación y agricultura. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura <https://www.fao.org/faostat/en/#home>

³⁹⁷ Christopher Snowdon, 2025, Los bautistas contrabandistas: la lógica de la acción colectiva paternalista. Journal of Public Finanzas y elección pública (publicado en línea antes de su impresión) <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/jpfpc/aop/article-10.1332-25156918Y2025D000000022/article-10.1332-25156918Y2025D000000022.xml>

³⁹⁸ Hoffman S, Rizvi Z, La OMS socava el control del tabaco. The Lancet, 380, 727-728 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61402-0/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61402-0/texto completo)

⁵³³ [533 Ibid.](#)

³⁹⁹ [Mala política : Cómo los altísimos impuestos al tabaco desataron un infierno en el mercado negro de 5.000 millones de dólares ” . https://www.theaustralian.com.au/nation/bad-policy-how-skyhigh-tabaco-taxis-sparked-a-5bn-black-market-inferno/](#)

⁴⁰⁰ The Spectator Australia (2025). “Es hora de acabar con el impuesto al tabaco”. <https://www.spectator.com.au/2025/09/time-to-stub-out-the-tobacco-tax/>

⁴⁰¹ The Australian. “Acabando con la tienda de barrio: 2.000 millones de dólares perdidos por el mercado negro del tabaco tras unas reformas gubernamentales absurdas . ” <https://www.theaustralian.com.au/nation/killing-the-corner-store-2bn-lost-to-black-market-tambach-after-ludicrous-government-reforms/>

Como señalaron los economistas Dmitri Burshtein y Peter Swan en la revista *Spectator Australia* (6 de septiembre de 2025): “El gobierno creía que estaba asfixiando a los fumadores; en realidad, acabó con el mercado legal. El resultado fue una ganancia inesperada para el crimen organizado, que ahora se embolsa el margen, mientras que el Tesoro se desangra y el déficit se dispara”.⁴⁰²

Diseñado en torno al control del tabaco, el CMCT también ha tenido dificultades para adaptarse a las innovaciones que implican alternativas con nicotina de bajo riesgo, como los cigarrillos electrónicos. Sus instituciones, directrices y políticas son dependientes de la trayectoria en un paradigma de “dejar de fumar o morir” en lugar de una regulación de riesgo comparativo. Las decisiones de la COP que incentivan restricciones generalizadas (igualdad impositiva con los cigarrillos, prohibición de sabores, prohibiciones minoristas, bloqueos publicitarios) ignoran las grandes diferencias en el daño entre los combustibles y los no combustibles. Con sus procesos de asesoramiento y negociación que excluyen a los científicos independientes de reducción de daños y a los fabricantes que poseen datos de seguridad y uso, una coalición moral-política ha reemplazado a la ciencia de la salud pública en el proceso del tratado, tratando toda la nicotina como si fuera humo de tabaco. La arquitectura del tratado tiende a aplicar el principio de precaución de forma asimétrica, exigiendo prueba de riesgo cero para las alternativas en lugar de priorizar la reducción de los daños aceptados del consumo de tabaco combustible. La revisión y vigilancia científicas están débilmente integradas en las deliberaciones de la COP. El marco legal del tratado, formado en un momento en que existían pocas alternativas, ahora impulsa una agenda de salud pública dogmática en lugar de basada en la ciencia y, posiblemente, impide una reducción en el consumo.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) ilustra los riesgos de convertir un problema de salud pública en un tratado. Una respuesta basada en la evidencia y la ciencia se transforma en una respuesta regida por un marco jurídico rígido. Si bien la gestión normalmente evolucionaría con la evolución de la evidencia, los objetivos fijos del tratado y la burocracia que se genera para respaldarlo se convierten en un fin en sí mismos, reduciendo con el tiempo su impacto y pudiendo

causar daño. Es probable que surjan los mismos problemas con el Acuerdo sobre Pandemias adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2025, pero con negociaciones aún en curso, y se observa en otras políticas. La toma de decisiones se desvincula de las prioridades y el contexto locales, y en última instancia puede pasar a mecanismos judiciales sin ninguna base en salud pública.

IV.4.3. La relación de la OMS con las entidades privadas

FENSA, conflicto de intereses y relaciones con otras organizaciones

La constitución de la OMS de 1946 reconoce la realidad de que la OMS necesitaría trabajar con actores no estatales⁴⁰³. Dentro de las jurisdicciones nacionales, esto está limitado en el sentido de que requiere el consentimiento del Estado gobernante en cuestión, como se establece en el artículo 71:

“La Organización podrá, en los asuntos de su competencia, adoptar las medidas adecuadas para la consulta y la cooperación con organizaciones internacionales no gubernamentales y, con el consentimiento del Gobierno interesado, con organizaciones nacionales, gubernamentales o no gubernamentales”.

El término organización internacional se refiere generalmente a una organización intergubernamental designada por tratado o mecanismo similar, como los diversos organismos de la ONU, los bancos multilaterales de desarrollo y ciertas organizaciones internacionales de conservación o deportivas. La redacción no especifica la inclusión de entidades corporativas con fines de lucro ni de organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en Estados, salvo con la autorización del Estado rector (véase la Sección IV.3.1). Los acuerdos formales con organizaciones intergubernamentales requieren el voto de dos tercios de la Asamblea Mundial de la Salud (Constitución de la OMS, Artículo 70).⁵³⁹

⁴⁰² The Spectator Australia (2025). “Es hora de acabar con el impuesto al tabaco”.

<https://www.spectator.com.au/2025/09/time-to-stub-out-the-tobacco-tax/>

⁴⁰³ Constitución de la OMS, Capítulo XVI (Artículos 69-72). Véase :

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁵³⁹ Documentos básicos de la OMS. 49.ª edición. 2020. <https://apps.who.int/gb/bd/>

Estas normas afectan las relaciones de la OMS con otras organizaciones internacionales, como las Asociaciones Público-Privadas (APP) surgidas más recientemente (véase la Sección II.3.4), que, si bien otorgan dicha autorización, requieren la aprobación de la Asamblea Mundial de la Salud para un acuerdo formal. Sin embargo, estas APP cuentan con representantes del sector privado (es decir, sujetos a la jurisdicción nacional) en sus juntas directivas y pueden diferir considerablemente en cuanto a gobernanza y representatividad. La cooperación de la OMS con estas entidades no se aborda adecuadamente en los Artículos 69 a 72 ni en otras partes.

Para abordar estas incertidumbres derivadas de la necesidad de la OMS de interactuar con una industria sanitaria mundial en rápido crecimiento, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó un conjunto de reglas: el Marco de Colaboración con Actores No Estatales (FENSA).⁴⁰⁴ El FENSA fue adoptado en la 69.ª AMS en 2016 (resolución 69.10 de la AMS),⁵⁴¹ con el objetivo de definir la forma en que la OMS debe trabajar con los actores no estatales, incluidas las fuentes privadas que proporcionan financiación a la OMS:

“Principios. Párrafo 6 (d): los recursos adicionales que los actores no estatales pueden aportar a la labor de la OMS”.

FENSA introduce un proceso mediante el cual la OMS evaluará a los actores no estatales para detectar posibles conflictos de intereses:

“Párrafo 21: La OMS realiza una evaluación de riesgos para identificar los riesgos específicos asociados a cada interacción con un actor no estatal.”

Estos posibles conflictos deben gestionarse en el seno de la OMS, bajo la supervisión del Consejo Ejecutivo (párrafos 67 y 68).

La definición de conflicto de intereses (párrafo 22) incluye:

“Un conflicto de intereses surge en circunstancias en las que existe la posibilidad de que un interés

secundario (un interés personal en el resultado del trabajo de la OMS en un área determinada) influya indebidamente, o pueda percibirse razonablemente que influye indebidamente, en la independencia u objetividad del juicio o las acciones profesionales con respecto a un interés primario (el trabajo de la OMS)”.

Esto plantea una cuestión fundamental para la OMS en relación con la financiación específica procedente de fuentes privadas que podrían obtener algún beneficio potencial de las políticas de salud pública, incluido el desarrollo de mercados para productos básicos como vacunas, medicamentos o pruebas diagnósticas, de los que podrían obtener beneficios o poseer derechos de propiedad intelectual. A finales de 2025, el principal financiador de la OMS era un donante privado: la Fundación Gates.⁴⁰⁵

La OMS mantiene además una lista de actores no estatales en "Relaciones oficiales con la OMS". Párrafo 50:

“Las 'relaciones oficiales' son un privilegio que la Junta Ejecutiva puede otorgar a organizaciones no gubernamentales, asociaciones empresariales internacionales y fundaciones filantrópicas que hayan mantenido y sigan manteniendo un compromiso sostenido y sistemático”.

Esta condición, que incluye a importantes financiadores de la OMS,⁴⁰⁶ ofrece una oportunidad para que las entidades privadas tengan conocimiento interno directo de los órganos rectores de la OMS, e incluso puedan influir en ellos (Párrafo 55):

“Se invita a las entidades con relaciones oficiales a participar en las sesiones de los órganos rectores de la OMS. Este privilegio incluirá:

(a) la posibilidad de nombrar un representante para participar, sin derecho a voto, en las reuniones de los órganos rectores de la OMS o en las reuniones de los comités y conferencias convocados bajo su autoridad,

(b) la posibilidad de hacer una declaración si el

⁴⁰⁴ Ibid.

⁵⁴¹ Ibid.

⁴⁰⁵ OMS. Contribuyentes – Flujo financiero. Consultado en marzo de 2026.

<https://open.who.int/2024-25/colaboradores/colaborador>

⁴⁰⁶ Mundial de la Salud. “Actores no estatales con relaciones oficiales con la OMS”.

<https://www.who.int/publications/m/item/non-state-actors-in-official-relations-with-who>

Presidente de la reunión (i) los invita a hacerlo o (ii) accede a su solicitud cuando se esté discutiendo un tema en el que la entidad relacionada esté particularmente interesada,

(c) la posibilidad de presentar la declaración a que se refiere el apartado b) anterior con antelación al debate para que la Secretaría la publique en un sitio web específico”.

La financiación procedente de actores no estatales se gestiona en virtud de la sección de la FENSA «Política y procedimientos de la OMS sobre la colaboración operativa con organizaciones no gubernamentales». El párrafo 6 establece:

“La OMS puede aceptar contribuciones financieras y en especie de organizaciones no gubernamentales siempre que dichas contribuciones se enmarquen en el Programa General de Trabajo de la OMS, no generen conflictos de intereses y se gestionen de conformidad con el marco”. El párrafo 8 establece:

“La aceptación de contribuciones (ya sean en efectivo o en especie) deberá estar sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La aceptación de una contribución no constituye un respaldo por parte de la OMS a la organización no gubernamental,

(b) La aceptación de una contribución no confiere al contribuyente ningún privilegio ni ventaja,

(c) La aceptación de una contribución como tal no ofrece al contribuyente ninguna posibilidad de asesorar, influir, participar o estar al mando de la gestión o implementación de las actividades operativas,

(d) La OMS se reserva el derecho discrecional de rechazar una contribución, sin necesidad de dar más explicaciones.

La concesión de ventajas (8b) es claramente una posibilidad con la financiación de fabricantes farmacéuticos y fundaciones privadas cuyos líderes también invierten en productos básicos (como la Fundación Gates). El personal de la OMS suele estar al

tanto de la fuente de financiación de sus propios salarios y los de sus colegas, y es evidente que la seguridad laboral de muchos depende de la financiación continua del sector privado, ya que este representa aproximadamente el 25 % del presupuesto actual de la OMS.⁴⁰⁷ Si a esto se suman los financiadores no estatales como el Banco Mundial y la Unión Europea, y los principales países que donan con un propósito específico mediante financiación determinada, se podría decir que la mayoría de los salarios en la OMS dependen de garantizar que se alcancen los objetivos de financiadores específicos.

Esta situación parece incongruente con el párrafo 13 (b) que rige las contribuciones del sector privado:

“No se podrán solicitar ni aceptar contribuciones financieras de entidades del sector privado que tengan, por sí mismas o a través de sus empresas afiliadas, un interés comercial directo en el resultado del proyecto al que contribuirían, a menos que se apruebe en conformidad con las disposiciones relativas a los ensayos clínicos o al desarrollo de productos (véase el apartado 36 a continuación)”.

Se incluye una excepción para el marco de preparación ante la pandemia de influenza (PIP, por sus siglas en inglés) establecido anteriormente, que implica que los fabricantes farmacéuticos contribuyan a un fondo que tiene implicaciones para las ventas de vacunas:

“Las disposiciones establecidas en el párrafo 13(b) se entenderán sin perjuicio de los mecanismos específicos, como el Marco de Preparación para la Gripe Pandémica (“Marco PIP”), establecido por la Asamblea de la Salud, que implican la recepción y la puesta en común de recursos”.

Si bien parece aceptarse el potencial de conflicto de intereses en el ámbito de la investigación, la exclusión no aborda el caso de fundaciones privadas como la Fundación Gates, que realiza inversiones directas en fabricantes farmacéuticos, ni el interés indirecto a través de su propia fuente de financiación y sus fundadores. Las fundaciones filantrópicas, principal fuente de financiación privada para el presupuesto de la OMS (la Fundación Gates es, a finales de 2025, el mayor financiador individual de la OMS), se tratan en una sección aparte de FENSA, la política y los procedimientos operativos de la OMS sobre la colaboración con fundaciones filantrópicas.

⁴⁰⁷ Mundial de la Salud. “Colaboradores”. Open WHO. <https://open.who.int/2024-25/colaboradores/colaborador>

El párrafo 7 establece que:

“La OMS puede aceptar contribuciones financieras y en especie de fundaciones filantrópicas siempre que dichas contribuciones se enmarquen en el Programa General de Trabajo de la OMS, no generen conflictos de intereses, se gestionen de conformidad con el marco establecido y cumplan con las demás normas, reglamentos y políticas pertinentes de la OMS”.

Mientras que el párrafo 8 afirma:

“En cuanto a todos los contribuyentes, las fundaciones filantrópicas deberán adecuar sus contribuciones a las prioridades establecidas por la Asamblea de la Salud en el presupuesto del programa aprobado”.

Cuando la contribución de una fundación filantrópica es pequeña, es comprensible que se ajuste a un programa de trabajo preestablecido. Sin embargo, cuando la contribución es una de las más importantes que recibe la OMS, como la aportación directa de la Fundación Gates, que representa más del 13 % del presupuesto reciente de la OMS, y la contribución indirecta de Gavi (el segundo mayor financiador),⁴⁰⁸ la disponibilidad de estos fondos tiene, por definición, un impacto significativo en el programa de trabajo de la OMS, ya que deben utilizarse según lo acordado con la entidad financiadora.

Si se comprueba que la fuente de financiación no cumple con los requisitos, los fondos deberán ser devueltos.

(Párrafo 71 del texto principal del FENSA): *“Toda contribución financiera recibida por la OMS que posteriormente se descubra que no cumple con los términos de este marco será devuelta al contribuyente”.*

En la práctica, si se descubriera que la financiación de la Fundación Gates no cumple con la ley FENSA y fuera necesario devolverla, esto requeriría actualmente (a finales de 2025) el cierre de programas y/o una considerable reducción de personal, además de la reducción del 25 % que ya está en marcha.

De este modo, el mecanismo FENSA facilita la financiación privada y la participación de dichas entidades en los

órganos rectores y programas de la OMS, con la secretaría de la OMS, que se beneficia de ello y depende cada vez más de ello, gestionando el proceso de evaluación y supervisión. El potencial de conflictos de intereses de estas entidades privadas, algunas en la lista de entidades con relaciones oficiales con la OMS

La OMS lo deja claro. Financian programas basados en productos básicos y tienen influencia financiera directa o indirecta.

Existen intereses en la venta de productos farmacéuticos y biotecnológicos que podrían verse afectados por dichos programas. Por lo tanto, actualmente existen claros conflictos de intereses tanto entre el personal como entre los financiadores, ambos con el objetivo de evitar la aplicación rigurosa de las normas de FENSA relativas a la financiación del sector privado.

IV.5. OBJETIVOS Y ESTRATEGIA

La evolución de la OMS está marcada por diversos factores, pero puede rastrearse a través de sus Programas Generales de Trabajo (PGT), que establecen la estrategia para los próximos años. Estos reflejan presiones externas e internas, así como la capacidad de aprendizaje. En este artículo, analizamos la OMS desde esta perspectiva.

IV.5.1. La OMS evoluciona a través de sus Programas Generales de Trabajo

Tendencias en los Programas Generales de Trabajo de la OMS (1996-2025)

El Programa General de Trabajo (PGT) es un documento de alto nivel de la OMS que describe la dirección estratégica, la asignación de recursos, la agenda y la toma de decisiones de la OMS en materia de salud mundial durante un período determinado. El PGT es aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y se elabora en consulta con los Estados Miembros, expertos y partes interesadas en la salud mundial. Si bien la aprobación se realiza a través de la AMS, cabe señalar que se han planteado inquietudes sobre cómo se elabora el PGT antes de la AMS y hasta qué punto la Secretaría de la OMS

⁴⁰⁸ Mundial de la Salud. «Colaboradores». Open WHO. Consultado el 17 de diciembre de 2025. <https://open.who.int/2024-25/contributors/contributor>

establece la agenda, de manera que podría no priorizar los intereses de los Estados Miembros sobre los de la OMS.⁴⁰⁹

Dejando eso de lado, como documento estratégico, el GPW sirve de base para el Presupuesto del Programa bienal de la OMS⁴¹⁰ para cumplir con su estrategia, justifica los recursos necesarios y detalla los mecanismos que se utilizarán para medir el progreso hacia las metas del GPW, así como la forma en que se registrarán y comunicarán esos resultados. Como parte de sus procesos de seguimiento y evaluación, la OMS ha establecido el Marco de Resultados de la OMS,⁵⁴⁹ Informes de Resultados de la OMS⁴¹¹ y el Portal del Presupuesto del Programa de la OMS.⁵⁵¹

El análisis de los documentos de GPW de 1996 identifica tres tendencias en el desarrollo de GPW: 1) Una mayor securitización biomédica de la salud; 2) Una dependencia excesiva continua de las contribuciones voluntarias con una influencia política desproporcionada, y; 3) Un cambio hacia un mayor uso de métricas basadas en resultados, que se basa en técnicas de seguimiento y evaluación poco desarrolladas (véase la Sección II.3.6).

La titulación de GPW

El análisis de los documentos del GPW de 1996 revela un aumento significativo en el énfasis en la seguridad sanitaria. Este enfoque se ha intensificado, especialmente en respuesta a importantes crisis sanitarias mundiales como la pandemia de COVID-19 y la epidemia de ébola en África Occidental, lo que ha transformado la seguridad sanitaria de una preocupación general en la salud pública mundial a una prioridad central y cuantificable.

Una genealogía abreviada de la seguridad sanitaria en los principales países de referencia ilustra esta tendencia:

- **GPW9 – 1996-2001:** A finales de la década de 1990, el término “seguridad” se utilizó inicialmente como marco para reafirmar el valor de la OMS en un

mundo globalizado posterior a la Guerra Fría, con un enfoque inicial sobre el VIH/SIDA y su impacto potencial en la estabilidad nacional y regional. El brote de SARS y la amenaza de una pandemia de gripe aviar pusieron de manifiesto la necesidad de una mayor cooperación internacional y una mejor preparación ante emergencias sanitarias. Como resultado, se observa un cambio significativo desde finales de la década de 1990 hasta principios de la de 2000, donde los objetivos iniciales de «*Salud para todos en el año 2000*» fueron reemplazados gradualmente y fusionados con enfoques más elevados centrados en la seguridad sanitaria y las intervenciones verticales específicas para cada enfermedad.

- **GPW11 – 2006-2015:** Una aceleración significativa de un paradigma emergente de seguridad sanitaria fue la adopción de enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en 2005, que proporcionaron un marco jurídico para la alerta y respuesta global ante emergencias de salud pública de interés internacional. El RSI exige a los países que desarrollen capacidades básicas para prevenir, detectar, evaluar, notificar y responder a los riesgos para la salud pública, consolidando así la "seguridad sanitaria" en el derecho internacional y los programas nacionales. Como resultado del RSI, se priorizaron aún más los enfoques de seguridad sanitaria en el marco del GPW11, junto con un mayor uso de indicadores de referencia para orientar y monitorear el cumplimiento y el progreso del RSI.

- **GPW12 - 2014-2019:** La seguridad sanitaria y las enfermedades transmisibles se identificaron explícitamente en el GPW12 como una de las cinco áreas técnicas clave y direcciones estratégicas, lo que refleja el mayor compromiso de la OMS con los paradigmas de seguridad sanitaria. El lanzamiento de la Agenda Mundial de Seguridad Sanitaria (GHSA, por sus siglas en inglés) por el Grupo de los Siete (G7) en 2014, con la OMS como socio clave, intensificó aún más los esfuerzos de la OMS para establecer puntos de referencia y mejorar la preparación ante amenazas

⁴⁰⁹ Legge, D. (2012). El futuro de la OMS está en juego. *BMJ*, 345.

⁴¹⁰ Organización Mundial de la Salud. “Presupuesto por programas”.
<https://www.who.int/about/accountability/budget>

⁵⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. Marco de resultados de la OMS: Lograr un impacto medible en los países.
<https://www.who.int/publications/m/item/who-results-framework-delivering-a-measurable-impact-in-countries>

⁴¹¹ Organización Mundial de la Salud. «Informes de resultados». <https://www.who.int/about/accountability/results>

⁵⁵¹ Organización Mundial de la Salud. Open WHO. <http://open.who.int/>

biológicas. La GHSA ejerció una presión adicional sobre la OMS para que modificara su alineación estratégica, alejándose de cuestiones más amplias de salud pública mundial como la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), ya que la GHSA representaba una nueva "prioridad mundial" y competía por los recursos financieros y la autoridad epistémica. Los discursos en torno a la creación de la GHSA tuvieron un claro impacto en el pensamiento estratégico de la Secretaría de la OMS y del GPW12,⁴¹² dado que la GHSA se adoptó explícitamente en la Cumbre de Líderes del G7 de 2014 como respuesta a los fallos percibidos de la OMS durante el brote de ébola en África Occidental.⁵⁵³

- **GPW13 (2019-2023):** La seguridad sanitaria se convirtió en una de las tres prioridades estratégicas principales, definidas explícitamente por los objetivos de los "tres mil millones". Uno de estos objetivos se centraba en lograr que mil millones de personas más estuvieran mejor protegidas frente a emergencias sanitarias. Es importante señalar que el GPW13 se redactó antes de la pandemia de COVID-19, lo que puede explicar un menor énfasis en la preparación ante pandemias. Dicho esto, ante la renovada preocupación por el riesgo de pandemia en países occidentales clave y la creación de la GHSA, la OMS entendió que el GPW13

representaba un cambio radical en las políticas, ofreciendo un enfoque más proactivo y orientado a resultados, con indicadores y métricas específicas para la preparación y respuesta ante brotes.

- **GPW14 (2025-2028):** El actual GPW14 se basa en el GPW13, consolidando aún más el enfoque en la seguridad sanitaria. Sin embargo, a diferencia del GPW13, pone un énfasis mucho mayor en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias. Al igual que el GPW13, el GPW14 amplía su estrategia para ayudar a construir sistemas de salud resilientes capaces de prevenir, prepararse y responder a todas las emergencias humanitarias y de salud pública, al tiempo que explícitamente vincular los esfuerzos de seguridad sanitaria con el fortalecimiento de los sistemas de salud más amplios y los objetivos de cobertura sanitaria universal. En teoría, esto sugiere algunos intentos de reequilibrar la "seguridad sanitaria" hacia enfoques más holísticos de resiliencia,⁵⁵⁴ aunque dadas las políticas de preparación y respuesta posteriores a la Covid, esto parece ser más normativo y simbólico que un impulsor de la asignación de recursos y la implementación de políticas.⁵⁵⁵ Además, el lenguaje de seguridad de la preparación para emergencias dentro del GPW13 se extiende en el GPW14, como un mayor énfasis en el riesgo y las emergencias relacionadas

⁴¹² Departamento de Salud del Reino Unido (2008). La salud es global: una estrategia del gobierno del Reino Unido 2008-2013. Londres: Departamento de Salud.
https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7f0ca640f0b62305b84c12/IndependentReport_GHS_acc.pdf

⁵⁵³ 553 Katz R, Sorrell EM, Kornblet SA, Fischer JE. Agenda de seguridad sanitaria mundial y reglamentos sanitarios internacionales: avanzando. Biosecur Bioterror. 2014 sep-oct;12(5):231-8.
<https://doi.org/10.1089/bsp.2014.0038> PMID: 25254911.

⁵⁵⁴ Brown, GW, Bridge, G., Martini, J. et al. El papel de los sistemas de salud en la seguridad sanitaria: una revisión exploratoria que revela la necesidad de mejorar los vínculos conceptuales y prácticos. Global Health 18, 51 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00840-6>

⁵⁵⁵ GW Brown, D. Bell, J. von Agris y B. Tacheva (2024). El costo de la preparación ante pandemias: un examen de los costos y las solicitudes financieras en apoyo de la prevención, preparación y respuesta ante pandemias. Agenda, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir-registro/proyectos-de-investigacion/1260/reevaluacion-la-agenda-de-preparacion-y-respuesta-a-la-pandemia> ;

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir-record/research-projects/1260/reevaluating-the-pandemic-reparedness-and-response-agenda-reppare> ;

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Cuando los modelos y la realidad chocan: una revisión de las predicciones de mortalidad por epidemias y pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/254/when-models-and-reality-clash-a-review-of-predictions-of-epidemic-and-pandemic-mortality>

con el clima, el fortalecimiento de las evaluaciones basadas en resultados para el cumplimiento del RSI para mitigar las amenazas y hacer que *“la OMS sea más capaz de servir como primer respondedor y proveedor de último recurso de servicios de salud esenciales en emergencias humanitarias”*.

Como se indicó anteriormente, dado que el GPW13 (2019-2023) fue aprobado en mayo de 2018, no hizo el mismo énfasis en la preparación para pandemias que el GPW14. Además, a diferencia del GPW14, que se centra más en la “seguridad sanitaria” y las estrategias “basadas en resultados”, el GPW13 se alinea más con la definición más amplia de salud de la OMS, delineando su visión estratégica de *“promover la salud, mantener al mundo seguro y servir a los vulnerables”*. El GPW13 destaca sus valores primordiales y su compromiso con los *“derechos humanos, la universalidad y la equidad, basados en los principios establecidos en la Constitución de la OMS”*, un lenguaje menos frecuente en el GPW14. Mientras que el

GPW14 tiene seis prioridades estratégicas (véase la Figura IV.5), el GPW13 está estructurado en torno a tres prioridades estratégicas interconectadas:

- lograr la cobertura sanitaria universal
- abordar emergencias sanitarias
- y promoviendo poblaciones más saludables.

Como se ilustra en la Figura IV.4, el GPW13 busca promover estas prioridades estratégicas mediante tres actividades: *«fortalecer el liderazgo; impulsar el impacto en la salud pública en todos los países; y centrar los bienes públicos mundiales en el impacto»*. Estos temas se retoman y amplían en el GPW14, con un mayor énfasis en el impacto y un enfoque más detallado basado en resultados. Esto sugiere un cambio adicional hacia el monitoreo y la evaluación basados en el desempeño.

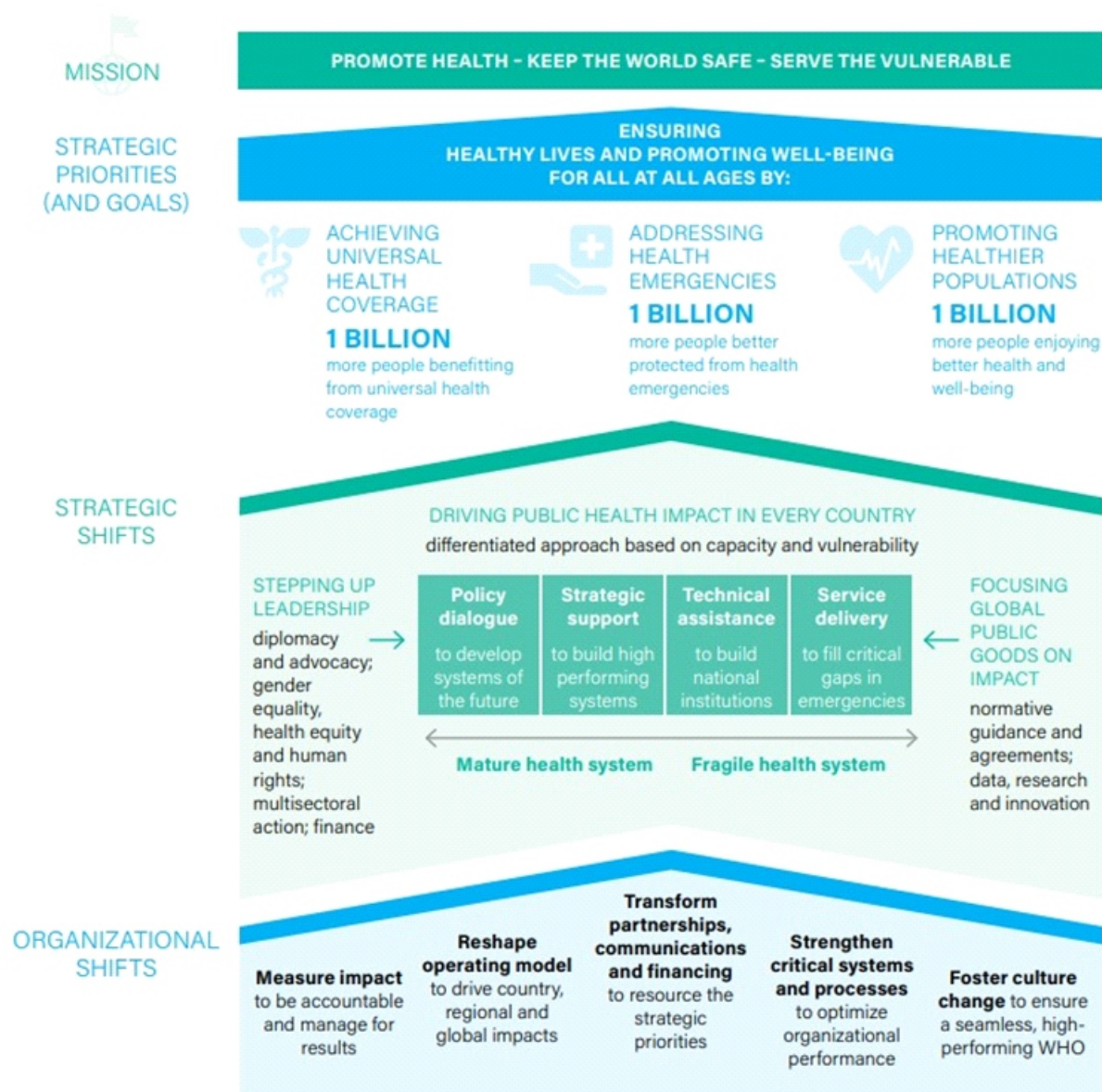


Figura IV.4 – Panorama general del Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (GPW13).

Fuente: OMS.⁴¹³ <https://www.who.int/about/general-programme-of-work/thirteenth>

⁴¹³ Organización Mundial de la Salud, «Decimotercer Programa General de Trabajo 2019-2023». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



Figura IV.5 – Resumen del Decimocuarto Programa General de Trabajo (PGT14).

Fuente: OMS, ⁴¹⁴<https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>

⁴¹⁴ Organización Mundial de la Salud, «Estrategia Mundial de la Salud y Decimocuarto Programa General de Trabajo 2025-2028».

Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

El cambio más evidente de GPW13 a GPW14 radica en la preparación ante pandemias como una prioridad cuantificable. En GPW13, la OMS adopta un enfoque claro de "todo tipo de riesgos", utilizando el lenguaje más amplio de "emergencias sanitarias" en lugar de centrarse en brotes y pandemias. Si bien se mencionan los brotes, GPW13 presenta un mejor equilibrio entre los diversos tipos de emergencias sanitarias.

Se abordaron las emergencias. Dado que el GPW13 se redactó antes del brote de SARS-CoV-2, y considerando los altos costos personales, sociales y económicos de la COVID-19, es comprensible que el GPW14 se centre en las pandemias. Sin embargo, esto indica que el GPW14 prioriza las políticas para pandemias, lo que sin duda generará reasignaciones de recursos, costos de oportunidad y una posible desalineación con las enfermedades endémicas y otros riesgos para la salud.

Si bien está presente en ambos programas, el GPW13 hace mayor hincapié en el vínculo entre la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria. Esto indica que el GPW14 podría haber minimizado o relegado esta relación, una interpretación respaldada por el espacio dedicado al fortalecimiento de las capacidades básicas en vigilancia, diagnóstico y acceso a contramedidas. Por lo tanto, el GPW14 centra su estrategia en la detección y la respuesta, mientras que las medidas de preparación se subestiman en comparación con el GPW13, donde la salud básica y el fortalecimiento del sistema sanitario se consideraban pilares fundamentales de la resiliencia.

El bienestar también ocupa un lugar destacado en el GPW13 en comparación con el GPW14, si bien ambos documentos dedican espacio a las estrategias de bienestar. Curiosamente, en el GPW13, el enfoque en el control de enfermedades transmisibles se aplica a enfermedades endémicas de alto impacto, con una consideración más proporcional de la preparación para las enfermedades infecciosas emergentes (EID) y el riesgo de transmisión zoonótica. Sin embargo, el GPW14 refleja la

tendencia actual a sobrevalorar la amenaza de la carga de morbilidad de las EID en comparación con las enfermedades endémicas de mucha mayor carga.⁴¹⁵

Desglose comparativo del presupuesto

Presupuesto de la OMS para el GPW13 (2024-2025)

El presupuesto total aprobado para el programa del bienio 2024-2025 fue (a finales de 2025) de **6.830 millones de dólares**.⁴¹⁶ Esto incluye un presupuesto base de 4.968 millones de dólares. Los fondos se asignaron a las siguientes partidas presupuestarias:

- **Cobertura sanitaria universal:** 1.960 millones de dólares
- **Emergencias sanitarias:** 1.210 millones de dólares
- **Poblaciones más saludables:** 0,43 mil millones de dólares
- **Una OMS más eficaz y eficiente:** 1.350 millones de dólares.
- **Operaciones y llamamientos de emergencia:** 1.000 millones de dólares (aumento relacionado con la Covid-19)
- **Erradicación de la polio:** 694 millones de dólares
- **Programas especiales:** 172 millones de dólares

GPW14 Presupuesto de la OMS para 2026-2027

En mayo de 2025, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un nuevo presupuesto para el bienio 2026-2027.⁴¹⁷

⁴¹⁵ Mundial de la Salud. «Colaboradores». Open WHO. Consultado el 17 de diciembre [de 2025](https://open.who.int/2024-25/contributors/contributor).

<https://open.who.int/2024-25/contributors/contributor>

Bell, D., von Abris, J., Tacheva, B. et al. Riesgo de transmisión natural y brotes de enfermedades: ¿Es una simplificación excesiva?

¿Poniendo en riesgo la salud pública? J Epidemiol Glob Health 15, 65 (2025). <https://doi.org/10.1007/s44197-025-00412-y>

⁴¹⁶ Mundial de la Salud. "Plataforma digital de presupuesto por programas 2024-2025".

<https://www.who.int/about/accountability/budget/programme-budget-digital-platform-2024-2025>

⁴¹⁷ Mundial de la Salud (2025). Resolución WHA78.2 de la Asamblea Mundial de la Salud.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R2-en.pdf

El presupuesto total aprobado, considerando todas las fuentes de financiación, asciende a 6210 millones de dólares. Esto incluye un presupuesto base de 4270 millones de dólares, lo que representa una disminución del 14 % con respecto al presupuesto base del bienio 2024-2025.

El presupuesto base de 4.270 millones de dólares para el período 2026-2027 se asigna de acuerdo con el GPW 14, que abarca el período 2025-2028. Las principales líneas presupuestarias temáticas incluyen:

- **Promover la salud:** 399,9 millones de dólares
- **Proporcionar servicios de salud:** 1.787 millones de dólares
- **Proteger la salud:** 918,5 millones de dólares
- **Impulsar la agenda sanitaria mundial:** 577,2 millones de dólares.
- **Optimizar el desempeño de la OMS:** 583,7 millones de dólares
- **Otras áreas:**
 - **Erradicación de la polio:** 770,9 millones de dólares
 - **Programas especiales:** 168,7 millones de dólares

A primera vista, el presupuesto final del bienio GPW13 parece contar con una asignación presupuestaria mucho mayor para emergencias sanitarias y programas relacionados con la seguridad sanitaria. Sin embargo, existen tres factores importantes que pueden generar confusión. En primer lugar, el presupuesto final del GPW13 se aprobó en mayo de 2023 durante la pandemia de COVID-19, cuando se movilizaban recursos superiores a lo habitual para medidas de seguridad sanitaria. En segundo lugar, una partida presupuestaria completa asociada al GPW13 se destina principalmente a actividades específicas relacionadas con la COVID-19 y posteriores a la pandemia, lo que sugiere, una vez más, una situación excepcional. En tercer lugar, el presupuesto general de la OMS aumentó significativamente durante la pandemia de COVID-19, con un incremento considerable de las contribuciones voluntarias en la mayor parte del

presupuesto base y los programas de la OMS.

Además, al examinar las asignaciones presupuestarias en las seis prioridades estratégicas de GPW14, se observa que los programas de seguridad sanitaria están integrados en todas ellas. Esto representa una mayor securitización de GPW14 en general, una aceleración de una tendencia presente en GPW12 y GPW13. Por ejemplo, los programas relacionados con la prevención de zoonosis y la vigilancia integrada de Una Salud se incorporan a los Objetivos Estratégicos 1 y 2, que abordan la adaptación al cambio climático y los determinantes de la salud, respectivamente. Asimismo, los programas asociados a la preparación mediante un mejor acceso a las contramedidas contra brotes y las capacidades sistémicas relacionadas están vinculados a los Objetivos Estratégicos 3 y 4 para mejorar el fortalecimiento del sistema y la cobertura de servicios. Si bien esto refleja un enfoque más integrado y sistémico, lo cual es encomiable, la priorización de los programas de seguridad sanitaria amenaza con socavar un enfoque más holístico de la política sanitaria.

En consecuencia, en términos relativos, es posible estimar que el componente de seguridad sanitaria del GPW14 representa un porcentaje mayor que el asignado al GPW13, una vez considerada la excepción de la COVID-19. Esto indica una tendencia continua dentro de los GPW hacia una progresiva securitización biomédica de la salud. Esto conlleva desafíos (véanse las secciones II.1.3 y II.3.2).

¿Seguridad frente a qué y seguridad para quién?

Un análisis más detallado de la GPW14 revela una creciente tensión dentro de la visión estratégica de la OMS. Por un lado, al igual que la GPW13, la GPW14 utiliza un lenguaje explícito que considera el fortalecimiento de los sistemas de salud como la base fundamental para la seguridad sanitaria frente a todo tipo de riesgos, haciendo hincapié en los efectos positivos que este fortalecimiento puede tener en la prestación de servicios rutinarios y la salud cotidiana. Además, la GPW14 reafirma claramente una lógica preventiva basada en un enfoque de atención primaria de salud. Es decir, que una población más sana promoverá la resiliencia a largo plazo de la población y del sistema, capaces de resistir y recuperarse de cualquier emergencia sanitaria aguda (este enfoque también se apoya en nuevas políticas secundarias como Sistemas de Salud para la Seguridad Sanitaria).⁴¹⁸ En teoría, esto aleja a

⁴¹⁸ Mundial de la Salud (2021). Índice Mundial de Seguridad Sanitaria 2021. Ginebra: OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029682>

la GPW14 de las políticas tradicionales de seguridad sanitaria, que históricamente se han centrado en la preparación mediante la mejora de la vigilancia, el diagnóstico y el descubrimiento, la producción y la implementación de contramedidas médicas.⁴¹⁹

Sin embargo, el lenguaje del GPW14 no coincide con la reorganización⁴²⁰ y la priorización de políticas que se están llevando a cabo en la OMS, ni se refleja en muchas de sus políticas de emergencia posteriores a la COVID-19. Esto se debe a que la reciente reorganización de la OMS ha puesto mayor énfasis en las emergencias sanitarias y la seguridad, reduciendo la OMS a cuatro pilares operativos (Operaciones y cumplimiento; Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades; Sistemas de salud; y Preparación y respuesta ante emergencias sanitarias). Dentro de esta nueva estructura, los compromisos presupuestarios del GPW14 ahora favorecen las emergencias sanitarias, el control de enfermedades transmisibles, la mitigación y preparación ante riesgos climáticos y la prevención de enfermedades mediante programas de vacunación vertical (véanse los presupuestos anteriores).

Restricciones de financiación de GPW y excesiva dependencia de las asociaciones público-privadas

Gran parte de la discrepancia entre la visión normativa y la práctica de la OMS se debe, sin duda, a las contribuciones voluntarias específicas (véase la Sección IV.6.2), que históricamente han favorecido las intervenciones relacionadas con la seguridad sanitaria, en particular los programas verticales para enfermedades transmisibles. Por ejemplo, un estudio reciente del BMJ sobre la

asignación de las contribuciones voluntarias específicas de la Fundación Gates reveló que el 82,6 % de sus fondos entre 2010 y 2023 se centraron en enfermedades infecciosas, mientras que «una financiación relativamente pequeña de la Fundación Bill y Melinda Gates se destinó a enfermedades no transmisibles, al fortalecimiento de los sistemas de salud y a determinantes sociales de la salud más amplios, a pesar de su importancia para la estrategia de la OMS y para la salud mundial en general»⁴²¹. La capacidad de la financiación específica para orientar los programas de trabajo sobre pandemias no se limita a los actores no estatales y se utilizó para establecer el nuevo Centro de Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias de la OMS en Berlín como una iniciativa clave de preparación y respuesta ante la prevención de pandemias.⁴²² Aunque oficialmente se trata de una «asociación» de la OMS, el Centro de la OMS fue financiado en gran medida con fondos voluntarios específicos alemanes, experiencia técnica y en colaboración con empresas farmacéuticas europeas.⁴²³

GPW: Desempeño basado en resultados y asociaciones público-privadas

Un análisis más detallado del GPW14 permite identificar varias directivas nuevas de la OMS destinadas a mejorar el desempeño de sus políticas, pero también revela preocupaciones persistentes sobre la centralización de la autoridad epistémica, el exceso de alcance en las políticas y la transparencia inadecuada.

En primer lugar, si bien el GPW14 articula su objetivo de aumentar el impacto positivo a nivel nacional, su método para lograrlo parece inmediatamente obsoleto y sujeto a

⁴¹⁹ Brown, GW, Bridge, G., Martini, J. et al. El papel de los sistemas de salud para la seguridad sanitaria: una revisión exploratoria que revela la necesidad de mejorar los vínculos conceptuales y prácticos. *Global Health* 18, 51 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00840-6>; Holst J, van de Pas R. La securitización biomédica de la salud global. *Global Health*. 4 de marzo de 2023;19(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12992-023-00915-y>. PMID: 36871029; PMCID: PMC9985490.

⁴²⁰ Organización Mundial de la Salud. «Transformación de la OMS». <https://www.who.int/about/transformation>

⁴²¹ Kennedy J, Thakrar R. ¿Quién lidera la OMS? Un análisis cuantitativo de las subvenciones de la Fundación Bill y Melinda Gates a la OMS, 2000-2024. *BMJ Glob Health* 2025;10:e015343. <https://doi.org/10.1136/bmjgh.2024-015343>

⁴²² Donor Tracker. “Alemania compromete 36 millones de dólares estadounidenses al nuevo centro mundial de la OMS para la inteligencia sobre pandemias y epidemias”. https://donortracker.org/policy_updates?policy=germany-commits-us36-million-new-who-global-hub-pandemic-and-epidemic-intelligence

⁴²³ Organización Mundial de la Salud (2021). “La OMS y Alemania lanzan un nuevo centro global de inteligencia sobre pandemias y epidemias”. 5 de mayo de 2021. <https://www.who.int/news/item/05-05-2021-who-germany-launch-new-global-hub-for-pandemic-and-epidemic-intelligence>

las deficiencias tradicionales asociadas con muchos mecanismos de seguimiento y evaluación basados en resultados.⁴²⁴ Por ejemplo, la OMS busca implementar “cuadros de mando de resultados” y “metodologías de impacto para resultados medibles”, pero aún no está claro cómo estos indicadores se alinearán con las necesidades de cada país en comparación con simplemente medir si un país ha adoptado una política específica de la OMS dentro de sus planes estratégicos nacionales de salud (PSNS). Como se señala en el GPW14, la transformación organizativa de la OMS consiste en:

*“Garantizar que el liderazgo de la Organización, sus productos técnicos y sus planes de apoyo a los países estén plenamente alineados con las necesidades nacionales y las prioridades estratégicas de la OMS. Los procesos de gestión del desempeño ahora vinculan el trabajo diario de todo el personal directamente con la misión y la estrategia de la OMS”.*⁴²⁵

En cierto modo, esto se asemeja a la promoción de estrategias unidireccionales y jerárquicas, partiendo de la premisa de que las prioridades de la OMS coinciden con las de cada Estado Miembro. Una interpretación más amplia podría ser que «plenamente alineado con las necesidades nacionales» implica el rediseño de las políticas de la OMS para que aborden las necesidades generales de salud pública mundial, permitiendo adaptaciones específicas y intervenciones contextualizadas, lo que reflejaría mejor los compromisos de aumentar la apropiación nacional asumidos en virtud de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda, la Agenda de Lusaka y el Reinicio de Accra. Independientemente de la intención del GPW14, en la práctica persisten interrogantes clave sobre cómo la OMS alineará mejor sus prioridades estratégicas con las necesidades nacionales de los Estados Miembros, especialmente dadas las preocupaciones sobre la escasa representación de los países de ingresos bajos y medianos en los procesos de gobernanza de la OMS, como los comités y la toma de decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud (véase la Sección IV.3.2).

En segundo lugar, el GPW14 plantea como prioridad estratégica “permitir que el personal de la OMS aproveche todo su potencial para brindar asesoramiento y liderazgo autorizados”. Esto incluye la creación del Científico Jefe y la División de Ciencia, con un papel más relevante para el uso de centros de colaboración. De este modo, el GPW14 sugiere que la OMS debería poder aumentar “la capacidad de la Secretaría para definir las prioridades de investigación en salud global, garantizar que su labor normativa cumpla con los más altos estándares éticos y de calidad, y ayudar a los países a fortalecer sus capacidades de investigación en salud”. En muchos sentidos, es positivo un mayor énfasis en la colaboración en investigación, la producción de evidencia y la formulación de políticas basadas en la evidencia. Sin embargo, la fiabilidad de la OMS como autoridad epistémica para definir las prioridades de salud global exige que sus procesos de investigación estén dirigidos por la ciencia y no estén condicionados por intereses particulares, proyectos específicos financiados o paradigmas dominantes que impidan una investigación científica significativa (véase la Sección IV.5.3).

En tercer lugar, el GPW14 describe su prioridad estratégica de “crear mejores vínculos con los actores clave” para aumentar las “asociaciones” y promover “la participación de la OMS en materia de salud en los foros multilaterales”, que “se ha elevado y profesionalizado a través de la Oficina del Enviado para Asuntos Multilaterales y una oficina de la OMS reforzada en la ONU”. En el GPW14 se describen⁴²⁶ iniciativas adicionales como la “Comisión de la Sociedad Civil de la OMS” y el “Consejo de la Juventud de la OMS” como mecanismos clave para aprovechar la “experiencia de los principales grupos de interés de la sociedad civil y los jóvenes”. Por último, el GPW14 busca aprovechar las “disposiciones del Marco de Participación con los Actores No Estatales”.

(FENSA)”, fortaleciendo “la colaboración de la OMS con parlamentarios, asociaciones empresariales internacionales, fundaciones filantrópicas y otros grupos de interés”.⁴²⁷

⁴²⁴ Evaluación del pago por desempeño en la atención médica en países de ingresos bajos y medios a través de revisiones sistemáticas: reflexiones de dos equipos. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas (2022), número 5. Art. N.º: ED000157. <https://doi.org/10.1002/14651858.ED000157>

⁴²⁵ OMS (2024). Estrategia mundial de salud y decimocuarto programa general de trabajo 2025-2028. <https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>

⁴²⁶ Ibídem.

⁴²⁷ Ibídem.

El uso del término «grupos de interés» es relevante, ya que eleva a los actores no estatales, en particular a las empresas y fundaciones, a la categoría de accionistas políticos de un público representado. Además, refleja la visión estratégica de GPW14 de incrementar las alianzas público-privadas en la formulación de políticas y profesionalizar estos vínculos. La preocupación radica en que el término «grupos de interés», en su uso común, denota una condición relacional especial de obligación política, en la que se presume que una organización política representa a sus constituyentes. En el caso de la OMS, sus constituyentes formales son sus Estados Miembros y los ciudadanos de esos países a través de sus representantes. En lo que respecta a FENSA y los conflictos de intereses, es práctica común referirse a estas otras organizaciones como «partes interesadas», lo que reconoce adecuadamente que tienen un interés significativo en la política de salud global que debe ser razonablemente reflejado y consultado. Sin embargo, la capacidad de respuesta a las necesidades de las partes interesadas no debe confundirse con la suposición de representación oficial de los actores no estatales (véase la Sección IV.3.1 sobre FENSA).

En cuarto lugar, el GPW14 reconoce acertadamente la necesidad de que la OMS cuente con una financiación predecible mediante el aumento de las contribuciones obligatorias. Sin embargo, el GPW14 vuelve a depender en gran medida de nuevas rondas de inversión para ampliar su base financiera a través de contribuciones voluntarias, así como de la financiación de la nueva y potencialmente problemática Fundación de la OMS (FOMS). En el caso de esta última, un estudio del BMJ concluyó que el nivel de transparencia de la FOMS es bajo (recibió una calificación de "D", lo que significa que se divulga menos del 50% del valor de las donaciones), lo que expone a la FOMS y, por extensión, a la OMS, a riesgos de daño a la reputación o influencia indebida.⁴²⁸ La dependencia de las contribuciones voluntarias y de organizaciones como la FOMS distorsionará y dirigirá aún más las políticas de la OMS y, por lo tanto, socavarán su capacidad para funcionar como una organización internacional de salud adecuada.

GPW14 concluye con la siguiente declaración centralizada y centrada en la seguridad sanitaria. Merece la pena reproducirla íntegramente:

*“En conjunto, estos cambios están haciendo que la OMS sea más eficiente, pertinente y responda mejor a las necesidades de sus Estados Miembros; esté mejor equipada para apoyar a sus socios; sea más apta para desempeñar sus funciones esenciales de habilitación y coordinación en todos los niveles; y, en emergencias sanitarias, sea más capaz de actuar como primer interviniente y proveedor de último recurso de servicios esenciales de salud en emergencias humanitarias. Desde la pandemia, la posición única de la OMS, que abarca las agendas de salud, desarrollo sostenible y seguridad, se ha vuelto más prominente, y se espera que la Organización desempeñe un papel aún mayor en la alineación de prioridades y la facilitación de acciones para mejorar la salud y el bienestar a nivel nacional, regional y mundial, en todos los sectores y en los foros conexos”.*⁴²⁹

El GPW14 continúa:

“Si bien el cambio significativo lleva tiempo, muchos de los cambios introducidos a través de la Agenda de Transformación de la OMS ya fueron fundamentales para permitir una mejor respuesta de la OMS a la pandemia. La pandemia también fue una prueba importante para este paradigma cambiante de la OMS, proporcionando lecciones importantes que están guiando la mejora y el desarrollo futuros.

“Evolución de la Organización para un mundo pospandémico de aún mayor complejidad e incertidumbre”.

IV.5.2. Tiene la OMS la misión correcta?

Según la 14.ª GPW (página 19):

“El objetivo primordial de la GPW 14 es promover, proporcionar y proteger la salud y el bienestar de todas las personas, en todas partes. Este objetivo se basa en los principios de equidad en la cobertura de los servicios de salud y en la resiliencia de los sistemas de salud, ambos fundamentales para acelerar y mantener el progreso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud y atención

⁴²⁸ ¿Quién financia la Fundación de la OMS? Un análisis de transparencia de las declaraciones de donaciones durante los primeros 3 años de su funcionamiento. BMJ Global Health . 2025;10:e018932. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-018932>

⁴²⁹ Ibídem.

sanitaria a largo plazo. Se hace hincapié en la necesidad de un cambio de paradigma que priorice la prevención y que abarque todo el espectro de servicios e intervenciones, desde la prevención y la promoción de la salud hasta la protección y la prestación de servicios esenciales de salud pública, pasando por el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo de toda la vida. [...]"⁴³⁰

Esta misión está relativamente bien alineada con la definición de salud según la OMS.

Preámbulo de la Constitución, así como con las necesidades identificadas en la Parte II y la Parte III de este informe. Sin embargo, la 14.^a GPW también especifica seis estrategias en línea con sus tres objetivos de "promover, proporcionar y proteger la salud" (página 19; el texto en negrita está en el texto original, la cursiva es nuestra):

*"Para **promover** la salud:*

- a. responder al **cambio climático**, una amenaza creciente para la salud en el siglo XXI; y*
- b. Abordar los **determinantes de la salud y las causas profundas de la mala salud** en las políticas clave de todos los sectores.*

*Para **brindar** salud:*

- a. promover el **enfoque de atención primaria de salud y las capacidades esenciales del sistema de salud** para la cobertura sanitaria universal; y*
- b. Mejorar la **cobertura de los servicios de salud y la protección financiera** para abordar la inequidad y las desigualdades de género.*

*Para **proteger** la salud:*

- a. **prevenir, mitigar y prepararse** para los riesgos*

para la salud derivados de todo tipo de peligros; y

- b. rápidamente y **mantener una respuesta eficaz** ante todas las emergencias sanitarias".*

Si bien los objetivos estratégicos relacionados con abordar los "determinantes de la salud y las causas profundas de la mala salud", promover "el enfoque de atención primaria de salud y las capacidades esenciales del sistema de salud para la cobertura sanitaria universal" y mejorar la "cobertura de los servicios de salud y la protección financiera" están claramente dentro del alcance de una OIS, los demás son más controvertidos. Los dos objetivos estratégicos relacionados con la protección de la salud, es decir, la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPPR), han ocupado un lugar excesivo en los dos GPW más recientes (véase la sección anterior sobre las tendencias en los GPW desde la década de 1990). Más preocupante aún es la respuesta al cambio climático.

El cambio no debería ser, en absoluto, la función de una organización sanitaria, salvo la de apoyar a los Estados miembros para que se adapten, mitiguen y reduzcan el impacto ambiental de los sistemas sanitarios.⁵⁷⁴

IV.5.3. ¿La OMS es adecuadamente reflexiva e innovadora?

La sección III.5.2 describió aspectos asociados con una organización innovadora y de autoaprendizaje. Aunque no proporcionó una lista exhaustiva, presentó once elementos ampliamente considerados cruciales: 1) Diseño centrado en las partes interesadas; 2) Cultura ágil y adaptativa; 3) Transparencia radical; 4) Disidencia constructiva y reconocimiento del fracaso; 5) Deconstrucción de silos; 6) Toma de decisiones descentralizada y subsidiariedad; 7) Conciencia del riesgo frente a aversión al riesgo; 8) Toma de decisiones basada en la evidencia; 9) Intolerancia a la incompetencia;

⁴³⁰ Organización Mundial de la Salud (2025) Estrategia mundial de salud para 2025-2028: promover la equidad y la resiliencia en un mundo turbulento. Decimocuarto Programa General de Trabajo. Ginebra: OMS.

⁵⁷⁴ En 2019, se estimó que, a nivel mundial, la huella climática del sector sanitario equivalía al 4,4 % de las emisiones netas globales de gases de efecto invernadero (2 gigatoneladas de dióxido de carbono equivalente): Health Care Without Harm en colaboración con Arup (2019) Health Care's Climate Footprint – How the Health Sector Contributes to the Global Climate Crisis and Opportunities for Action. Serie sobre atención sanitaria climáticamente inteligente, Libro Verde número uno (septiembre de 2019). Véase también: Or Z, Seppänen AV (2024) El papel del sector sanitario en la lucha contra el cambio climático: una revisión narrativa. Health Policy 143:105053. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105053>; Braithwaite J, Smith CL, Leask E, Wijekulasuriya S, Brooke-Cowden K, Fisher G et al. (2024) Estrategias y tácticas para reducir el impacto de la atención médica en el cambio climático: revisión sistemática. BMJ 387:e081284. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081284>

10) Contratación con perspectivas múltiples; y 11) Liderazgo con el ejemplo. Esta sección compara a la OMS con estos elementos para identificar las fortalezas y debilidades que deben considerarse al evaluar a la OMS como una OHI apropiada.

- **La necesidad de recuperar su diseño centrado en las partes interesadas.** La OMS es uno de los organismos especializados más grandes del sistema de las Naciones Unidas. Opera a nivel mundial promoviendo la atención sanitaria universal, monitoreando los riesgos para la salud pública, preparándose para emergencias mediante la identificación, mitigación y gestión de riesgos, y coordinando las respuestas a las emergencias sanitarias.⁵⁷⁵ La OMS establece normas y directrices internacionales de salud y proporciona asistencia técnica a los países. Para cumplir con este amplio mandato, emplea a más de 9000 personas distribuidas en 150 países y cinco oficinas regionales, además de su sede en Ginebra.⁵⁷⁶ En consecuencia, la OMS es ampliamente reconocida como la principal autoridad epistémica y política en salud pública internacional, con un mandato de los países para promover y salvaguardar la salud de sus Estados Miembros, así como de los pueblos apátridas. Por lo tanto, el mandato de la OMS es, en esencia, un mandato de sus Estados Miembros y sus poblaciones, a quienes la OMS representa en última instancia en sus políticas y acciones.

Como se señala en *En el Informe de Políticas sobre el Derecho a la Soberanía en Salud*, existen preocupaciones con respecto a la desviación de la OMS de su mandato político, particularmente en lo

que respecta a la influencia política y corporativa externa a través de cómo se financia (Sección IV.6.2), la continua expansión de la misión que infringe las preocupaciones tradicionales de los gobiernos nacionales y su soberanía (Parte V del Informe de Políticas), y la autopromoción de la organización a costa de una mayor rendición de cuentas ante los Estados Miembros y sus pueblos (Sección IV.3.3).⁵⁷⁷ Además, los eventos recientes dentro de la Oficina Regional de Asia Sudoriental (SEARO) y las controversias con su proceso de selección de liderazgo sugieren fallas en el diseño de la gobernanza y la rendición de cuentas tanto dentro de la procesos regionales y entre las oficinas regionales y la sede de la OMS.⁴³¹ En consecuencia, se cuestiona cada vez más si la OMS está suficientemente estructurada en torno a una representación equitativa de las necesidades de las partes interesadas, lo que da como resultado una organización que tiene dificultades para innovar y satisfacer las expectativas en medio de niveles crecientes de desconfianza y fragmentación de políticas.

- **Una cultura poco ágil y de lenta adaptación.** La OMS es conocida por sus altos niveles de burocracia y sus rígidas estructuras jerárquicas. Esto ha llevado históricamente a que se la describa como carente de capacidad de adaptación, burocráticamente "fossilizada" y difícil de reformar mediante procesos internos.⁴³² Algunos de sus defectos son: una cultura excesivamente politizada; tiempos de respuesta lentos; ineficiencias operativas; competencia interna entre departamentos y extralimitación de sus funciones.⁴³³

⁵⁷⁵ de la Salud. "Qué hacemos". <https://www.who.int/about/what-we-do>

⁵⁷⁶ Reuters (2025). "La OMS propone recortar empleos y reducir el presupuesto en una quinta parte". 29 de marzo de 2025. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmacist/who-proposing-cut-jobs-slash-budget-by-five-memo-shows-2025-03-29/>

⁵⁷⁷ Devex. "Dentro de las reformas de la OMS: avances, fracasos y asuntos pendientes". <https://www.devex.com/news/inside-who-s-reforms-progress-failures-and-unfinished-business-109812>

⁴³¹ Sarkar S, Saminarsih D, Prasada Rao J et al., Fortalecimiento de la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático: ¿de la crisis a la oportunidad? The Lancet Regional Health - Southeast Asia, 2025; 43 [https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(25\)00155-6/texto completo](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(25)00155-6/texto completo)

⁴³² Lee, Kelley y Jennifer Fang. «Diccionario histórico de la Organización Mundial de la Salud». BMJ 325, n.º 7373 (2002): 1170. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1170>; Devex. "Dentro de las reformas de la OMS: avances, fracasos y asuntos pendientes". <https://www.devex.com/news/inside-who-s-reforms-progress-failures-and-unfinished-business-109812>

⁴³³ Devex. "Dentro de las reformas de la OMS: avances, fracasos y asuntos pendientes". <https://www.devex.com/news/inside-who-s-reforms-progress-failures-and-unfinished-business-109812>

- **Necesidad de una transparencia radical.** Ha habido preocupaciones constantes sobre la falta de transparencia, tanto en los procesos internos de la OMS como en las relaciones externas. Esto ha sido particularmente notorio en relación con las contribuciones voluntarias específicas, los contratos con socios externos no gubernamentales (por ejemplo, COVAX), el uso y el costo de consultores externos y la opacidad de los procesos internos de toma de decisiones. La falta de transparencia puede obstaculizar el flujo de información y, por lo tanto, limitar el aprendizaje institucional, la resolución de problemas, la legitimación de políticas y la evaluación de prácticas deficientes.⁵⁸¹

- **Una falta de disidencia constructiva y el reconocimiento del fracaso** (véanse también las Secciones IV.5.3, IV.5.4). Aunque no existen estudios oficiales sobre una cultura interna de “disidencia constructiva” dentro de la OMS, hay suficiente evidencia anecdótica para sugerir que existe una notable cultura de autocensura y represión. Las manifestaciones incluyen evitar plantear cuestiones críticas o cuestionar políticas por temor a que perjudique la seguridad laboral o el ascenso, y/o temor a que cuestionar los paradigmas existentes resulte en exclusión social, “cancelación” pública o inseguridad laboral. Además, la OMS ha sido acusada de eludir el reconocimiento de fracasos, intentar ocultar los problemas y/o redirigir la culpa para conservar capital

político a costa de aprender de sus errores. Ejemplos durante el brote de Covid-19 incluyen la falta de abordar los inevitables daños a la salud pública de los confinamientos cuando se abogaba por ellos,⁴³⁴ a pesar de las advertencias previas de la OMS en contra de este enfoque,⁴³⁵ y la falta de abordar la OMS. Presentaron pruebas propias de una inmunidad postinfección muy alta en las poblaciones africanas al impulsar la vacunación masiva contra la Covid-19 en esos continentes.⁴³⁶

- **Estructura rígida y compartimentada.** Si bien recientemente se han realizado intentos de reorganizar y optimizar la OMS con el objetivo de aumentar la colaboración interdepartamental, la eficiencia y las oportunidades de innovación⁴³⁷, persisten las dudas sobre la burocracia “fossilizada” de la OMS, su cultura interna estancada y su capacidad para reformarse eficazmente.⁴³⁸ Además, la competencia presupuestaria entre departamentos ha impulsado históricamente la creación de feudos con efectos negativos en cadena, una situación agravada por los recientes recortes de financiación. Asimismo, la ampliación de competencias y enfoques políticos ha dado lugar al crecimiento de departamentos y comités especializados, lo que supone una mayor presión en materia de recursos y coordinación para la OMS. Por último, a pesar de la introducción de un nuevo programa de movilidad⁴³⁹, la sede de Ginebra cuenta con el mayor porcentaje de personal con permanencia

⁵⁸¹ Bernstein, Ethan (2012). “La transparencia radical cambiará el mundo”. Stanford Social Innovation Review.

https://ssir.org/articles/entry/radical_transparency_will_change_the_world

⁴³⁴ Organización Mundial de la Salud (2020). Informe de la Misión Conjunta OMS - China sobre la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID - 19) . Ginebra : OMS . [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

⁴³⁵ Organización Mundial de la Salud (2019). Atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: 2019 mundial . Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>

⁴³⁶ Dieleman, Joseph L., et al. “Gasto estadounidense en atención médica personal y salud pública, 1996–2013.” *BMJ Global Salud* 7, n.º 8 (2022): e008793. <https://gh.bmj.com/content/7/8/e008793>

⁴³⁷ Organización Mundial de la Salud. “Seguimiento de las acciones del Plan de Implementación de la Secretaría (PIS)”. [https://www.who.int/about/governance/member-states-portal/tracking-secretature-implementation-plan-\(sip\)actions](https://www.who.int/about/governance/member-states-portal/tracking-secretature-implementation-plan-(sip)actions) ; “ Se revela la nueva estructura de la OMS”. <https://www.devex.com/news/new-who-structure-revealed-94420>

⁴³⁸ Undark (2025). “ La OMS, Trump y las perspectivas de reforma”. 7 de mayo de 2025. <https://undark.org/2025/05/07/who-trump-reform/>

⁴³⁹ Devex. “La OMS pospone la rotación obligatoria de empleados tras la presión del personal.” <https://www.devex.com/news/who-postpones-mandatory-employee-rotation-after-pushback-from-staff-105861>

(más de 15 años) y la menor tasa de movilidad, inferior al 1%, lo que sugiere una escasa rotación entre departamentos. Esto genera personal atrincherado con el consiguiente riesgo de estancamiento del rendimiento.⁵⁸⁸ Estos factores socavan la capacidad de la OMS para ser una organización que aprende por sí misma, se adapta y es innovadora, y por lo tanto son áreas clave para la reforma.

- **La toma de decisiones excesivamente centralizada y la necesidad de subsidiariedad.** Las recientes estrategias de reforma de la OMS han puesto de relieve la necesidad de aumentar el papel de las oficinas nacionales y regionales, trasladando la toma de decisiones desde Ginebra hacia abajo. Sin embargo, estas reformas han tenido dificultades para implementarse en la práctica, y el reciente Programa Mundial de Trabajo de la OMS (GPW14) busca ampliar su mandato en lugar de distribuirlo hacia abajo⁴⁴⁰. Además, una crítica común a la gestión de la OMS es que es excesivamente jerárquica y altamente centralizada, lo que reduce la agilidad y, al mismo tiempo, socava la cultura interna de la OMS (véase la sección sobre Cultura Interna). Asimismo, la ampliación del mandato contraviene el principio de subsidiariedad, que estipula que las decisiones se toman en el nivel más bajo capaz de actuar con eficacia, al tiempo que facilita la cooperación mundial en prioridades comunes. Los gobiernos nacionales coordinan las políticas y la financiación de la salud, trabajando a través de su red de instalaciones y profesionales. Las preocupaciones transfronterizas se abordan primero a nivel regional, donde los organismos regionales actúan como intermediarios entre las prioridades nacionales y mundiales y gestionan la cooperación transfronteriza. Aunque la cooperación regional se reconoce a menudo en la literatura sobre salud mundial como un nivel crucial para las economías de escala y la acción colectiva (que también permite una mejor contextualización de las políticas), la utilización de la coordinación regional sigue estando poco desarrollada. Por último, el papel de la OMS es desempeñar un papel crucial de apoyo y

asesoramiento, proporcionando asistencia técnica, conocimientos sobre el desarrollo de capacidades, el intercambio de datos y normas.

En última instancia, el objetivo de la OMS debe ser apoyar sistemas de salud locales, autosuficientes y sostenibles, no consolidar una mayor autoridad en Ginebra.

- **Conciencia del riesgo frente a aversión al riesgo sesgada.** La bibliografía sobre la conciencia del riesgo y la aversión al riesgo de la OMS es extremadamente contradictoria.

En lo que respecta a la respuesta a riesgos epidemiológicos y de salud pública, la OMS ha sido frecuentemente acusada de excesiva cautela, sobre todo por su lenta respuesta al brote de ébola de 2014⁴⁴¹. Otras narrativas populares sugieren que la OMS también tardó demasiado en abogar por medidas más estrictas durante los primeros días del brote de SARS-CoV-2, y que solo ofreció una guía más autorizada una vez que percibió haber perdido su autoridad epistémica frente a políticas más agresivas en Asia Oriental y el sur de Europa. Según esta literatura, la OMS cambió de postura rápidamente, abandonando sus propias recomendaciones para la gestión de epidemias para mostrar su apoyo a medidas más estrictas de salud pública y seguridad sanitaria utilizadas en China y otros lugares. Este último ejemplo pone de manifiesto que la OMS opera con una marcada aversión al riesgo institucional y un fuerte interés en la protección de su imagen, lo que puede derivar en cambios de política potencialmente contraproducentes o perjudiciales. Además, esta mayor percepción del riesgo institucional es resultado de la experiencia adquirida, ya que la OMS es plenamente consciente de las críticas recibidas por su anterior "fracaso" en la respuesta eficaz a brotes (por ejemplo, el de ébola). Estos hallazgos respaldan aún más la literatura que sostiene que la OMS a menudo se encuentra en una posición defensiva, donde las exigencias de una acción rápida pueden entrar en

⁵⁸⁸ Organización Mundial de la Salud (2024). Actualización de RR. HH.: enero a julio de 2024. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/human-resources/eb156-hr-update-tables-january-to-july-2024.pdf>

⁴⁴⁰ Devex. "¿Qué le espera a la OMS en 2025?" <https://www.devex.com/news/what-s-in-store-for-who-in-2025-108993>

⁴⁴¹ Hoffman, Steven J., y John-Arne Rottingen. "Dividir la OMS en dos: Fortalecer la toma de decisiones políticas y garantizar el asesoramiento científico independiente". PLOS Medicine 13, n.º 10 (2016): e1002042. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002042>

conflicto con sus políticas más precautorias.⁴⁴² Estos problemas de desempeño se deben en parte a los Estados Miembros, que imponen intereses divergentes y presiones políticas a la OMS, y que, mediante financiación voluntaria específica, suelen conllevar riesgos financieros adicionales. Sin embargo, la responsabilidad también recae en la OMS, que debe mantenerse comprometida con la mejor evidencia disponible y no ceder ante intereses particulares ni complacer a unos pocos Estados Miembros poderosos.

En términos de concienciación sobre el riesgo, se ha observado una creciente securitización de la política sanitaria de la OMS desde la década de 1990, una situación exacerbada por la COVID-19. Como se analiza en la Parte II y en la sección anterior sobre Programas Mundiales de Trabajo, los discursos de securitización tienden a exagerar el riesgo y a generar una hiperconciencia, lo que impulsa una respuesta política y una movilización de recursos desproporcionadas. Como se señala en la sección sobre financiación, el presupuesto estimado asociado al Programa General de Trabajo Catorce (PGT14) para el período 2025-2028 se centra principalmente en la seguridad sanitaria y los riesgos para la salud, lo que asigna recursos escasos a una lista específica de prioridades mundiales de salud pública. Además, desde la aparición del SARS-CoV-2, la OMS ha adoptado un lenguaje altamente securitizado de "amenaza existencial" en relación con el cambio climático y las pandemias, lo que ha dado lugar a una reestructuración actual de la OMS que favorece desproporcionadamente las emergencias sanitarias, en particular la respuesta a las enfermedades infecciosas emergentes (EIE).

En el caso de la preparación ante pandemias, la OMS comienza la mayoría de sus declaraciones y recomendaciones políticas recientes afirmando que las pandemias están aumentando en frecuencia y gravedad. Este lenguaje securitizado ha dominado los debates en torno al Acuerdo sobre Pandemias y las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional con

la intención de movilizar apoyo político y de recursos para estas iniciativas de la OMS.

Los actores del sector salud han seguido la misma línea, buscando securitizar el panorama sanitario mundial actual para sacar provecho del «momento post-Covid», lo que ha derivado en un proceso político acelerado y una formulación de políticas apresurada. La narrativa del alto riesgo persiste a pesar de que muchas afirmaciones sobre el riesgo se basan en pruebas poco contundentes, incluyendo casos en los que las pruebas citadas no respaldan las afirmaciones de la OMS.⁴⁴³

- **La necesidad de una mejor toma de decisiones basada en la evidencia.** Estructuralmente, la OMS busca incorporar la evidencia en la formulación de políticas a través de su estructura de Toma de Decisiones Basada en la Evidencia (TDEE), cuyo objetivo es identificar, evaluar y aplicar la mejor investigación disponible para orientar las políticas de salud pública. Este enfoque fue desarrollado por la Red de Políticas Basadas en la Evidencia (EVIPNet) dentro de la Secretaría de la OMS para garantizar que las decisiones no se basen únicamente en la opinión de expertos, sino en datos rigurosos, sistemáticos y contextualizados. Además, la OMS opera un marco de Clasificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Valoración (GRADE) para evaluar la calidad de la evidencia y determinar la fuerza de las recomendaciones. Otras estructuras institucionales para políticas basadas en la evidencia incluyen un Comité de Revisión de Directrices (CRD), una Red de Evidencia en Salud y la creación de una nueva División de Ciencia para reforzar el mandato de la OMS de liderar con la ciencia y la evidencia (véase la sección sobre GPW más arriba).

Aunque la OMS ha implementado estructuras importantes para la producción, síntesis y traducción de evidencia en políticas, ha habido críticas con respecto a la calidad de estos procesos, el compromiso de la OMS con ellos y su uso final en la formulación de políticas o recomendaciones de la OMS. Una breve lista de puntos críticos incluye: 1. Históricamente, la

⁴⁴² Moser, Fabian y Jesse B. Bump. «Evaluación de la Organización Mundial de la Salud: ¿Qué revela el debate académico y es democrático?» Social Science and Medicine 314 (2022): 115456. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115456>

⁴⁴³ Blagovesta Tacheva y Julius von Agris (2024). Política racional frente al pánico. Informe REPPARE. Universidad de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/228/rational-policy-over-panic>

⁴⁴⁴ Li X, Nian T, Liu W, et al. Explorando la aplicación de GRADE en la formulación de directrices de salud pública de la OMS: una revisión exploratoria de la evidencia. BMJ Evidence-Based Medicine. Publicado en línea por primera vez: 20 de enero de 2026. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2024-113487>

OMS ha emitido "recomendaciones fuertes" basadas en evidencia de baja calidad o niveles deficientes⁴⁴⁴; 2. En ocasiones, la evidencia se utiliza **a posteriori** para justificar decisiones ya tomadas por razones políticas en lugar de decisiones basadas originalmente en la mejor evidencia disponible⁴⁴⁵; 3. Existe una tendencia en la OMS a priorizar los estudios cuantitativos y los ensayos controlados aleatorios (ECA) sobre los estudios cualitativos u otros estudios observacionales⁴⁴⁶; y 4. Existe una tendencia a preferir la evidencia biomédica occidentalizada sobre la evidencia basada en el contexto local.⁴⁴⁷

La creación de la División de Ciencia sugiere que la OMS es consciente de las deficiencias reales y percibidas en el uso de la evidencia, una condición que está tratando de corregir. Presumiblemente, esto es resultado de una reacción negativa derivada del mal desempeño de la Covid-19, ya que existe un creciente conjunto de literatura que sugiere que la OMS hizo recomendaciones contraproducentes y dañinas y/o brindó apoyo político a políticas cuestionables durante la pandemia, como se analizó anteriormente con respecto al fracaso en hacer hincapié en los daños previstos de las medidas relacionadas con el confinamiento y la desviación de fondos hacia programas de vacunación a gran escala dirigidos a personas mayoritariamente inmunes.^{448, 449}

- **Tolerancia a la incompetencia.** Como cualquier organización de gran tamaño, la OMS está sujeta a personal incompetente y con bajo rendimiento. Además, como cualquier organismo de la ONU, se rige por las políticas de recursos humanos de la ONU, conocidas por su burocracia, lo que dificulta la destitución del personal incompetente o apático. Sin embargo, la capacidad de la OMS para la autocrítica y la aceptación del fracaso, como parte fundamental del aprendizaje institucional (véanse las secciones sobre cultura interna y personal), resultó preocupante durante la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias.⁴⁵⁰

- **Necesidad de personal estratégico con múltiples perspectivas.** Un elemento clave de las culturas innovadoras es la colaboración entre múltiples perspectivas y enfoques dentro de un entorno abierto y comunicativo. Hay tres áreas potenciales de debilidad en la forma en que la OMS asigna los recursos humanos (véase también la Sección sobre la Fuerza Laboral). Primero, el número de consultores de la OMS es de aproximadamente 7600 a julio de 2024, lo que está a la par con el número de personal regular de la OMS.⁴⁵¹ Si bien el uso de consultores suele ser necesario para incorporar experiencia e ideas nuevas o para eludir regulaciones complejas de Recursos Humanos, también puede perpetuar paradigmas y generar preocupaciones

⁴⁴⁴ Li X, Nian T, Liu W, et al. Explorando la aplicación de GRADE en la formulación de directrices de salud pública de la OMS: una revisión exploratoria de la evidencia. *BMJ Evidence-Based Medicine*. Publicado en línea por primera vez: 20 de enero de 2026. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2024-113487>

⁴⁴⁵ Hilton Boon M, et al.; Grupo de Trabajo GRADE. Desafíos en la aplicación del enfoque GRADE en guías de salud pública y revisiones sistemáticas: un artículo conceptual del Grupo de Salud Pública GRADE. *J Clin Epidemiol*. Julio de 2021;135:42-53. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.01.001> Epub 18 de enero de 2021. PMID: 33476768; PMCID: PMC8352629.

⁴⁴⁶ Andrea Saltelli, Mario Giampietro, ¿Qué falla en las políticas basadas en la evidencia y cómo se pueden mejorar? *Futures*, Volumen 91, 2017, Páginas 62-71, <https://doi.org/10.1016/j.futures.2016.11.012>

⁴⁴⁷ Holger Straßheim, Un mundo de evidencia: la difusión global y la política silenciosa de las culturas de la evidencia, *Policy and Sociedad*, Volumen 43, Número 4, noviembre de 2024, Páginas 414-431, <https://doi.org/10.1093/polsoc/puae029>

⁴⁴⁸ Organización Mundial de la Salud (2020). Informe de la Misión Conjunta OMS - China sobre la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID - 19). Ginebra : OMS . [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

⁴⁴⁹ Dieleman, Joseph L., et al. "Gasto estadounidense en atención médica personal y salud pública, 1996-2013." *BMJ Global Salud* 7, n.º 8 (2022): e008793. <https://gh.bmj.com/content/7/8/e008793>

⁴⁵⁰ Von Agris JM, Bell D, Tacheva B y Brown GW (2025) Recomendaciones de la OMS para la respuesta a la pandemia tras la COVID-19: ¿lecciones aprendidas o aprendizajes perdidos? *Front. Public Health* 13:1664330. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1664330>

sobre conflictos de intereses.⁶⁰¹ Segundo, la OMS es criticada por priorizar las cuotas sobre la experiencia, lo que se ha traducido en preocupaciones de que la OMS no esté desplegando al personal más adecuado en todos los casos.⁴⁵² Si bien esto podría promover la introducción de nuevas perspectivas en los departamentos de la OMS, también puede perpetuar la incompetencia. Tercero, existe preocupación de que la OMS haya "sobreextendido" su mandato en un número creciente de áreas políticas. Como consecuencia de esta ampliación del alcance de la misión, se observa una mayor incapacidad para abordar adecuadamente estas áreas políticas, lo que incrementa la dependencia de consultores, personal no especializado o personal reasignado.⁴⁵³ Si bien esto podría enriquecer la perspectiva, se hace de forma no estratégica y con un alto potencial de ser contraproducente.

- **¿Liderazgo basado en el ejemplo de quién?** El liderazgo de la OMS ha enfrentado varias críticas recientes, con una polarización de opiniones.

Por un lado, las críticas se han centrado en las condiciones estructurales que socavan la capacidad de liderazgo de la OMS, particularmente durante las emergencias sanitarias, y especialmente durante la Covid-19. Estos incluyen argumentos de que la OMS tiene un poder de aplicación débil y, por lo tanto, requiere mayor autoridad; que la OMS retrasa la declaración de emergencias de salud pública de preocupación internacional (ESPII) debido al temor de molestar a los Estados Miembros; que la OMS no garantiza la equidad en las vacunas debido a la falta de autoridad y financiación; y que no es políticamente

neutral debido a una excesiva dependencia de las contribuciones voluntarias tanto de Estados Miembros poderosos como de financiadores no estatales. En la literatura sobre la reforma de la OMS, las críticas concluyen con recomendaciones para aumentar la autoridad, la financiación y los poderes coercitivos para abordar estas deficiencias. Este informe argumenta lo contrario, sugiriendo que existe la necesidad de una OHI (Organización Internacional de Salud) centrada en la salud pública mundial que aspire a situar el control y la toma de decisiones en los niveles más bajos posibles dentro de los organismos regionales y los Estados Miembros, que esta OHI no infle el riesgo de pandemia como medio para aumentar su organización y centralización, y que la OHI cuente con la financiación adecuada para que pueda operar independientemente de la influencia externa de los donantes (pero dentro de los mecanismos de rendición de cuentas habituales).

Otras críticas al liderazgo de la OMS se han centrado en su excesivo pro-China y su deferencia hacia este país, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Asimismo, se han señalado su escasa transparencia, la confusión en sus comunicaciones y los cambios de postura durante la pandemia, así como los conflictos de intereses inherentes y la influencia indebida en las políticas de la OMS debido a su excesiva dependencia de las contribuciones voluntarias específicas.

En resumen, las organizaciones adaptables y eficaces requieren la capacidad de aprender, innovar y modificar sus procesos y políticas internas.⁶⁰⁴ Si bien históricamente ha habido inquietudes sobre las capacidades de la OMS en este sentido, estas inquietudes cobraron mayor relevancia

⁴⁵¹ Health Policy Watch. "Plan de reorganización de la Organización Mundial de la Salud desarrollado con una consultora con sede en Boston." <https://healthpolicy-watch.news/world-health-organization-reorganization-plan-developed-with-boston-based-consultry/>

⁶⁰¹ *Ibíd.*

⁴⁵² Clift, Charles. "El papel de la Organización Mundial de la Salud en el sistema internacional". Chatham House Documento de trabajo. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821569/>

⁴⁵³ Bertram, Melanie, et al. "Desafíos sistémicos para el desempeño de la OMS en los países". BMJ Global Health 3, Supl. 1 (2018): e000656. https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000656; Rottingen, John-Arne, et al. "Introducción". BMJ Global Health 2, Supl. 1 (2017): i2. https://gh.bmj.com/content/2/Suppl_1/i2

⁶⁰⁴ Goh, Say Keat, et al. (2022). "Gestión de la innovación en organizaciones públicas". Management Business Review. <https://journalmbr.net/index.php/mbr/article/view/520>; Edmondson, Amy C. (2019). "La cruda verdad sobre las culturas innovadoras". Harvard Business Review. <https://hbr.org/2019/01/the-hard-truth-about-innovative-cultures>; Hartley, Jean y Laurence Ferry (2019). "Turnos en la innovación en los servicios públicos". Administración Pública. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/padm.12209>

tras la COVID-19. Entre los aspectos clave se incluyen la necesidad de formular políticas basadas en evidencia; la necesidad de mayor transparencia, comunicación abierta y disidencia constructiva; una mayor subsidiariedad; la eliminación de compartimentos estancos y una mayor movilidad; una conciencia proporcional del riesgo; y un liderazgo centrado en la misión principal de la OMS y las prioridades de salud global.

IV.5.4. ¿Tiene la OMS un desarrollo insuficiente de la función de evaluación?

La práctica de evaluación aún está poco desarrollada en la OMS, especialmente en comparación con otras grandes organizaciones internacionales.⁶⁰⁵ Recientemente, la OMS ha comenzado a desarrollar su función de evaluación y a utilizar los resultados de la evaluación para respaldar la toma de decisiones; sin embargo, hasta el momento, la Oficina de Evaluación de la OMS⁶⁰⁶ no ha desempeñado un papel suficiente en el seguimiento de los programas de la OMS ni en la contribución al trabajo normativo y de políticas basado en las lecciones de la evaluación.

Como parte del proceso de reforma de la OMS, el Consejo Ejecutivo aprobó la primera política de evaluación de la OMS en mayo de 2012. Posteriormente, en 2013, la OMS publicó un Manual de Prácticas de Evaluación, con el objetivo de brindar orientación práctica sobre cómo preparar y realizar evaluaciones en la OMS, y sobre la utilización y el seguimiento de los resultados de las evaluaciones.⁶⁰⁷ En agosto de 2014, la función de evaluación se trasladó de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna para convertirse en una unidad separada que apoyara la evaluación independiente dentro de la Oficina del Director General. En 2015, la OMS comenzó a desarrollar su capacidad de evaluación, con un Marco para el Fortalecimiento de la Evaluación y

Aprendizaje organizacional en la OMS.⁴⁵⁴ En 2017, la Oficina del Director General puso en marcha una revisión independiente de la función de evaluación de la OMS, que proporcionó recomendaciones cruciales, entre ellas la necesidad de revisar la política de evaluación de 2012.⁴⁵⁵ Así, en 2018, la OMS publicó su Política de Evaluación revisada, que respalda el cambio organizativo iniciado por la 13.ª GPW 2019-2023 y que tiene como objetivo fortalecer la rendición de cuentas y la gestión por resultados, exigiendo una rendición de cuentas significativa de la contribución de la OMS a cada objetivo y a cada nivel de la Organización. El propósito de la Política de Evaluación revisada es:

“Definir el marco general para la evaluación en la OMS, fomentar la cultura y el uso de la evaluación en toda la Organización y facilitar la conformidad de la evaluación en la OMS con las mejores prácticas y con las normas y estándares de evaluación del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas”.

Permite que la Secretaría de la OMS encargue tres tipos de evaluaciones: a) *evaluaciones temáticas* centradas en temas seleccionados; b) *evaluaciones programáticas* centradas en un programa específico y que abordan los logros en relación con la cadena de resultados de la OMS; y c) *evaluaciones específicas de la oficina* centradas en el trabajo de la OMS en un país, región o en la sede con respecto a los objetivos y compromisos de la OMS.⁴⁵⁶ Otras directrices de evaluación desarrolladas por la OMS incluyen el Marco de 2022 para las evaluaciones de la contribución de la OMS a nivel nacional⁴⁵⁷ y la Guía práctica de 2023 sobre evaluación para gestores de programas y personal de evaluación, cuyo objetivo es ayudar a los gestores y al personal que no son evaluadores profesionales a planificar y encargar evaluaciones, así como a «*compartir un enfoque común de la evaluación [...] que refleje las normas aplicadas ampliamente por la*

⁶⁰⁵ Organización Mundial de la Salud (2024) Estudio comparativo de la función de evaluación de la OMS con entidades seleccionadas de la ONU. Ginebra: OMS; para comparar, por ejemplo, con el funcionamiento del Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial: Productos de evaluación del IEG. Grupo de Evaluación Independiente.

⁶⁰⁶ Véase Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultado el 4 de noviembre de 2025) Oficina de Evaluación de la OMS.

⁶⁰⁷ Organización Mundial de la Salud (2013) Manual de Prácticas de Evaluación de la OMS. Ginebra: OMS.

⁴⁵⁴ Organización Mundial de la Salud (2015) Un marco para fortalecer la evaluación y el aprendizaje organizacional en la OMS. Ginebra: OMS.

⁴⁵⁵ Organización Mundial de la Salud (2018) Evaluación: política de evaluación (2018). Ginebra: OMS.

⁴⁵⁶ *Ibíd.*

⁴⁵⁷ Organización Mundial de la Salud (2022). Marco para la evaluación de la contribución de la OMS a nivel nacional (2022). Ginebra: OMS.

comunidad profesional de evaluación». Sin embargo, se centra únicamente en la gestión del proceso de evaluación, no en los enfoques y métodos de evaluación.⁴⁵⁸ Finalmente, el Consejo Ejecutivo aprobó en 2025 una Política de Evaluación revisada de la OMS que refuerza la evaluación como piedra angular de la gestión basada en resultados y refleja las principales evoluciones en la práctica profesional de la evaluación y la estructura y el funcionamiento de las funciones de evaluación en las Naciones Unidas. Enfatiza las normas de imparcialidad, credibilidad y participación de las partes interesadas, y promueve el uso de los resultados de la evaluación en la formulación de políticas y el aprendizaje. Asimismo, se alinea con el 14.º Programa General de Trabajo (2025-2028), lo que garantiza que las evaluaciones apoyen las prioridades estratégicas de la OMS.⁴⁵⁹ En consecuencia, si bien la OMS ha reconocido deficiencias en este ámbito y ha avanzado para subsanar las carencias necesarias en sus funciones de evaluación, ha tenido dificultades para implementar sus propias estrategias, por lo que sigue existiendo un área crítica que requiere reforma.

IV.6. ESTRUCTURA Y RENDIMIENTO

IV.6.1. Organización

La estructura institucional de la OMS/Sede se caracteriza por duplicaciones de funciones y responsabilidades entre departamentos y equipos. Como resultado de esta estructura institucional inherente, en su labor normativa, la OMS ha desarrollado una amplia gama de directrices y procedimientos operativos estándar.⁶¹⁴ Si bien constituyen una especie de «infodemia» que los países deben afrontar,⁶¹⁵ existe el riesgo de duplicación, lo que genera confusión entre los socios implementadores y los países.⁶¹⁶ La estructura física, que comprende la sede central de la OMS y seis oficinas regionales, se analiza en la Sección IV.3.1 y en otras partes de la Parte IV, incluyendo la creciente centralización de las funciones de la OMS en su sede central. Aquí analizamos los factores determinantes y los resultados de su estructura actual.

Agenda de securitización de la OMS

Como se detalla en la Parte II y en la sección anterior que analiza la evolución de las GPW desde la década de 1990, ha habido un enfoque creciente en la seguridad sanitaria, lo que ha dado lugar a lo que a menudo se denomina la

⁴⁵⁸ Oficina de Evaluación de la OMS (2023) Guía práctica sobre evaluación para gestores de programas y personal de evaluación. Ginebra: OMS.

⁴⁵⁹ Organización Mundial de la Salud (2025) El Consejo Ejecutivo aprueba la Política de Evaluación revisada de la OMS (2025). Ginebra: OMS (19 de agosto).

⁶¹⁴ Consulte los documentos disponibles en el sitio web de la OMS (sin fecha, consultado el 5 de noviembre de 2025). Directrices de la OMS y orientación específica, como la Organización Mundial de la Salud (2024) Compendio de la OMS y otras directrices de la ONU en materia de salud y medio ambiente, actualización de 2024. Ginebra: OMS.

⁶¹⁵ La infodemia es uno de los nuevos temas favoritos de la OMS, aparentemente solo en el contexto de brotes de enfermedades, como lo demuestra esta nueva página web en el sitio web de la OMS (sin fecha, consultada el 5 de noviembre de 2025): Infodemia.

⁶¹⁶ Por ejemplo, la Guía para facilitar el seguimiento y la evaluación de los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos (OMS 2023, elaborada por el Equipo de Vigilancia, Prevención y Control (SPC)), que se centra en un plan de acción específico, mientras que el manual Estrategias nacionales de salud en el siglo XXI: un manual (OMS 2016, elaborado por el Equipo de Gobernanza y Políticas del Sistema (HGS)), que fomenta el desarrollo de una plataforma nacional única para el seguimiento y la evaluación de las estrategias nacionales. O bien, Sistemas de salud para la seguridad sanitaria: un marco para el desarrollo de capacidades para el Reglamento Sanitario Internacional y componentes en los sistemas de salud y otros sectores que trabajan en sinergia para satisfacer las demandas impuestas por las emergencias sanitarias (OMS 2021, desarrollado por el Departamento de Preparación para la Seguridad Sanitaria (HSP)), que se ha desarrollado en paralelo a la evaluación más general del desempeño del sistema de salud (OMS 2022, desarrollada con el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y publicada con el apoyo del grupo de trabajo técnico de Evaluación del Sistema de Salud UHC2030 y la Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal) y utiliza componentes e indicadores alternativos de los sistemas de salud.

"securitización de la salud". La securitización de la salud es un concepto utilizado para examinar la política sanitaria mundial cuando un problema se eleva a una *"amenaza existencial, que requiere medidas de emergencia y justifica acciones fuera de los límites normales del procedimiento político"*.⁶¹⁷ La securitización de la salud puede ser tanto ideacional como performativa, influenciada por los discursos dominantes y el poder posicional de los actores que la securitizan,⁶⁰ lo que incluye tácticas y estrategias intencionales⁶¹ para elevar los problemas al nivel de una amenaza a la seguridad, para cambiar la forma en que se perciben esos problemas, motivando así la acción.⁶²

Hay varios conceptos relacionales involucrados en la creciente securitización de la salud por parte de la OMS. En conexión con un creciente "reduccionismo biomédico" que se analiza más adelante, la OMS se ha involucrado cada vez más en procesos de *"medicalización de la seguridad"*⁶³, *"farmacéutico seguridad"*,⁶²² La *«seguridad desde una perspectiva sanitaria»*⁶²³ y la *«riesgo-ización de la salud»*⁶²⁴, procesos por los cuales las cuestiones de seguridad se enmarcan cada vez más en términos biomédicos y la incertidumbre se construye cada vez más como riesgo. Es importante destacar que, dentro de estos procesos, los expertos en salud y las autoridades de salud pública adquieren mayor relevancia

en el ámbito de la seguridad, y las intervenciones farmacéuticas se convierten en instrumentos importantes para la política de seguridad.

Como se señaló en la Parte II, la OMS se ha convertido en un importante promotor de la securitización de la salud, una situación que se ha acelerado tras la aparición del SARS-CoV-2. Como se mencionó anteriormente, el presupuesto estimado asociado al GPW14 para el período 2025-2028 se centra principalmente en la seguridad sanitaria y los riesgos para la salud, lo que asigna recursos escasos a una lista específica de prioridades mundiales de salud pública.

Además, desde la aparición del SARS-CoV-2, la OMS ha adoptado un lenguaje altamente securitizado sobre la "amenaza existencial" de las pandemias, lo que ha dado lugar a la actual reestructuración de la OMS, que favorece desproporcionadamente las emergencias sanitarias, en particular la respuesta a aquellas frecuentemente denominadas enfermedades infecciosas emergentes (EIE). Como ejemplo de este lenguaje elevado, el Foro Económico Mundial (FEM) de Davos de 2024 copatrocinó un evento con la OMS sobre la preparación para la Enfermedad X.⁶²⁵ En la antesala de su panel sobre pandemias, el sitio web del FEM planteó la siguiente pregunta: "Ante las recientes advertencias de la

⁶¹⁷ Buzan, Barry, Ole Wæver y Jaap de Wilde. 1998. Seguridad: Un nuevo marco para el análisis. Boulder, CO, ESTADOS UNIDOS: Lynne Rienner Publishers: pág. 24

⁶⁰ Stritzel, Holger. 2007. «Hacia una teoría de la securitización: Copenhague y más allá». European Journal of International Relations 13 (3): 357–83. <https://doi.org/10.1177/1354066107080128>

⁶⁴¹ Kaunert, Christian, Sarah Leonard y Ori Wertman. 2022. "La securitización de la COVID-19 como norma de seguridad: «Emprendimiento normativo y difusión en cascada de normas» Ciencias Sociales 11, n.º 7: 266. <https://doi.org/10.3390/socsci11070266>

⁶⁴² McInnes, Colin y Simon Rushton. 2013. «VIH/SIDA y teoría de la securitización». European Journal of International Relations 19 (1): 115–38. <https://doi.org/10.1177/1354066111425258>

⁶⁴³ Elbe, Stephen. 2010. Seguridad y salud global: Hacia la medicalización de la inseguridad. 1.ª ed. Dimensiones de la seguridad. Cambridge: Polity.

⁶²² Elbe, Stefan y Nadine Voelkner. 2014. «La medicalización de la inseguridad». En Routledge Handbook of Global Health Security. Routledge.

⁶²³ Wenham, Clare. 2019. 'La sobresecuritización de la salud global: cambiando los términos del debate'. International Affairs 95 (5): 1093–1110. <https://doi.org/10.1093/ia/iiz170>

⁶²⁴ McInnes, Colin y Anne Roemer-Mahler. 2017. «De la seguridad al riesgo: una nueva perspectiva sobre las amenazas a la salud mundial». International Affairs 93 (6): 1313–37. <https://doi.org/10.1093/ia/iix187> : pág. 1320

⁶²⁵ Foro Económico Mundial. "Acerca del Foro Económico Mundial." <https://www.weforum.org/about/world-economic-forum/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) de que una Enfermedad X' desconocida podría causar 20 veces más muertes que la pandemia de coronavirus, ¿qué esfuerzos novedosos se necesitan para preparar los sistemas de salud para los múltiples desafíos que se avecinan?"⁶²⁶ El problema con esta afirmación es que la cifra era completamente inventada, históricamente sin precedentes y representativa del tipo de alarmismo utilizado para aumentar el interés y los recursos para la agenda de preparación ante pandemias.⁶²⁷

Como se mencionó anteriormente, las afirmaciones de la OMS sobre el rápido aumento del riesgo de brotes y pandemias, destinadas a movilizar apoyo político y de recursos para iniciativas de la OMS como las enmiendas al RSI y el Acuerdo sobre Pandemias, se basan en evidencia poco convincente, incluyendo casos en los que la evidencia citada en realidad socava las afirmaciones de la OMS.⁶²⁸ La mayoría de los actores de la salud mundial han seguido el ejemplo, buscando securitizar el panorama sanitario mundial actual para sacar provecho del "momento post-Covid".

El reduccionismo biomédico de la OMS

De nuestra presentación de conceptos generales en salud pública (Parte I y Parte II) se desprende que la medicina no puede limitarse a la aplicación de protocolos. Por lo tanto,

las directrices de la OMS deben utilizarse con cautela y un análisis crítico. En los últimos años, y en particular durante la pandemia de COVID-19, la OMS ha asumido un papel cada vez más intervencionista en las políticas nacionales de salud pública e incluso en la práctica médica. Si bien, al inicio de la pandemia, algunas voces internas de la OMS abogaron por una toma de decisiones más inclusiva y transparente en la gestión de la respuesta a la COVID-19⁴⁶⁴; la tendencia de la OMS a estandarizar procedimientos y a basarse en diseños de estudio inadecuados para abordar cuestiones complejas (por ejemplo, en el caso de los primeros tratamientos para la COVID-19) ha dado lugar a una respuesta global que no tuvo suficientemente en cuenta los contextos locales, las estrategias desarrolladas por la comunidad ni la heterogeneidad de las necesidades de los pacientes.⁴⁶⁵

Además, como se describe en la Parte II y como se presenta en la literatura académica sobre salud global en general, la OMS ha adoptado un enfoque cada vez más biomédico para la salud pública mundial. El reduccionismo biomédico es un concepto que se utiliza para comprender el creciente predominio de las soluciones médicas y tecnocientíficas en nuestra comprensión de la enfermedad y la promoción de la buena salud. Como concepto, el reduccionismo biomédico se ha alineado estrechamente, y a veces se ha confundido, con las nociones de medicalización y farmacéuticalización (véase la Parte II), en las que la

⁶²⁶ Foro Económico Mundial (2024). "Preparándose para la Enfermedad X". Sesión de la Reunión Anual de 2024. <http://web.archive.org/web/20240111181043/https://www.weforum.org/events/world-economic-forum-annual-meeting-2024/sessions/preparing-for-a-disease-x/>

[Políticas sanitarias internacionales. "El Foro Económico](#)

⁶²⁷ Mundial y el deus ex machina de la enfermedad X". <https://www.internationalhealthpolicies.org/featured-article/the-world-economic-forum-and-the-deus-ex-machina-of-disease-x/>

⁶²⁸ GW Brown, D. Bell, J. von Agris y B. Tacheva (2024). El costo de la preparación ante pandemias: un examen de los costos y las solicitudes financieras en apoyo de la prevención, preparación y respuesta ante pandemias. Agenda, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir-registro/proyectos-de-investigacion/1260/reevaluacion-la-agenda-de-preparacion-y-respuesta-a-la-pandemia> ;

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Política racional frente al pánico: reexaminando el riesgo pandémico dentro de la agenda global de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/dir-record/research-projects/1260/reevaluating-the-pandemic-reparedness-and-response-agenda-reppare> ;

D. Bell, GW Brown, B. Tacheva y J. von Agris (2024). Cuando los modelos y la realidad chocan: una revisión de las predicciones de mortalidad por epidemias y pandemias, Informe REPPARE, Universidad de Leeds, Reino Unido: <https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/254/when-models-and-reality-clash-a-review-of-predictions-of-epidemic-and-pandemic-mortality>

⁴⁶⁴ Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. (2020) Gobernanza de la respuesta a la COVID-19: un llamado a una toma de decisiones más inclusiva y transparente | BMJ Global Health 5:e002655. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>

⁴⁶⁵ Véase, por ejemplo, Healthy Societies 2030 (2020) Reclaiming Comprehensive Public Health: A Call to Action.

promoción de la salud ha dependido cada vez más de productos médicos y farmacéuticos.

Los resultados de la biomedicalización de la salud global incluyen:

- El creciente predominio de las soluciones tecnológicas o científicas en materia de salud, en particular la biología, la bioquímica, la genética y el uso de productos farmacéuticos tanto para el tratamiento de enfermedades como para la promoción de la buena salud.
- El predominio creciente de las soluciones biomédicas como método preferido para abordar los problemas de salud en un número cada vez mayor de experiencias sociales y personales. Por ejemplo, a menudo se sugiere que el uso concentrado de productos farmacéuticos para la preparación ante pandemias, en contraposición a centrarse en la promoción de la salud básica para mejorar la respuesta inmunitaria, constituye una forma de reduccionismo biomédico.
- Se observa una tendencia hacia una mayor vigilancia, diagnóstico y evaluación biomédica para la reducción de la enfermedad y la promoción de la buena salud.
- Una tendencia hacia soluciones biomédicas para el cuerpo humano, que tratan al cuerpo como una entidad similar a una máquina que necesita ser "reparada" y/o como un espacio "biopolítico" que requiere una reingeniería para lograr una mejora predeterminada de la salud.

De forma similar a la creciente promoción de discursos sobre seguridad sanitaria, la OMS se ha orientado firmemente hacia soluciones biomédicas, lo cual contradice su función tradicional en salud pública (véase la historia de la OMS y sus fundamentos en salud pública en la Parte II). Esto, sin duda, suscita importantes preocupaciones, como se expone a lo largo de este informe. Sin embargo, como se argumentará más adelante, una explicación clave de este cambio reside en la

financiación de la OMS, incluyendo la capacidad de los principales donantes para orientar los enfoques biomédicos y basados en productos básicos mediante contribuciones voluntarias específicas.

Los interminables planes, herramientas, marcos y ejercicios de revisión de la OMS.

En el marco de su función de apoyo técnico en los países, la OMS —al igual que otros organismos técnicos y financieros— suele centrarse en las evaluaciones, el diseño de políticas de salud y la planificación de programas, pero descuida el apoyo a la implementación, el seguimiento y la evaluación. Esto genera un aumento exponencial de las revisiones de acciones, las evaluaciones, los seminarios de planificación, los nuevos conjuntos de herramientas y los planes resultantes, que a menudo son numerosos, demasiado generales, requieren mucho tiempo y son costosos, y con frecuencia no reciben financiación ni se implementan.⁴⁶⁶

IV.6.2. Financiación de la OMS

En los últimos 25 años se ha producido un cambio significativo en la financiación de la OMS, como se analiza en detalle más adelante en este informe. Fundamentalmente, este cambio ha implicado una reducción en la proporción del presupuesto total de la OMS proveniente de fondos obligatorios y un aumento de la financiación específica, incluyendo la proveniente del sector privado o no estatal. Esto significa, en la práctica, que las actividades de la OMS están más expuestas a la influencia directa de financiadores estatales individuales (al especificar el uso de fondos voluntarios) y a la influencia de actores no estatales a través del mismo mecanismo de financiación específica. Este cambio se ha producido en el contexto de un aumento en el presupuesto general de la OMS y en el número de importantes organismos supranacionales que operan en el ámbito de la salud pública internacional, en particular fundaciones privadas, mecanismos de financiación multilaterales y asociaciones público-privadas.

El 23 de julio de 2025, BMJ Global Health publicó un artículo⁴⁶⁷ que analizaba la financiación de la OMS por

⁴⁶⁶ Jaffré Y (2015) Les objectifs, les séminaires et les recommandations permettent d'améliorer la santé de las poblaciones. Capítulo 45 en Des idées reçues en santé mondiale, págs. 225-229. Prensas de la Universidad de Montreal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.3716>

⁴⁶⁷ Dal'Bo do Amaral, Nicolas, et al. (2025). "¿Quién financia la Fundación OMS? Un análisis de transparencia de las divulgaciones de donaciones durante los primeros 3 años de su funcionamiento". BMJ Global Health 10, n.º 7: e018932. <https://gh.bmj.com/content/10/7/e018932>

parte de la Fundación de la OMS.⁴⁶⁸ La Fundación se creó en 2020 con el objetivo de ampliar la base de donantes de la OMS. Según el análisis de Nason Maani, Emily Adrion y Jeff Colin, a finales de 2023 había recibido donaciones por un total de 82.783.930 dólares. De esta cantidad, 51.554.203 dólares (el 62,3 %) procedían de donantes anónimos y 39.757.326 dólares (el 48 %) se describían como donaciones anónimas de más de 100.000 dólares cada una. La proporción de donaciones anónimas había aumentado cada año, pasando del 9,6 % a finales de 2021 al 62,9 % y al 79,8 %. por ciento en los siguientes dos años, rebajando la calificación de transparencia de la Fundación por Open Democracy de B (al menos el 85 por ciento de los donantes por encima del umbral de \$100,000 se nombran con las cantidades exactas recibidas de ellos) en 2021 a D (menos del 50 por ciento) en 2024. Es razonable inferir que estas donaciones, caracterizadas como "dinero oscuro" en los principales medios de comunicación,⁴⁶⁹ se basan en las prioridades de los donantes más que en las de la OMS, lo que expone a la organización a conflictos de interés, influencia indebida y riesgos para su reputación. La financiación de Meta al departamento de comunicaciones y salud digital de la OMS, por ejemplo, es cuestionable en un momento en que el papel de las redes sociales en la facilitación de la desinformación sobre salud y la contribución a los problemas de salud mental de niños y adolescentes ha sido objeto de un escrutinio más intenso.

El contexto de la financiación internacional de la salud en el que trabaja la OMS

La OMS, si bien desempeña un papel fundamental en la política internacional de salud pública, absorbe solo una minoría de la asistencia internacional para el desarrollo. Trabaja dentro de una red de agencias de la ONU, asociaciones público-privadas, ONG, fundaciones privadas y otras entidades nacionales e internacionales (por ejemplo, el Fondo Mundial, la Organización Mundial

de la Salud).

Banco Mundial y otros bancos multilaterales de desarrollo (BMD). Una parte significativa de la financiación internacional para la salud y el desarrollo también se canaliza a través de relaciones bilaterales entre países. Estados Unidos, hasta hace poco el mayor donante de la OMS, ha adoptado un modelo basado principalmente en la asistencia bilateral.⁴⁷⁰ Comprender el ecosistema de la asistencia para el desarrollo es fundamental para entender el contexto en el que la OMS, o cualquier organización internacional de salud pública, debe trabajar.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) es definida por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como:

*"Apoyo financiero de proveedores oficiales a los receptores de ayuda (países de ingresos bajos y medios) en áreas como salud, saneamiento, educación e infraestructura. Consiste principalmente en donaciones o préstamos en condiciones favorables, y representa más de dos tercios de la financiación externa para los países menos adelantados".*⁴⁷¹

El CAD de la OCDE es la organización internacional encargada de recopilar datos sobre la AOD de los donantes a través de un Sistema de Notificación de Acreedores (SNA).⁴⁷² La definición —y el cálculo— de la AOD ha evolucionado con el tiempo, en particular para tener en cuenta el "equivalente a donación" de algunos préstamos proporcionados por donantes estatales a países de ingresos bajos y medianos. No obstante, la AOD cumple tres características críticas: (1) es proporcionada por organismos oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o por sus agencias ejecutivas; (2) se administra con el objetivo principal de promover el desarrollo económico y el bienestar de los países de bajos recursos; y (3) es de

⁴⁶⁸ Fundación OMS . <https://www.who.foundation/>

⁴⁶⁹ The Guardian (2025). "La Fundación de la OMS es acusada de canalizar 'dinero oscuro' hacia el organismo mundial de salud". 9 Septiembre de 2025. <https://www.theguardian.com/world/2025/sep/09/who-foundation-dark-money>

⁴⁷⁰ de los Estados Unidos (2025). Estrategia global de salud " Estados Unidos Primero " . Washington, D.C. <https://www.state.gov/america-first-global-health-strategy>

⁴⁷¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (sin fecha, consultado el 27 de octubre de 2025). Ayuda oficial al desarrollo (AOD). OCDE

⁴⁷² OCDE (2026). CRS: Sistema de información de acreedores (flujos). [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DcdDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_CRS%40DF_CRS&df\[ag\]=OEC.D.DCD.FSD&dq=DAC..1000.100. T. T.DQ T..&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to\[TIME PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DcdDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_CRS%40DF_CRS&df[ag]=OEC.D.DCD.FSD&dq=DAC..1000.100. T. T.DQ T..&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to[TIME PERIOD]=false)

carácter concesional.⁶³⁸ Más allá de la AOD, existen múltiples tipos de otros flujos financieros que van de países de mayores ingresos a países de menores ingresos, por ejemplo, que involucren al sector privado (como fuente de fondos, como fundaciones privadas o particulares a través de remesas, o como receptor, por ejemplo, inversión extranjera directa), préstamos concesionales (condiciones más generosas) y no concesionales, o flujos no dirigidos al desarrollo o al bienestar (por ejemplo, ayuda militar).

La asistencia para el desarrollo en salud (ADS) comprende la proporción de la AOD destinada al sector salud, pero también las fuentes de financiación privadas y de ONG que no califican como AOD pero que tienen como objetivo mejorar la salud en los países receptores. El IHME también proporciona una base de datos pública que nos permite visualizar los flujos de ADS desde los donantes, a través de los canales de asistencia, hacia los países de ingresos bajos y medianos, por enfoque de salud (Sección II.3.5).

Un desafío clave para el desempeño y la reforma de la OMS radica en su financiación. Como se detalla a continuación, la OMS depende en gran medida de las Contribuciones Voluntarias Específicas de los Estados Miembros y entidades privadas. En los últimos años, estas Contribuciones Voluntarias Específicas han representado la gran mayoría del presupuesto por programas de la OMS, lo que plantea diversas cuestiones sobre cómo la

excesiva dependencia de estas contribuciones afecta a la política sanitaria mundial.

Presupuestos actuales y proyectados de la OMS

La OMS dio por concluido su Decimotercer Programa de Trabajo (PTT 13) para el período 2024-2025, y la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el presupuesto de la OMS para 2026-2027 en mayo de 2025 (véase la sección sobre los PTT más arriba para obtener una descripción más histórica de su evolución).

El presupuesto del programa para 2024-2025, a finales de 2025, ascendía a 6.834 millones de dólares estadounidenses, divididos en cuatro “segmentos” (Figura IV.6), destinándose el 30% del total a la sede central en Ginebra (Figura IV.7):

Programas básicos: 4.968 millones de dólares estadounidenses;

Eradicación de la polio: 694 millones de dólares estadounidenses;

Programas especiales: US\$172 millones; y

Operaciones de emergencia y llamamientos: 1.000 millones de dólares estadounidenses.

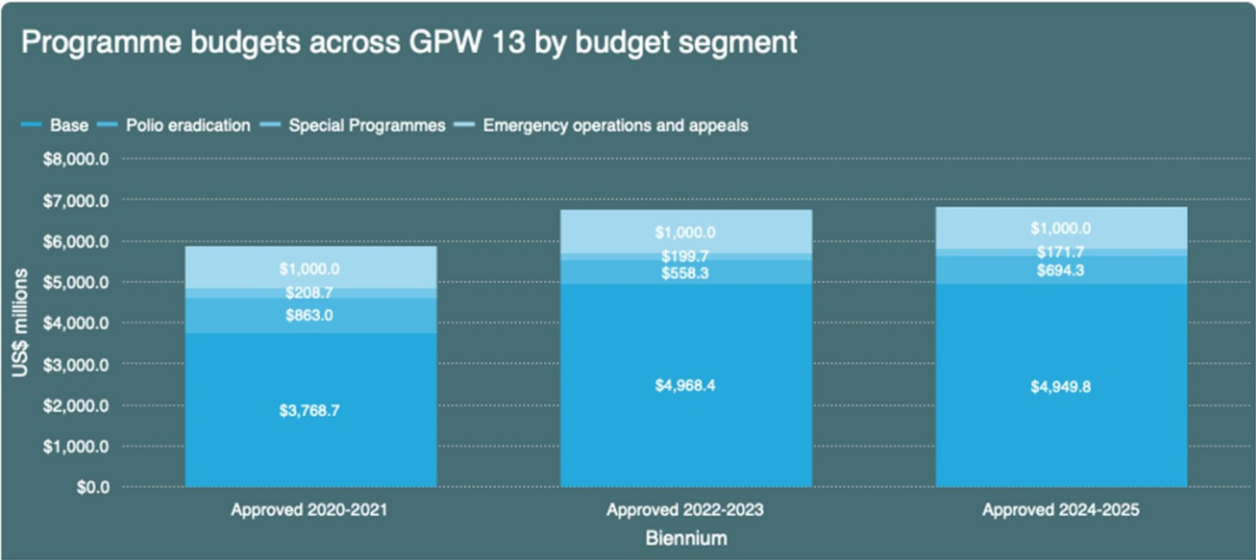


Figura IV.6 – Presupuesto de la OMS. Presupuestos de programas en GPW 13 por segmento presupuestario

Fuente: OMS,⁴⁷³ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_27-en.pdf

⁶³⁸ [638 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos \(sin fecha, consultado el 27 de octubre de 205\) Ayuda oficial al desarrollo: definición y alcance. OCDE](#)

⁴⁷³ Organización Mundial de la Salud, «Presupuesto por Programas de la OMS 2024-2025». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



Figura IV.7 – Presupuestos de la OMS: Segmento base: participación por nivel organizativo

Fuente: OMS, ⁴⁷⁴https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_27-en.pdf

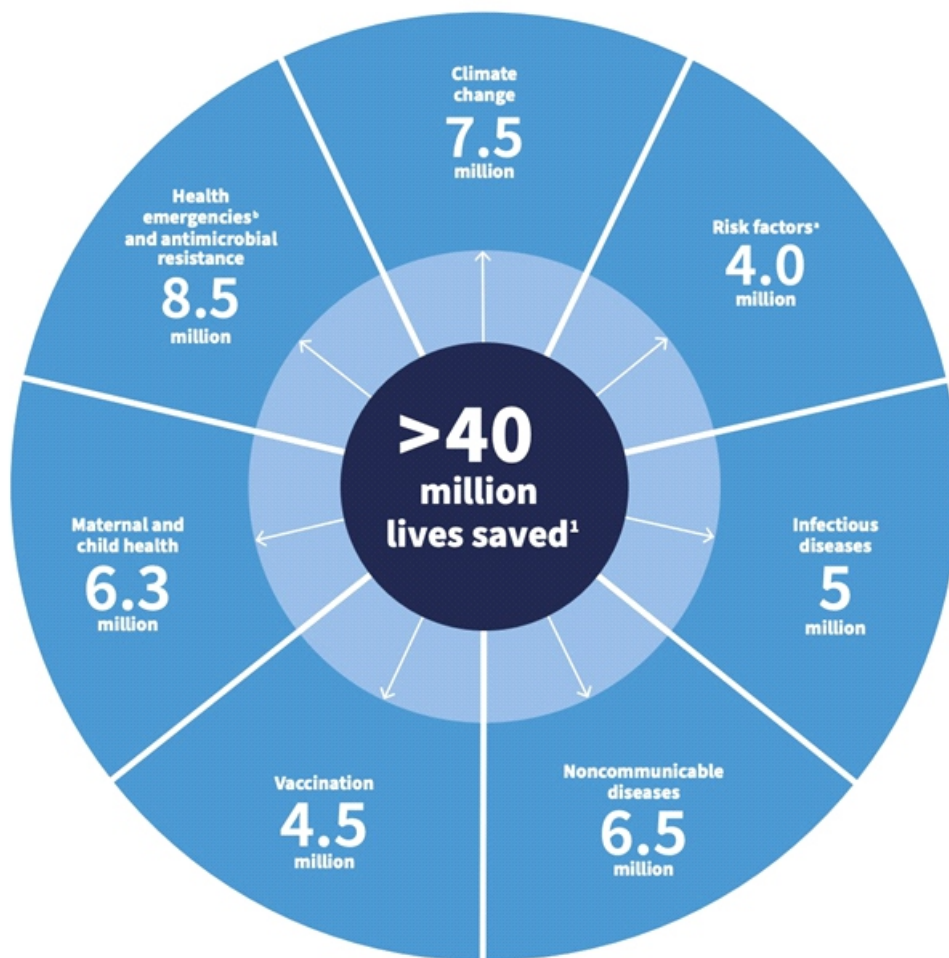
En mayo de 2025, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un presupuesto base de US\$ 4200 millones para el período 2026-2027, en consonancia con el Decimocuarto Programa General de Trabajo de la OMS 2025-2028 (PGT 14), que detalla su estrategia mundial de salud para los próximos cuatro años. Además, en mayo de 2025, los Estados Miembros se comprometieron a aumentar sus Contribuciones Obligatorias en un 20 % con respecto al nivel de referencia actual, con el fin de contribuir a reducir la dependencia de la OMS de las contribuciones voluntarias (véase el análisis a continuación). El PGT 14 se centrará en un conjunto de actividades básicas (Figura IV.8).

Como se mencionó anteriormente en la sección sobre la evolución de las GPW desde mediados de la década de

1990, una característica notable del caso de inversión de la GPW14 es que está fuertemente sesgado hacia emergencias sanitarias, brotes, enfermedades infecciosas y riesgos para la salud (con un área de riesgo adicional para el cambio climático—Figura IV.8). Además, el componente de vacunación de la GPW14 nuevamente se centra principalmente en el control de enfermedades infecciosas, la mitigación de brotes y los riesgos para la salud asociados, lo que representa un área de superposición cercana con otras áreas de actividad de seguridad sanitaria. Esto podría socavar un enfoque más holístico de la salud pública mundial y subestimar la propia definición de salud de la OMS, que afirma que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”*.⁴⁷⁵

⁴⁷⁴ Organización Mundial de la Salud, «Presupuesto por Programas de la OMS 2024-2025». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁴⁷⁵ Mundial de la Salud. “Salud y bienestar”. Observatorio Mundial de la Salud. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>



^aIncludes tobacco, alcohol, physical inactivity, unhealthy diet

^bIncludes preparedness and prevention of high-threat outbreaks, including for example measles, yellow fever, meningitis and the risk of a pandemic event

Figura IV.8 – Actividades principales y asignaciones presupuestarias para GPW14.

Fuente: OMS,⁴⁷⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095403>

Existen varias explicaciones de por qué la OMS sigue adoptando este enfoque de securitización biomédica para la salud pública mundial. En primer lugar, los fracasos en la respuesta a la COVID-19 han arraigado una percepción exagerada del riesgo de pandemia en la mayoría de la población. En segundo lugar, la preferencia de los donantes por actividades basadas en resultados con métricas sencillas favorece en gran medida las intervenciones verticales, modulares y biomédicas simplificadas, como las vacunaciones, la distribución de productos y la prestación de servicios medibles. En tercer lugar, los países donantes y los contribuyentes no gubernamentales han dado históricamente demasiada importancia a los riesgos externos para la seguridad sanitaria, como las enfermedades infecciosas y los brotes.

En cuarto lugar, se ha producido un afianzamiento constante de paradigmas biomédicos que buscan soluciones técnicas a problemas de salud complejos y a menudo determinados socialmente. En quinto lugar, se ha observado un notable aumento del uso del lenguaje de la "amenaza existencial" en los discursos políticos, especialmente en relación con el cambio climático y las pandemias. Este aumento se sigue utilizando instrumentalmente para movilizar recursos, capitalizar las ansiedades generadas por la COVID-19 (el "momento post-COVID"), impulsar la cooperación política y promover intereses institucionales creados. En el caso de este último, la influencia de los intereses creados en la política de la OMS se explica mejor al comprender cómo se financia la OMS.

⁴⁷⁶ Organización Mundial de la Salud, «Plan de Inversión de la OMS 2025-2028». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025.

Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

El problemático cambio de contribuciones obligatorias a contribuciones voluntarias

Desde 1945, se ha producido un cambio significativo en la forma en que se financia la OMS. Cuando se creó, su presupuesto se financiaba principalmente con las contribuciones obligatorias de los Estados miembros (cuotas de los Estados miembros), y las contribuciones voluntarias representaban solo una pequeña parte de su presupuesto total por programas. Las contribuciones obligatorias pueden entenderse como:

*“La cantidad que cada uno de los 196 Miembros y Miembros Asociados debe pagar anualmente a la OMS. La escala de evaluación la calculan las Naciones Unidas basándose principalmente en el PIB del país y se ajusta según el número de miembros de la OMS. La Asamblea Mundial de la Salud la aprueba cada dos años”.*⁴⁷⁷

Sin embargo, en la década de 1980, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) votó a favor de congelar las contribuciones obligatorias de los miembros y, en 1993, adoptó además la postura de eliminar los ajustes por

inflación y fluctuaciones cambiarias.⁴⁷⁸ No obstante, el presupuesto de la OMS continuó aumentando (Figura IV.9), lo que resultó en una dependencia cada vez mayor de las contribuciones voluntarias en lugar de las obligatorias. Esta tendencia a alejarse de las contribuciones obligatorias se vio impulsada a finales de la década de 1990 y principios de la de 2000 por una creciente desconfianza de los principales donantes hacia las instituciones de la ONU (lo que también dio lugar al establecimiento de instituciones fuera del sistema de la ONU, como el Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y la Malaria, GAVI y CEPI), una mayor preferencia de los donantes por intervenciones y áreas de enfoque específicas en materia de salud, una mayor demanda de rendición de cuentas directa por parte de los donantes y de una buena relación calidad-precio, una mayor percepción de los riesgos para la seguridad sanitaria y una evaluación cada vez mayor de la incapacidad de la OMS para abordar las emergencias sanitarias agudas, así como la persistente carga mundial de enfermedades. Como resultado de esta congelación, se ha incrementado la dependencia de las contribuciones voluntarias, y las contribuciones obligatorias han representado solo entre el 18 % y el 25 % del presupuesto del programa de la OMS en los últimos años.

Channels of DAH, source: all

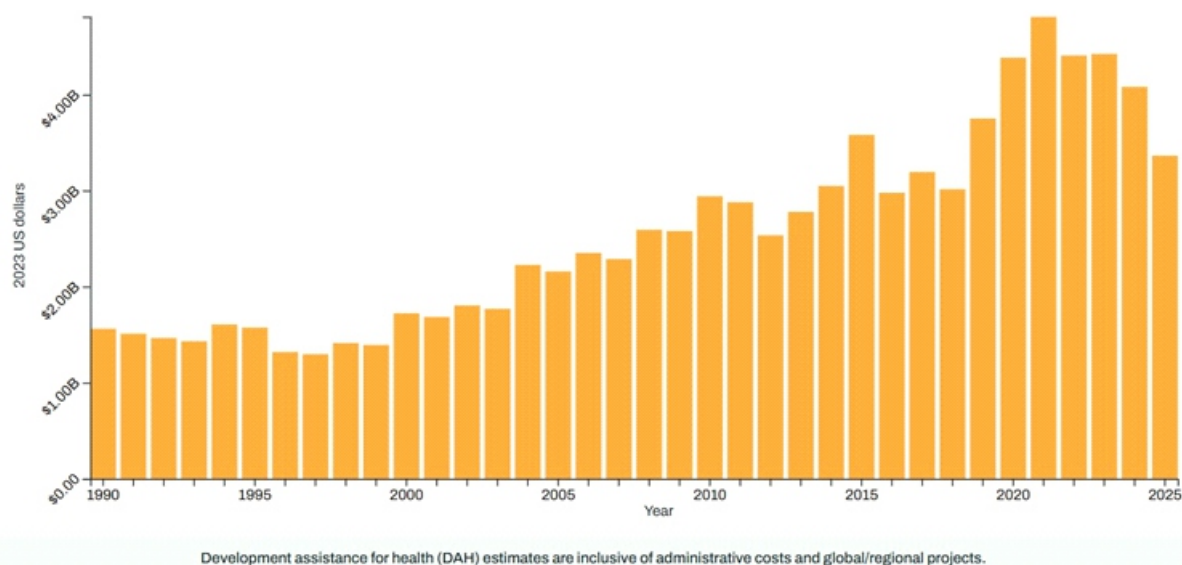


Figura IV.9 – Evolución del gasto anual de la OMS

Fuente: Herramienta de visualización de financiación de la salud global del IHME,⁴⁷⁹ VizHub - Financiación de la salud global, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

⁴⁷⁷ Organización Mundial de la Salud. «Contribuciones obligatorias». <https://www.who.int/about/funding/assessed-contributions>

⁴⁷⁸ Reddy S, Mazhar S, Lencucha R. La sostenibilidad financiera de la Organización Mundial de la Salud y la economía política de la gobernanza sanitaria mundial: una revisión de las propuestas de financiación. *Global Health*. 2018;14(119). 10.1186/s12992-018-0436-8.

⁴⁷⁹ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Usado con autorización. Todos los derechos reservados.

Mientras que las contribuciones obligatorias generalmente permiten a la OMS asignar fondos de manera flexible según sus prioridades estratégicas, las contribuciones voluntarias tienden a estar reservadas o destinadas a programas y regiones específicos. Las contribuciones voluntarias las proporcionan los Estados Miembros (además de su contribución obligatoria), así como otros socios, como la industria, las fundaciones y los particulares. Las contribuciones voluntarias se clasifican según el grado de flexibilidad en la toma de decisiones que tiene la OMS respecto al uso de esos fondos. Existen tres niveles de contribución voluntaria:

Contribuciones Voluntarias Básicas: Totalmente flexibles (incondicionales), la OMS tiene plena discreción sobre el uso de los fondos para su programa de trabajo. Según la OMS, las Contribuciones Voluntarias Básicas representaron el 6,6 % del total de las contribuciones voluntarias en 2022-2023.

Fondos Temáticos y de Compromiso Estratégico: Estos fondos son parcialmente flexibles y “*buscan satisfacer los requisitos de los contribuyentes en materia de informes y rendición de cuentas, al tiempo que ofrecen cierto grado de flexibilidad en su asignación*”.⁴⁸⁰ Según la OMS, estos fondos temáticos representaron solo el 6 % del total de las contribuciones voluntarias en 2022-2023.

Contribuciones Voluntarias Específicas: Estos fondos están estrictamente destinados a áreas programáticas específicas y suelen estar sujetos a un plazo determinado. Según la OMS, estas contribuciones representaron el 76 % del total de las contribuciones voluntarias en 2022-2023.⁴⁸¹

El cambio de contribuciones obligatorias a contribuciones voluntarias ha creado un panorama de financiación complejo en el que la OMS tiene menos control sobre la composición de su presupuesto directo, lo que crea una situación en la que los donantes pueden aumentar su influencia en las prioridades sanitarias de la OMS (Figuras IV.10, 11).

El derecho a la soberanía sanitaria: informe técnico.

DAH flows, 2025 ^①

Total dollars spent for all sources, channels, and health focus areas: \$39.1 billion

Dollars spent for selected source, channel, and health focus area: \$3.36 billion

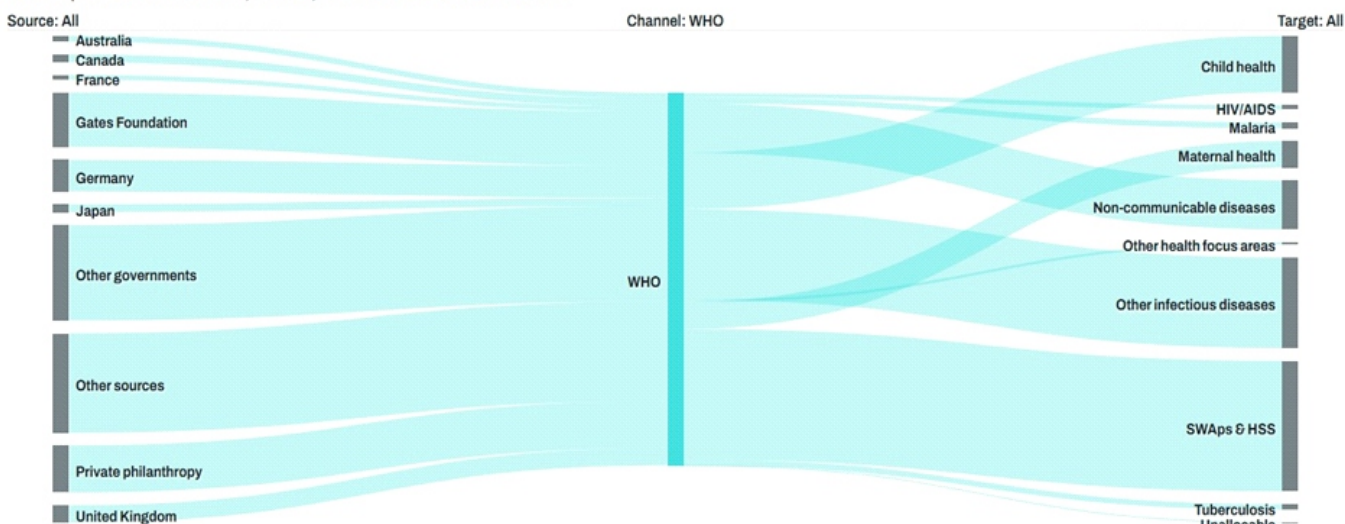


Figura IV.10 – Evolución del gasto de la OMS por fuente y por programa de salud.

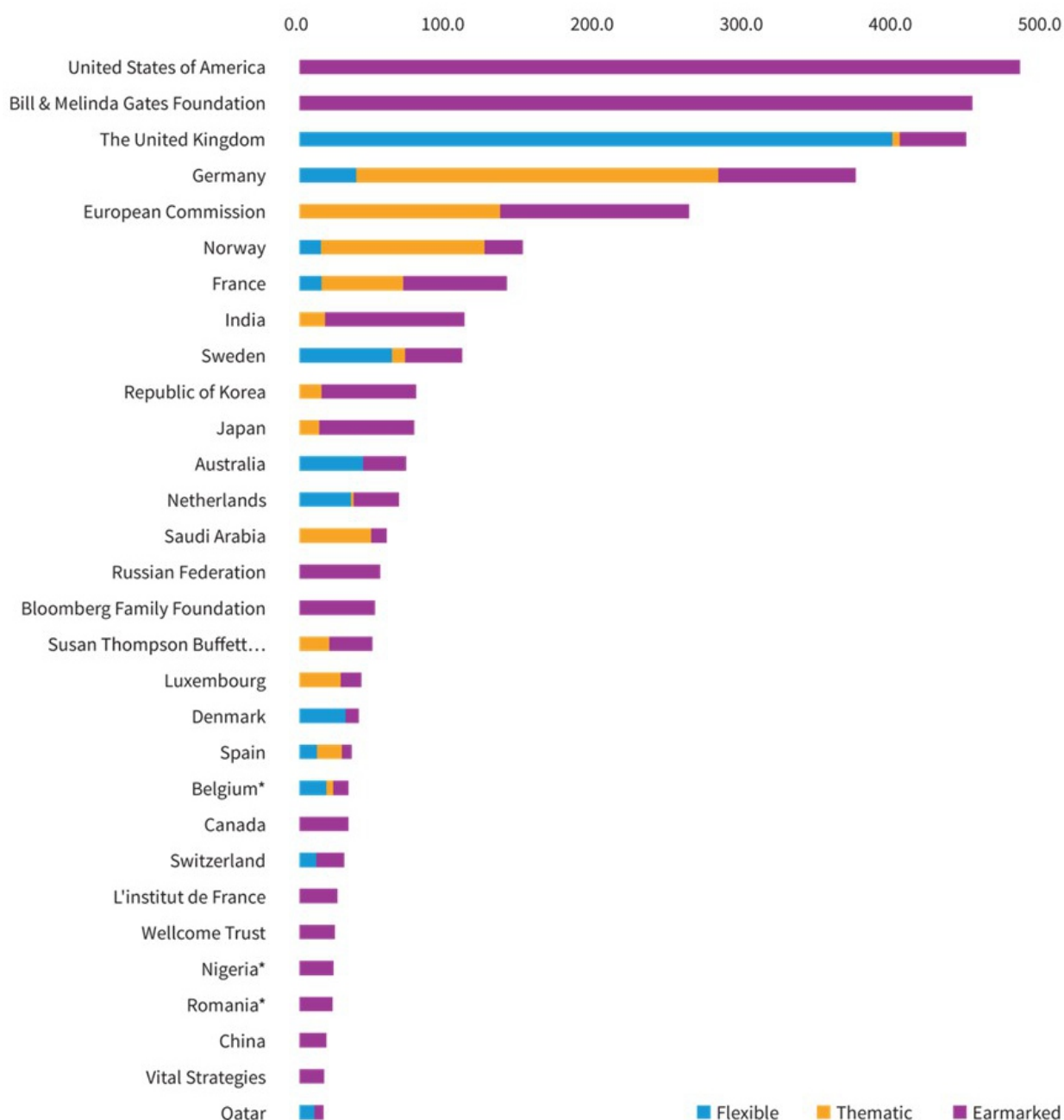
Fuente: Herramienta de visualización de financiación de la salud global del IHME,⁴⁸² VizHub - Financiación de la salud global <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

⁴⁸⁰ Organización Mundial de la Salud. «Financiación». <https://www.who.int/about/funding>

⁴⁸¹ OMS. <https://open.who.int/2022-23/contributors/contributor>

⁴⁸² Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Usado con autorización. Todos los derechos reservados.

Top 30 Sovereign and Foundation Voluntary Contributors to WHO, Base Segment, Revenue, 2020-2023 (US\$ million)



*This contribution includes pass-through and/or other forms of allocations from other donors channeled to WHO through this partner. Contributors do not include Gavi, GFATM, and UN contributors

Figura IV.11 – Los 30 principales contribuyentes soberanos y fundaciones voluntarios a la OMS

Fuente: OMS,⁴⁸³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095403>

⁴⁸³ Organización Mundial de la Salud, «Plan de Inversión de la OMS 2025-2028». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025.

Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Esta condición de financiación genera varios resultados, tanto negativos como positivos.

Consecuencias negativas de las condiciones de financiación:

Si bien las contribuciones voluntarias permiten un mayor control y rendición de cuentas de los fondos provenientes de los donantes, esta condición genera un desequilibrio en la financiación entre las distintas áreas programáticas. Este desequilibrio socava un enfoque más integral de la salud pública mundial, favoreciendo la adopción de enfoques más verticales y modulares.

Dado que muchos Estados donantes priorizan la contención de las enfermedades infecciosas en su origen, se ha incrementado el enfoque en la seguridad sanitaria y la preparación para emergencias con la esperanza de mantener aislados los patógenos. Históricamente, este enfoque se ha centrado en un número limitado de enfermedades infecciosas o brotes. En respuesta, la OMS mantiene una lista de vigilancia de diez enfermedades, donde la Enfermedad X sirve como marcador para un patógeno "conocido pero desconocido" que aún no ha surgido. Sin embargo, al analizar la carga de morbilidad, estas enfermedades presentan una magnitud menor que enfermedades endémicas como la malaria, el VIH/SIDA y la tuberculosis. Esto genera inquietudes sobre la proporcionalidad de los presupuestos y las políticas de respuesta.

La imprevisibilidad de las contribuciones voluntarias socava la planificación estratégica a largo plazo de la OMS y su sostenibilidad financiera, con repercusiones en sus políticas. La financiación poco fiable e insostenible da lugar a estrategias a corto plazo y a la focalización en enfermedades, desviando nuevamente la atención política de las medidas tradicionales de salud pública (nutrición, atención primaria, fortalecimiento del sistema, cobertura sanitaria universal) e ignorando en gran medida los determinantes sociales de la salud.

Resultados positivos de las condiciones de financiación:

Aunque la evidencia sigue siendo indeterminada, los donantes suelen argumentar que las contribuciones temáticas y específicas han aumentado la rendición de cuentas de la OMS ante ellos (mediante modelos basados en resultados), al tiempo que incentivan medidas de eficiencia programática para optimizar la relación calidad-precio. Históricamente, la OMS ha sido acusada de

ineficiencia y de mantener gastos generales excesivos, que las contribuciones no sujetas a evaluación buscan contrarrestar.

Se argumenta que la posibilidad de realizar contribuciones diversas ha incrementado tanto el número de nuevos financiadores (en particular, fundaciones) como la cantidad que estos están dispuestos a donar, ya que las entidades privadas tendrán objetivos específicos, incentivos propios y áreas de interés definidas. En otras palabras, al permitir que las entidades elijan qué áreas programáticas financiar, es más probable que donen fondos.

Si bien la evidencia sigue siendo indeterminada, a menudo se argumenta que el enfoque temático y específico en los resultados de desempeño incentiva la formulación de políticas basadas en evidencia y el uso de casos de retorno de la inversión más fiables para justificar la inversión inicial. La lógica subyacente es que las contribuciones no evaluadas requieren que la OMS presente un análisis de viabilidad justificado, lo cual, a su vez, exige evidencia y análisis. Además, la financiación temática y específica permite a los Estados apoyar iniciativas de salud alineadas con sus propios intereses nacionales y comerciales, incentivando así mayores contribuciones y mejorando su percepción de la relación costo-beneficio, pero con el posible costo de desviar las prioridades de los Estados receptores de las prioridades nacionales más importantes.

Si bien desde la década de 1980 se ha observado una tendencia histórica hacia la reducción porcentual general de las contribuciones obligatorias, la OMS y los Estados Miembros han reconocido recientemente la necesidad de abordar el desequilibrio entre las contribuciones obligatorias y las voluntarias, adoptando diversas medidas para incrementar la proporción de estas últimas. Por ejemplo, en 2022, los Estados Miembros acordaron aumentar gradualmente sus contribuciones obligatorias hasta alcanzar el 50 % del presupuesto básico de la OMS para el ciclo 2030-2031. Además, en mayo de 2025, la Asamblea Mundial de la Salud acordó incrementar sus contribuciones obligatorias actuales en un 20 %, con el fin de alcanzar su objetivo para el ciclo 2030-2031.

Además, en mayo de 2024, la OMS lanzó su primera ronda de inversión, que, según afirma, representa «un nuevo enfoque para movilizar recursos predecibles y flexibles de una base más amplia de donantes para la labor principal de la OMS durante los próximos cuatro años (2025-2028)». Esta diversificación de la financiación incluye

ahora también un nuevo portal para atraer donaciones individuales,⁴⁸⁴ así como actividades externas como la Fundación de la OMS (véase el análisis de la Fundación de la OMS en secciones anteriores de este informe).⁴⁸⁵

Implicaciones y retos pendientes

Existen varias implicaciones que se superponen y se refuerzan mutuamente, derivadas de la forma en que actualmente se financia la OMS:

Conflictos de intereses: Una posible crítica a la dependencia de la OMS de las Contribuciones Voluntarias Específicas es que aumenta el potencial de conflictos de intereses. Por ejemplo, la OMS recibe fondos de industrias que también solicitan autorización a la OMS.

La imprevisibilidad socava la planificación estratégica de la OMS: como se mencionó anteriormente, la excesiva dependencia de las Contribuciones Voluntarias Específicas disminuye la capacidad de la OMS para desarrollar planes estratégicos a largo plazo. Estas contribuciones dependen de los caprichos de los contribuyentes, pueden ser desiguales de un año a otro y pueden obligar a la OMS a adaptar sus políticas para satisfacer las demandas de los financiadores,⁴⁸⁶ así como a centrarse en resultados demostrables a corto plazo en lugar de fortalecer los sistemas de salud y apoyar las reformas. Esto representa un desafío particular cuando ciertos financiadores, como la Fundación Gates, representan una parte significativa del presupuesto de la OMS.

Proyectos predilectos y políticas ad hoc: Una dependencia excesiva de las Contribuciones Voluntarias Específicas crea una situación en la que la OMS se ve obligada o incentivada a adoptar y promover los proyectos predilectos de sus donantes. Estos proyectos pueden o no

estar alineados lógicamente con las estrategias de la OMS o reflejar las prioridades de salud global. Esta situación puede distorsionar un enfoque coherente de la salud global, aumentando la fragmentación, la programación vertical, la falta de alineación y la duplicación. En otras palabras, los fondos de la OMS pueden verse fuertemente influenciados por las prioridades de los donantes, lo que podría desviar recursos de áreas donde son más necesarios o donde la OMS tiene una ventaja comparativa.

Influencia sobre la coherencia: una creciente literatura sugiere que la Voluntaria Específica Las contribuciones optimizan la influencia sobre la coherencia de las políticas. Como se detalla en la Tabla IV.1, la Fundación Gates es el mayor donante de la OMS en términos de financiación voluntaria (específica y temática). Con la retirada de Estados Unidos y el importante apoyo de la Fundación Gates a Gavi, el segundo mayor financiador actual, esta Fundación se convierte en el mayor donante en general, mientras que los cuatro principales financiadores actuales son entidades no estatales. Esta situación permite que una sola entidad e individuo determine una parte sustancial de las actividades de la OMS, un nivel de influencia que aumentará con la retirada de Estados Unidos de la OMS. La excesiva dependencia genera una percepción y una práctica en la que se considera que la OMS está "en deuda" con los donantes, lo que podría socavar su independencia y su capacidad para actuar como un organismo neutral.⁴⁸⁷

Enfoque modular/vertical: la Fundación Gates es ahora el mayor financiador de la OMS y se reconoce que tiene un papel desproporcionado en la política sanitaria mundial. Una crítica se refiere a lo que se ha denominado «el enfoque Gates» a la política sanitaria mundial, que destina fondos a enfermedades o actividades específicas, dejando sin atender otras necesidades críticas de salud pública.⁴⁸⁸ Si bien esto sin duda precedió a la Fundación

⁴⁸⁴ Organización Mundial de la Salud. «Financiación». <https://www.who.int/about/funding>; la Salud. «Invierte en la OMS». <https://www.who.int/about/funding/invest-in-who>

⁴⁸⁵ Nason Maani, Emily R Adrion, Jeff Collin - ¿Quién financia la Fundación de la OMS? Un análisis de transparencia de las divulgaciones de donaciones durante los primeros 3 años de su funcionamiento: BMJ Global Health 2025;10:e018932.

⁴⁸⁶ Gostin, LO, Sridhar, D., Hougendolber, D., 2015. La autoridad normativa de la Organización Mundial de la Salud. Publ. Health 129 (7), 854–863.

⁴⁸⁷ Escuela de Gobierno Blavatnik. "¿ Quién gobierna la salud global ? " Universidad de Oxford. <https://www.bsg.ox.ac.uk/blog/who-rules-global-health>

⁴⁸⁸ Storeng KT. La Alianza GAVI y el «enfoque Gates» para el fortalecimiento del sistema de salud. Glob Public Health. 2014;9(8):865-79. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.940362> . Epub 2014 26 de agosto. PMID: 25156323; PMCID: PMC4166931.

Gates, caracteriza su enfoque centrado en las enfermedades.

Dependencia excesiva de donantes selectos e insostenibilidad: la financiación de la OMS depende claramente de un número selecto de donantes, una condición que socava la sostenibilidad financiera. Por ejemplo, recientemente se ha expresado preocupación por la repentina retirada de Estados Unidos de la OMS y los recortes adicionales de la AOD por parte de USAID, así como por las reducciones en la asistencia para el desarrollo en salud (ADS) de otros países donantes (véase la sección sobre ADS más adelante). Este hecho ha puesto de manifiesto la gran dependencia que la política sanitaria mundial ha alcanzado respecto a un único actor, al tiempo que ha arrojado luz sobre la principal fuente de financiación de un puñado de donantes, en particular los actores no estatales. Tras Estados Unidos (ahora retirado), el Estado miembro con mayor financiación para 2024-25 fue Alemania (sexto mayor financiador en general) y el Reino Unido (noveno), así como entidades privadas como la Fundación Gates (ahora el mayor donante) y entidades no estatales como el Banco Mundial y Gavi (ambas por encima de Alemania).⁴⁸⁹

Financiación obligatoria frente a financiación voluntaria

Reglamento financiero de la Organización Mundial de la Salud

El Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, además del establecido en su constitución, ha sufrido diversas modificaciones y enmiendas desde su aprobación en la cuarta Asamblea Mundial de la Salud (AMS).⁴⁹⁰ Como se mencionó anteriormente, la financiación se divide principalmente en fondos obligatorios y fondos voluntarios. Si bien existe la posibilidad de obtener financiación adicional a partir de los intereses de las inversiones y otras fuentes, como la Fundación de la OMS, esta es relativamente escasa. Los fondos obligatorios se utilizan a discreción de la OMS, mediante el presupuesto bienal que el Director General presenta al Consejo Ejecutivo y a la AMS.

Las contribuciones obligatorias son las cuotas que los países pagan para ser miembros de la Organización, según

lo estipulado en la Constitución. La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) determina el monto que cada Estado miembro debe pagar mediante una fórmula que puede ajustar, calculada en función de la riqueza y la población del país.⁴⁹¹ Las contribuciones obligatorias han disminuido como porcentaje total del presupuesto por programas y, durante varios años, han representado menos de una cuarta parte de la financiación de la Organización.

Tal como se indica en el apartado 5.2.1 del Reglamento Financiero, artículo V, la finalidad del proceso presupuestario bienal es definir un presupuesto acorde con la labor de la OMS y, a continuación, financiarlo, pudiendo ajustarse el total de las contribuciones obligatorias en función de la diferencia resultante tras las contribuciones voluntarias:⁴⁹²

“El monto que se financiará con las contribuciones evaluadas de los Miembros se calculará después de ajustar el monto total aprobado por la Asamblea de Salud para reflejar la proporción del presupuesto que se financiará con las otras fuentes señaladas en el punto 5.1 anterior [es decir, contribuciones voluntarias, por intereses proyectados ganados, cobro de atrasos del período anterior y cualquier otro ingreso atribuible]”.

Además de la supervisión de la Junta Ejecutiva y la Asamblea Mundial de la Salud, la Asamblea Mundial de la Salud designará un auditor externo, con el rango de Auditor General de un Estado Miembro, para auditar las finanzas de la OMS (Artículo XIV).

La dependencia de las contribuciones voluntarias, como se mencionó anteriormente, conlleva un riesgo significativo de conflicto de intereses que podría afectar el presupuesto del programa de la OMS. Si bien el presupuesto debe elaborarse en función de prioridades independientes de influencias externas a la Asamblea Mundial de la Salud y la secretaría, el predominio de las contribuciones voluntarias aumenta considerablemente el riesgo de que el presupuesto general se incline hacia áreas de especial interés para donantes privados y grandes Estados, como los enfoques que priorizan el suministro de materias primas.

⁴⁸⁹ Mundial de la Salud. “Colaboradores”. Open WHO.

<https://open.who.int/2024-25/colaboradores/colaborador>

⁴⁹⁰ Documentos básicos de la OMS. 49.ª edición. 2020. <https://apps.who.int/gb/bd/>

⁴⁹¹ Organización Mundial de la Salud. «Financiación». <https://www.who.int/about/funding>

⁴⁹² Documentos básicos de la OMS. 49.ª edición. 2020. <https://apps.who.int/gb/bd/>

Una parte cada vez mayor de la financiación de la OMS proviene de contribuciones específicas y de organizaciones a las que la OMS debe ayudar a rendir cuentas en sus Estados Miembros. A finales de 2025, sus dos principales fuentes de financiación eran la Fundación Gates, de capital privado, y la asociación público-privada Gavi (Tabla IV.1). Esto, evidentemente, genera conflictos

de intereses. Por ejemplo, la OMS suele ser receptora o socia implementadora de subvenciones de Gavi y del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) en países de ingresos bajos y medianos, al tiempo que es responsable de garantizar la correcta asignación y control de estos recursos.

Fuente de financiación	Porcentaje del total
Fundación Gates	13.28
Alianza GAVI	11.48
Estados Unidos de América	8,75
Comisión Europea	8.26
Banco mundial	4.41
Alemania	4.16
Rotary International	3.13
Banco Europeo de Inversiones	2,96
Reino Unido	2,77
Canadá	2.2
India	1.89
Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas (CERF)	1.81

Tabla IV.1 – Los 12 principales donantes de contribuciones voluntarias (específicas y temáticas) a la OMS, según las contribuciones totalmente distribuidas para el bienio 2024-2025.

Fuente: adaptado de la OMS,⁴⁹³ <https://open.who.int/2024-25/contributors/contributor>

Además, como resultado de sus conflictos de intereses financieros y de gobernanza, la OMS no ha logrado eximirse de los intereses comerciales. Algunos ejemplos incluyen conflictos de intereses no declarados durante la pandemia de H1N1,⁴⁹⁴ en relación con medicamentos

aprobados⁴⁹⁵ para la COVID-19, estrategias⁴⁹⁶ y falta de transparencia en cuanto a la financiación de la Fundación OMS.⁴⁹⁷ Dado el panorama geopolítico y financiero actual, es difícil imaginar que las cosas mejoren ahora que la Fundación Gates es el principal donante de la OMS.⁴⁹⁸

⁴⁹³ Organización Mundial de la Salud, «Contribuyentes: Flujo financiero». Consultado en marzo de 2026. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁴⁹⁴ Cohen D, Carter P (2010) La OMS y las “conspiraciones” sobre la pandemia de gripe. BMJ 340:c2912. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2912>

⁴⁹⁵ Ventegodt S (2015) Por qué la corrupción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la mayor amenaza para la salud pública mundial de nuestro tiempo. J Integrative Med Ther. 2(1): 5.

⁴⁹⁶ Bell D (2022) La corrupción de la Organización Mundial de la Salud. Brownstone Institute (27 de mayo).

⁴⁹⁷ Maani N, Adrion ER, Collin J (2025) ¿Quién financia la Fundación de la OMS? Un análisis de transparencia de las divulgaciones de donaciones durante los primeros 3 años de su funcionamiento. BMJ Global Health 10:e018932. <https://doi.org/10.1136/bmjgh.2025-018932>

⁴⁹⁸ Global Justice Now (2016) Desarrollo controlado: ¿la Fundación Gates siempre es una fuerza para el bien? - Global Justice Now. (20 de enero).

DAH canalizado a través de la OMS

Utilizamos la herramienta VizHub - Financiamiento de la Salud Global del IHME para extraer datos sobre el DAH canalizados a través de la OMS (en adelante, OMS-DAH) desde principios de este siglo (Figuras IV.13, 14).⁴⁹⁹

El derecho a la soberanía sanitaria: informe técnico.

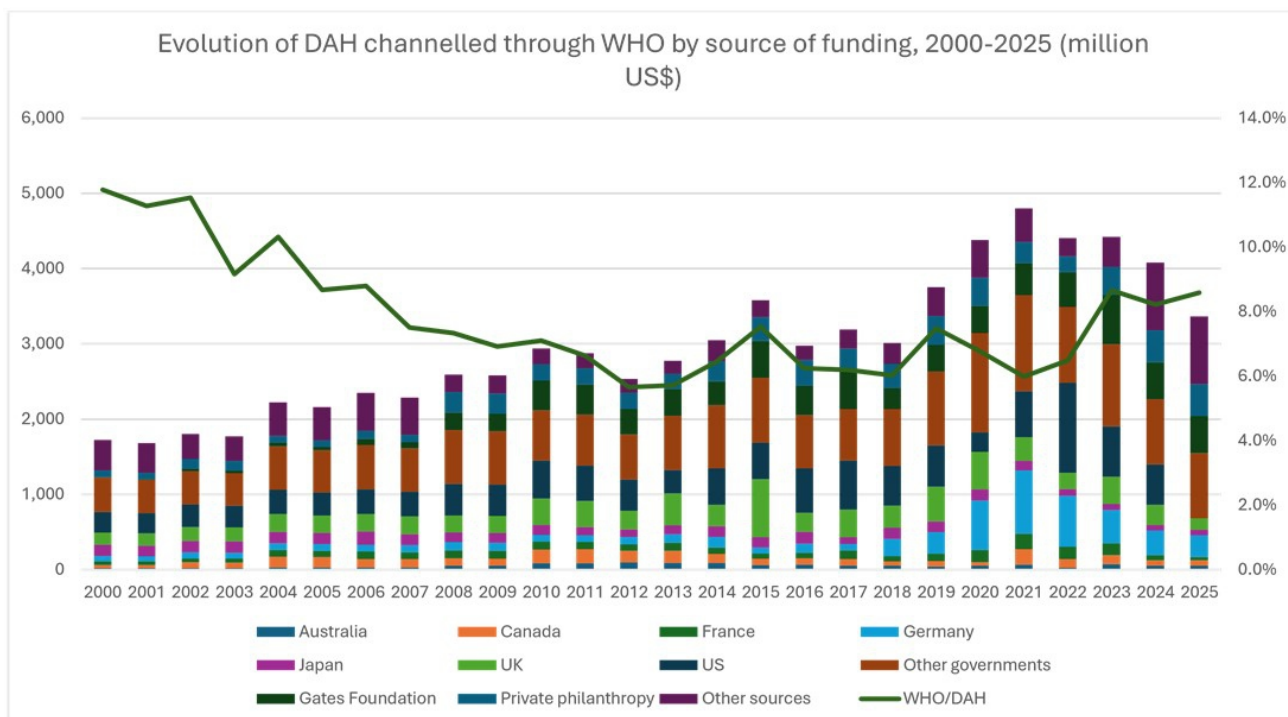


Figura IV.12 – Evolución de la asistencia al desarrollo canalizada a través de la OMS según la fuente de financiación, 2000-2025.

Fuente: IHRP, adaptado de IHME.⁵⁰⁰ Tenga en cuenta que los datos de 2025 fueron ajustados posteriormente por la OMS como se muestra en la Tabla IV.1, VizHub - Datos de financiación de la salud mundial, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

⁴⁹⁹ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. VizHub — Financiamiento de la salud global. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

⁵⁰⁰ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Usado con autorización. Todos los derechos reservados.

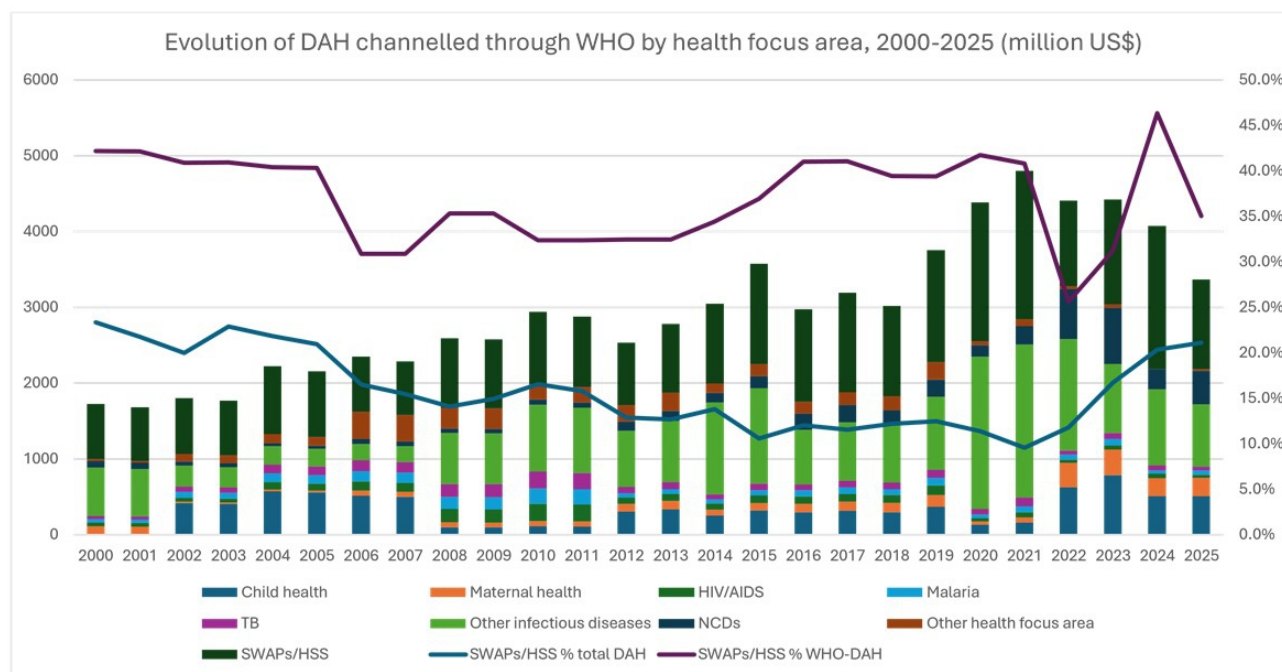


Figura IV.13 – Evolución de la OMS canalizada a través de la OMS por área de enfoque de salud

Fuente: IHRP, adaptado de IHME,⁵⁰¹ VizHub - Financiamiento de datos de salud global,

<https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

De estas dos figuras se desprenden algunas tendencias interesantes. En cuanto a la evolución de WHO-DAH según la fuente de financiación, se puede observar que:

- Los siete mayores donantes bilaterales que canalizaban fondos para el Desarrollo Humano (DAH) a través de la OMS (Australia, Canadá, Francia, Alemania, Japón, Reino Unido y Estados Unidos) representaron de forma constante entre el 40 % y el 50 % del total de los fondos DAH de la OMS hasta 2021. En 2022, su participación aumentó al 56 %, pero disminuyó en 2024 (34 %) y aún más en 2025 (20 %), en particular debido a la interrupción de la financiación estadounidense.
- La filantropía privada y la Fundación Gates, que a principios de la década de 2000 representaban un bajo 5,5 % de la financiación de la OMS-DAH, comenzaron a aumentar su participación en 2008 (19,5 %). Su participación aumentó al 25 % en 2016 y 2017 y culminará en un 27 % en 2025, cifra muy superior a la de los otros seis mayores donantes bilaterales.
- Si bien la cantidad de fondos para el desarrollo humano canalizados a través de la OMS ha aumentado

regularmente en términos nominales durante el período 2000-2021, la proporción de fondos para el desarrollo humano canalizados a través de la OMS se ha reducido a la mitad entre 2000 y 2012, pasando de aproximadamente el 12 % a aproximadamente el 6 %.

En cuanto a la evolución de la OMS-DAH por área de enfoque de salud, se puede observar que:

- Los enfoques sectoriales integrales (SWAP) y los sistemas de salud (HSS) han representado sistemáticamente entre el 30 % y el 40 % de la asistencia al desarrollo (DAH) canalizada a través de la OMS durante el período 2000-2025, excepto en 2022, cuando descendió al 26 %, y en 2024, cuando aumentó al 46 %. Esta proporción es significativamente mayor (aproximadamente el doble) que la de los SWAP/HSS en la DAH total, lo que demuestra el valor añadido de la OMS en el apoyo a los sistemas de salud, en comparación con la mayoría de los demás organismos mundiales de salud que priorizan los enfoques específicos (verticales).
- Las enfermedades infecciosas —VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y "otras enfermedades infecciosas"—

⁵⁰¹ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Usado con autorización. Todos los derechos reservados.

también constituyen un objetivo importante, y a menudo primordial, de la OMS-DAH, con importantes variaciones anuales (del 26 % en 2004 y 2005 al 52 % en 2010 y 2011) impulsadas por la alta variabilidad de las "otras enfermedades infecciosas".

La salud materna y las enfermedades no transmisibles reciben una parte menor del presupuesto de la OMS para la salud pública.⁵⁰²

IV.6.3. Fuerza laboral

La eficacia de una OHI dependerá en gran medida de las habilidades, la formación y la cultura de su personal, como se analiza en la Sección III.2.6). Esto, a su vez, estará determinado por la contratación, la ubicación y las condiciones laborales. En organismos internacionales como la OMS, existe una tensión inevitable entre garantizar un alto nivel de experiencia técnica que pueda ofrecerse como servicio a los países y un alto nivel de comprensión cultural y contextual que permita compartir dicha experiencia de manera efectiva y que el conocimiento y el contexto locales influyan en la

formulación de políticas centrales. Cuanto más cerca se encuentre el personal de los sistemas de salud a los que busca apoyar, mayor será su eficacia y eficiencia (en general). Cuanto más atractivo sea el entorno laboral, mayor será la retención de personal; esto favorece la retención de conocimientos, pero dificulta la generación de nuevas ideas y la actualización de la experiencia. La eficacia de la OMS está determinada por estas cuestiones, cuya importancia depende significativamente del papel que se espera que desempeñe la OMS.

Al 31 de diciembre de 2024, la OMS contaba con una plantilla de 9463 personas, cifra que había aumentado de forma constante durante las décadas anteriores. El mayor número de empleados se encontraba en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza (Figura IV.14). La Región de África cuenta con el mayor número de empleados de las seis regiones de la OMS, distribuidos entre las distintas oficinas regionales. Oficina para África (AFRO) en Brazzaville (República del Congo) y las diversas oficinas en los países, y una un poco menos que la sede central. En general, la mayoría del personal de la OMS se encuentra en oficinas centrales, ya sea la sede central o las oficinas regionales, y un poco menos del 45 % se encuentra en más de 150 oficinas en países (Figura IV.15).

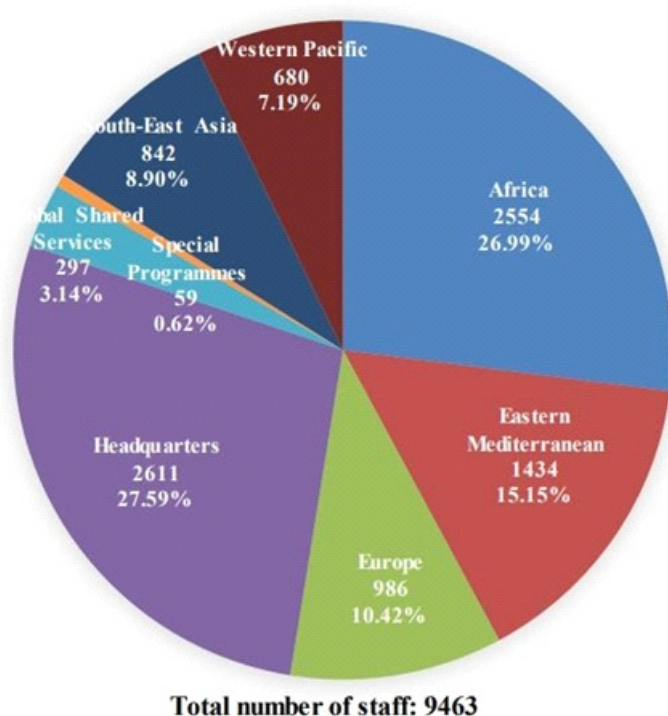


Figura IV.14 – Distribución del personal de la OMS al 31 de diciembre de 2024, por oficina principal.

Fuente: OMS,⁵⁰³ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/human-resources/wha78-hr-update-tables-january-to-december-2024.pdf?sfvrsn=c8720ce7_5

⁵⁰² Otros autores también abogan por invertir más en asistencia al desarrollo para la salud (ADS) en sistemas de salud y enfermedades no transmisibles (ENT): Evolución y eficacia de la asistencia al desarrollo bilateral y multilateral para la salud: una revisión de métodos mixtos de tendencias y cambios estratégicos (1990-2022). BMJ Salud global

⁵⁰³ Organización Mundial de la Salud, «Recursos humanos: actualización de los datos sobre la fuerza laboral». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

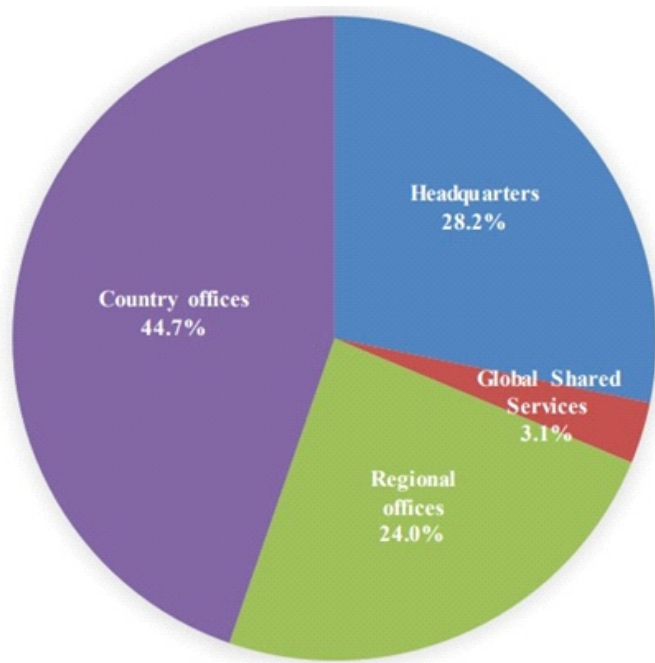


Figura IV.15 – Distribución del personal de la OMS entre la sede central, las oficinas regionales y las oficinas en los países, al 31 de diciembre de 2024.

Fuente: OMS,⁵⁰⁴ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/human-resources/wha78-hr-update-tables-january-to-december-2024.pdf?sfvrsn=c8720ce7_5

Se prevé una reducción de personal de aproximadamente el 25 % (2371 empleados) para el periodo 2025-2026 en respuesta a la contracción de la financiación derivada de la salida de Estados Unidos, antiguo principal financiador de la OMS, y a la reducción de los presupuestos de AOD en otros países.⁵⁰⁵ Estas reducciones tienen como objetivo mantener la distribución geográfica actual del personal entre la sede, las oficinas regionales y las oficinas nacionales. Se espera que el 46 % provenga de la rotación natural, incluyendo la jubilación anticipada, y el resto de la supresión de puestos, lo que dejaría una plantilla de poco más de 7000 empleados proyectada para finales de 2026. El aumento del 20 % en la financiación prorrateada, acordado en la Asamblea Mundial de la Salud en 2025, tendrá un impacto limitado, ya que actualmente la financiación prorrateada representa solo alrededor del 20 % del presupuesto total de la OMS.⁵⁰⁶

El personal de la OMS es reclutado y gestionado según normas comunes a los organismos de la ONU, con personal general (por ejemplo, administrativo) o personal

"G" remunerado en varios niveles (G1-6) y personal profesional (P) en niveles (1-6), con niveles D (Director) por encima de estos. El personal es permanente y temporal (contratos de duración determinada, a menudo renovables por 11 meses), complementado por consultores a corto plazo. Todos responden ante el Director General a través de la jerarquía interna (Sección IV.3.1),⁶⁷² y deben firmar contratos que incluyen ciertos requisitos éticos en los que se comprometen a no recibir instrucciones de los países en lugar de la OMS (Sección IV.3.1).⁵⁰⁷ La estructura interna de la sede es altamente jerárquica, con una clara línea de superioridad y responsabilidad a través de los niveles G o P y de director hasta los subdirectores generales (DG), siendo el DG quien tiene la máxima autoridad interna. El DG, a su vez, responde ante el Consejo Ejecutivo y, en última instancia, ante la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), como se describe en el Artículo 31 de la Constitución de la OMS, que se detalla en Sección IV.3.1. La jerarquía dentro de las Oficinas Regionales es similar al nivel de Director Regional, con oficinas de país, dirigidas por un Representante de la

⁵⁰⁴ Organización Mundial de la Salud, «Recursos humanos: actualización de los datos sobre la fuerza laboral». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁵⁰⁵ Organización Mundial de la Salud (2025). Órganos rectores de la OMS: MSPI, punto 1, 19 de noviembre de 2025. https://apps.who.int/gb/MSPI/pdf_files/2025/11/Item1_19-11.pdf

⁶⁷² *Ibid.*

⁵⁰⁶ de la Salud. «Colaboradores». Open WHO . https://open.who.int/2024-25/contributors/contributor_674 Inmunidades y Reglamento del Personal de la Organización Mundial de la Salud . Párrafo 1.2 en Documentos Básicos de la OMS, Cuadragésima Edición, 2020: <https://www.who.int/publications/b/53115>

⁵⁰⁷ Inmunidades y Reglamento del Personal de la Organización Mundial de la Salud . Párrafo 1.3 en Documentos Básicos de la OMS, Cuadragésima Edición, 2020: <https://www.who.int/publications/b/53115>

OMS en el país (WR) o un Oficial de Enlace con el País (CLO), que en última instancia responden ante un Director Regional y, por lo tanto, ante el Director General (DG).

La remuneración se basa en las escalas salariales de la ONU para los niveles de personal G, P y D, con pagos adicionales por condiciones difíciles y subsidios por costo de vida según la ubicación geográfica, y subsidios para apoyar la educación de los hijos hasta el nivel universitario avanzado inclusive, seguro médico familiar y viajes periódicos al lugar de origen. Por lo tanto, una vez que los

niños pequeños ingresan a la escuela, existen fuertes incentivos para que permanezcan en el empleo y que la OMS (es decir, los contribuyentes globales) financie su educación y atención médica hasta la edad adulta. Como puede verse en la Figura IV.16, estos incentivos superan el salario base. Los salarios están exentos del impuesto sobre la renta (con un acuerdo específico para el personal estadounidense, que debe pagar impuestos nacionales pero recibe un subsidio adicional para cubrirlos), mientras que el personal profesional superior (por ejemplo, por encima del nivel P4) obtiene privilegios diplomáticos adicionales exentos de impuestos.

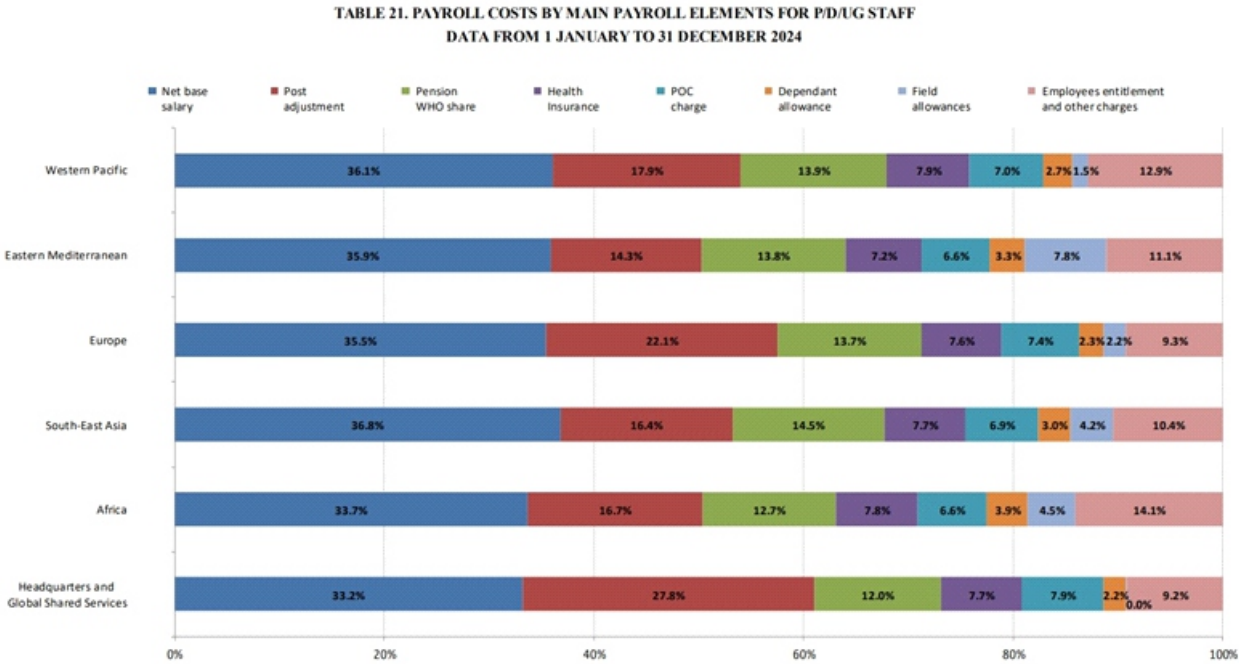


Figura IV.16 – Salarios y remuneraciones de la OMS por región.

Fuente: OMS,⁵⁰⁸ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/human-resources/wha78-hr-update-tables-january-to-december-2024.pdf?sfvrsn=c8720ce7_5

Cuotas: ventajas y desventajas

El personal se selecciona mediante un sistema de convocatorias abiertas (generalmente), seguido de un proceso de entrevistas. La selección se basa, en teoría, en la competencia técnica y, en la preselección, está influenciada por las cuotas por país. Estas cuotas se basan en una combinación del tamaño de la población, la contribución financiera a la OMS y el número de ciudadanos de ese Estado que ya trabajan allí.

El párrafo 4.2 del Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud,⁵⁰⁹ que aborda la contratación y el traslado, subraya los más altos estándares de eficiencia, competencia e integridad como criterios primordiales para la contratación, pero con la intención de lograr una amplia representación geográfica.

En la década de 1980, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) estableció un enfoque formal para garantizar la

⁵⁰⁸ Organización Mundial de la Salud, «Recursos humanos: actualización de los datos sobre la fuerza laboral». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁵⁰⁹ Documentos básicos de la OMS. 49.ª edición. 2020. <https://apps.who.int/gb/bd/>

distribución geográfica.⁵¹⁰ Este enfoque ha evolucionado hasta convertirse en un mecanismo de asignación por países que prioriza al personal de países relativamente subrepresentados, si bien se priorizará la capacidad técnica de los Estados (Reglamento del Personal de la Organización Mundial de la Salud, Sección IV, 4.2).⁶⁷⁹

“La consideración primordial en el nombramiento, traslado, reasignación o promoción del personal será la necesidad de garantizar los más altos estándares de eficiencia, competencia e integridad. Se prestará la debida atención a la importancia de reclutar personal en la base geográfica más amplia posible”.

Sin embargo, en la práctica, se requiere un permiso especial para la contratación de personas de países que superen su cuota.

La razón del sistema de cuotas es clara. La OMS es una organización internacional y debe reflejar la diversidad de los países que la supervisan y a los que sirve. La ausencia de dicho sistema conduciría inevitablemente a la contratación de una preponderancia de personas con ideas afines (cultura y antecedentes similares) a las de quienes realizan la contratación, lo que limitaría la competencia general de la organización. La desventaja es que, en ocasiones, puede impedir (y de hecho impide) la contratación de las personas más competentes técnicamente para un puesto específico. Es probable que los países con poblaciones más pequeñas y menos recursos destinados a la OMS también cuenten con una fuerza laboral relativamente menor en ciencias de la salud pública, lo que reduce el valor del desarrollo de políticas y el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud que realiza la OMS.

Cualquier modelo de contratación será imperfecto y susceptible de abusos y nepotismo, como sin duda lo es el de la OMS. Sin embargo, la intención de equilibrar las necesidades técnicas con la diversidad es sensata, y la experiencia y los antecedentes adquiridos al crecer en países receptores netos de bajos ingresos también aportarán perspectivas y conocimientos que una persona técnicamente más cualificada de un lugar más rico y lejano no tendría. Este modelo es quizás el más apropiado para

una OIS que no dicta ni puede dictar políticas, sino que desempeña un papel de coordinación y apoyo. Casi por definición, el desarrollo de capacidades requiere personas con mayores habilidades en ciertas áreas que las del país receptor en cuestión, y probablemente se abordaría mejor mediante el uso de expertos a corto plazo con conjuntos de habilidades específicas. Sin embargo, los incentivos para el empleo a largo plazo en lugar de la rotación de personal van en contra de esto.

Pensiones, rotación y rotación de personal

La estructura del sistema de pensiones de la OMS, que forma parte del sistema más amplio de la ONU, es importante para comprender ciertas limitaciones e incentivos que pueden influir en la eficiencia y el propósito de la OMS. Si bien todo el personal asalariado contribuye al sistema de pensiones de la ONU, en teoría, mediante una aportación equivalente a la del empleador, deben permanecer empleados durante más de 5 años para recibir finalmente la contribución del empleador en su pensión (para periodos más cortos, solo se considera la contribución del empleado). La proporción de la contribución del empleador que se puede recibir al jubilarse aumenta progresivamente, estando disponible en su totalidad después de 15 años o más de servicio.⁵¹¹ Este es un sistema inusual, ya que normalmente la contribución del empleador se acumula en el fondo de pensiones del empleado una vez asignada, independientemente del momento de la finalización del contrato. Por lo tanto, este sistema va en contra de una cultura de empleo a corto plazo de expertos especializados para tareas específicas, incentivando al personal a permanecer en sus puestos a largo plazo, trabajando de manera que maximice sus posibilidades de conservar su empleo. Como se analiza en otras partes (véanse las secciones IV.2.3 y IV.6.1), esto probablemente fomenta el malestar burocrático y la lealtad a la institución en lugar de a su propósito.

Para fomentar (o intentar forzar) una mayor experiencia y relevancia del personal en apoyo de los objetivos de la OMS, los directores generales han propuesto repetidamente planes de rotación. Al garantizar que el personal rote, gracias a su ubicación geográfica, pueden

⁵¹⁰ Organización Mundial de la Salud (1987). Resolución WHA40.10 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el uso racional de los medicamentos.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/164080/WHA40_R10_eng.pdf

⁶⁷⁹ Documentos básicos de la OMS. 49.ª edición. 2020. <https://apps.who.int/gb/bd/>

⁵¹¹ Fondo Conjunto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (UNJSPF) <https://www.unjspf.org/>

comprender mejor el contexto de las poblaciones a las que afecta su trabajo y ser menos propensos a "inactivarse" en lugares cómodos como Ginebra, lejos de las dificultades y las culturas de los países con mayor incidencia de enfermedades. Sin embargo, estos programas han fracasado repetidamente debido a la resistencia del personal: quienes ocupan puestos cómodos en lugares con mayores ingresos, con los correspondientes ajustes salariales, subsidios para la educación y la salud, se muestran comprensiblemente reacios a trasladar a las familias a lugares con niveles de vida más bajos y, en general, con condiciones de vida más precarias.

Lealtad del personal

En el apartado I. *Deberes, Obligaciones y Privilegios del Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud*,⁵¹² todo el personal está obligado, en el artículo 1.1, a:

"...se comprometen a desempeñar sus funciones y a regular su conducta teniendo únicamente en mente los intereses de la Organización Mundial de la Salud".

y el artículo 1.10:

"Todos los miembros del personal deberán suscribir el siguiente juramento o declaración: Juro solemnemente (me comprometo, afirmo, prometo) ejercer con toda lealtad, discreción y conciencia las funciones que me han sido encomendadas como funcionario internacional de la Organización Mundial de la Salud..."

Uno de los objetivos de estos requisitos es evitar que el personal se vea influenciado por lealtades partidistas a los intereses de Estados específicos u otros actores externos. Para lograr su misión, debe existir una estructura que permita una gestión interna eficiente y un esfuerzo conjunto hacia objetivos claramente definidos, independientemente de la influencia indebida de Estados individuales (en contraposición a un conjunto de ellos) o entidades externas. Esto es fundamental para que la organización goce de la confianza de todos y funcione en beneficio del bien común.

Sin embargo, como se analiza en la Sección III.6.2, una OHI no puede ser un fin en sí misma, por lo que la lealtad de su personal debe estar, en última instancia, dirigida a su misión. Si el juramento y la promesa mencionados implican dicha lealtad a la misión expresada en el nombre de la Organización, entonces se ajustan a los requisitos de una OHI que es exclusivamente un órgano de un colectivo de Estados. Si se interpreta como la entidad organizativa en sí misma, se corre el riesgo de agravar el problema de una burocracia que trabaja para su propio beneficio en lugar de para su propósito original. Con casi 80 años de existencia, cabría esperar que esta interpretación alejara considerablemente a la OMS de sus objetivos originales.

Resumen

Como organización encargada principalmente de gestionar la coordinación internacional y apoyar el desarrollo de capacidades y conocimientos especializados en un campo de la ciencia y la tecnología en constante evolución, la OMS parece estar mal estructurada. Las políticas de personal fomentan el empleo vitalicio en sedes centralizadas en lugar de la captación de nuevas habilidades y conocimientos especializados para abordar necesidades específicas. Una estructura que promueva la rotación de conocimientos técnicos actualizados y la incorporación de una plantilla diversa, lo que a su vez contribuiría a fortalecer la capacidad nacional al reincorporarse a sus puestos de trabajo en sus respectivos países, parecería la más adecuada. La permanencia prolongada también conlleva el riesgo de una cultura de osificación y expansión burocrática que prioriza la institución sobre su propósito, algo común en cualquier gran burocracia (Secciones I.3.1, III.6.1). La falta de claridad en los requisitos de lealtad podría agravar este problema (véase más arriba). Es probable que la creciente distancia entre la cultura y la comprensión del personal y la realidad de la carga mundial de enfermedades haya contribuido a la falta de alineación entre las afirmaciones y políticas de la OMS en áreas como la preparación ante pandemias y las prioridades sanitarias y la carga de morbilidad de los Estados Miembros.⁵¹³

Desajustes similares a los mencionados anteriormente se han producido en ejemplos como la mitigación de los daños causados por el tabaco (el Convenio Marco para el

⁵¹² Mundial de la Salud (2020). Documentos básicos. 49.ª ed. Ginebra: OMS.
https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

⁵¹³ GW Brown, D. Bell, J. von Agris y B. Tacheva (2024). El costo de la preparación ante pandemias: un examen de los costos y las solicitudes financieras en apoyo de la agenda de prevención, preparación y respuesta ante pandemias.

Control del Tabaco, véase la Sección IV.4.2) y las complejas interacciones entre la salud y el clima. La inercia burocrática asociada dificulta aún más la tarea de reforma.

Un modelo de personal diseñado para un propósito específico incluiría la combinación de priorización de la experiencia técnica y la diversidad geográfica que se encuentra en el modelo de la OMS, pero fomentaría la rotación, la incorporación de nuevos talentos y la recompensa por completar una tarea específica y luego trasladarse. Una reasignación de personal fuera de la sede central (la oficina más grande y una de las más alejadas cultural y geográficamente de las principales cargas de salud que la OMS debe abordar) hacia las oficinas regionales y subregionales y el apoyo directo a los países aumentaría la relevancia del trabajo de la OMS y la influencia de las poblaciones objetivo en la configuración de dicho trabajo. En esta era de comunicaciones digitales y acceso a la información, no existe justificación lógica para que la principal organización internacional de salud (IHO) del mundo concentre su personal en una de las ciudades más caras del planeta, en un país con una de las esperanzas de vida más altas. La reducción de personal impuesta por las recientes restricciones de financiación está disminuyendo tanto el personal periférico como el central, lo que exacerbará la falta de contacto e interacción a nivel nacional o regional. Parece que se está perdiendo una oportunidad para abordar la excesiva centralización, pero se requiere una cultura y una estructura muy diferentes para solucionar este problema.

IV.7. RESUMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA OMS

Ninguna organización es monolítica ni a la vez puramente altruista y omnisciente. Por el contrario, las organizaciones están compuestas por individuos con intereses distintos, a veces incongruentes con el mandato y los objetivos oficiales de la organización. En consecuencia, los resultados de una organización son producto de luchas de poder (políticas) y no necesariamente coherentes. De hecho, en las grandes organizaciones, los modelos de gobernanza suelen ser una mezcla de burocracia y medidas de mercado, y la incoherencia en las políticas es más la norma que la excepción.

En esta sección, destacamos los éxitos y fracasos de la

OMS. Calificarlos como éxitos o fracasos es, en cierta medida, subjetivo y depende de nuestros valores; sin embargo, se ha procurado basarse en la evidencia en la medida de lo posible y respetar los principios y valores expuestos en partes anteriores de este informe. Algunos aspectos se consideran tanto éxitos como fracasos, lo cual se debe a la multiplicidad inherente de visiones de la salud pública.

IV.7.1. Ventajas

Al analizar el funcionamiento de la OMS desde diversas perspectivas, es posible demostrar que ha logrado resultados impresionantes en varias de sus funciones principales. Estas incluyen:

Diálogo político a nivel mundial

Como ya se ha indicado, al igual que cualquier política pública, las políticas de salud no pueden ser totalmente consensuadas. Esto se debe a que se aplican a poblaciones heterogéneas con diferentes intereses, persiguen objetivos diversos y a veces antagónicos (por ejemplo, eficiencia frente a equidad, resultados a corto plazo frente a impacto a largo plazo), y sus costos y beneficios no se distribuyen según la necesidad y la capacidad de pago. Por lo tanto, existen compensaciones necesariamente, que en la medida de lo posible deben basarse en criterios claros (y consensuados), respaldados por pruebas y a través de un proceso transparente que ilustre por qué se han tomado las decisiones con medidas de mitigación para compensar a las partes interesadas afectadas negativamente por la política.

Dado que las políticas de salud implican concesiones, es importante promover el diálogo como parte de los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones. El diálogo político se entiende como un proceso deliberativo, basado en la evidencia, entre múltiples partes interesadas para la toma de decisiones sobre políticas y prácticas, que puede adoptar diversas formas, desde muy formales (por ejemplo, asamblea general del sector salud, talleres deliberativos durante las evaluaciones de tecnologías sanitarias) hasta consultas informales.⁵¹⁴

Si bien el diálogo político es necesario a nivel nacional e incluso local, como se señaló anteriormente, existen

⁵¹⁴ Organización Mundial de la Salud y Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud (2015) Diálogo político: qué es y cómo puede contribuir a la toma de decisiones basada en la evidencia. Nota informativa. Ginebra: OMS.

varios problemas de salud que son de naturaleza transnacional (por ejemplo, bienes públicos mundiales) y que requieren un diálogo político a nivel mundial. La OMS ha desempeñado un papel fundamental como foro mundial de políticas de salud para garantizar la participación de todos los Estados Miembros y la representación de todos los intereses (legítimos) en los debates sobre cuestiones y políticas de salud transnacionales. La OMS, a través de su Asamblea General, pero también mediante programas específicos⁵¹⁵ y la organización de varias alianzas internacionales,⁵¹⁶ ha desempeñado un papel crucial y ha logrado resultados importantes, especialmente en lo que respecta a la definición de la agenda. (vea abajo).

Establecimiento de la agenda y promoción

Como resultado de este diálogo sobre políticas de salud global, Varios “bienes públicos mundiales” se han situado en el centro de la agenda política gracias a la participación y los esfuerzos de la OMS, ya sea a través de declaraciones internacionales, Informes Mundiales de la Salud (IMS) o el establecimiento de alianzas mundiales sobre estos temas. En particular:

atención primaria de salud

La atención primaria de salud (APS) es ampliamente aceptada como la forma más eficiente y equitativa de organizar los servicios de salud, y ha contado con el apoyo de la OMS

durante décadas⁵¹⁷ a pesar de que varias “fuerzas del mercado” están alejando a los sistemas de salud de los valores de la APS.⁵¹⁸

La OMS, junto con UNICEF, participó en la iniciativa que culminó con la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud en 1978⁵¹⁹. Posteriormente, la OMS ha seguido apoyando la conceptualización e implementación de la APS, en particular a través del Informe Mundial de la Salud de 2008 y⁵²⁰ la creación de la Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI).

(2015-2022)⁵²¹ y el Programa Especial de Atención Primaria de Salud (PAPS) en 2020.⁵²²

Determinantes sociales de la salud y promoción de la salud

La OMS impulsó la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la consiguiente Carta de Ottawa en 1986,⁵²³ que fue la primera en destacar la necesidad de priorizar los determinantes sociales de la salud de forma multisectorial.

En 2004, la OMS creó su Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud,⁵²⁴ que elaboró su informe final en 2009, titulado “Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud

⁵¹⁵ Por ejemplo, Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal (UHCP, por sus siglas en inglés) (sin fecha, consultado el 31 de octubre de 2025).

⁵¹⁶ Por ejemplo, UHC2030: Adoptar medidas para lograr la cobertura sanitaria universal - UHC2030 (sin fecha, consultado el 31 de octubre de 2025).

⁵¹⁷ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 31 de octubre de 2025) Atención primaria de salud.

⁵¹⁸ Organización Mundial de la Salud (2008) Informe Mundial sobre la Salud 2008 - Atención Primaria de Salud: Ahora más que nunca. Ginebra: OMS.

⁵¹⁹ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Declaración de Alma-Ata.

⁵²⁰ Organización Mundial de la Salud (2008) Informe Mundial sobre la Salud 2008 - Atención Primaria de Salud: Ahora más que nunca. Ginebra: OMS.

⁵²¹ Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI, sin fecha, consultada el 31 de octubre de 2025).

⁵²² Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 31 de octubre de 2025) Programa Especial de Atención Primaria de Salud (PAPS).

⁵²³ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 31 de octubre de 2025) Promoción de la salud.

⁵²⁴ Organización Mundial de la Salud (2004) Consejo Ejecutivo 115.º período de sesiones Punto 9.4 del orden del día provisional EB115/35 25 de noviembre de 2004 Comisión sobre los determinantes sociales de la salud.

mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud”.⁵²⁵

Cobertura sanitaria universal (CSU)

En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó la resolución WHA58.33 sobre “Financiamiento sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de salud”. Fue la primera vez que la AMS respaldó explícitamente la cobertura universal de salud (CUS). Esta resolución instó a los Estados Miembros a desarrollar sistemas de financiamiento sostenible de la salud basados en el prepago y la mancomunación de riesgos para reducir la dependencia de los pagos directos de los pacientes. La resolución también hizo hincapié en la necesidad de una distribución equitativa de los recursos sanitarios y de servicios de calidad. Asimismo, solicitó al Director General de la OMS que:

“prestar, en respuesta a las solicitudes de los Estados miembros, apoyo técnico para reforzar las capacidades y la pericia en el desarrollo de sistemas de financiación de la salud, en particular los sistemas de prepago, incluido el seguro social de salud, con miras a lograr el objetivo de la cobertura universal...”.⁵²⁶

Tras esta resolución, se dedicaron dos Informes Mundiales sobre la Salud a la Cobertura Sanitaria Universal:

o El Informe Mundial de la Salud 2008, si bien lleva el nombre de la Atención Primaria de Salud (APS), estructura las reformas que propone en cuatro grupos: reformas de cobertura universal, reformas de prestación de servicios, reformas de políticas públicas

y reformas de liderazgo. Los dos primeros corresponden a las dos dimensiones principales de la CPS, mientras que los dos últimos se refieren a su gobernanza. Además, introduce públicamente una figura sobre las “tres vías para avanzar hacia la cobertura universal”, conocida comúnmente como el “cubo de la OMS”, que sirvió de base para el Informe Mundial de la Salud de 2010.⁵²⁷

o El Informe Mundial sobre la Salud 2010, titulado «Financiamiento de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal», se centra en los aspectos financieros de la cobertura sanitaria universal. Aborda, en particular, tres cuestiones fundamentales: (i) cómo financiar los sistemas de salud; (ii) cómo proteger a las personas de las consecuencias financieras de la mala salud y del pago de los servicios de salud; (iii) cómo fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles.⁵²⁸

Luego, la posición de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) en la cima de la agenda mundial de salud pública ganó aún más impulso a través de varias declaraciones políticas de la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU). En 2012, la AGNU adoptó la Resolución A/RES/67/81 sobre Salud Mundial y Política Exterior que reafirmó el compromiso con la CSU y la financiación de la salud. Cabe destacar que

“[Insta] a los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones internacionales a promover la inclusión de la cobertura sanitaria universal como un elemento importante en la agenda de desarrollo internacional y en la aplicación de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente...”.⁵²⁹

Como resultado, la cobertura sanitaria universal se integró como un objetivo central dentro del desarrollo sostenible.

⁵²⁵ Organización Mundial de la Salud (2008) Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud - Informe final de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud. WHO/IER/CSDH/08.1. Ginebra: OMS.

⁵²⁶ Organización Mundial de la Salud (2005) 58.^a Asamblea Mundial de la Salud WHA58.33 Financiamiento sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de salud.

⁵²⁷ Organización Mundial de la Salud (2008) Informe Mundial sobre la Salud 2008 - Atención Primaria de Salud: Ahora más que nunca. Ginebra: OMS.

⁵²⁸ Organización Mundial de la Salud (2010) Informe Mundial sobre la Salud 2010 - Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS.

⁵²⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas (2012) Resolución A/RES/67/81 sobre la salud mundial y la política exterior. Resolución aprobada por la Asamblea General el 12 de diciembre de 2012.

Objetivos.⁵³⁰ En 2019, con motivo de las Reuniones de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal,⁵³¹ la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal mediante la resolución A/RES/74/2.⁵³² En 2023, nuevamente mediante la resolución A/RES/78/4, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó otra declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal titulada «Cobertura sanitaria universal: ampliando nuestra ambición por la salud y el bienestar en un mundo pos-COVID».⁵³³ La OMS también realiza una intensa labor de promoción para apoyar la agenda de la CSU en todo el mundo.⁵³⁴

*“Campo que busca comprender y mejorar cómo las sociedades se organizan para lograr objetivos colectivos de salud, y cómo los diferentes actores interactúan en los procesos de formulación e implementación de políticas para contribuir a los resultados de las mismas. Por naturaleza, es interdisciplinario, una combinación de economía, sociología, antropología, ciencia política, salud pública y epidemiología que, en conjunto, ofrecen una visión integral de cómo los sistemas de salud responden y se adaptan a las políticas de salud, y cómo las políticas de salud pueden moldear —y ser moldeadas por— los sistemas de salud y los determinantes más amplios de la salud”.*⁵³⁵

Investigación sobre políticas y sistemas de salud (HPSR)

Si bien se supone que los productos sanitarios y las intervenciones clínicas deben evaluarse inicialmente mediante diseños y metodologías de estudio rigurosos, con el fin de controlar posibles sesgos, su eficacia y efectos indirectos en situaciones reales pueden ser muy diferentes, sobre todo debido a la influencia de las modalidades de implementación y los contextos operativos (incluida la heterogeneidad de la población). Esto se observa aún más en el caso de intervenciones complejas y políticas multifacéticas.

En consecuencia, la investigación sobre políticas y sistemas de salud (HPSR, por sus siglas en inglés) surgió como:

Tras la publicación, en 1996, del informe del Comité Ad Hoc sobre Investigación en Salud, en relación con las opciones de intervención futuras,⁵³⁶ la OMS y otros líderes mundiales en salud crearon la Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR) en 1999.⁷⁰⁶ Su misión principal es apoyar la generación y el uso de la investigación sobre políticas y sistemas de salud mediante el desarrollo de capacidades para ello y el apoyo a enfoques que maximicen su impacto. Su secretaría está alojada y gestionada por la sede de la OMS en Ginebra. Actualmente, sus áreas temáticas de enfoque son: Investigación integrada, síntesis de evidencia, género e interseccionalidad, financiación de la salud, atención primaria de salud y pensamiento sistémico.

En 2012, la OMS publicó la Estrategia de la OMS

⁵³⁰ Naciones Unidas (2015) Objetivos de Desarrollo Sostenible.

⁵³¹ Organización Mundial de la Salud (2019) Reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal.

⁵³² Asamblea General de las Naciones Unidas (2019). Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Resolución A/RES/74/2, aprobada por la Asamblea General el 10 de octubre de 2019.

⁵³³ Asamblea General de las Naciones Unidas (2023) Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Septuagésimo octavo período de sesiones. Tema 125 del programa. Resolución aprobada por la Asamblea General el 5 de octubre de 2023.

⁵³⁴ Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 3 de noviembre de 2025) trabajando con los parlamentarios para lograr la cobertura sanitaria universal.

⁵³⁵ Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud (sin fecha, consultado el 3 de noviembre de 2025) ¿Qué es la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud?

⁵³⁶ Lin V (1997) Inversión en investigación y desarrollo en salud: Informe del Comité Ad Hoc sobre Investigación en Salud relativo a las opciones de intervención futuras. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996. Health Promotion International 12(4): 331–332. <https://doi.org/10.1093/heapro/12.4.331>

⁷⁰⁶ Véase AHPSR.

sobre Investigación en Políticas y Sistemas de Salud⁷⁰⁷ y, en colaboración con AHPSR, un Manual de Metodología sobre Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.⁷⁰⁸ En 2018, la OMS y AHPSR publicaron el Informe Mundial sobre Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.⁵³⁷ La estrategia actual de AHPSR, denominada «*Buscando el impacto*»,⁵³⁸ abarca el período 2024-2028.

Financiamiento de la salud

La OMS ha estado a la vanguardia de la investigación, la conceptualización y la promoción de la financiación de la salud.⁵³⁹ Ha conceptualizado el financiamiento de la salud como un sistema que comprende tres funciones: movilización, mancomunación y adquisición de recursos. Impulsó la Colaboración de Montreux,⁵⁴⁰ cuyo objetivo es reunir una red mundial de expertos que trabajan en la relación entre el espacio fiscal, la gestión de las finanzas públicas y el financiamiento de la salud, con miras a lograr la cobertura sanitaria universal. Más recientemente, ha reforzado su labor en materia de impuestos sobre la

salud, tanto como medio para recaudar recursos para la salud como para prevenir las enfermedades no transmisibles (ENT).⁵⁴¹

Enfermedades no transmisibles (ENT)

La OMS ha sido líder en la lucha contra las ENT. Se encarga de apoyar a los Estados Miembros en la aplicación de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT (resolución A/RES/66/2), en particular a través de diversas resoluciones,⁵⁴² estrategias mundiales⁵⁴³, numerosas directrices operativas⁵⁴⁴ y actividades de promoción.⁵⁴⁵

Conceptualización de los sistemas de salud y fortalecimiento de los sistemas de salud

La OMS ha estado a la vanguardia en la conceptualización de los sistemas de salud, un paso necesario antes de evaluar su desempeño y cómo fortalecerlos. El primer intento a gran escala de definir

⁷⁰⁷ Organización Mundial de la Salud y Alianza para la Investigación sobre Políticas y Sistemas de Salud (2012) Estrategia de la OMS sobre Investigación sobre Políticas y Sistemas de Salud: Cambiando mentalidades. Ginebra: OMS.

⁷⁰⁸ Organización Mundial de la Salud y Alianza para la Investigación sobre Políticas y Sistemas de Salud (2012) Investigación sobre políticas y sistemas de salud: una antología metodológica. Gilson L (Ed). Ginebra: OMS.

⁵³⁷ Organización Mundial de la Salud y Alianza para la Investigación sobre Políticas y Sistemas de Salud (2018) Informe Mundial sobre Investigación sobre Políticas y Sistemas de Salud. Ginebra: OMS.

⁵³⁸ Organización Mundial de la Salud y Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud (2024) Orientación al impacto: Estrategia 2024-2028 de la Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud. Ginebra: OMS.

⁵³⁹ Véase Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultado el 31 de octubre de 2025) Financiación de la salud.

⁵⁴⁰ Organización Mundial de la Salud y Colaboración de Montreux (sin fecha, consultado el 31 de octubre de 2025) Colaboración de Montreux sobre espacio fiscal, gestión financiera pública y financiación de la salud.

⁵⁴¹ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 31 de octubre de 2025) Impuestos sanitarios.

⁵⁴² Por ejemplo, Organización Mundial de la Salud (2000) Quincuagésima tercera Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones Anexos. WHA53.17 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles; Organización Mundial de la Salud (2003) Quincuagésima sexta Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones Anexos. WHA56.1 Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

⁵⁴³ Por ejemplo, Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; y Asamblea Mundial de la Salud, 61 (2008) Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/23529>

⁵⁴⁴ Por ejemplo, Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 3 de noviembre de 2025) Enfermedades no transmisibles: Capacidad nacional.

⁵⁴⁵ Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 3 de noviembre de 2025), el Pacto Mundial contra las Enfermedades No Transmisibles 2020-2030 y la promoción de la actividad física.

el desempeño de los sistemas de salud y comparar el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo se encuentra en el Informe Mundial de la Salud 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

Equipo de Gobernanza y Financiación de la OMS.⁵⁴⁶ El informe identificó tres (o cinco) problemas de salud.

Objetivos del sistema: mejorar la salud, responder a las expectativas de la población y garantizar la equidad en la contribución financiera, además de la distribución (equidad) de los dos primeros objetivos entre las distintas poblaciones. También se conceptualizó que los sistemas de salud cumplen cuatro funciones: prestación de servicios, generación de recursos, financiación y administración. El informe comparó el desempeño de los países del mundo con base en algunos indicadores para cada objetivo, un índice ponderado compuesto del logro general de los objetivos y el gasto sanitario per cápita, utilizado para calcular el «desempeño» (o, mejor dicho, la eficiencia) de los sistemas nacionales de salud.

En 2007, el Equipo de Preparación para Emergencias de la OMS publicó un informe titulado: «*Es asunto de todos: fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados en salud*».⁵⁴⁷ El informe retoma la conceptualización del sistema de salud del RSM 2000 mediante un marco con seis pilares fundamentales: prestación de servicios, personal sanitario, información, productos médicos/vacunas /tecnologías, financiación y liderazgo/gobernanza, en lugar de funciones, y añade un cuarto objetivo (mejora de la eficiencia). Para cada pilar, el informe identifica desafíos comunes y estrategias de fortalecimiento.

En 2009, en colaboración con la Alianza para la

Investigación de Políticas y Sistemas de Salud, la OMS publicó un informe titulado "*Pensamiento sistémico para el fortalecimiento de los sistemas de salud*", que a su vez retoma el marco de los sistemas de salud de 2007 organizando los seis componentes básicos en un modelo dinámico e interconectado, y añadiendo un séptimo elemento: las personas, en el centro de los sistemas de salud.⁵⁴⁸

En 2022, bajo el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, la OMS publicó Evaluación del desempeño del sistema de salud: un marco para el análisis de políticas que, a partir de una revisión crítica de los marcos y herramientas existentes para los sistemas de salud, desarrolla un marco de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud (ESS) que se basa (nuevamente) en cuatro funciones (gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios), siete objetivos intermedios (eficacia, seguridad, experiencia del usuario, acceso, calidad, eficiencia y equidad en la prestación de servicios) y cinco metas finales (enfoque centrado en las personas, mejora de la salud, protección financiera, eficiencia y equidad del sistema de salud).⁵⁴⁹ A diferencia de la mayoría de los demás marcos, la ESS también integra el contexto y los determinantes sociales de la salud.

Más allá de la conceptualización general de los sistemas de salud presentada anteriormente, la OMS también ha realizado mucha investigación sobre aspectos específicos de los sistemas de salud, lo que ha permitido la armonización de conceptos, indicadores y prácticas de medición entre países. Por ejemplo, tras la Declaración sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud distritales basados en la atención primaria de salud (Declaración de Harare de 1987),⁵⁵⁰ ha apoyado el desarrollo del enfoque

⁵⁴⁶ Organización Mundial de la Salud (2000) Informe mundial sobre la salud 2000: Sistemas de salud: mejora del desempeño. Ginebra: OMS.

⁵⁴⁷ Organización Mundial de la Salud (2007) Es asunto de todos: fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios. Ginebra: OMS.

⁵⁴⁸ De Savigny D, Adam T, Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud y Organización Mundial de la Salud (2009) Pensamiento sistémico para el fortalecimiento de los sistemas de salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44204>

⁵⁴⁹ Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J (Eds) (2022) Evaluación del desempeño del sistema de salud: un marco para el análisis de políticas. Ginebra: OMS (Serie de Políticas de Salud n.º 57).

⁵⁵⁰ Reunión Interregional sobre el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Distritales Basados en la Atención Primaria de Salud (1987: Harare, Zimbabwe) y Organización Mundial de la Salud (1987). Declaración sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud distritales basados en la atención primaria de salud, Harare, Zimbabwe, 7 de agosto de 1987. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/61958>

distrital.⁷²³ En el contexto de la Alianza Internacional para la Salud e Iniciativas Conexas (IHP+), desarrolló un marco común o “plataforma liderada por los países para la información y la rendición de cuentas” para el seguimiento, la evaluación y la revisión de las estrategias nacionales de salud en 2011.⁵⁵¹ Junto con UNICEF, desarrolló el marco de medición e indicadores de atención primaria de salud en 2022.⁷²⁵ La OMS también ha desarrollado varias metodologías, marcos conceptuales y enfoques de medición sobre componentes básicos específicos del sistema de salud, por ejemplo, el sistema de cuentas de salud que permite la medición del gasto en salud por fuente y por destino;⁷²⁶ el manual “*Diagnóstico nacional de financiamiento de la salud: una base para el desarrollo de estrategias nacionales*”;⁵⁵² las cuentas nacionales de personal de salud;⁵⁵³ las Listas Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS;⁵⁵⁴ la metodología de Evaluación Armonizada de Instalaciones de Salud (HHFA);⁵⁵⁵ una serie de clasificaciones de referencia;⁷³¹ una lista de referencia

mundial de 100 indicadores básicos de salud;⁵⁵⁶ y colaboró con la Red de Métricas de Salud⁵⁵⁷ (ahora integrada en la OMS) para desarrollar un marco y estándares para los sistemas de información de salud de los países.⁵⁵⁸

Repositorio de datos y conocimientos

Tras el trabajo de conceptualización desarrollado anteriormente, la OMS —incluidas las Alianzas y Asociaciones que alberga— se ha convertido en una fuente invaluable de información sobre sistemas de salud y datos sanitarios en todo el mundo. Cabe mencionar, entre otros, los siguientes repositorios de datos sanitarios, que son de libre acceso y resultan muy útiles para responsables políticos, investigadores, estudiantes y demás partes interesadas (estos son bienes públicos mundiales):

⁷²³ Véase Organización Mundial de la Salud (1995) *Sistemas de salud distritales: Revisión mundial y regional basada en la experiencia en varios países*. WHO/SHS/DHS/95.1.

⁵⁵¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) y Alianza Internacional para la Salud e Iniciativas Conexas (IHP+) (2011) *Seguimiento, evaluación y revisión de las estrategias nacionales de salud*. Ginebra: OMS.

⁷²⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2022) *Marco e indicadores de medición de la atención primaria de salud: seguimiento de los sistemas de salud a través de la perspectiva de la atención primaria de salud*. Ginebra: OMS

⁷²⁶ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultado el 3 de noviembre de 2025) *Cuentas de salud*.

⁵⁵² Organización Mundial de la Salud (2016) *Diagnóstico nacional de financiamiento de la salud: una base para el desarrollo de estrategias nacionales*. McIntyre D y Kutzin J (Eds). *Guía de financiamiento de la salud* No. 1 WHO/HIS/HGF/HFDiagnostics/16.1. Ginebra: OMS.

⁵⁵³ Organización Mundial de la Salud (2018) *Cuentas nacionales de personal sanitario: Guía de implementación*. Ginebra: OMS.

⁵⁵⁴ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 4 de noviembre de 2025) *Listas modelo de medicamentos esenciales de la OMS*.

⁵⁵⁵ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultado el 4 de noviembre de 2025) *Evaluación armonizada de las instalaciones sanitarias (HHFA)*.

⁷³¹ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultado el 4 de noviembre de 2025) *Clasificaciones y terminologías*.

⁵⁵⁶ Organización Mundial de la Salud (2018) *Lista de referencia mundial de 100 indicadores básicos de salud (más los ODS relacionados con la salud) de 2018*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951>

⁵⁵⁷ *Consulte Health Metrics Network - Evaluación del Sistema Nacional de Información Sanitaria - Una herramienta de evaluación Versión 4.00 Oficina Regional de la OMS para África*

⁵⁵⁸ Organización Mundial de la Salud (2023) *Marco y normas para los sistemas nacionales de información sanitaria*, 2.ª ed. Ginebra: OMS.

o Las Estadísticas Mundiales de Salud,⁵⁵⁹ que recopilan una amplia gama de estadísticas sanitarias, lo que permite la comparación entre países y el seguimiento de la evolución a lo largo del tiempo, y el Observatorio Mundial de la Salud, que reúne toda una gama de indicadores, publicaciones, perfiles de países y análisis sobre la salud mundial.⁵⁶⁰

o La base de datos Global Health Expenditure Database,⁵⁶¹ que recopila todas las estadísticas relevantes sobre financiación de la salud, y el Health Financing Dashboard, que presenta un panel de datos sobre financiación de la salud por país.⁵⁶²

o El portal web de la NHWA, que recopila datos sobre el personal sanitario en todo el mundo.⁵⁶³

o La herramienta de recopilación de datos SCORE permite el análisis, la comparación y la mejora del rendimiento de los sistemas nacionales de información de los países.⁵⁶⁴

o La Encuesta Mundial de Salud Plus, que es: *“el programa insignia de encuestas de hogares de la Organización Mundial de la Salud, centrado en*

generar los datos necesarios para alinearse con las cambiantes necesidades de datos en la programación, las políticas y el análisis de la salud, al tiempo que trabaja para fortalecer los sistemas de encuestas de hogares en los países miembros”.⁵⁶⁵

o El Monitor de Desigualdades en Salud permite realizar un seguimiento de las desigualdades sanitarias a nivel mundial.⁵⁶⁶

o El portal de ENT permite realizar un seguimiento de la evolución de las enfermedades no transmisibles.⁵⁶⁷

o Junto con el Banco Mundial, se encarga de supervisar la cobertura sanitaria universal.⁵⁶⁸

Además de las bases de datos mundiales, la OMS apoya varios observatorios regionales de salud que recopilan datos y analizan cuestiones de salud específicas relevantes para su región, como el Observatorio de Salud de la Región Africana de la OMS,⁵⁶⁹ el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud,⁵⁷⁰ el portal Datos Regionales de Salud en las Américas y el Observatorio de Salud y Envejecimiento para las Américas⁷⁴⁷ de la Organización Panamericana de la Salud.⁷⁴⁸

⁵⁵⁹ Estadísticas sanitarias mundiales de la OMS 2025. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

⁵⁶⁰ OMS. Observatorio Mundial de la Salud. <https://www.who.int/data/gho>

⁵⁶¹ Base de datos de la OMS sobre el gasto mundial en salud. <https://apps.who.int/nha/database/>

⁵⁶² Panel de control de la OMS sobre financiación sanitaria. <https://www.who.int/teams/health-finance-and-economics/healthfinance/hfpm-background-indicators>

⁵⁶³ Portal de datos de las cuentas nacionales de personal de la OMS. <https://apps.who.int/nhwaportal/>

⁵⁶⁴ de la OMS para datos de salud : paquete técnico. <https://www.who.int/data/data-collection-tools/score>

⁵⁶⁵ Encuesta Mundial de Salud de la OMS Plus <https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>

⁵⁶⁶ Monitor de la OMS sobre la desigualdad en salud. <https://www.who.int/data/inequality-monitor>

⁵⁶⁷ Portal de datos de la OMS sobre enfermedades no transmisibles. Portal de datos sobre enfermedades no transmisibles. <https://ncdportal.org/>

⁵⁶⁸ OMS Seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal: Informe de seguimiento mundial de 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>

⁵⁶⁹ iAHO-OMS Región Africana. El Observatorio Africano Integrado de la Salud y <https://aho.afro.who.int/>

⁵⁷⁰ OMS. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. <https://eurohealthobservatory.who.int/>

⁷⁴⁷ Iniciativas de datos de salud de la OPS. Datos regionales de salud en las Américas. <https://opendata.paho.org/en>

⁷⁴⁸ Observatorio de Salud y Envejecimiento para las Américas - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud.

Apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud y brindar asesoramiento técnico en los países.

Cabe señalar que:

*Las directrices solo producirán resultados positivos en materia de salud si se dispone de las estructuras, políticas, responsables de la toma de decisiones y recursos nacionales esenciales para su implementación y el seguimiento del progreso. Para que sean eficaces, los productos normativos de la OMS deben contextualizarse localmente y ser relevantes para cada país. Dicha contextualización no puede lograrse sin comprender la experiencia vivida por las personas que implementan los productos normativos, los contextos en los que trabajan y los apoyos y desafíos que encuentran en el proceso de cambio.*⁵⁷¹

Esto exige subsidiariedad —favorecer la adaptación a los contextos locales— y fortalecer las capacidades nacionales en la toma de decisiones basada en evidencia para la adopción e impacto de normas y estándares.⁵⁷² Cabe señalar que no solo es necesario fortalecer las capacidades de los países de ingresos bajos y medianos, sino también las de los países de ingresos altos. La OMS —o una OIS ideal— es particularmente idónea para fomentar el intercambio de experiencias entre países, aún más en el contexto actual de creciente necesidad de «revertir la innovación».⁵⁷³

Por lo tanto, más allá de las herramientas conceptuales y metodológicas, así como de los indicadores armonizados, la OMS ha desarrollado numerosas estrategias, herramientas y directrices

para apoyar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, a menudo en colaboración con otros socios. Algunos ejemplos son:⁵⁷⁴

- o Organización Mundial de la Salud (2017) Elaboración de una estrategia nacional de financiación de la salud: Guía de referencia. Ginebra: OMS.

- o Organización Mundial de la Salud (2020) Matriz de progreso del financiamiento de la salud: Guía de evaluación por países. Ginebra: OMS.

- o Organización Mundial de la Salud (2020) Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: Fuerza laboral 2030. Ginebra: OMS.

- o Organización Mundial de la Salud (2021) Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025. Ginebra: OMS.

- o Organización Mundial de la Salud (2024) Implementación del enfoque de atención primaria de salud: una introducción. Ginebra: OMS.

Además, ofrece una amplia red de asistencia técnica que puede movilizarse para apoyar los sistemas de salud en los países, independientemente de su nivel de desarrollo. Esto se logra mediante expertos de la OMS en cada país (en las oficinas de la OMS en países de ingresos bajos y medianos); mediante el apoyo a demanda que brindan la sede central (por ejemplo, en el ámbito de la legislación sanitaria),⁵⁷⁵ las oficinas regionales y los centros técnicos subregionales;⁵⁷⁶ y mediante redes con otros socios⁵⁷⁷ o alianzas

⁵⁷¹ Azazh A, Nzinga J, Ngonzi J, Bartolomeos K (2025) Capacidad local para el desarrollo e implementación de políticas. Bull World Health Organ. 103(7):415-415A. <https://doi.org/10.2471/BLT.25.294222> PMID: 40630148.

⁵⁷² Organización Mundial de la Salud (2025) Septuagésima octava Asamblea Mundial de la Salud. A78/51 Quinto informe del Comité A. Punto 13.3 del programa Fortalecimiento de las capacidades nacionales en la toma de decisiones basadas en la evidencia para la adopción y el impacto de las normas y estándares.

⁵⁷³ O, Wu D, Mossman K et al. (2017) Criterios para evaluar posibles innovaciones inversas: oportunidades de aprendizaje compartido entre países de ingresos altos y bajos. Global Health 13(4). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-02251>

⁵⁷⁴ Cabe señalar, sin embargo, que estas herramientas y estrategias están dirigidas a todos los países del mundo, por lo que a veces carecen de relevancia para ciertos contextos (por ejemplo, los países africanos no pueden aspirar, con razón, a estrategias de salud digital similares a las de los países norteamericanos o europeos).

⁵⁷⁵ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 3 de noviembre de 2025) Leyes sanitarias

⁵⁷⁶ Véase, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 3 de noviembre de 2025). Centros técnicos y otras oficinas y programas. Organización de la Salud de África Occidental.

⁵⁷⁷ Por ejemplo, Red P4H, AHPSR.

específicas.⁵⁷⁸

Apoyar el diálogo político y la formulación de políticas nacionales.

Además de apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud, la OMS también ha desarrollado directrices para ayudar a los países a liderar el diálogo político con las partes interesadas del sector salud,⁵⁷⁹ incluso a través de la gobernanza intersectorial (una condición necesaria para abordar los determinantes sociales de la salud),⁵⁸⁰ y en el desarrollo, la implementación y el seguimiento y la evaluación de sus planes nacionales de desarrollo de la salud.⁵⁸¹ También apoya el diálogo político del sector salud en los países de ingresos bajos y medianos, ya sea a través del papel de consejero privilegiado del Ministro de Salud de su Representante Residente, funcionarios técnicos⁵⁸² y, a menudo, a través de la coordinación de los donantes del sector salud en los países. En particular, dado que las alianzas mundiales de salud generalmente no tienen oficinas en los países, la OMS a menudo toma la iniciativa en los Mecanismos de Coordinación Nacional del Fondo Mundial y en las operaciones^{583, 762} de Gavi en los países (junto con UNICEF y/o el PNUD), lo cual, sin embargo, resulta controvertido en algunos países, ya que puede desviar las capacidades locales de las instituciones

nacionales y reducir el liderazgo nacional en la gestión de esos fondos.

Reglamento Sanitario Internacional—en principio

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) es uno de los pocos instrumentos jurídicamente vinculantes de la OMS. Proporciona *un marco jurídico general que define los derechos y obligaciones de los países en la gestión de eventos y emergencias de salud pública con potencial de trascender fronteras*⁵⁸⁴. Se complementa con herramientas de gestión conjunta, como el marco de seguimiento y evaluación del RSI⁵⁸⁵ y las Evaluaciones Externas Conjuntas.⁵⁸⁶ A pesar de algunas controversias en torno a sus últimas enmiendas, ciertos aspectos del RSI han sido indudablemente útiles desde su inicio en 1951 para fomentar la colaboración entre países y:

“prevenir, proteger contra, controlar y dar una respuesta de salud pública a la propagación internacional de enfermedades de manera proporcional y limitada a los riesgos para la salud pública, y evitando interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales” (Artículo 2, Objeto y ámbito de aplicación del RSI).⁵⁸⁷

⁵⁷⁸ 578 Por ejemplo, la exitosa Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal (UHCP, por sus siglas en inglés), que ha brindado apoyo a más de 125 países hasta la fecha.

⁵⁷⁹ Por ejemplo, Organización Mundial de la Salud (2016) Lista de verificación para la preparación y facilitación del diálogo sobre políticas - EVIPNet Europe. Copenhague: OMS; Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultado el 4 de noviembre de 2025) OMS EMRO | Paquete de capacitación para el diálogo sobre políticas | Paquete de capacitación | Evidencia y datos para la formulación de políticas.

⁵⁸⁰ Organización Mundial de la Salud (2025) Gobernanza para la salud pública en los sectores de la salud y sectores afines: un informe para orientar la capacidad institucional a nivel nacional para las funciones esenciales de salud pública que sustentan los enfoques multisectoriales. Ginebra: OMS.

⁵⁸¹ Eg Schmets G, Rajan D y Kadandale S (Eds) (2016) Estrategias de salud nacional en el siglo XXI: un manual. Ginebra: OMS.

⁵⁸² Incluyendo algunos servicios proporcionados por la Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal (UHCP).

⁵⁸³ Véase Mecanismos de Coordinación por Países.

⁷⁶² 762 Véase Gavi.

⁵⁸⁴ Organización Mundial de la Salud (2025) Reglamento Sanitario Internacional (2005) Enmendado en 2014, 2022 y 2024. Ginebra: OMS.

⁵⁸⁵ Organización Mundial de la Salud (2018) Reglamento Sanitario Internacional (2005) Marco de Seguimiento y Evaluación. OMS/WHE/CPI/2018.51. Ginebra: OMS.

⁵⁸⁶ Organización Mundial de la Salud (sin fecha, consultada el 4 de noviembre de 2025) Evaluación Externa Conjunta (EEC).

⁵⁸⁷ Organización Mundial de la Salud (2025) Reglamento Sanitario Internacional (2005) Enmendado en 2014, 2022 y 2024. Ginebra: OMS.

La OMS ha elaborado una amplia gama de manuales, directrices técnicas y otros procedimientos operativos estándar en prácticamente todos los ámbitos de la salud⁵⁸⁸ y, por mencionar algunos, directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave⁵⁸⁹; Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más saludable;⁵⁹⁰ Planificación familiar: un manual mundial para proveedores, 4.ª ed.;⁵⁹¹ Recomendaciones sobre la prestación de servicios de salud para la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual⁵⁹²; Directrices de la OMS para la malaria.⁵⁹³

IV.7.2. Cons

Transición de la salud pública a la medicina

La Parte II argumentó que la salud pública no puede limitarse a la aplicación de protocolos; por lo tanto, las directrices de la OMS deben usarse con precaución y una evaluación crítica. Más importante aún, una OHI puede razonablemente no prestar servicios médicos; sin embargo, el objetivo general de la 14.ª GPW de la OMS es “promover, proporcionar y proteger la salud y el bienestar de todas las personas, en todas partes”. En los últimos años, como se ejemplifica durante la pandemia de Covid-19, la OMS adoptó recomendaciones más directas con respecto a las políticas nacionales de salud pública y práctica clínica. A pesar de las voces internas que abogaban por un enfoque más inclusivo y transparente⁵⁹⁴,

la tendencia de la OMS a estandarizar los procedimientos y a basarse en diseños de estudio demasiado simplificados para investigar cuestiones complejas (por ejemplo, los tratamientos tempranos para la COVID-19) dio lugar a una respuesta global que no tuvo suficientemente en cuenta los contextos locales, las estrategias desarrolladas por la comunidad y la heterogeneidad de las necesidades de los pacientes (véase, por ejemplo, Reclaiming Comprehensive Public Health: A Call to Action).⁵⁹⁵

Falta de representatividad o reconocimiento de la diversidad en las recomendaciones.

Además de la duplicación y la sobrepublicación, las recientes directrices y recomendaciones de la OMS carecen de bases de evidencia adecuadas y de reconocimiento de la diversidad cultural. Algunos ejemplos que se analizan en otras partes de este informe incluyen el Acuerdo sobre la Pandemia y las recientes enmiendas al RSI, en las que se han exagerado enormemente los riesgos y la rentabilidad de la inversión que respaldan la agenda de la pandemia (Sección II.3.7); el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) (Sección IV.4.2), en el que el legalismo está inhibiendo las respuestas basadas en la evidencia; y las Directrices de 2022 sobre la atención al aborto (Sección IV.2.2), que reflejan un sistema cultural y de creencias relativamente estrecho y poco coherente con el de muchas poblaciones del mundo.

Una tendencia a formar "clubes" o "camarillas", que difumina la responsabilidad.

Si bien se supone que la OMS debe velar por los intereses

⁵⁸⁸ Disponibles en el sitio web de las Directrices de la OMS.

⁵⁸⁹ Organización Mundial de la Salud (2016) Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: OMS.

⁵⁹⁰ Organización Mundial de la Salud (2018) Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: más personas activas para un mundo más saludable. Ginebra: OMS.

⁵⁹¹ Organización Mundial de la Salud y Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro de Programas de Comunicación (Ed.) (2022) Planificación familiar: un manual mundial para proveedores, 4.ª ed. Ginebra: OMS.

⁵⁹² Organización Mundial de la Salud (2025) Recomendaciones sobre la prestación de servicios de salud para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: OMS.

⁵⁹³ Organización Mundial de la Salud (2025) Directrices de la OMS para la malaria. Ginebra: OMS.

⁵⁹⁴ Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. (2020). «Gobernanza de la respuesta a la COVID-19: Un llamado a una toma de decisiones más inclusiva y transparente». BMJ Global Health 5: e002655. <https://gh.bmj.com/content/5/5/e002655>

⁵⁹⁵ Saludables 2030 (sin fecha). “Recuperando la salud pública integral: Un llamado a la acción”. <https://www.healthysocietys2030.org/reclaiming-comprehensive-public-health>

de sus Estados miembros, su estructura de gobernanza se ve empañada por la injerencia de intereses externos, ya sea a través de la financiación o de funciones de gobernanza directa. Por ejemplo, la Comisión Europea ejerce cada vez más influencia en la gobernanza de la OMS a través de su Delegación de la Unión Europea ante la ONU y otras organizaciones internacionales en Ginebra (SEAE)⁵⁹⁶. La OMS es miembro del Consejo de Gavi⁵⁹⁷ y miembro de oficio del Consejo del Fondo Mundial para la Lucha contra la Tuberculosis (GFATM)⁵⁹⁸. Además, lidera técnicamente el Fondo para la Pandemia, administrado por el Banco Mundial.⁵⁹⁹ Dado que estas organizaciones proporcionan una gran cantidad de fondos a la OMS (véase más adelante), se desdibujan los mecanismos de rendición de cuentas y se fomenta la tendencia a trabajar como un grupo cerrado o una camarilla.

Demasiado énfasis en la implementación de proyectos financiados por donantes, lo que genera conflictos de interés.

Como se indica en el análisis de la financiación de la OMS, una parte cada vez mayor de sus fondos proviene de contribuciones específicas y de organizaciones a las que la OMS debe exigir responsabilidades. Esto, evidentemente, conlleva un riesgo de conflictos de intereses. Por ejemplo, la OMS suele ser receptora y socia implementadora de subvenciones de Gavi y del Fondo Mundial de Lucha

contra la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) en países de ingresos bajos y medianos, al tiempo que es responsable de garantizar la correcta asignación y el control de estos recursos.

Crecimiento exponencial de las directrices y duplicación del trabajo entre departamentos.

En su labor normativa, la OMS ha desarrollado innumerables documentos estratégicos, directrices operativas y procedimientos operativos estándar; véanse, por ejemplo, las Directrices de la OMS⁶⁰⁰ y el Compendio de la OMS y otras directrices de la ONU en materia de salud y medio ambiente.⁶⁰¹ Esto no solo se traduce en una «infodemia».

(La infodemia es uno de los nuevos temas favoritos de la OMS, pero aparentemente no se aplica a los resultados de la OMS),⁷⁸¹ pero algunos de ellos se duplican entre sí, lo que genera confusión para los socios implementadores y los países (por ejemplo, la Guía para facilitar el seguimiento y la evaluación de los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos, que se centra en un plan de acción específico,⁷⁸² mientras que el manual Estrategias nacionales de salud en el siglo XXI: un manual trata sobre el seguimiento y la evaluación de las estrategias nacionales en general;⁷⁸³ el marco de los sistemas de salud para la seguridad sanitaria⁷⁸⁴ que se ha desarrollado en paralelo a

⁵⁹⁶ Servicio Europeo de Acción Exterior. Delegación de la Unión Europea ante las Naciones Unidas y otros organismos internacionales.

Organizaciones en Ginebra. https://www.eeas.europa.eu/delegations/un-geneva_en

⁵⁹⁷ Gavi, la Alianza para las Vacunas. «Consejo de Gavi: Composición». <https://www.gavi.org/governance/gavi-board/composition>

⁵⁹⁸ El Fondo Mundial. «Junta Directiva: Grupos de Interés». <https://www.theglobalfund.org/en/board/constituencies/>

⁵⁹⁹ Organización Mundial de la Salud. «Fondo para pandemias». <https://www.who.int/emergencies/funding/pandemic-fund>

⁶⁰⁰ Organización Mundial de la Salud. «Directrices de la OMS». <https://www.who.int/publications/who-directrices>

⁶⁰¹ Organización Mundial de la Salud (2024). Compendio de las directrices de la OMS y otras organizaciones de las Naciones Unidas en materia de salud y medio ambiente, actualización de 2024. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095380>

⁷⁸¹ Organización Mundial de la Salud. «Infodemia». <https://www.who.int/health-topics/infodemic>

⁷⁸² Organización Mundial de la Salud (2023). Guía para facilitar el seguimiento y la evaluación de los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069763>

⁷⁸³ Organización Mundial de la Salud (2016). Elaboración de estrategias nacionales de salud en el siglo XXI: Manual. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549745>

⁷⁸⁴ Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud para la seguridad sanitaria. <https://www.who.int/publications/b/58698>

la evaluación del desempeño del sistema de salud más general⁷⁸⁵ y utiliza componentes básicos e indicadores alternativos de los sistemas de salud).

Insuficiente institucionalización de la función de evaluación de la OMS

A pesar de la existencia de una Oficina de Evaluación de la OMS⁶⁰² y de varias directrices en materia de evaluación (por ejemplo, el Manual de Prácticas de Evaluación de la OMS⁶⁰³, la Guía Práctica sobre Evaluación y⁶⁰⁴ el Informe de 2023 sobre la evaluación de la función normativa de la OMS a nivel nacional⁶⁰⁵), la práctica de la evaluación en la OMS sigue estando poco desarrollada, sobre todo en comparación con otras grandes organizaciones internacionales (Estudio comparativo de la función de evaluación de la OMS con entidades seleccionadas de la ONU;⁶⁰⁶ Productos de Evaluación del IEG – Grupo de

Evaluación Independiente⁶⁰⁷). El Consejo Ejecutivo aprobó una Política de Evaluación revisada de la OMS en agosto de 2025.⁶⁰⁸ En ausencia de una función de evaluación institucionalizada, así como de transparencia e independencia en la evaluación de sus programas y funcionamiento, la OMS no puede rendir cuentas ni ser una organización que aprende.

No protegerse contra los intereses comerciales

Como resultado de sus conflictos de intereses financieros y de gobernanza, la OMS no ha podido eximirse de los intereses comerciales. Algunos ejemplos incluyen conflictos de intereses no declarados durante la pandemia de H1N1,⁶⁰⁹ en relación con medicamentos aprobados⁶¹⁰, en relación con las estrategias de Covid-19⁶¹¹ y una falta de transparencia en cuanto a financiación de la Fundación de la OMS.⁶¹² Es previsible que esta situación no mejore ahora

⁷⁸⁵ Organización Mundial de la Salud (2023). Evaluación del desempeño del sistema de salud: un marco para el análisis de políticas.

⁶⁰² Organización Mundial de la Salud. "Oficina de Evaluación". <https://www.who.int/about/evaluation/>

⁶⁰³ Impacto de la evidencia (sin fecha). [Manual de prácticas de evaluación de la OMS](https://evidence-impact.org/tools/monitor-evaluate/WHO-evaluation-practice-handbook). <https://evidence-impact.org/tools/monitor-evaluate/WHO-evaluation-practice-handbook>

⁶⁰⁴ Mundial de la Salud (2023). Guía práctica sobre evaluación. Ginebra: OMS. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/evaluation-office/final_the_practical_guide_on_evaluation_2023.pdf

⁶⁰⁵ Organización Mundial de la Salud (2023). Evaluación de la función normativa de la OMS a nivel nacional: Informe de 2023. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/who-dgo-evl-2023-7>

⁶⁰⁶ Organización Mundial de la Salud. [Estudio comparativo de la función de evaluación de la OMS con entidades seleccionadas de las Naciones Unidas : Resumen ejecutivo](https://www.who.int/publications/m/item/comparative-study-of-who-evaluation-function-with-selected-un-entities-executive-summary). <https://www.who.int/publications/m/item/comparative-study-of-who-evaluation-function-with-selected-un-entities-executive-summary>

⁶⁰⁷ Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial. Productos de evaluación. <https://ieg.worldbankgroup.org/products>

⁶⁰⁸ Organización Mundial de la Salud (2025). Política de evaluación de la OMS. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/news/item/19-08-2025-la-junta-ejecutiva-aprueba-la-politica-de-evaluacion-revisada-de-la-oms-2025>

⁶⁰⁹ Cohen, Deborah y Philip Carter. «La OMS y las “conspiraciones” sobre la gripe pandémica». BMJ 340 (2010): c2912. <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c2912>

⁶¹⁰ Gøtzsche, Peter C. “Por qué la corrupción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la mayor amenaza para el mundo pública de nuestro tiempo». Revista de Derecho y Medicina 21, n.º 3 (2014): 517-21. <https://www.researchgate.net/publication/281876323>

⁶¹¹ Bell, David. “La corrupción de la Organización Mundial de la Salud”. Instituto Brownstone. <https://brownstone.org/articles/the-corruption-of-the-world-health-organization/>

⁶¹² Dal'Bo do Amaral, Nicolas, et al. (2025). “¿Quién financia la Fundación OMS? Un análisis de transparencia de las divulgaciones de donaciones durante los primeros 3 años de su funcionamiento”. BMJ Global Health 10, n.º 7: e018932. <https://gh.bmj.com/content/10/7/e018932>

que la Fundación Gates es el principal donante de la OMS.⁶¹³

La OMS es propensa a los mismos problemas que cualquier gran organización y debe desenvolverse entre múltiples intereses contrapuestos y dinámicas de poder. Como se demostró en la Parte II y más arriba, dentro de este complejo panorama político, la OMS ha podido proporcionar numerosos bienes públicos mundiales para la salud y continúa siendo el foro clave para el diálogo sobre políticas de salud. Sin embargo, como se señala a lo largo de este informe, la OMS adolece de importantes deficiencias y una desviación de su misión que requieren una profunda reforma. Si estas deficiencias se abordan mejor mediante una reforma institucional o mediante la creación de una nueva OIS es un debate activo con sus propias ventajas e inconvenientes (véase el Informe de Políticas). Dicho esto, ha sido posible identificar áreas clave que cualquier OIS o OMS reformada debería abordar, lo que permite ofrecer varias recomendaciones a modo de guía. Estas recomendaciones se exponen en la parte final de este informe.

⁶¹³ Justicia Global Ahora (sin fecha). Desarrollo controlado: ¿La Fundación Gates siempre es una fuerza para el bien? <https://www.globaljustice.org.uk/resource/gated-development-gates-foundation-always-force-good/>

PARTE V:

HALLAZGOS, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIÓN

PARTE V

Hallazgos, recomendaciones y conclusión

Hallazgos y recomendaciones

La **salud pública** tiene como objetivo extender a las poblaciones las acciones que mantienen y restauran la salud de una persona, mediante la promoción del bienestar y la práctica de la medicina. Esto implica «la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y las decisiones informadas de la sociedad, las organizaciones, las comunidades públicas y privadas y los individuos».⁶¹⁴ Fundamentalmente, está sujeta a los mismos requisitos éticos y de derechos humanos que surgen del principio de soberanía individual e igualdad de todas las personas. En consecuencia, está sujeta a los principios que rigen la medicina misma.

- **Beneficencia** : el deber de actuar por el bien del paciente y de la comunidad.
- **de no maleficencia** : “Primero, no hacer daño”; la obligación de evitar lesiones o sufrimientos prevenibles.
- **Confidencialidad del paciente** : el respeto a la privacidad es la base de la confianza en las relaciones médicas.
- **Consentimiento informado voluntario** : reconocimiento de la autonomía individual y la toma de decisiones voluntaria.

Por consiguiente, los requisitos de la salud pública, basados en el derecho a la salud como responsabilidad inherente de las comunidades y los gobiernos, deben fundamentarse en estos cuatro principios. La soberanía individual y la exigencia del consentimiento informado y voluntario implican que la salud pública debe reflejar, en última instancia, la voluntad de las personas a través de los mecanismos colectivos que les permiten expresarla, de conformidad con los requisitos establecidos internacionalmente en instrumentos como las Declaraciones de Ginebra y la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como en el derecho internacional de los derechos humanos y los tratados que se analizan en este informe.

El principio moral de apoyar a las personas desfavorecidas, así como la realidad de las amenazas transfronterizas para la salud, que con frecuencia requerirán cooperación internacional para una gestión eficaz, respaldan la necesidad bien establecida de una Organización Internacional de la Salud (OHS) que facilite dicha colaboración. El principio de soberanía individual exige que dicha organización se adhiera a ciertos principios, entre ellos, que sea gestionada y dirigida por las estructuras a través de las cuales la soberanía individual se expresa con mayor eficacia a nivel internacional: sus respectivos Estados.

Este informe describió un conjunto de principios sobre los que debe regirse una OIS para cumplir con estos requisitos fundamentales y, por ende, gozar de legitimidad desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud pública. Estos principios representan los derechos negativos de la persona —la libertad frente a la coerción, la manipulación o la experimentación— que deben protegerse en todos los sistemas de salud pública, así como los requisitos estructurales para evitar que dichos principios se vean menoscabados por conflictos de intereses, incentivos perversos y los riesgos asociados a las grandes burocracias, a menudo privilegiadas. Por consiguiente, una OIS debe basarse en la preservación de la salud internacional: soberanía, rendición de cuentas, transparencia y la subordinación de la administración global a la acción individual y estatal.

Papel y funciones de la OHI

Históricamente, la mejora de la salud y la longevidad se asocian principalmente con una mejor nutrición, saneamiento y condiciones de vida. Más recientemente, estos determinantes fundamentales han propiciado mejoras adicionales en la salud con la llegada de los antibióticos. La vacunación masiva también ha desempeñado un papel importante en el tratamiento de enfermedades específicas. Estos determinantes principales de la salud, junto con el acceso a productos sanitarios a través de sistemas de salud competentes y accesibles, están estrechamente relacionados con el bienestar económico, mientras que la ausencia de enfermedades debilitantes tiene, a su vez, un impacto positivo en las economías. Por consiguiente, la salud pública y la economía están estrechamente vinculadas, y en última instancia, el objetivo de la mayor parte de la cooperación internacional actual en salud pública debería ser abordar estos principales impulsores del bienestar y

⁶¹⁴ Winslow CE (1920) [\] Los campos inexplorados de la salud pública. Science 51:23-33., citado en : https://sph.rutgers.edu/about/what-public-health](https://sph.rutgers.edu/about/what-public-health)

apoyar la construcción de sistemas nacionales de salud resilientes y sostenibles. Esto, a su vez, reducirá la necesidad de apoyo entre países en el futuro. Además, es fundamental seguir mejorando la eficiencia de la atención sanitaria a nivel mundial mediante el establecimiento de normas y estándares, la vigilancia epidemiológica y el intercambio de datos. Por lo tanto, una OIS también debería centrarse en apoyar a las naciones y comunidades para abordar estos determinantes fundamentales, con el objetivo de reducir su propio papel.

En consecuencia, el panel describe las funciones y los límites de una OMS reformada o de una OHI sucesora que sean coherentes con estos principios:

- **Diálogo político:** Facilitar la consulta y la coordinación abiertas y justas entre los países.
- **Orientación normativa y armonización:** Desarrollar y mantener normas sanitarias internacionales, incluido el Reglamento Sanitario Internacional, sin recurrir a la aplicación coercitiva.
- **Intercambio de conocimientos y datos:** Servir como repositorio de información fiable como bien público global, libre de influencias comerciales o privadas.
- **Fortalecimiento de capacidades:** Apoyar las estrategias nacionales y los sistemas de atención primaria de salud, haciendo hincapié en la asistencia técnica y la capacitación.
- **Centrarse en los determinantes fundamentales:** Dar prioridad a los principales impulsores de la mejora de la salud y la resiliencia (saneamiento, nutrición, educación y prevención de enfermedades crónicas) por encima de la gestión burocrática de emergencias.
- **Priorización de enfermedades:** Concentrar los recursos en las enfermedades prevenibles y de alta incidencia, tanto infecciosas como no transmisibles, en función del contexto y las necesidades locales.
- **Respuesta de emergencia equilibrada:** Integrar la respuesta a los brotes epidémicos dentro de la resiliencia sanitaria general como parte de un enfoque sistémico más amplio, no como una función de mando global separada.

- **Seguimiento y evaluación:** Mantener sistemas de datos transparentes, centralizados y estandarizados para realizar un seguimiento del progreso.

- **Respuesta nacional y regional:** Apoyar la puesta en práctica de la respuesta principalmente a nivel comunitario, nacional y regional.

- **Sostenibilidad:** Promover intervenciones con plazos definidos que desarrollen capacidades y que, en última instancia, hagan innecesaria la OHI y la asistencia multilateral más amplia, reduciendo la dependencia y fomentando la autosuficiencia y la apropiación nacional.

La deriva de la OMS

Este informe narra la transformación de la OMS, que pasó de ser un organismo técnico destinado a apoyar la salud pública internacional en una era de descolonización y reafirmación de los derechos humanos (en gran medida en consonancia con el modelo de la OHI que aquí se recomienda) a una burocracia politizada dirigida cada vez más por intereses no estatales y particulares.

- Las primeras décadas trajeron consigo triunfos, como mejoras en el acceso y el apoyo a los sistemas de salud, el fortalecimiento de programas específicos para enfermedades como la malaria y la tuberculosis, y, en particular, la erradicación de la viruela.
- En las décadas posteriores se observó una extralimitación de la misión, asociada a la dependencia de fondos específicos (aproximadamente el 80 % del presupuesto actual de la OMS) y a la alineación con agendas corporativas e ideológicas. El enfoque en programas verticales basados en productos básicos ha derivado en una reducción del alcance, descuidando la definición amplia de salud —física, mental y social— que la constitución de la OMS le exige abordar.
- La respuesta a la COVID-19 —marcada por mensajes contradictorios, censura y el descuido de la ciencia pandémica establecida— y el posterior énfasis desproporcionado en brotes agudos de baja incidencia por encima de los determinantes fundamentales de la salud, revela hasta qué punto la OMS se ha alejado de sus principios fundacionales.

Asimismo, sugiere una aceleración en un enfoque de la salud excesivamente biomedicalizado y centrado en la seguridad.

Este informe destaca algunas de las razones subyacentes de la pérdida del enfoque original de la OMS. A principios de 2026, el mayor donante de la OMS era una entidad privada, y aproximadamente el 80 % de su financiación, incluyendo casi todos los fondos privados, estaba destinada a fines específicos. La OMS debe acatar las exigencias de terceros, a menudo con claros intereses creados en determinados enfoques de salud pública, en lugar de recomendar decisiones políticas basadas en la carga de morbilidad controlable y la equidad. Lamentablemente, una posible consecuencia es que el beneficio económico o comercial se vuelve potencialmente tan importante para los resultados finales como la salud de la población. Una fuerza laboral cada vez mayor y altamente centralizada, financiada por estos fondos, tiene un interés inevitable en complacer a los financiadores y facilitar los resultados que desean, para mantener sus ingresos y la seguridad de su empleo.

Una consecuencia de estos cambios es el alejamiento del enfoque ortodoxo basado en los derechos humanos, que enfatiza la primacía de la soberanía individual en la toma de decisiones en materia de salud, y el consiguiente énfasis esencial en la inclusión y el control comunitarios en la implementación de la salud pública. El creciente énfasis en los programas verticales y las respuestas uniformes a desafíos complejos ha hecho que las políticas y recomendaciones de la OMS sean cada vez más discordantes con la concepción de la dignidad humana posterior a la Segunda Guerra Mundial y con los crecientes llamamientos a la descolonización y la apropiación nacional de las políticas de salud.

Los acuerdos sobre la pandemia de 2024-2025 (el Acuerdo sobre la Pandemia y el Reglamento Sanitario Internacional enmendado⁶¹⁵)⁶¹⁶ corren el riesgo de institucionalizar esta tendencia al centralizar la autoridad y legitimar la censura con el pretexto de combatir la «desinformación» y gestionar las «infodemias»,

consolidando las prioridades de financiadores específicos y tergiversando los riesgos relativos para la salud y los beneficios esperados de futuras inversiones ante los Estados Miembros.⁶¹⁷ El Acuerdo sobre la Pandemia también resulta perjudicial para muchos países de ingresos bajos y medios, que representan la mayor parte de la población mundial. Perpetúa prácticas injustas al imponer a los Estados con menos recursos exigencias poco realistas, como aspectos de la agenda «Una Salud» y otros requisitos para la desviación de recursos, mientras beneficia a quienes influyen en las políticas mediante financiación específica.

El legalismo inherente a los acuerdos sobre la pandemia, evidenciado además en el Convenio Marco para el Control del Tabaco y en la adhesión a los requisitos relacionados con el clima, demuestra una preocupante deriva hacia un enfoque dogmático en lugar de basarse en la evidencia y la ciencia de la salud pública. Esto amenaza con limitar a la OMS a las exigencias de agendas estrechas, sustituyendo las buenas políticas de salud pública por la adhesión a normas inflexibles, a menudo desconectadas del contexto local, la epidemiología cambiante y la comprensión establecida de los factores clave del bienestar.

La estructura de la OMS, con una sólida oficina central y un enfoque de recursos humanos diseñado para maximizar los beneficios de la permanencia dentro de la organización, la hace intrínsecamente vulnerable a los riesgos del crecimiento burocrático, la autopreservación y la expansión. Esto la hace susceptible a la influencia de actores no estatales con gran poder adquisitivo. A su vez, esto reduce la capacidad de la organización para reflejar la voluntad y las necesidades de las poblaciones a las que se supone que debe servir. Estos problemas estructurales dificultan intrínsecamente la reforma de la organización de manera que mejore su capacidad de respuesta a las poblaciones y los Estados Miembros, y restringen su capacidad para reducir la influencia de los intereses financieros creados en la formulación de políticas. En pocas palabras, la OMS tiene importantes problemas estructurales que le impiden funcionar como una Organización Internacional de la Salud (OIS) eficaz y adecuada.

⁶¹⁵ Organización Mundial de la Salud (2024). Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su versión enmendada. Ginebra: OMS.

https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf

⁶¹⁶ Mundial de la Salud (2025). Resolución WHA78.1 de la Asamblea Mundial de la Salud.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf

⁶¹⁷ Universidad de Leeds. Reevaluación de la Agenda de Preparación y Respuesta ante Pandemias (REPPARE).

<https://essl.leeds.ac.uk/directories0/dir-record/research-projects/1260/re-evaluating-the-pandemic-preparedness-and-response-agenda-reppare>

Reconstruyendo la cooperación internacional en materia de salud

El mundo atraviesa un periodo marcado por rápidos cambios en las relaciones internacionales, incluyendo reducciones en la ayuda internacional y llamamientos a la “descolonización de la salud global”⁶¹⁸. La reforma de la cooperación multilateral en materia de salud es oportuna y muy necesaria.

La reforma de la OIS como operador multilateral central en salud internacional (es decir, la OMS) debe basarse en algunos requisitos fundamentales:

- Una OIE no debe interferir en la salud individual y, por lo tanto, debe limitarse a actuar en el ámbito de la salud pública. La síntesis de la evidencia, las herramientas de transferencia de conocimiento, las normas y las directrices deben recordar que las características y preferencias de los pacientes deben evaluarse de forma individualizada por el profesional sanitario y el paciente, e idealmente, por sus cuidadores y familiares, de acuerdo con los principios de la atención centrada en la persona.⁸⁰³
- La OHI debería seguir apoyando la evaluación del desempeño y el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como ayudar a los Estados Miembros a reducir su dependencia de la ayuda externa. Podría, por ejemplo, abogar por la desfragmentación de la salud mundial y la transformación de la ayuda exterior en inversión en bienes públicos globales.⁶¹⁹

Las funciones centrales de una OHI deben (re)orientarse hacia los bienes públicos mundiales (incluido el diálogo sobre políticas globales, el trabajo conceptual sobre sistemas de salud, la gestión y difusión del conocimiento) y el apoyo técnico, a nivel sistémico, abordando los

determinantes de la salud y centrándose en las enfermedades de alta carga. En este sentido, el IHRP coincide en gran medida con algunas conclusiones de las recientes propuestas regionales encargadas por el Wellcome Trust para «reimaginar la salud mundial en esta nueva era».⁶²⁰

“Primero... que el sistema de salud global actual ha llegado a sus límites, y las reformas graduales no serán suficientes. Segundo, la descentralización emerge como inevitable... Tercero, se percibieron como esenciales nuevos modelos de financiación, reconociendo la volatilidad de la ayuda voluntaria y caritativa. ...A consenso de que la reforma...[debe incluir]...la atención primaria de salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la equidad”.

“Desde una perspectiva de gobernanza, se insta a que las futuras reformas redistribuyan el poder y favorezcan la gobernanza y el liderazgo en materia de salud a nivel nacional y regional”.

Es necesario fortalecer el principio de subsidiariedad mediante la regionalización, pero sin generar duplicación ni posible incoherencia en las tareas relacionadas con bienes públicos verdaderamente globales. Por lo tanto, tareas como la asistencia técnica, el apoyo al diálogo sobre políticas, la implementación de políticas, el seguimiento y la evaluación, y las directrices prácticas deben adaptar los bienes públicos globales a las necesidades de las regiones y los países. Esto permitiría una mejor adaptación del apoyo y la implementación para abordar las particularidades culturales,⁶²¹ así como el desarrollo de capacidades que respondan a las necesidades específicas de cada país.

La soberanía individual debe expresarse a nivel nacional e internacional mediante diversas formas de gobierno representativo. Desde 1945, la interdependencia global se

⁶¹⁸ Amri M, Filart J, Yang J et al. (2025) Descolonizando la salud global: una revisión exploratoria de sus componentes clave, acciones propuestas y contribuyentes | Global Health Research and Policy 10(54). <https://doi.org/10.1186/s41256-025-00436-8>

⁸⁰³ Duong DB, Holt B, Munoz C, Pollack TM (2024) Para y con las personas: anuncio de la Comisión de Salud Global de The Lancet sobre atención centrada en las personas para la cobertura sanitaria universal y una convocatoria para la nominación de comisionados - The Lancet Global Health 12(7): e1089 - e1090.

⁶¹⁹ Gosh J (2025) ¿Puede el fin de la 'ayuda exterior' ser el comienzo de la inversión pública global? Development Policy Review 43(5): e70028.

⁶²⁰ Saleh S, Campos Rivera PA, Lee K, Khor SK, Kyobutungi C (2025) La salud global reimaginada: funciones, estructuras y formas propuestas desde cinco regiones - The Lancet Global Health 13(11): e1801 - e1802.

⁶²¹ Por ejemplo, The Lancet Global Health (2025) Los asiáticos del sur necesitan acciones sobre enfermedades no transmisibles culturalmente informadas - The Lancet Global Health 13(10): e1654.

ha profundizado, al igual que la resistencia a la gobernanza global tecnocrática y centralizada, a menudo desvinculada de la legitimidad democrática. Esto se ha reflejado en la reafirmación de la independencia por parte de antiguas colonias y en la afirmación de los derechos humanos fundamentales en el derecho internacional. En los últimos años, una reafirmación populista o centrada en el pueblo de la soberanía puede interpretarse como un desafío a la extralimitación supranacional. Este informe considera que esta es una oportunidad para entablar un diálogo constructivo que permita abordar las deficiencias actuales y la expansión indebida de las misiones. La cooperación sigue siendo esencial, pero debe ser voluntaria, responsable, legítima y fundamentada en la igualdad soberana de los Estados.

La notificación de la retirada de Estados Unidos de la OMS en 2025 pone de manifiesto nuevas exigencias, en consonancia con las preocupaciones expresadas en este informe: se necesita una coordinación internacional científica, transparente y responsable, no politizada ni impulsada por los donantes. Si bien aún no se han determinado todas las repercusiones de la retirada estadounidense, la Estrategia Global de Salud «Estados Unidos Primero» que la acompaña hace hincapié en el fortalecimiento de capacidades y la promoción de la autosuficiencia en los países socios receptores, en consonancia con los principios fundamentales de salud pública que fueron prioritarios en las primeras décadas de la OMS y las recomendaciones de este informe.

El rechazo a los primeros borradores del Acuerdo sobre la Pandemia y las recientes enmiendas al RSI evidencian un reconocimiento similar por parte de los Estados de ingresos bajos y medios de un desequilibrio de poder persistente, y posiblemente creciente, que se asemeja al de la época colonial, con una centralización cada vez mayor, enfoques autoritarios e intereses creados que ponen en riesgo el bienestar y la salud de sus poblaciones. Una OIS que ubica su sede y su campus principal en uno de los Estados más ricos del mundo, cada vez más dependiente de la financiación directiva privada y estatal, parece incompatible con las aspiraciones de autonomía y soberanía nacionales. El mundo tiene cada vez más la necesidad, y la oportunidad, de replantearse la forma en que coopera en materia de salud.

Principios para la estructura y gobernanza de la OHI

Con base en el enfoque adoptado en este informe, reiterando los principios de derechos humanos y salud pública que deben regir la cooperación internacional ética

en materia de salud pública, y reconociendo las deficiencias y la desviación de los enfoques actuales de cooperación multilateral en salud, la gobernanza y la estructura de una OHI eficaz y apropiada diferirían de las de la OMS actual. Se destacan los siguientes requisitos:

Constitución

- Incorporar a la constitución, como principios rectores inviolables para la formulación de políticas y su implementación, los derechos humanos fundamentales basados en la soberanía individual y la consiguiente ética médica y de salud pública que se analizan en este informe.
- Codificar la igualdad de los Estados, la independencia de la organización respecto de los actores no estatales y establecer mejores controles y equilibrios para prevenir la captura.
- Exigir la aprobación por mayoría cualificada para las enmiendas, garantizando así la estabilidad de su propósito y la inmunidad frente a la manipulación política o comercial.
- Cláusulas explícitas sobre conflictos de intereses y requisitos de transparencia financiera.

Estructura

- Organización descentralizada: Las oficinas regionales tienen responsabilidad operativa, de acuerdo con las agrupaciones regionales o subregionales existentes de la OMS [por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Oficina Regional de Asia Sudoriental (SEARO), África Occidental, Central y Oriental].
- Personal más reducido y modular: Concentrar los recursos a nivel regional y nacional en lugar de en una sede central dominante al estilo de Ginebra, garantizando una dotación de personal equitativa que priorice la experiencia regional. Mejorar la cooperación con los organismos regionales para movilizar el conocimiento local y aumentar la capacidad local.
- Representación directa por país: bloques de votación más pequeños para equilibrar la influencia entre los Estados grandes y pequeños.

- Secretaría simplificada: Liderazgo limitado a la coordinación, la gestión del conocimiento y la facilitación.

Contratación de personal

- Implementar límites de mandato, rotación y servicio externo periódico para evitar la osificación institucional.
- Priorizar la competencia técnica y la experiencia sobre el terreno por encima del clientelismo político.
- Establecer requisitos claros de divulgación de conflictos de intereses y de período de reflexión para el personal que se traslade al sector privado o que provenga de él.

Fondos

- La financiación de todo el personal y las operaciones se basará en las contribuciones nacionales obligatorias para preservar la independencia.
- Si se aceptan fondos voluntarios o privados, estos deben permanecer sin especificar su procedencia y dentro de límites transparentes y preestablecidos.
- Las fórmulas presupuestarias deben asignar recursos que reflejen las necesidades de las regiones de bajos ingresos y con una alta carga de morbilidad, haciendo hincapié en programas de desarrollo de capacidades con plazos definidos, estructurados para lograr la autosuficiencia y la apropiación nacional.
- Exigir la divulgación pública completa de todos los donantes y las contribuciones destinadas a fines específicos.

Sobre la base de estos requisitos estructurales, una OHI debería hacer hincapié en ciertos enfoques a largo plazo para el desarrollo de programas:

Visión a largo plazo

1. Construir una OHI que actúe principalmente como foro y facilitador, no como autoridad rectora.

2. Hacer hincapié en el desarrollo de capacidades por encima del control, y en la soberanía por encima del control supranacional.

3. Diseñar programas de duración limitada que fortalezcan los sistemas locales en lugar de perpetuar la dependencia.

4. El éxito no debe medirse por la expansión de la OHI, sino por su progresiva sustitución a medida que maduran las capacidades nacionales.

Transición a una estructura IHO apropiada

Tras constatar la necesidad de una OHI, el panel también reconoce los obstáculos para reformar o sustituir la OMS:

- Las estructuras centralizadas y la burocracia anquilosada se resistirán a la redistribución del poder.
- Un denso ecosistema de asociaciones público-privadas, actores estatales y no estatales, y una fuerza laboral global de salud arraigada, que tiene intereses creados en el modelo existente.
- Una cultura de liderazgo arraigada en la estrecha colaboración con el sector privado ha normalizado la opacidad y la comunicación basada en el miedo.

El objetivo de este informe no es predecir si una nueva OIS reemplazará a la OMS ni cuándo se emprenderán reformas importantes; la transición depende enteramente de la dinámica de las relaciones internacionales. Sin embargo, como se señala en este informe, gran parte de la dirección actual es contraria a las mejoras necesarias. Por lo tanto, proponemos diferentes escenarios y las normas jurídicas internacionales aplicables, sin entrar en detalles técnicos ni políticos.⁶²²

1. Reforma de transición profunda. El primer escenario —una OHI con una nueva estructura podría reemplazar a la OMS actual mediante un proceso de transición coordinado y deliberativo—, esencialmente una reforma profunda de toda la organización. La historia ha sido testigo de la disolución de la Sociedad de Naciones y la creación de la ONU al final de la

⁶²² Para un análisis exhaustivo del derecho internacional y las organizaciones internacionales, véase Daugirdas, Kristina. «Cómo y por qué el derecho internacional vincula a las organizaciones internacionales». Harv. Int'l LJ 57, n.º 2 (2016): 325-81.

Segunda Guerra Mundial, lo que podría considerarse una transformación bajo el lema de "reemplazo". Este escenario implicaría necesariamente la disolución de la OMS por su órgano deliberativo (la Asamblea Mundial de la Salud) y la creación de una nueva OHI por un grupo de Estados patrocinadores. Una nueva organización puede conservar activos valiosos —como las redes de oficinas nacionales y regionales— al tiempo que redefine su gobernanza y propósito. Las estructuras regionales podrían racionalizarse (por ejemplo, dividiendo África en bloques más coherentes de Occidente, Oriente, Centro y Sur; desacoplando Asia Central de Europa) para lograr una subsidiariedad significativa y garantizar que el contexto y el control locales sean primordiales.

2. Desarrollo de una organización alternativa . En el segundo escenario, la OHI podría estar constituida únicamente por Estados que ya no son miembros de la OMS (membresía exclusiva), mientras que la OMS continuaría funcionando como una organización central de salud dentro del sistema de la ONU. En ese caso, sería improbable que la nueva OHI también formara parte del sistema de la ONU, al menos hasta que alcanzara un número suficiente de miembros, debido a la posible competencia de mandato con la OMS. Esto dependerá en cierta medida del grado de superposición entre sus funciones y de si se consideran complementarias.
3. Desarrollo de una organización paralela y superpuesta . En el tercer escenario, la OHI incluirá no solo a los Estados que ya no son miembros de la OMS, sino también a aquellos que prefieren seguir siéndolo (doble membresía). Un aumento gradual de miembros abrirá la posibilidad de que la OHI reemplace a la OMS en el sistema de la ONU, si así lo decidieran los Estados miembros de la ONU. Alternativamente, dicha organización podría seguir siendo complementaria a una OMS más centrada. Podría sustituir ciertas funciones, como la preparación y gestión de emergencias, menos compatibles con una OIS cuyo mandato principal es abordar los determinantes de la salud, la orientación normativa y el apoyo al desarrollo de capacidades en los que debería centrarse una OIS mundial como la OMS.

Fundamental en cualquier período de transición, sería necesario:

1. Impulsar la reforma a través de un proceso externo, liderado por el Estado, en lugar de utilizar los mecanismos internos de la OMS.
2. Garantizar que el liderazgo, la dotación de personal y la toma de decisiones sean independientes de la dirección ajena al Estado (por ejemplo, del sector privado o de fundaciones filantrópicas).

En cualquier caso, sería claramente preferible que los Estados conservaran los componentes útiles de la estructura actual de la OMS (por ejemplo, las oficinas en los países y, posiblemente, el personal), pero que reestructuraran la gobernanza y las finanzas. Esto sería más fácil de implementar en el escenario 1, pero conllevaría posibles deficiencias de la organización actual. También es crucial señalar que los escenarios 2 y 3 podrían tener desventajas significativas y previsibles, como el aumento de los costos de transacción, la duplicación de políticas, una mayor fragmentación, costos de oportunidad y la dilución de recursos. Además, la idea de que la creación de una nueva institución anule el poder indebido por el mero hecho de crearla es cuestionable, ya que subsistirá la amenaza de que cualquier nueva institución pueda ser capturada, con consecuencias aún peores. Por lo tanto, independientemente del escenario, el panel insiste en que los principios y recomendaciones descritos en este informe deben entenderse como fundamentales, orientadores de la acción y como salvaguardas para el desempeño.

Además, cabe señalar que la pertenencia a la ONU no es un requisito para ser miembro de la OMS. Actualmente, las Islas Cook y Nieuwe Oost-Indië son miembros de la OMS pero no de la ONU, y Liechtenstein es miembro de la ONU pero no de la OMS (aunque es parte del RSI). Estados Unidos y Argentina, al abandonar la OMS, también permanecen en la ONU. Los Estados patrocinadores de cualquier nueva OHI deberán abordar la cuestión política de la posible participación de territorios autónomos como Taiwán y entidades autoproclamadas independientes como Somalilandia. Esta cuestión será decidida en última instancia por los Estados soberanos, quienes sopesarán los pros y los contras en cuanto a los beneficios para la salud pública, así como las consecuencias políticas.

Conclusión

El informe «*El derecho a la soberanía sanitaria*» concluye que la recuperación de la confianza en la gobernanza sanitaria internacional depende de redescubrir los fundamentos morales de la medicina y las responsabilidades soberanas del Estado nación para promover la salud de su población. El modelo actual de la OMS —centralizado, controlado por los donantes e impulsado por ideologías— podría no ser capaz de afrontar este desafío. Este deterioro en la principal agencia multilateral de salud del mundo es resultado de presiones tanto internas como externas, pero se ha producido bajo la supervisión de sus Estados miembros. Solucionar el problema, ya sea mediante una reforma o una sustitución, requerirá la acción de los Estados, quienes, en última instancia, son responsables de los fracasos de las agencias multilaterales. Las reducciones actuales en la financiación de la OMS y los reajustes tras la salida de Estados Unidos representan una oportunidad y un imperativo para lograrlo. Ninguna institución humana, ya sea a nivel estatal o internacional, estará exenta de la realidad de las diferentes agendas, los intereses creados e incluso la codicia humana. Las prioridades variarán entre personas y pueblos por diversas razones que dificultan el logro del consenso, pero hacen que la consulta sea esencial. Por lo tanto, es fundamental que cualquier institución que fomente la cooperación internacional en materia de salud esté estructurada para minimizar estos riesgos, garantizar la representatividad y reflejar la voluntad de las poblaciones a las que está destinada a servir, al igual que deben estar estructurados los Estados que la conforman.

El futuro de la salud global reside en una arquitectura ética y descentralizada, diseñada para servir a las personas a través de sus Estados, no para gobernarlas. Una Organización Internacional de la Salud basada en la responsabilidad soberana, la subsidiariedad y la ética integraría principios morales universales (beneficencia, no maleficencia, confidencialidad del paciente, consentimiento informado voluntario) y, en consecuencia, un conjunto de principios de salud pública derivados de estos, incluyendo una arquitectura de rendición de cuentas, apropiación nacional, capacidades locales y descentralización. Preservaría los beneficios de la cooperación al tiempo que defendería las libertades de las personas y los Estados soberanos.