
La Organización Mundial de la Salud y los problemas de delegación en la consolidación de un régimen de seguridad sanitaria

Recibido: 19 julio 2022 Aceptado: 02 enero 2023

María Esther Coronado Martínez¹

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar el Reglamento Sanitario Internacional 2005 como un régimen, y determinar su funcionalidad y sus limitantes. La investigación comienza con las preguntas, ¿cuáles son los desafíos para consolidar el Reglamento Sanitario Internacional como un régimen de seguridad sanitaria? y ¿cuáles son los retos para la Organización Mundial de Salud para consolidar dicho régimen? Para responder estas preguntas la investigación propone analizar el tema desde una perspectiva agente-principal dentro de dos dilemas que se identifican en el RSI 2005: el de seguridad en salud, donde el Estado tiene imperativos sobre su soberanía; y el de desarrollo, que implica la necesidad de crear capacidades de preparación y respuesta a nivel mundial.

Palabras clave: Reglamento Sanitario Internacional 2005,

Organización Mundial de la Salud, seguridad sanitaria

Abstract

This article aims to analyze the 2005 International Health Regulations (IHR) as a regime and determine its functionality and limitations. The research presents two main questions: What are the challenges to consolidating the International Health Regulations as a health security regime? and what are the challenges for the World Health Organization to strengthen this regime? To answer these questions, the research proposes to analyze the issue from a principal-agent perspective within two dilemmas identified in the implementation of the IHR 2005: the first related to health security and when the State's sovereignty imperatives dominate the policy agenda. The second dilemma is development, which

¹ Profesora de asignatura en Universidad Nacional Autónoma de México, Nacionalidad: mexicana, ORCID: 0000-0002-5196-2782, email: mcoronadom@derecho.unam.mx

*implies creating global preparedness
and response capacities.*

Keywords: *International Health
Regulations (2005), World Health
Organization (WHO), health security*

1. Introducción

En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un Reglamento Sanitario Internacional (RSI) actualizado en el cual se pretendía reflejar las lecciones internacionales aprendidas en el manejo de emergencias sanitarias después de la experiencia con Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) (*Severe acute respiratory syndrome*) en el 2003 y el surgimiento del virus de la influenza aviar H5N1. Este acuerdo vinculante tenía como objetivo proporcionar un marco actualizado y adaptado a las nuevas circunstancias para la gestión, la preparación y la respuesta a las emergencias de salud pública producidas por la propagación de enfermedades y otras amenazas potenciales para la salud. Sin embargo, los recientes brotes pandémicos que el mundo ha vivido desde la aprobación del RSI 2005 han mostrado sus limitaciones para alcanzar sus objetivos.

La relevancia, las normas y los principios del instrumento crearon las condiciones para que este pudiera ser considerado la base de un régimen de seguridad sanitaria. Según la teoría, un régimen internacional es "una institución social que consiste en un conjunto acordado de principios, normas, reglas y procedimientos implícitos y explícitos en torno a los cuales convergen las expectativas de los actores en un área temática particular (Levy et al., 1995, p.274)."

Desde sus inicios, el RSI 2005 se creó para establecer normas y procedimientos para abordar los temas de seguridad sanitaria. Surge como una versión transformada y adaptada a todo "tipo de amenazas" después de que muchos eventos expusieran la creciente vulnerabilidad de los países a las enfermedades infecciosas y las amenazas para la salud pública. Ello condujo a un cambio normativo en la gobernanza internacional de la salud, ya que los gobiernos buscaban un mecanismo eficaz para proporcionar vigilancia y respuesta a las enfermedades infecciosas y reducir las desigualdades en las capacidades y el acceso a los recursos en todos los países para la seguridad sanitaria (McDougall et al., 2008).

Al respecto, el RSI 2005 estableció normas jurídicas y operativas para la prevención y gestión mundiales de brotes y otras emergencias de salud pública. Además,

reflejaba la voluntad de la comunidad internacional de "aceptar nuevas formas de autoridad supranacional que conduzcan a la evolución de la gobernanza de la salud internacional hacia un régimen mundial de seguridad de la salud pública" (McDougall et al., 2008).

Aunque el RSI 2005 tiene las características de un régimen, no ha habido un estudio específico que analice esta perspectiva, los incentivos para su formación, sus desafíos y las implicaciones frente a nuevas amenazas. Las experiencias con pandemias recientes también han traído escrutinio sobre su funcionalidad y sus limitantes. Por lo tanto, esta investigación comienza con las preguntas, ¿cuáles son los desafíos para consolidar el Reglamento Sanitario Internacional como un régimen de seguridad sanitaria? y ¿cuáles son los retos para la Organización Mundial de Salud (OMS) para consolidar dicho régimen?

Este trabajo plantea que el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 ha estado en proceso de consolidación como un régimen de seguridad sanitaria desde su aprobación. La teoría de los regímenes internacionales considera que la formación de un régimen se divide en tres fases principales: formación de la agenda, elección institucional y operacionalización. Aunque todos los pasos tienen dificultades, el más desafiante es el proceso de operacionalización, ya que “requiere que los estados-nación introduzcan las reglas acordadas en su jurisdicción” (Levy et al. 1995, p. 282). Existen dos retos mayores para la operacionalización y consolidación de un régimen de seguridad sanitaria: la creación de capacidades de vigilancia y bioseguridad y, al mismo tiempo, considerarse parte de la agenda de seguridad. Estos problemas, posteriormente denominados desafíos de desarrollo y de seguridad, están interrelacionados y sujetos a una combinación de factores endógenos y exógenos que condicionarán la consolidación del régimen y su eficacia futura.

Estos desafíos además se enmarcan en una problemática mayor que se da a partir de las constantes limitantes que enfrenta la OMS desde una perspectiva agente-principal. Desde esta visión, podemos analizar la difícil relación entre la OMS y sus Estados Miembros, y los desafíos para la consolidación del régimen considerando que existen problemas en delegación de autoridad que los Estados han otorgado a esta organización, y que a su vez también permite entender los límites que tiene dicho acuerdo para la cooperación internacional.

El análisis de esta relación es complejo y por lo tanto crea límites para este estudio, ya que no se cuentan con los recursos para hacer una investigación más

avanzada más allá de un análisis documental. A la fecha de la publicación de este artículo, los Estados Miembros de la OMS están decidiendo si el RSI será modificado de acuerdo con la experiencia con COVID-19 lo que podría eliminar algunos de los supuestos en este trabajo.

Para analizar estos aspectos, este documento se divide de la siguiente manera: la sección 2 se explican los antecedentes y las características del RSI como régimen de seguridad sanitaria; en la sección 3 se presenta el marco teórico para evaluar el RSI como régimen internacional y el problema agente principal; en la sección 4 se analizan los desafíos para la consolidación del régimen; y en la sección 5 se presentan las observaciones finales.

2. ¿Por qué necesitamos un régimen de seguridad sanitaria? La evolución de la seguridad sanitaria y el Reglamento Sanitario Internacional 2005

La OMS expresó su preocupación por la creciente amenaza de los brotes de enfermedades pandémicas por primera vez en 1995. Señalando la necesidad de incrementar la movilización y coordinación internacional para enfrentar las amenazas a la salud pública, mismo que influyó en la agenda global a diferentes niveles. Además de este interés, los países y las organizaciones multilaterales reconocieron una vulnerabilidad significativa a las armas biológicas, químicas y radio nucleares. Por lo tanto, era necesario crear contramedidas eficaces para hacer frente a esas amenazas.

Sin embargo, una referencia formal y directa a la seguridad sanitaria apareció por primera vez en el *Informe sobre la salud en el mundo: un futuro más seguro: la seguridad de la salud pública mundial en el siglo 21*. El documento definió la seguridad sanitaria como "las actividades requeridas para minimizar la vulnerabilidad a eventos agudos de salud pública que ponen en peligro la salud colectiva de la población que vive a través de regiones geográficas y fronteras internacionales (OMS, 2007, p. ix)".

Aunque la seguridad sanitaria en general hace hincapié en la aparición de enfermedades infecciosas, el concepto se ha aplicado ampliamente a un contexto de "todo tipo de amenazas" para la salud humana. Esto incluye el uso de un virus, como la viruela, como arma biológica; o un brote de nuevas enfermedades como la COVID-19 o la gripe pandémica. Dado que este régimen está orientado hacia eventos que aún no se han producido, se busca implementar sistemas de preparación cuya probabilidad de ocurrencia es desconocida, pero hay un cálculo

esperado de efectos negativos a la política y economía. Sin embargo, las consecuencias para la salud son inciertas y podrían ser incalculables.

Por lo tanto, el Reglamento Sanitario Internacional tiene como objetivo poner en práctica medidas para prevenir, contener y estar preparado para enfrentar las amenazas a la salud producidas por las enfermedades infecciosas. Hay que considerar que ni el RSI 2005 ni los problemas que abordan son nuevos. EL RSI 2005 contiene normas actualizadas creadas para enfrentar las enfermedades infecciosas dentro del entorno contemporáneo, el mismo contexto que llevó a la conceptualización de la seguridad sanitaria.

La fusión de los problemas de seguridad y salud ha sido la consecuencia de varios factores, entre ellos:

- La globalización y el aumento de los flujos comerciales y el número de personas que viajan por todo el mundo. El número creciente de vuelos transcontinentales y la revolución tecnológica permiten que el transporte y las comunicaciones vayan más rápido que nunca (Wilson, 2003). Estos procesos también han influido en la globalización de las enfermedades infecciosas, a través del resurgimiento de enfermedades aparentemente erradicadas y la producción de nuevas amenazas transnacionales, haciendo que los Estados sean menos capaces de asegurar sus fronteras nacionales a través de intervenciones de salud tradicionales, como la cuarentena (Kaufmann, 2007; Brown, 2011; Budd et al., 2011; Fidler, 2004; Hoffman, 2010).
- La falta de control sobre las epidemias existentes en los países en desarrollo. Existe una creciente preocupación en los países desarrollados debido a una serie de brotes de patógenos microbianos, incluidos el SARS, la gripe aviar, el virus del Nilo Occidental y la enfermedad por el virus del Ébola, que demostraron que las enfermedades infecciosas tienen el potencial de afectar la estabilidad económica y política del estado y la salud de sus ciudadanos (Ali y Keil, 2008; Collier y Lakoff, 2008; Davies, 2008; Davis, 2005; McInnes y Lee, 2006; Wilson, 2003; Kaufmann, 2007).
- Las catástrofes naturales, los conflictos y las emergencias humanitarias exacerban la situación, especialmente las poblaciones vulnerables como los refugiados (Kaufmann, 2007).
- El cambio climático y el daño ambiental como facilitadores en la propagación de ciertas enfermedades como la transmitida por vectores (como la malaria o

el Zika). La sobreexplotación de la naturaleza, el creciente contacto entre humanos y animales salvajes, y la producción ganadera industrializada con la creciente conexión entre humanos y animales domésticos están provocando entornos peligrosos que facilitan el surgimiento de nuevos patógenos que potencialmente pueden causar epidemias (Kaufmann, 2007).

- El uso inadecuado de antibióticos que ha acelerado el desarrollo de microbios resistentes (Kaufmann, 2007).
- El contexto geopolítico de la posguerra fría, las preocupaciones de gobernanza global y el marco de seguridad global desencadenado por el 9/11 así como por los ataques de ántrax de los Estados Unidos. Estos han exacerbado los temores sobre el bioterrorismo y la posibilidad de que los grupos terroristas y cualquier persona o Estados corruptos y totalitarios (*rogue states*) tengan un acceso fácil a las tecnologías para desarrollar y desplegar virus como armas (Davies, 2008; Francés, 2009; Ingram, 2005; McInnes y Lee, 2006; Kaufmann, 2007). En este sentido, Price-Smith (2010) e Ingram (2005) señalan que la seguridad sanitaria es la consecuencia de la globalización que ha trastocado las nociones establecidas de soberanía, y las enfermedades ahora están asociadas con el potencial de amenazar la estabilidad del Estado, con implicaciones políticas y de seguridad.

Por lo tanto, el principio central de la seguridad sanitaria mundial ha sido fortalecer la capacidad de detectar y contener tanto los brotes naturales como los provocados por el hombre para proteger a la salud pública de la comunidad y contribuir a una mejor preparación para el bioterrorismo (Heymann, 2003).

Dado que la globalización ha hecho posible la propagación de una enfermedad en todo el mundo en cuestión de horas, la cooperación internacional es el mejor instrumento para prevenirla y contenerla. En ese sentido *The Lancet* es contundente al decir que "para garantizar la seguridad sanitaria mundial, los países tienen que proteger el bienestar de sus propios pacientes y los de otras naciones". Jones agrega que la única ruta para minimizar los riesgos es la cooperación a escala global para: 1) fortalecer la vigilancia global de enfermedades infecciosas, y 2) fortalecer los sistemas nacionales de salud pública de los países de todo el mundo (2006). En este sentido, se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional 2005 para establecer las normas de cooperación para prevenir y preparar al mundo para una futura emergencia sanitaria.

Una breve historia del RSI

Como se mencionó, el RSI 2005 son normas sanitarias actualizadas y adaptadas a los cambios que trajo el siglo XXI en materia de prevención y respuesta a enfermedades. En 1951, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), como el primer conjunto de normas internacionales para guiar las medidas de control de enfermedades infecciosas. En 1969, el RSI se transformó, imponiendo amplios requisitos para todos los Estados miembros para el control de seis enfermedades: viruela, cólera, fiebre amarilla, tifus, y peste. Los gobiernos estaban obligados a notificar a la OMS de cualquier caso humano con una de estas seis enfermedades dentro de su territorio (Youde, 2011). En 1981, el número de enfermedades se redujo a tres después de que se erradicó la viruela, y cuando las otras enfermedades ya no se consideraban una amenaza importante para los seres humanos. Kamradt y Rushton (2012) consideran que el problema con estas regulaciones fue la falta de cumplimiento, ya que los gobiernos estaban principalmente preocupados por las posibles consecuencias de informar sobre los brotes, como la imposición de restricciones comerciales por parte de otros Estados.

En 1995, la OMS y sus Estados miembros acordaron que era necesario un nuevo conjunto de normas para hacer frente a los nuevos desafíos, y que era especialmente necesario ampliar el alcance de las enfermedades sujetas a regulación sanitaria. Esto permitió establecer una nueva agenda para la creación de sistemas de vigilancia de enfermedades en tiempo real para proporcionar una "alerta temprana" de posibles brotes en todo el mundo como protección contra la propagación de enfermedades (Kamradt y Rushton, 2012). Aunque la agenda fue importante desde el principio, hubo dos eventos internacionales que aseguraron la adopción de un régimen internacional: el brote de SARS y el potencial pandémico del virus de la gripe aviar H5N1.

La fuente cambio: SARS y H5N1

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), que surgió en China en 2002, fue el primer brote de una enfermedad infecciosa en el siglo XXI. La rápida propagación del patógeno entonces desconocido coincidió con la erupción del H5N1 en la misma región. La negativa de China a reconocer la amenaza para la salud dentro de sus fronteras nacionales causó gran preocupación entre la comunidad internacional. El ex director regional de la Región del Pacífico Occidental aseveró en alguna ocasión que el SARS "no fue un gran asesino, pero causó más miedo y trastornos sociales que cualquier otro brote (WHO, 2006)". Este pánico fue claro en lugares

como Canadá, donde la crisis "paralizó el sistema de atención médica de Toronto durante la primavera de 2003, y la amenaza aún mayor de la gripe aviar y humana H5N1 (Avery, 2010, p.8)". El primer caso de SARS se identificó en un hombre en la ciudad de Foshan, Guangdong, el 16 de noviembre de 2002, pero fue hasta marzo de 2003 cuando la OMS emitió una alerta mundial. Para el 15 de marzo, la nueva enfermedad había sido nombrada SARS, un nuevo tipo de coronavirus que está asociado con enfermedades de las vías respiratorias superiores (WHO, 2006). Al mismo tiempo, el virus H5N1 fue identificado el 19 de febrero de 2003 por primera vez en un niño de nueve años en Hong Kong. La confusión de la situación sanitaria en China y la identificación de la gripe aviar en los seres humanos agravaron aún más las preocupaciones mundiales sobre un nuevo brote de gripe y pusieron en tela de juicio la eficiencia del sistema internacional de salud (WHA, 2006).

En el caso del H5N1, el virus apareció por primera vez en Hong Kong en 1995 en granjas avícolas; en 1997, el virus pasó de los animales a los humanos, matando a 6 de cada 18 personas infectadas (Enemark, 2009). La identificación de más casos de H5N1 en 2003 (durante el brote de SARS) confirmó el hecho de que la cepa de gripe aviar todavía estaba en el medio ambiente y se propagaba a través de aves silvestres, migratorias y poblaciones de aves de corral domésticas a Europa, India, Oriente Medio y África (Enemark, 2009). El efecto inesperado del SARS y la amenaza persistente de la influenza aviar H5N1 desafiaron dramáticamente los sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades transmisibles que funcionaban en ese momento a nivel nacional e internacional.

Uno de los principales problemas surgió por la demora de China en reconocer el brote del virus, lo cual limitó la capacidad de la OMS para dar una respuesta rápida y retrasó la participación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN por sus siglas en inglés) (WHO, 2006). Esta asociación, fue creada en 2000 para proporcionar colaboración técnica para la identificación, confirmación y respuesta a los brotes, pero sólo fue capaz de ayudar a China después de febrero de 2003, cuando el virus ya se había propagado a través de varias regiones de la población.

Estos eventos requirieron el reconocimiento de la salud pública como un "asunto serio" desde una perspectiva de salud global, abogando por una mayor cooperación y transparencia entre los países. Las enfermedades y los problemas para hacerles frente refuerzan la necesidad de respuestas colectivas a los brotes y la necesidad de intensificar la colaboración internacional y la creación de capacidades en común (McDougall, 2008).

Parte del problema para hacer frente a las amenazas emergentes fue que el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 1969 sólo exigía a los países que notificaran tres enfermedades transmisibles. Reconociendo la necesidad de reformar las prácticas existentes para prevenir y responder a un futuro brote, el 28 de mayo de 2003, la Asamblea Mundial de la Salud emitió la resolución WHA56.28. Esta resolución estableció un grupo de trabajo intergubernamental para la revisión del RSI basado en "los estrechos vínculos entre el Reglamento y las actividades de alerta y respuesta ante brotes de la OMS, que han identificado los principales desafíos que deben afrontarse en la revisión del RSI" y "la insuficiencia del Reglamento vigente, y la necesidad urgente de que la OMS y sus asociados internacionales emprendan acciones específicas no abordadas por el Reglamento" (OMS, 2005 p.5). En 2005 se publicó el Reglamento Sanitario Internacional revisado, con el objetivo de prevenir la propagación internacional de enfermedades mediante la detección temprana y la respuesta eficaz a los acontecimientos que plantean un riesgo para la salud pública.

Las disposiciones sobre vigilancia de los IHR de 2005 fueron el resultado de una solicitud internacional de una mejor estrategia para hacer frente a las amenazas mundiales planteadas por los microbios altamente patógenos y otras posibles emergencias internacionales de salud pública. Este enfoque fue distintivo ya que por primera vez se establecieron obligaciones de vigilancia vinculantes, que cubren un número más amplio de amenazas potenciales que podrían surgir del uso malévolo de patógenos o del mundo microbiano (Baker y Fidler, 2006, 155).

3. Teoría del régimen y problemas agente principal

La teoría de los regímenes internacionales ofrece un enfoque integral para comprender la importancia y el papel del Reglamento Sanitario Internacional 2005 en la salud global. Un régimen es diferente de una organización, esta última es una institución formal con una estructura material que se ocupa de muchos temas en un área general. Por el contrario, los regímenes surgen para abordar problemas particulares en un área temática (Levy et al., 1995). Así, un régimen se define como "principios, normas, reglas y procedimientos de toma de decisiones implícitos o explícitos en torno a los cuales convergen las expectativas de los actores en un área determinada de las relaciones internacionales" (Krasner, 1983, p.1).

Los elementos considerados en la definición son pertinentes para entender por qué un instrumento internacional puede considerarse un régimen. La mayoría de los estudiosos creen que las normas y los principios son las características definitorias

esenciales de un régimen (O'Meara, 1984; Levy et al., 1995). Estos no necesariamente tienen que provenir de un acuerdo vinculante, pero tienen que imponer una estructura para guiar el comportamiento de los estados. O'Meara considera que los regímenes son necesarios ya que "las reglas y procedimientos pueden modificarse con el tiempo a medida que cambian las condiciones, pero deben seguir siendo coherentes con las normas que sustentan el régimen (1984, p. 246)". Por lo tanto, las reglas, principios y normas son la base de cualquier régimen, y los cambios en ellos conducirán a un régimen diferente.

Por otro lado, un régimen se ocupa de forma temporal de un tema concreto. Un régimen surge para abordar un problema que requiere reglas y normas claras para guiar la colaboración. Dada la dificultad del tema, se considera que todos estarían mejor si cooperaran para resolverlo. Krasner cree que "en un mundo de Estados soberanos, la función básica de los regímenes es coordinar el comportamiento del Estado para lograr los resultados deseados en estados de áreas temáticas particulares" (1983, p. 2).

Aunque hay debates contemporáneos sobre por qué los Estados-nación crean regímenes para cooperar, no es parte de este estudio abordar ese tema. Sin embargo, es necesario explicar que este documento considera la formación de regímenes como la consecuencia de las elecciones hechas por actores racionales que buscan maximizar los beneficios de la cooperación. En este sentido, bajo esta perspectiva, se establece además una relación agente-principal, donde los principales han delegado la implementación de una política acordada a una organización internacional (Hawkins et al., 2006). Los Estados-nación son actores racionales que eligen cooperar y crear un régimen para disminuir el costo de transacción y la incertidumbre, y obtener la información necesaria para obtener el mejor resultado posible de acuerdo con sus intereses. A este respecto, los regímenes internacionales mejoran el entorno contractual y, por lo tanto, estabilizan y promueven la cooperación (Levy et al., 1995). La delegación de ciertas tareas a la organización internacional también reduce las externalidades, facilita la toma de decisiones colectiva y ayuda a resolver disputas (Hawkins et al., 2006, p.23). Los principales contratan a los agentes para crear eficiencias diseñando esquemas que generen una relación donde la principal contrata al agente para llevar a cabo ciertas actividades (Hamman et al., 2010).

En los regímenes se da una relación agente-principal, que puede ser beneficiosa para la cooperación mejorando la situación de todos los participantes. Dado que existe esta relación, existen también conflictos ya que no siempre se alinean las

preferencias de los principales con el agente, y se puede dar un conflicto de interés. La relación también se da dentro de un cierto nivel de incertidumbre. Sin embargo, los regímenes pueden reducirla "al aumentar la transparencia mutua del comportamiento y vincular los problemas a través del tiempo; y mitigar el miedo a hacer trampa o ser explotado por las otras partes, facilitando que se involucren en la colaboración" (Hasenclever et al. 2000, 7). Por otro lado, hay quienes argumentan que los principales (los Estados) delegan cierto nivel de soberanía, ya que delegan autoridades parciales y específicas para ciertas actividades (Lake, 2007). En este sentido, podemos determinar que "las organizaciones internacionales y los Estados están sujetos a una relación de interdependencia y conflicto potencial con implicaciones directas sobre los procesos de decisión" (Zamudio, 2012, p.119).

Los regímenes son construcciones hechas por estados soberanos para controlar un entorno complejo actuando juntos (O'Meara, 1984). Bajo esta noción, los regímenes surgen para reducir los problemas de acción colectiva al afectar el comportamiento de los países. Esto sucede de diferentes maneras, como aumentando la transparencia del comportamiento de los actores relevantes; reducir los incentivos para desertar, ya sea imponiendo sanciones a los infractores o alargando la "sombra del futuro" sobre los temas en cuestión; reducir la incertidumbre, proporcionar una mejor imagen del problema y; reducir los costos de transacción al hacer innecesario hacer frente a las consecuencias del comportamiento estratégico una y otra vez en la misma área temática (Keohane, 1985). Por lo tanto, "los regímenes afectan el comportamiento al mitigar los problemas de acción colectiva que se erigen como barreras para evitar pérdidas conjuntas o realizar ganancias conjuntas de otra manera disponibles para las partes involucradas en la toma de decisiones interactiva" (Levy et al., 1995, p.305).

De acuerdo con la caracterización anterior, el Reglamento Sanitario Internacional puede considerarse la base de un régimen de seguridad sanitaria, ya que se acuerdan normas, principios y reglas creados para hacer frente a la propagación de enfermedades infecciosas de forma natural o provocada por el hombre. Kamradt-Scott y Rushton señalan que el RSI representa un cambio en el marco normativo que sustenta la seguridad sanitaria mundial (2012, p.58). Fue creado para hacer frente a las expectativas mutuas con respecto al comportamiento futuro en caso de brotes de enfermedades y emergencias sanitarias internacionales. Se espera que produzca información continua sobre la situación nacional mediante el establecimiento de un mecanismo de notificación de

enfermedades infecciosas, obteniendo información que de otro modo no estaría disponible o solo estaría disponible a un alto costo. Es el marco de referencia que asegura que la interacción se repita con la frecuencia suficiente para generar una larga "sombra del futuro"; y con medidas de fomento de la confianza.

El RSI 2005 fue creado para proporcionar un comportamiento transparente de los Estados y un grado de estabilidad en condiciones de anarquía en el sistema internacional. En este caso, los Estados como principales están delegando a la OMS el manejo y administración del régimen creado por el RSI 2005, por lo que la OMS se convierte en el agente que debe trabajar con los Estados en su implementación y cumplimiento (WHO, 2008, p. 10). Dentro de esta delegación los Estados dieron autoridad a la OMS para llevar acciones que permitieran la implementación del régimen a nivel internacional pero también para influir los procesos nacionales de creación y fortalecimiento de capacidades.

Aunque el RSI puede caracterizarse como un régimen, aún se encuentra en una fase de consolidación. La formación de un régimen es un proceso complejo, y que requiere completar una serie de pasos que pueden ser costosos a nivel político y financiero. También es una fase crítica porque la supervivencia del régimen es más manejable una vez que se llega a ella. Hasenclever et al. consideran que las autoridades internacionales se vuelven resilientes una vez que los gobiernos realizan una inversión política que no puede recuperarse rápidamente (2000, p. 8). Por lo tanto, la formación del régimen es ejercida por "el poder sistémico de las autoridades estatales, cuya actuación conjunta organiza un sistema que les permite ajustarse a las condiciones alteradas o influir en el medio ambiente para evitar la necesidad de ajustarse a él (O'Meara, 1984, p. 260)".

Dada la relevancia del proceso de formación, Levy et al. (1995) creen que la consolidación de un régimen tiene tres etapas principales: formación de la agenda, elección institucional y operacionalización. Durante el primer paso, la formación de la agenda, los Estados tienen que estar de acuerdo con la idea de que necesitan crear nuevas reglas de colaboración para tratar un tema en particular. El Reglamento Sanitario Internacional de 2005 pasó por esta etapa en la década de 1990 cuando la OMS y sus Estados miembros se dieron cuenta de que los acuerdos anteriores relativos a las enfermedades transmisibles ya no eran aplicables al contexto internacional, iniciando un proceso de negociación en 1995.

El segundo paso, la elección institucional, requiere pasar de un tema prioritario del programa a concertar la disposición del régimen (Levy et al. 1995).

Inicialmente, pasar de una prioridad en la agenda de la OMS a un acuerdo entre sus Estados miembros no fue fácil. Aun así, una serie de eventos (el SARS y el virus de la gripe H5N1) aceleraron el proceso. En 2005 se adoptó el RSI, que entró en vigor en 2007. En su artículo 21 apartado (a), la Constitución de la OMS faculta a la Asamblea Mundial de la Salud, el órgano de adopción de decisiones más importante de esta organización, a que apruebe reglamentos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades (OMS, 2007, p.7). El artículo 22 de la Constitución especifica que tales regulaciones son vinculantes para los Estados miembros de la OMS a menos que voluntariamente opten por no participar en ellas (OMS, 2007, p.7). Por lo tanto, una vez que la Asamblea aprobó el acuerdo, este no requirió pasar por los procedimientos estándares de aprobación nacionales por parte de los Estados.

La tercera etapa en el proceso de formación es la operacionalización del régimen. Esta etapa requiere la aplicación de las disposiciones en una práctica común (Levy et al., 1995), y crear iniciativas para que los Estados cumplan plenamente un acuerdo. Aquí, se han presentado dos problemas principales: 1) construir capacidades en aquellos Estados que son débiles o que no tienen los recursos para crear la infraestructura necesaria para la implementación, y 2) el régimen tiene que crear incentivos para limitar el interés nacional de los Estados en interferir con la cooperación. En esta etapa es donde la relación agente-principal cubre mayor relevancia ya que aun cuando existe un mandato claro sobre la función que la OMS lleva a cabo dentro del régimen, los Estados ponen resistencia y hacen determinaciones que hacen que la labor de la OMS se vea impedida.

Para hacer frente al primer problema, el régimen y los Estados deben invertir en ciertas áreas y desarrollar infraestructuras que permitan cumplir con los requerimientos de notificación y respuesta. Cuando un régimen incluye a países en desarrollo, en la mayoría de los casos son necesarios recursos externos y cooperación técnica para lograr esto. Dado que esto también se refiere a las diferencias entre países desarrollados y en desarrollo, y las limitaciones de estos últimos, el estudio se referirá a este problema como el “desafío del desarrollo”. Si el régimen no cuenta con los mecanismos para proporcionar esos recursos, su aplicación se verá obstaculizada.

El segundo punto que considerar es la suposición neorrealista de que “el poder es la única base del comportamiento de un estado; y los regímenes expresan el interés del Estado” (Tarzi, 2003, p.26). Este enfoque explica que un régimen se basa en

el interés vital de los Estados. Por lo tanto, reflejará el interés nacional, los cálculos de seguridad nacional y el compromiso de los Estados, ya que cada nación busca maximizar sus intereses y poder en un sistema anárquico (Tarzi, 2003, p.27). La principal preocupación sobre la puesta en práctica es que los intereses nacionales vitales conduzcan a los países a una respuesta unilateral. Además, los neorrealistas también han enfatizado que el surgimiento de los regímenes se convierte en el medio para crear una distribución equilibrada del poder (Tarzi, 2003, p.27). Cuando el equilibrio de poder cambia, el régimen puede estar en peligro, especialmente si esto sucede antes de su consolidación. Dado que este problema está relacionado con el hecho de que algunas de las motivaciones para formar este régimen son preocupaciones de seguridad nacional, esto se denominará “desafío de seguridad”.

En el caso del RSI de 2005, la fase de implementación comenzó en 2007, y originalmente se estableció que los países tendrían cinco años para aplicar el acuerdo. La base del reglamento es la identificación rápida de eventos inusuales de salud pública a través de sistemas de vigilancia para notificar de manera oportuna a la OMS la cual a su vez tiene como compromiso poner en marcha respuestas apropiadas tanto a nivel nacional como internacional (WHO, 2008). Pare ello, el RSI 2005 se centra en la necesidad de sistemas de vigilancia modernos y eficaces², que requieren que los países informen en tiempo específicos casos individuales de enfermedades específicas, incluida la viruela, la gripe humana causada por un nuevo subtipo y el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), así como un compromiso para mejorar las capacidades de salud pública para la alerta y la respuesta. En general, en la parte de la vigilancia el objetivo es fortalecer los sistemas de salud, lo que trae un problema de desarrollo de capacidades. En el caso de la notificación, este compromiso está relacionado con los intereses nacionales y el equilibrio de poder. Dado que la notificación de la aparición de una enfermedad infecciosa puede conducir a reacciones inesperadas, puede hacer que un estado sea vulnerable y el objetivo de acciones unilaterales contra él. Nuevamente, aquí el problema entre el agente y el principal es que el agente depende de las acciones del principal (o en este caso principales) para cumplir con su parte del acuerdo. Y aunque las reglas son claras, en el momento de la

² Esto se menciona en el Artículo 6 y el Anexo 2, Reglamento Sanitario Internacional (2005), véase Organización Mundial de la Salud, *Reglamento Sanitario Internacional 2005*, Segunda edición, (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008).

implementación el agente tiene capacidad limitada para intervenir y hacer que los principales cumplan con sus obligaciones.

4. Hacia la consolidación de un régimen de seguridad sanitaria: los desafíos de seguridad y desarrollo dentro de una relación agente-principal conflictiva

El RSI 2005 se basa en tres actividades básicas: vigilancia epidemiológica, notificación y respuesta. Para tener un régimen plenamente funcional, estos deben implementarse a nivel internacional, nacional y local. A pesar de que desde el 2005 se han enfrentado varias pandemias, este proceso no se ha completado, por lo que el régimen todavía está en formación. El brote de COVID-19 además ha mostrado las debilidades de los sistemas de salud mundiales no solo en países en desarrollo. La pandemia que comenzó en 2020 expuso claramente que el RSI 2005 ha fallado en lograr sistemas de salud preparados para enfrentar este tipo de emergencias.

En este sentido, desde el inicio la fase de implementación del acuerdo ha sido compleja debido a dos aspectos: 1) se requiere la creación de capacidades en los sistemas de salud para la vigilancia y la bioseguridad en los países desarrollados y en desarrollo así como para fortalecer los sistemas de salud para la respuesta; y 2) se tiene que hacer frente a las consecuencias causadas por la integración de las agendas de salud y seguridad, especialmente con el tema de la soberanía, la seguridad nacional y la distribución del poder.

La vigilancia y la respuesta son problemas que se han dado principalmente en países con pocos recursos y relacionados con el desarrollo, ya que existen brechas notables en las capacidades entre los países ricos y pobres, mismos que han sido catalogados por Fidler y Gostin (2008) como las brechas de "respuesta" y "vigilancia". Para cerrar dichas brechas, se requieren recursos financieros y humanos, pero sobre todo son necesarias acciones de política pública concretas y compromiso político nacional. La OMS ha tratado de impulsar la inversión en sistemas de salud de países en desarrollo, formando alianzas estratégicas con organizaciones para dirigir recursos a países que necesitan esta ayuda. Sin embargo, la OMS también ha tenido que lidiar con las consecuencias de la crisis económica del 2009 y enfrentar la falta de recursos para implementar sus programas. Esto es consecuencia directa de su papel de agente y de su dependencia en los principales, quienes en muchas ocasiones no tienen capacidad de proporcionar recursos o usan el financiamiento como una forma de castigar o premiar la actuación de la OMS como su agente. Quizás el ejemplo más reciente fue el caso de Estados Unidos durante el primer año de la pandemia de COVID-19,

cuando el país decide terminar su relación y financiamiento a la OMS porque esta última no apoyó la visión del entonces gobierno estadounidense sobre la pandemia.

En el caso de la notificación, es un tema que se entrelaza con el ámbito de la seguridad, y que va relacionada con asuntos de soberanía y equilibrio de poder. Ingram (2005) considera que, dado que el RSI 2005 requiere notificaciones de brotes dentro del territorio de un Estado, tiene que haber interés por parte de este para cumplir con el acuerdo. La notificación no es un área en el que haya además una delegación directa a la OMS, puesto que el régimen define solamente un compromiso por parte de los Estados para informar a esta organización de eventos que pudieran ser considerados amenaza a la salud pública mundial. Y parte del problema que enfrenta el régimen es que, aunque hay una relación agente-principal, la delegación de autoridad hace que la OMS esté condicionada por los intereses y voluntades de sus principales, que son múltiples y divergentes. Fidler y Gostin (2008) consideran que el desafío es avanzar en dos áreas de políticas, salud y seguridad, hacia una gobernanza globalizada en un contexto caracterizado por una cooperación internacional débil y unas instituciones internacionales débiles; por lo tanto, "la naturaleza desalentadora de esta tarea puede crear incentivos para que los responsables políticos prefieran lo que parece ser la ruta más fácil: concentrarse en el Estado y su resiliencia individual frente a las amenazas de bioseguridad" (Fidler y Gostin, 2008, p14).

El reto del desarrollo

Según la teoría del régimen internacional, la distribución de las capacidades entre los miembros del régimen es un factor clave en su formación. Los Estados con instituciones administrativas y jurídicas débiles tienden a no cumplir con los acuerdos. Los regímenes con un gran número de Estados de baja capacidad como miembros tenderán a fracasar con más frecuencia que las instituciones que buscan influir en el comportamiento de los Estados de alta capacidad; por lo tanto, el régimen buscará ajustar a los actores que carecen de capacidades y realizar los cambios necesarios (Levy et al., 1995, p.297).

Algunos regímenes, como el ambiental, logran la eficacia mediante la realización de tres tareas centrales: aumentar la preocupación, mejorar el entorno contractual y aumentar la capacidad de los gobiernos. Cuando la capacidad también es débil, las instituciones deben operar para aumentar la capacidad a fin de ser eficaces (Levy et al., 1995). Shahar (2009) sostiene que el desarrollo de capacidades es también un proyecto político con fundamentos políticos e

ideológicos identificables. Es evidente que la aplicación satisfactoria del RSI de 2005 depende de la capacidad de los Estados para la vigilancia, el intercambio de información y conocimientos, a fin de hacer frente a las epidemias de enfermedades de manera oportuna; y prevenir la aparición de nuevas epidemias. Sin embargo, requiere un compromiso político y un interés por mejorar los sistemas de salud.

Las capacidades básicas de salud pública requerida por el RSI se centran en la vigilancia epidemiológica, misma que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC Estados Unidos) definen como "una recopilación, análisis, interpretación y difusión continua y sistemática de datos sobre un evento relacionado con la salud para su uso en acciones de salud pública para reducir la morbilidad y la mortalidad y mejorar la salud (2001, p.2)". Fidler y Gostin agregan que cualquier sistema de salud también tiene que ser capaz de asumir tres tipos básicos de intervenciones: 1) prevención, de patógenos que llegan a la población; 2) protección, a las poblaciones de patógenos que entrarán en contacto con los seres humanos; y 3) respuesta, cuando los patógenos infectan a las personas (2008, p.126).

Considerando que el RSI es un régimen de seguridad sanitaria, la inversión y la mejora de los sistemas de salud, también mejorarán la bioseguridad; ya que "las inversiones en laboratorios, vigilancia, sistemas de datos y capacidades de la fuerza laboral de salud pública con frecuencia tienen como objetivo crear capacidades de doble uso para la defensa contra armas biológicas y contra epidemias de enfermedades (Fidler y Gostin, 2008, p.11)".

La principal preocupación es que, a pesar de la disponibilidad de información y tecnología; existen obstáculos importantes para la creación de capacidad en muchos países en desarrollo. Price-Smith (2002), señala que la capacidad de un Estado para adoptar los requisitos de seguridad sanitaria está limitada por varios factores, como el nivel inicial de capacidad estatal, ya que "las condiciones iniciales determinan la escala de los recursos adaptativos que pueden movilizarse para hacer frente al problema. Por lo tanto, los Estados con mayor capacidad inicial dispondrán de mayores recursos técnicos, financieros y sociales para adaptarse a las crisis" (Price-Smith, 2002, p.23). Además, existen otras barreras, como la falta de voluntad política y compromiso con la salud pública mundial, las barreras para compartir información de salud pública entre los países y las limitaciones impuestas por las agencias donantes a los proyectos financiados (Fidler y Gostin 2008, 181). A esto hay que sumarle que los países en desarrollo

pueden enfrentarse a otros problemas, como la guerra, el hambre y la destrucción ecológica (Price-Smith 2002).

Por estas razones, el RSI ha tenido dificultades para cerrar las brechas de vigilancia y respuesta entre los países desarrollados y en desarrollo (Fidler y Gostin, 2008). Ambas brechas se refieren a las diferencias de capacidad entre los países ricos y pobres en estas tareas. Además, también reflejan intereses divergentes y disparidades en relación con la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas, dado que “la mayoría de los países en desarrollo necesitan una vigilancia mejorada exclusivamente con fines de salud pública, mientras que las preocupaciones de los países desarrollados se centran en la seguridad” (Fidler y Gostin, 2008, p.158).

Los responsables de la formulación de políticas en los países en desarrollo consideran que el énfasis del RSI en la propagación internacional de enfermedades evidencia poca preocupación con respecto a la carga de enfermedades infecciosas en las naciones en las que ocurren (Tomori, 2010, p.181). En el África subsahariana, por ejemplo, las enfermedades transmisibles siguen representando la mayoría de las muertes; y en Asia oriental y meridional están experimentando patrones de salud similares a los de los países ricos con alta incidencia en enfermedades crónicas, al tiempo que se enfrentan a problemas de enfermedades transmisibles, lo que lleva a una doble carga (Ingram, 2005).

Para algunos, el requerimiento del RSI de 2005 para desarrollar capacidades básicas de respuesta nacional es una prueba del reconocimiento de los Estados miembros de la OMS de que los microbios penetrarán en las defensas y crearán una demanda de intervenciones de reposo oportunas y adecuadas (Tomori, 2010, p.168; Heymann, 2010). Los países en desarrollo consideran que existe una tendencia a privilegiar las respuestas a las armas biológicas sobre las capacidades de respuesta de doble propósito y a dar prioridad a las capacidades de respuesta nacionales sobre las internacionales. Por lo tanto, “la tarea de generar sinergia en las intervenciones de respuesta también enfrenta decisiones difíciles y contextos políticos potencialmente polémicos” (Fidler y Gostin, 2008, p.169).

Aunque el compromiso con el RSI ha sido reiterado por la OMS y sus miembros, la falta de recursos y las capacidades limitadas han retrasado la puesta en marcha del régimen. En este sentido, la Asamblea Mundial de la Salud y la OMS han movido varias veces el plazo para que todos los países logren la plena aplicación nacional del RSI. En el 2018 la OMS estableció una escala para medir el nivel de

implementación por países y un ranking. En su más reciente reporte se indica que las actividades de vigilancia han alcanzado un nivel de implementación de casi el 80% en todas las regiones excepto en África, donde apenas llega a sobrepasar el 60% (WHO, 2022). Y de manera general, África sólo ha alcanzado un nivel del 45% en la implementación total de las capacidades requeridas por el RSI, seguido por el Sureste Asiático con un 65% (WHO, 2022).

Fidler y Gostin han reiterado que al final el principal problema con el desarrollo de capacidades es que “el RSI y la OMS no ofrecen ninguna estrategia sobre cómo ayudar financieramente a los países en desarrollo a cumplir con sus obligaciones en el RSI 2005 (2008, p.175)”. A fin de consolidar un régimen de seguridad sanitaria y abordar el problema de la creación de capacidad, es necesario proporcionar los instrumentos y la asistencia para el desarrollo a fin de mejorar la vigilancia de la salud pública y las capacidades de respuesta. Según McDougall, esta asistencia podría adoptar múltiples formas: 1) inversión a largo plazo dirigida a las capacidades generales del sistema de salud; 2) asistencia técnica inmediata en casos de crisis; 3) asistencia posterior a la crisis para cubrir los costos asociados con la presentación oportuna de informes y la cooperación para prevenir la propagación internacional de enfermedades (McDougall, 2008).

Finalmente, lo que también observamos es la problemática que la OMS enfrenta al lidiar con múltiples principales con capacidades divergentes. La implementación depende en gran medida en estos principales y la OMS no tiene ni el mandato ni los recursos para incentivar condiciones iguales en ellos. Este problema no solo es parte importante de las limitaciones del RSI y su funcionamiento como régimen internacional, sino que se extiende a otras iniciativas que convergen con este acuerdo como lograr que se fortalezcan los sistemas de salud a nivel internacional. En el marco del brote de COVID 19 el Reporte del Panel Independiente para Preparación y Respuesta señaló que cuando el virus que produce la enfermedad de COVID-19 surgió, había muchas fallas en la preparación internacional y “muchos gobiernos carecían de planes sólidos de preparación, capacidades básicas de salud pública y coordinación multisectorial clara bajo un liderazgo sólido (p. 17).” Este reporte reafirma la falta de compromiso con la OMS por parte de los Estados Miembros para cumplir con el desarrollo de capacidades para enfrentar pandemias y otros eventos de salud pública en cumplimiento con el RSI 2005.

El reto de la seguridad

El segundo desafío está relacionado con la securitización de la salud pública. Este tema ha llamado la atención debido a las preocupaciones estratégicas que influyen en la creación de un régimen con un enfoque en la seguridad sanitaria. Uno de los principales problemas es la vinculación del Reglamento Sanitario Internacional con las armas biológicas y el control de armamentos. Algunos de estos temores consideran diferentes elementos: como que un énfasis en la seguridad podría afectar el objetivo humanitario, al disminuir el interés por abordar las desigualdades en salud en el mundo; o que este enfoque puede transformar la lógica de la colaboración internacional en una basada en un estrecho interés propio, considerado no efectivo para abordar los problemas de salud global (Stephan, 2010). Sin embargo, también hay quienes creen que la integración de la salud a la seguridad puede ayudar a movilizar recursos, materiales y políticos, para abordar los problemas de salud en todo el mundo (Stephan, 2010; Ingram, 2005).

La preocupación por la integración de la salud y la seguridad en un régimen también proviene de la posible influencia que los problemas de seguridad podrían tener en el comportamiento del Estado. Analizando el RSI bajo la perspectiva neorrealista y racionalista, hay varios factores en la dimensión de la seguridad que pueden afectar la operacionalización del RSI y que también pueden estar relacionados con algunos de los problemas del desarrollo.

El desafío de integrar la salud en el ámbito de la seguridad emana de las motivaciones basadas en las preocupaciones de seguridad nacional. En este sentido, las teorías neorrealistas consideran que los regímenes son originados y sostenidos en respuesta al interés vital de los estados. Como tal, los regímenes internacionales reflejan los intereses nacionales, los cálculos de seguridad nacional y el compromiso de los estados, ya que cada nación busca maximizar su interés y poder en un entorno internacional anárquico (Tarzi, 2003, p.27). También consideran que "el poder es crítico porque la distribución de las capacidades entre los actores afecta tanto las perspectivas de que surjan y persistan regímenes efectivos en un área temática como la naturaleza del régimen resultante" (Hasenclever et al., 2000, p.9). En este sentido, la idea de la seguridad sanitaria está incrustada en el interés nacional y el temor a una catástrofe masiva que amenace al Estado.

Además, algunas teorías también toman en consideración que los regímenes sólo son posibles porque hay un líder fuerte con un interés en crearlos (Hasenclever et

al., 2000; Tarzi, 2003). La teoría de la Estabilidad Hegemónica dice que "los regímenes emergen y se sostienen debido al respaldo, apoyo, cálculos y preferencias de un actor poderoso o dominante en el sistema internacional (Tarzi, 2003, 28). Aunque el RSI es el producto de un acuerdo internacional, muchos estudiosos señalan el interés particular de los países occidentales por alcanzar un instrumento con un enfoque principal en la seguridad en lugar de la salud (Price Smith, 2002; Fidler y Gostin, 2008).

Es importante agregar a esta perspectiva que, al ser la OMS la encargada de administrar el régimen, se le ha dado autoridad de los principales para que lleve a cabo la implementación del acuerdo a nivel internacional. Sin embargo, si se considera que hay un enfoque de seguridad, se limita aún más esta autoridad y el margen de maniobra que la organización como agente de múltiples principales en dichas circunstancias tiene en la realidad para llevar a cabo sus tareas (Reinalda y Verbeel, 2004; Hawkins et al., 2006).

Hay que considerar que el RSI 2005 se vio influenciado por los intereses de Estados Unidos después del 9/11 los cuales se enfocaron en crear una agenda de seguridad sanitaria, al cual se le incluyeron las amenazas producidas por las armas biológicas. A diferencia de sus versiones anteriores, y por primera vez en un instrumento relacionado con la salud, el RSI 2005 se refiere a las amenazas provocadas por el hombre y las amenazas a la seguridad. Como señalaron Fidler y Gostin, "el antiguo RSI nunca se preocupó por las cuestiones de seguridad relacionadas con las armas biológicas" (2008, p.137). La posición de los Estados Unidos como la potencia preeminente en la política internacional afecta el nuevo mundo de la gobernanza de las armas biológicas. La hegemonía estadounidense ha dado a la respuesta estadounidense a la biodefensa un significado global imperativo, especialmente con respecto al futuro de la Convención sobre las Armas Biológicas (Fidler y Gostin, 2008, p.179).

Además, incluir algunas enfermedades como prioridades de seguridad nacional, pero no todas, ha creado ciertas tensiones entre el Norte y el Sur. Esto es importante ya que, durante muchos años, los países en desarrollo han tenido que liderar con la carga de enfermedades como la poliomielitis, la malaria, el cólera y las enfermedades infecciosas específicas de ciertas regiones. Algunos de estos países consideran que hacer demasiado hincapié en la cuestión de la seguridad no les ayuda a hacer frente al problema. Además, hay indicios de que la idea de la seguridad sanitaria se basa en las preocupaciones de los países desarrollados que no necesariamente encajan en el interés de todos (Fidler, 2003). Nuevamente

estamos en presencia de principales con intereses que son divergentes y que, aunque estuvieron de acuerdo con el RSI 2005 no necesariamente coinciden en la forma en que este deba ser implementado. Por ejemplo, en el caso de COVID-19 se ha cuestionado si China notificó en tiempo el brote en Wuhan, y al mismo tiempo China enfrentó medidas drásticas por otros países cuando el RSI determina que se debe “hacer lo mínimo para evitar interrupción innecesaria el comercio y viajes internacionales” (WHO, 2008, p. 10). Al mismo tiempo, hubo una variedad de respuestas basada en las capacidades de cada país en reconocer la amenaza potencial del virus.

Asimismo, el énfasis en la seguridad ha producido algunos temores sobre un aumento en el comportamiento unilateral. Las teorías neorrealistas argumentaron que “los regímenes son creados y mantenidos por los estados en aras de ciertas funciones. En particular, los regímenes ayudan a los Estados a cooperar en beneficio mutuo al reducir la incertidumbre y las asimetrías informativas. Por lo tanto, los regímenes que incluyen reglas y procedimientos de verificación reducen los temores del Estado de ser engañado por sus socios, lo que permite entonces centrarse en los beneficios de la cooperación (Hasenclever et al., 2000, p.14). Aunque los RSI requieren que los miembros de la OMS notifiquen cualquier evento de enfermedad que pueda constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional [Artículo 6] (WHO, 2008 p.12), no tienen mecanismos de verificación ya que los RSI reconocen que los Estados soberanos están a cargo y el régimen no puede intervenir en sus decisiones. Como tal, desde una perspectiva racional, del agente-principal, la OMS como agente no puede obligar a los Estados a cumplir. El RSI no cuenta con mecanismos que castiguen a los Estados que no cumplan con sus obligaciones. Y la OMS sigue siendo el responsable final de la aplicación y funcionamiento del régimen. Fidler y Gostin dicen que incluso cuando los problemas de las armas biológicas y las enfermedades infecciosas naturales son de naturaleza transnacional, “las respuestas políticas tienen que depender de una gobernanza jerárquica basada en el estado porque la seguridad y la salud pública son bienes públicos clásicos. Sin embargo, las respuestas basadas en el Estado a los problemas transnacionales están integradas en el sistema anárquico de la política internacional que restringe lo que los Estados pueden acordar colectivamente hacer (2008, p. 226)”.

Enmarcar los problemas de salud en prioridades de seguridad podría reforzar la idea del interés nacional. Al final, la soberanía de cada país les permite decidir cómo lidiar con el problema y qué hacer para proteger sus intereses. Este es un desafío importante, porque compartir información puede causar una mayor carga

y, hasta ahora, el régimen no tiene un mecanismo para castigar a los que incumplan. Fidler y Gostin consideran que "aunque la mejora de las capacidades nacionales para responder a los brotes de enfermedades infecciosas graves contribuye a las estrategias internacionales de respuesta a los brotes, las políticas que se centran casi exclusivamente en los intereses nacionales no ayudan significativamente a los esfuerzos para aumentar las capacidades de intervención de respuesta a nivel mundial" (2008, p.179). También hay una consideración de que todavía estamos en un sistema "westfaliano" dado que el RSI no aborda aspectos de la gobernanza de la salud pública que tocan la forma en que un gobierno previene y controla las enfermedades infecciosas en su territorio soberano. En la salud pública de Westfalia, los Estados son los principales agentes de la gobernanza (Ingram 2005, 532). De hecho, uno de los problemas durante el SARS fue que China no informó a tiempo el brote creando un problema para sus países vecinos. Aunque el RSI 2005 se actualizó para abordar esos problemas, COVID-19 demostró que no es aun suficientemente eficiente para eliminar las acciones individuales que pueden obstaculizar al resto de la comunidad internacional, y que la OMS tiene en realidad una delegación limitada del poder que los Estados le han dado en este ámbito. El ejemplo más claro en este tema ha sido la distribución de vacunas en el mundo donde claramente existe un principio de soberanía más allá de cualquier intento de cooperación internacional donde los países productores priorizaron la distribución entre su población mientras que los países en desarrollo han tenido acceso limitado (Independent Panel Report, 2021). Aquí el papel de agente de la OMS ha sido limitado y no ha podido ejercer la autoridad delegada para una respuesta coordinada internacionalmente (Independent Panel Report, 2021).

Por último, el énfasis en el desarrollo de capacidades también puede crear un dilema de seguridad, ya que hay un fuerte énfasis en la creación de infraestructura y la transmisión de conocimientos para hacer frente a las amenazas biológicas (naturales o provocadas por el hombre) y las enfermedades (capacidades de doble uso). Por ejemplo, el desarrollo de capacidades puede aumentar el poder relativo de quienes participan en el régimen. El poder en el sentido material permite a sus poseedores mejorar su posición en el régimen (Levy et al., 2005). El enigma es cómo crear capacidades de seguridad sin afectar la distribución del poder en el sistema internacional; pero al mismo tiempo, cómo evitar las preocupaciones de seguridad para guiar las decisiones críticas para la salud pública internacional. La complejidad de la tarea y la dificultad de mejorar la infraestructura de salud pública en los países en desarrollo pueden alentar a los países desarrollados a

concentrar los recursos en su propia protección y no en el régimen. En este sentido, Fidler y Gostin consideran que estas "dinámicas de autoayuda familiares de la *realpolitik* pueden caracterizar cada vez más la política microbiana en la primera parte del siglo XXI" (2008, p.175). Esto también puede ser la consecuencia de que la seguridad y la salud pública son un bien público y los Estados no pueden delegar estas funciones. Esta realidad obliga a los estados a involucrarse mutuamente en políticas anárquicas (Fidler y Gostin, 2008; Ingram, 2005). Esta naturaleza anárquica crea obstáculos e ineficiencias para coordinar el interés estatal, y estas dificultades siguen siendo objetos de las teorías centradas en el Estado y las relaciones internacionales (Fidler y Gostin 2008, 226).

Asimismo, no se debe olvidar que la OMS no es una agencia de seguridad y el RSI tiene límites en este ámbito. Cuando la seguridad de los países se ve amenazada por una enfermedad, como ha pasado con el brote de COVID-19, los Estados deciden de forma individual que acciones seguir sin necesariamente priorizar la existencia de acuerdos internacionales. La delegación de autoridad que los Estados dieron a la OMS al final es limitada a la autoridad soberana de cada uno de ellos y sus intereses y prioridades en el ámbito de seguridad nacional.

6. Conclusiones

Este documento considera que el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 es un régimen internacional de seguridad sanitaria. También afirma que este régimen aún está en formación y que, para consolidarse, tiene que superar los desafíos en las áreas de desarrollo y seguridad, así como eliminar obstáculos en la relación agente-principal entre la OMS y sus Estados Miembros.

De acuerdo con la Teoría de regímenes, podemos considerar que el RSI 2005 está en proceso de formación y consolidación. Las áreas de vigilancia epidemiológica y respuesta representan los mayores desafíos para enfrentar los problemas de desarrollo, ya que requieren que todos los países miembros del régimen cuenten con la misma infraestructura y capacidades para poder cumplir con el acuerdo. El fomento de estas capacidades ha sido difícil en los países en desarrollo que carecen de recursos y, en algunos casos, de voluntad política. Esto también denota la brecha entre los países desarrollados y los países en desarrollo en el área de la salud. Para cerrar las brechas, los países deben invertir y generar recursos para fortalecer los sistemas de salud y crear capacidades de vigilancia y respuesta, ya que estas son áreas clave para tener un régimen funcional y eficiente en el futuro.

Por otro lado, demuestran las limitaciones de la OMS para promover e incentivar inversiones en los sistemas de salud.

El segundo desafío está relacionado con la integración de la salud en la agenda de seguridad. La idea de la securitización de la salud ha traído un debate sobre el impacto negativo al permitir que los imperativos de seguridad impulsen la salud. Dado que el objetivo principal del RSI 2005 es proporcionar un marco para la cooperación y reducir los costos de transacción y la incertidumbre, se teme que la supremacía de una perspectiva de seguridad nacional pueda obstaculizar estos objetivos. Esto ha creado preocupaciones sobre el comportamiento del Estado y la posibilidad de obstruir la cooperación, si hay un dominio de la perspectiva de seguridad nacional, la cual afecta principalmente al aspecto de la notificación. Otro tema por considerar es la importancia de la bioseguridad y las capacidades duales para permitir a los países prevenir y responder a los brotes de enfermedades naturales y provocadas por el hombre. Esto ha creado divergencias entre los países en desarrollo y los países desarrollados con respecto a las motivaciones e intereses para apoyar el régimen. Aunado a lo anterior, la OMS y el RSI no son instituciones de seguridad por lo que la relación agente-principal está supeditada a los intereses de los Estados Miembros de la OMS y limita ampliamente los alcances del acuerdo.

Finalmente, ambos desafíos están enmarcados en una problemática de delegación de autoridad entre el agente y sus principales. La OMS, a cargo de implementar el régimen, actúa como el agente de los principales, sus Estados Miembros. Sin embargo, la organización tiene al final delegación limitada por los intereses y capacidades de los principales. El RSI de 2005 es un marco necesario para luchar contra las amenazas para la salud. Es evidente por qué el impacto y la amenaza potencial que representan las enfermedades infecciosas las han situado en la agenda de seguridad. Estos también han creado la sensación de que el único método para hacer que los Estados sean menos vulnerables es a través de la cooperación, dado el entorno actual. Sin embargo, será necesario equilibrar los objetivos de salud y seguridad en un solo objetivo, lo cual es uno de los principales desafíos para el RSI. El brote de COVID-19 ha dejado mucho más claro que la implementación de dicho acuerdo es necesario para enfrentar futuras pandemias, pero el acuerdo sigue teniendo serias limitaciones y quizás el reto mayor está en que los Estados verdaderamente cedan su autoridad y poder en este ámbito a la OMS, como su agente en la implementación del RSI.

Referencias Bibliográficas:

- Avery, D. H. (2010). The North American Plan for Avian and Pandemic Influenza: A case study of Regional Health Security in the^{21st} Century. *Global Health Governance* III (3), 1-26.
- Baker, M. G., & Fidler, D. P. (2006). Global public health surveillance under new international health regulations. *Emerging infectious diseases*, 12(7), 1058.
- Cohen, J. (2009). "Exclusive: Interview with head of Mexico's Top Swine Flu Lab", *Science Now*, 1 de mayo de 2009 (consultado el 29 de marzo de 2012)
- Elbe, S. (2010). *Security and Global Health*. Cambridge, UK: Polity.
- Enemark, C. (2009). Is Pandemic Flu a Security Threat? *Survival* 51(1), 193
- Fidler, D. P. (2003). SARS: political pathology of the first post-Westphalian pathogen. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 31(4), 485-505.
- Fidler, D. P. (2004). Germs, governance, and global public health in the wake of SARS. *The Journal of Clinical Investigation*, 113(6), 799-804.
- Fidler, D., & Gostin, L. (2008). *Biosecurity in the Global Age. Biological weapons, public health, and the rule of law* (1st ed.). Stanford Law and Politics.
- Gahr Store, J. et al. (2003). Health and Security for a Global Century. In Lincoln Chen et al. (Eds.), *Global Health Challenges for Human Security* (pp.67- 84). Global Equity Initiative, Harvard University.
- Hasenclever, A. et al. (2000). Integrating theories of international regimes. *Review of International Studies*, 26, 3-33.
- Heymann, D. (2010). Public Health, Global Governance and the Revised International Health Regulations. In *Infectious Diseases in a Borderless World* (pp.182-195). Institute of Medicine of the National Academies.
- Heymann, D. L. (2003). Evolving Infectious Disease Threats to National and Global Security. In Lincoln Chen et al. (eds.), *Global Health Challenges for Human Security* (pp. 105-119). Global Equity Initiative, Harvard University.
- Ingram, A. (2005). The New Geopolitics of Disease: Between Global Health and Global Security. *Geopolitics*, 10, 522- 545.

- Jiménez Corona, M. E. et al. (2010). Epidemiología de la influenza A(H1N1). En José A. Córdova Villalobos, José L. Valdespino and Samuel P. de León (eds.) *La Epidemia de Influenza A/H1N1 en México* (p.192). Editorial Médica.
- Jones, B. (2006). Bio-Security, Nonstate Actors, and the Need for Global Cooperation. *Ethics & International Affairs*, 20, 2.
- Kamradt-Scott, A. and Simon R. (2012). The revised International Health Regulations: socialization, compliance and changing norms of global health security. *Global Change, Peace & Security*, 24(1), 57-70.
- Kaufmann, S. (2007). *The new plagues. Pandemics and poverty in a globalized world*. The Sustainability Project. Haus Publishing.
- Keohane, R. (1985). *After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy* (p.503). Princeton University Press.
- Krasner, S. (1983). Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables. In *International Regimes*. Cornell University Press.
- Levy, M. A. et al. (1995). The Study of International Regimes. *European Journal of International Relations*, 1 (3), 267-330.
- McDougall, C.W. (2008). Emerging norms for the control of emerging epidemics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (8), 643-645.
- McInnes, C., & Lee, K. (2006). Health, security and foreign policy. *Review of International Studies*, 32(1), 5-23. doi:10.1017/S0260210506006905
- O'Meara, R. L. (1984). Regimes and their implications for International Theory. *Millennium: Journal of International Studies*, 13 (3), 245-264.
- OMS (2007). *Documentos Básicos*. (46th ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Price-Smith, A. T. (2002). *The Health of Nations*. Massachusetts Institute of Technology Press.
- Price-Smith, A.T. (2010). *Reconceptualizing the Health/Security Interface*. The Colorado College.
- Shahar, H. (2009). Capacity and its fallacies: International State building and state transformation. *Millennium: Journal of International Studies*, 38 (1), 55-81.

Tarzi, S. M. (2003). International Relations Theory: Search for Synthesis. *International Studies* 40, no.1: 23-39.

The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response (2021). *COVID-19: Make it the Last Pandemic, Report to World Health Assembly, May 2021*. The Independent Panel

Tomori, O. (2010). Implementing the revised International Health Regulations in resource-limited countries: intentional and unintentional realities. In *Infectious Diseases in a Borderless World* (pp. 204-210). Institute of Medicine of the National Academies.

WHO (2005). *Working document, provisional agenda item 2, Review and approval of proposed amendments to the International Health Regulations, Report prepared by the Secretariat, A/IHR/IGWG/2/INF.DOC./ 2nd Session, 1, January 2005*. Intergovernmental Working Group on the Revision of the International Health Regulations, World Health Organization.

WHO (2006). *SARS How a global epidemic was stopped*. World Health Organization, Western Pacific Region.

WHO (2007). *The World Health Report 2007. A safer future: Global Public Health Security in the 21st century*. World Health Organization.

WHO (2008). *International Health Regulations 2005, Second edition*. World Health Organization: Geneva.

WHO (2008). *International Health Regulations 2005*. (2nded.). World Health Organization.

WHO. (2022). *International Health Regulations, State Party Annual Report*, World Health Organization. [e-SPAR Public \(who.int\)](https://www.who.int/e-spar-public)

Wilson, M. E. (2003). Health and Security: Globalization of infectious diseases. En Lincoln Chen et al. (eds.) *Global Health Challenges for Human Security* (pp. 87-101). Global Equity Initiative, Harvard University.

Youde, J. (2011). Mediating Risk through the International Health Regulations and Bio-Political Surveillance. *Political Studies*, 59, 813-830.