
La OMS en su encrucijada

José María Martín-Moreno | Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia y ex director de Programas para Europa de la OMS |
@JMMartinMoreno 

Tema

La OMS está recibiendo muchas críticas por su gestión del COVID-19. Aquí se señalan algunos de los desafíos que afectan a la organización.

Resumen

La OMS es, por su naturaleza, esencial. Si no existiera habría que crearla. El caso del COVID-19 corrobora que, aunque la salud no lo es todo, sin salud todo lo demás puede llegar a ser nada. Y la OMS tiene un papel fundamental en la prevención y control de los problemas de salud que afectan a todo el mundo. Pero... ¿es ésta la OMS que se necesita o hay que reinventarla? Aquí se revisa el papel que desempeña la OMS en los países en desarrollo y en los desarrollados, su estructura, cómo se financia y de qué forma ese mecanismo de financiación afecta a su independencia.

El análisis concluye señalando la necesidad de reformas en su mecanismo de financiación, definición de prioridades y gobernanza para hacer su labor más eficaz.

Análisis

Compuesta en el momento actual por 194 Estados miembros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se constituyó tras la Segunda Guerra Mundial como el organismo internacional especializado en la prevención de enfermedades y de promoción de la salud, definida en el preámbulo de su propia Constitución, de modo ambicioso, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La OMS se formó en el entorno político de la posguerra y la Guerra Fría, bajo una gran influencia de EEUU, y poco a poco ha ido modificando su naturaleza y su espacio en el terreno internacional en la relación no siempre fácil con organismos internacionales y fundaciones a veces competidores, como la UNICEF, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates.¹

Las funciones básicas de la OMS están bien definidas e incluyen, entre otras, ejercer el liderazgo internacional en temas cruciales para la salud, promover alianzas internacionales cuando se requieran actuaciones conjuntas, establecer normas y seguir

¹ Sobre los antecedentes y la historia de la OMS puede verse Cueto, Brown y Hill (2019), *The World Health Organization. A History*, Cambridge University Press.

de cerca su aplicación en la práctica, formular opciones de política sanitaria, prestar apoyo técnico, elaborar información, definir líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos. Normalmente estas funciones básicas se definen periódicamente en lo que se denomina “Programa General de Trabajo” (PGT), que señala las prioridades, el presupuesto, los recursos y los resultados para toda la organización. Actualmente está en vigor el 13º PGT (2019-2023) que se inspira y alinea en su texto con la Agenda 2030 de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El 13º PGT (2019-2023) recoge en detalle gran parte de lo ya reflejado en PGT anteriores, y lo estructura en torno a tres grandes prioridades: (1) lograr cobertura sanitaria universal; (2) mejorar la protección frente a emergencias sanitarias; y (3) mejorar la salud y el bienestar. A su vez, indica que su atención se centrará en las poblaciones más vulnerables, lo que implica la de los países en desarrollo. Algunas de estas “esferas prioritarias”, como la de conseguir vidas saludables y bienestar, en realidad son inabordables desde la OMS por sí sola, y necesitan de la colaboración fundamental con otras agencias de Naciones Unidas, para desarrollar el potencial de los Estados miembros y de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Otras, como abordar las emergencias sanitarias, forman parte de su responsabilidad principal sin que la OMS pueda desviar ese compromiso a otras agencias o actores en el terreno internacional.

En cuanto a su estructura, la Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la OMS. Se reúne habitualmente en Ginebra una vez al año y asisten a ella delegaciones de los 194 Estados miembros. Su principal función es discutir y aprobar las políticas de la Organización. Además, nombra al director general, supervisa las políticas financieras y aprueba el proyecto de presupuesto por programas.

Junto a la Asamblea Mundial, destaca en la gobernanza el Consejo Ejecutivo, que está integrado por 34 miembros “técnicamente cualificados en el campo de la salud”. Sus miembros se eligen por cada una de las seis regiones en que se organiza la OMS y para un mandato de tres años. Las principales funciones del Consejo Ejecutivo son poner en marcha las decisiones y políticas aprobadas por la Asamblea de la Salud, asesorarla y, de manera general, facilitar el trabajo de la Asamblea.

Además de su sede central en Ginebra, el trabajo de la OMS se articula a través de seis oficinas regionales: África, las Américas, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental y Europa. Junto a esto, la OMS cuenta con 148 oficinas en países, territorios y zonas, para dar apoyo a sus 194 Estados miembros. Cada una de las regiones (por ejemplo, la europea) cuenta con su propio equivalente a la Asamblea Mundial (la de Europa se denomina Comité Regional) y al Consejo Ejecutivo (en el caso europeo, el Comité Permanente del Comité Regional).

Complementariamente a todo lo anterior, se encuentran los Centros Colaboradores de la OMS. Son centros de investigación, universitarios o de otro tipo, que reciben el nombramiento de Centro Colaborador de la OMS para realizar actividades de apoyo a sus programas. En la actualidad existen más de 700 de estos centros, localizados en más de 80 Estados miembros, que investigan sobre enfermedades infecciosas,

enfermedades crónicas, salud mental, salud ocupacional, enfermería, nutrición y tecnología sanitaria. Representan un activo importante para la Organización porque su aportación es gratuita ya que al centro es recompensado únicamente con el reconocimiento de su labor como Centro Colaborador, un elemento de prestigio útil para solicitar ayudas o para mejorar la difusión de su trabajo.

En total, más de 7.000 personas trabajan para la Organización en las 150 oficinas locales, las seis oficinas regionales y la sede central en Ginebra.

En los países donde existe una oficina de la OMS, la colaboración suele plasmarse en una *estrategia de cooperación* firmada por el Estado miembro y la Organización (en la Región europea se denomina Acuerdo de Cooperación Bianual), que generalmente se armoniza con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los países en desarrollo son los principales beneficiados por estos acuerdos, puesto que la ayuda que reciben suele ser mucho mayor que la aportación que hacen a la Organización.

Por su parte, los países desarrollados apenas reciben cooperación técnica o de ayuda en situación de crisis, y son donantes de la mayoría de las cuotas o contribuciones aportadas por los Estados. La cooperación con la OMS en estos países desarrollados se concentra en acciones o estrategias específicas que los gobiernos promueven y para las que recaban la legitimidad que la OMS puede aportar.

Esta estructura sintéticamente descrita arriba, podría ser apropiada para responder a la misión de la OMS. Sin embargo, a veces se producen solapamientos o, en el otro extremo, vacíos, especialmente en la articulación entre la sede central y las oficinas regionales, que no siempre trabajan con la complementariedad y sinergia que sería deseable, entre otras cosas porque con frecuencia la delimitación de las funciones de cada nivel es borrosa.

¿Cómo se financia y de qué forma condiciona ese mecanismo de financiación la independencia de la OMS?

La Organización dispuso para el bienio 2018-2019 de un presupuesto de 5.600 millones de dólares (2.800 millones de dólares por año), obtenidos fundamentalmente a partir de *dos fuentes*. En primer lugar, las contribuciones obligatorias (denominadas cuotas o contribuciones “señaladas”) que hacen sus 194 Estados miembros. Se trata de cuotas que son fijadas por la ONU de acuerdo con una fórmula que se basa en la riqueza y la población de cada país. En 2018-2019 esas aportaciones representaron en torno a unos 950 millones de dólares. Estos fondos sirven básicamente para cubrir la mayor parte (pero no el total) de los salarios y los gastos administrativos.

En segundo lugar, las contribuciones voluntarias que hacen donantes estatales, fundaciones y entidades privadas. Estas contribuciones pueden ser “no restringidas” (es decir, utilizables para lo que la OMS necesite) pero, más frecuentemente, son fondos asignados a fines específicos (lo que en inglés se conoce como *earmarked*). Esto quiere decir que los recursos aportados por el donante voluntario generalmente se asignan a campañas sobre temas concretos como, por ejemplo, la vacunación contra la polio, el cuidado de la salud de las mujeres, la erradicación del tabaquismo... Todos, en principio,

son coherentes con los objetivos y la razón de ser de la OMS, pero a menudo se alejan de las prioridades establecidas en el Programa General de Trabajo de la organización y por tanto detraen recursos humanos y organizativos respecto a esos fines prioritarios.

El problema es que esas contribuciones voluntarias constituyen la mayor parte del presupuesto de la OMS. Baste decir que en el período 2018-2019, estos fondos fueron de unos 4.300 millones de dólares (más de tres cuartas partes del presupuesto para el bienio). El peligro de esto es que sean los donantes quienes establezcan en la práctica la agenda de la OMS, en lugar de que ésta obedezca a su criterio profesional o al compromiso aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud y articulado en el Programa General de Trabajo.

Si revisamos la información financiera más actualizada, EEUU es el principal contribuyente al haber comprometido unos 893 millones de dólares para el bienio 2018-2019 (incluyendo tanto las contribuciones señaladas como las voluntarias), lo que equivale al 15% de todos los recursos recibidos por la Organización. Merece la pena mencionar, como comparación, que China había comprometido sólo unos 86 millones de dólares para el mismo período, aunque recientemente ha anunciado que va a incrementar de manera muy significativa su contribución. Después de EEUU, el segundo mayor contribuyente a la OMS no es un Estado, sino un ente privado: la Fundación Bill y Melinda Gates, que comprometió unos 530 millones de dólares, prácticamente el 10% de todo el presupuesto de la institución. El tercer mayor contribuyente es GAVI, un “partenariado” o asociación en el que participan organizaciones de los sectores público y privado, cuyo objetivo es mejorar el acceso a las vacunas de los 73 países más pobres del mundo y que aporta 316 millones de dólares. Y, en ese ranking, el Reino Unido es el cuarto mayor donante y el segundo Estado que hace más aportaciones (casi un 8%) con desembolsos equivalentes a unos 294 millones de dólares.

España tiene una cuota de contribución señalada u obligatoria equivalente al 2,44%, o lo que es lo mismo, cerca de 23 millones de dólares. Respecto a esos fondos obligatorios, EEUU ha venido aportando un 22%, China un 8%, Alemania un 6,4% y Francia un 4,8% por citar algunos países, aunque la diferencia principal es que las contribuciones voluntarias (y por lo tanto la influencia) de esos países, más allá de las cuotas obligatorias, son mucho mayores que las de España. En total, España aporta al presupuesto unos 30 millones de dólares, apenas un 0,5% del conjunto.

Éxitos y fracasos de la OMS

Entre los puntos fuertes de la OMS destaca su carácter neutral y el hecho de que prácticamente todos los países del mundo formen parte de ella, lo que genera una imagen de imparcialidad y le dota de notable capacidad de convocatoria. Además de su buen *currículum* en lo que se refiere a su papel en la lucha contra las enfermedades, es destacable el papel normativo de la OMS al producir estándares, normas y criterios en materia de medicamentos, equipos de diagnóstico, límites máximos permitidos de factores medioambientales, como el ruido, y un buen número de guías que son aceptadas e integradas por los países en sus políticas.

Entre sus éxitos más claros está el que tuvo lugar en 1979, cuando se produjo la erradicación de la viruela (por primera y única vez en la historia se consiguió erradicar una de las principales enfermedades infecciosas). Quizá éste sea el hito más importante de la Organización. En 2003 se adoptó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (el primer acuerdo mundial de salud pública). Y en 2005 se revisó y aprobó el nuevo Reglamento Sanitario Internacional, un instrumento normativo decisivo en la lucha contra la transmisión mundial de las enfermedades infecciosas, que establece las normas que deben aplicar los países para identificar los brotes epidémicos y detener su propagación.

Pero junto a esas luces, ha habido clamorosas sombras, como la actuación de la OMS durante la gripe A (subtipo H1N1) que crispó al mundo en 2009. La entonces directora general de la OMS, Margaret Chan, fue muy criticada por haber declarado el estado de pandemia, y porque los Gobiernos que siguieron sus recomendaciones acumulando fármacos antigripales de manera preventiva fueron acusados de derrochar el dinero público en beneficio de las empresas farmacéuticas. Con posterioridad se supo que esa pandemia causó entre 150.000 y 575.000 muertes en el mundo, lo que parece justificar la alarma que provocó, pero el daño a la imagen de la OMS ya estaba hecho.

Otro ejemplo de error es la actuación de la OMS en 2014, durante la crisis del Ébola. A pesar de repetidas advertencias de la organización Médicos Sin Fronteras denunciando la pasividad ante la gravedad de la propagación del Ébola, los funcionarios de la Oficina Regional de la OMS para África minusvaloraron el problema y sólo cuando la epidemia estaba ya fuera de control en África Occidental, la directora general de la OMS declaró una emergencia global. En los años 90 se produjo uno de los peores desastres de la Organización, el relativo a la lucha contra el VIH/SIDA. Su ineficacia en ese terreno provocó que la gestión de esa epidemia pasase a ser responsabilidad de una nueva agencia dependiente de Naciones Unidas: ONUSIDA. Y con ella aparecieron otras dos instituciones separadas de la OMS: el Fondo Global para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la UNITAID. Se ha afirmado en ocasiones que el Fondo Global, la UNITAID y ONUSIDA son modelos institucionales más adecuados que la OMS para la movilización de recursos. En este momento, además de esas instituciones, existen otras muy influyentes, públicas y privadas, que ocupan parte del terreno al que se dirige la OMS: Médicos sin Fronteras, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, las iniciativas del Banco Mundial en materia de salud o la gran actividad en ese mismo terreno de la Fundación Gates. Esta es otra de las razones que ha hecho que la Organización lleve años planteándose una reforma profunda.

¿A qué se debe la crítica actual a la OMS por su gestión en la pandemia?

La OMS ha sido acusada de minimizar la amenaza que suponía el coronavirus en las primeras semanas de su expansión, de ocultar datos y de comunicar el riesgo tarde, una acusación difícil de sustanciar porque la organización alertó ya el 14 de enero a las redes hospitalarias del mundo para que prepararan medidas de contingencia. La existencia del nuevo coronavirus había sido comunicada por China a la OMS 15 días antes.

Se ha criticado también su posición sobre el uso de mascarillas por la población general (en este caso en abierta diferencia con la posición de China y los países asiáticos), su falta de definición sobre el uso de diferentes test, su retraso en aconsejar de manera rotunda el confinamiento, la falta de agilidad para facilitar criterios para los planes de desescalada del confinamiento y la tibieza o falta de valentía al no discutir con más claridad estrategias que, como las del primer ministro británico, estaban inicialmente mal planteadas y resultaban peligrosas para su población.

Pero, al margen del acierto o error de algunas de esas decisiones tomadas por la OMS en esta pandemia, ha sido la personalidad del actual director general de la Organización la que ha generado especial recelo y puede explicar en parte ciertas reacciones de rechazo hacia la OMS en este período. Para empezar, su director, Tedros Adhanom Ghebreyesus, (el Dr. Tedros como habitualmente se le conoce) cuando aspiraba a dirigir la OMS, hace tres años, fue acusado de malas prácticas por encubrir, cuando era ministro de Salud de Etiopía, tres epidemias de cólera en su país. También fue acusado de mal uso del Fondo Global para el Sida en Etiopía. Al margen de la veracidad o falsedad de esas acusaciones, su decisión de nombrar a Robert Mugabe como embajador de buena voluntad de la OMS fue obviamente un grave error. Mugabe era ya en ese momento (2017) un político extraordinariamente criticado, no sólo por evidencias de corrupción y autoritarismo, sino porque había destruido los servicios sanitarios de su país, Zimbabue. Muchos critican una aparente dependencia del director de la OMS respecto a China, cuyo voto necesitó para ser elegido. De hecho, poco antes de las elecciones visitó ese país y pidió mayor cooperación de la OMS con China, aunque este tipo de declaraciones son habituales en las campañas electorales de la OMS.

Durante la pandemia, el presidente Trump ha tenido varios enfrentamientos con la OMS, primero cuando ésta criticó la decisión de EEUU de cerrar sus fronteras a China y después cuando criticó la peculiar estrategia de la presidencia norteamericana para combatir la epidemia. Tras ello, la presidencia norteamericana decidió suspender la aportación presupuestaria de EEUU a la OMS con el pretexto de “su mala gestión, sino-centrismo y ocultación de la propagación del coronavirus”. Esta decisión de Trump perjudicará sobre todo a los países en desarrollo, los que más se benefician de los servicios de la OMS. De hecho, la Organización tendrá que tomar decisiones difíciles sobre qué programas pueden continuar y cuáles no. En su ayuda ha acudido la Fundación Bill y Melinda Gates, que ha comprometido una ayuda extra de 230 millones de euros.

Conclusiones

La OMS ha hecho y sigue haciendo una contribución indudable a la salud global con éxitos difícilmente cuestionables. Su papel en los países en desarrollo es crucial. Sin embargo, las reformas de la OMS son imprescindibles e inaplazables, al menos en estos tres ámbitos:

- La financiación debe ser menos dependiente de la voluntad de los Estados miembros, y de las preferencias de gasto de los donantes. Éstos no deberían decidir lo que hace la Organización, sino limitarse a apoyar con sus fondos el programa aprobado en su Asamblea.
- Es necesaria una definición más clara de prioridades: la OMS no puede hacer de todo, en todos los países, y al mismo tiempo.
- La gobernanza y la estructura han de ajustarse para dotar a la organización de una mayor coherencia, con una clarificación del papel de la oficina central, las oficinas regionales y las oficinas en los países. En la actualidad la distribución de funciones no es clara.

La OMS ha puesto en marcha un amplio programa de reformas a fin de afrontar mejor los cada vez más complejos retos sanitarios del siglo XXI. Como la propia Organización propone, ha de mejorarse la armonización, flexibilidad, previsibilidad, transparencia y rendición de cuentas de la financiación de la Organización para reducir su vulnerabilidad.

Finalmente, tanto la OMS como China son censurables por haber manejado con opacidad la información, pero reducir el presupuesto de la OMS, como ha hecho el gobierno de EEUU, dañando gravemente a la organización, sólo puede tener consecuencias negativas sobre su capacidad de coordinar los esfuerzos globales frente a la emergencia sanitaria.