

El coronavirus como termómetro de la política de salud global

Félix Arteaga | Investigador principal de Seguridad y Defensa, Real Instituto Elcano.

Tema

La salud global es una de las pocas políticas que pueden considerarse internacionalizadas. Aunque se encuentra todavía en construcción, dispone ya de muchos de los elementos distintivos de una política pública. Ahora se enfrenta al reto del COVID-19, ya declarada oficialmente como pandemia global.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de declarar que el coronavirus COVID-19 representa una **pandemia global**. Es la última pandemia de las que han ido apareciendo a lo largo de las últimas décadas con repercusiones globales de salud. Las pandemias se conocen desde dos siglos atrás, pero los avances en los sistemas de salud, los nuevos tratamientos y las medidas preventivas generaron la ilusión de su erradicación. Sin embargo, la aparición de nuevos agentes patógenos y la reaparición de otros que se consideraban controlados, añadidos al potencial multiplicador de la globalización, han agravado su impacto ya no sólo como problema de salud mundial sino, también, como problema de seguridad internacional.

Para darles respuesta se dispone de un sistema y una política de seguridad global que ya cuenta con elementos propios de una política pública como las instituciones, las normas, los instrumentos y un modelo de gobernanza global que ha pasado de adoptar medidas reactivas, excepcionales y caso por caso (segurización) a convertirse en un modelo de respuesta más preventivo y sistematizado (medicalización). Como todas las políticas en construcción, el avance de la política de salud global depende de la prioridad que ocupe en las agendas nacionales e internacional, una prioridad que se instala en la urgencia con cada nueva pandemia y en el olvido cada vez que decrece la atención social. Este documento analiza cómo el coronavirus COVID 19 ha vuelto a poner a prueba la política de salud global.

Análisis

La preocupación por las epidemias de cólera que devastaron Europa en el siglo XIX condujo a la primera Conferencia Sanitaria Internacional de París en 1851. Las conferencias y las convenciones posteriores conformaron el primer mecanismo internacional de respuesta.¹ Posteriormente, se sucedieron la Oficina Internacional de Higiene Pública en 1907, la Organización de la Salud de la liga de Naciones de 1926 y

¹ "A brief history of the World Health Organization", The Lancet, vol. 360, 12/X/2012.

la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Naciones Unidas en 1946. Los avances institucionales condujeron a la aprobación de la primera estrategia de orientación global: “Salud para todos” que, entre otros objetivos, pretendía fomentar la capacidad de gestión de las enfermedades contagiosas de todos los países en 2000 aprobada por la Conferencia de Salud Primaria de Alma-Ata en 1978.

Otras organizaciones multilaterales, regionales o agrupaciones restringidas de países han incluido las cuestiones de salud global en sus agendas y han desarrollado mecanismos de actuación.² Los primeros instrumentos normativos globales se introdujeron en 1959 y se han revisado sucesivamente hasta llegar a los actuales, los denominados Reglamentos Sanitarios Internacionales (*International Health Regulations*, IHR). Son instrumentos que han ido ampliando y profundizando la cooperación internacional a nuevos Estados y a nuevos ámbitos de respuesta. El concepto de pandemia se ha ido ampliando en función de su mayor impacto internacional y se han incrementado las obligaciones y capacidades exigibles a los Estados para asumir su cuota de responsabilidad global. El sistema, articulado en torno a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha ido completando con protocolos de actuación, procedimientos obligatorios de notificación de brotes y una Red de Inteligencia Global sobre Salud Pública (GPHIN).

Como otros instrumentos de Derecho Internacional, los reglamentos sanitarios se enfrentan a dificultades de interpretación, debido a las diferencias de criterios entre los Estados; tardan en adaptarse a las nuevas realidades y, sobre todo, carecen de capacidad de imponer su cumplimiento (*enforcement*). En contrapartida, y debido a la complejidad y dificultad de las decisiones para responder a las pandemias (certificar los brotes, imponer cuarentenas, restringir desplazamientos...) las autoridades nacionales tienden a resguardar sus decisiones en las recomendaciones de la OMS y de las autoridades sanitarias nacionales, una subordinación de hecho que incrementa la capacidad de influencia del sistema de salud global con cada nuevo brote. Además de las dificultades anteriores, la construcción de la política de salud global tiene que enfrentarse a retos tangibles, como la proliferación de nuevos patógenos o la velocidad exponencial de propagación debido a la movilidad y conectividad global, e intangibles, como la pérdida de credibilidad en las instituciones o la alarma social causada a través de Internet y las redes sociales.

Pese a todo, el sistema de salud global cuenta ya con un acervo notable de experiencia. A la aparición del VIH/SIDA o a la persistencia de patógenos resistentes como los de la malaria o la meningitis se han añadido otros nuevos patógenos causantes de las fiebres hemorrágicas en África, de la encefalopatía espongiiforme bovina en Europa o de los virus del Nilo Occidental y Nipah, originados en el Delta del Nilo y Malasia, respectivamente. Posteriormente, y ya en el nuevo siglo, la salud global se ha enfrentado a nuevas alertas sanitarias como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en 2003, la gripe aviar en 2005, la pandemia gripal (gripe A) en 2009, el ébola

² Por ejemplo, la UE ha desarrollado su propia Agencia para la prevención y control de enfermedades contagiosas (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) que colabora con las autoridades nacionales y con comunidades de expertos en la vigilancia, intercambio de información, medidas y comunicación.

en 2014 y el virus Zika en 2015. Cada pandemia ha tenido un impacto diferenciado con sus propias características de letalidad, población afectada o impacto mediático, lo que ha reforzado el aprendizaje del sistema.³

De las lecciones aprendidas se pueden extraer algunas conclusiones sobre el funcionamiento de política de salud global. La primera es que las expectativas de una sociedad global y conectada sobre la eficacia y rapidez de las medidas exceden a la capacidad real del sistema para responder. Por un lado, los avances en las políticas públicas de salud han aumentado el nivel de exigencia de los ciudadanos y mermado su capacidad de aceptar los límites del sistema. Esperan que las nuevas pandemias se traten de forma tan solvente y rápida como el resto de las enfermedades. La hipersensibilización colectiva no entiende que los planes y medidas preventivas sirven poco si se presenta un tipo de virus distinto del esperado, como ha ocurrido con el coronavirus COVID-19. Cada nueva pandemia precisa desarrollar su propia curva de aprendizaje y experiencias como la de la gripe aviar enseñan que adoptar medidas inoportunas o desproporcionadas bajo presión puede crear desconfianza en el sistema de salud global.⁴ La adopción de medidas drásticas no justificadas en criterios científicos genera efectos contraproducentes, por lo que las autoridades sanitarias tienen que extremar sus precauciones, incluso, para verificar la existencia de un brote, ya que la propia acción obligatoria de certificar los brotes pandémicos genera alarma social y causa costes económicos irreversibles para los países implicados en la alerta sanitaria.

A las dificultades técnicas para la gestión de las pandemias se añade la dificultad de desarrollar una comunicación estratégica. Las crisis de la gripe de 2009 y del ébola en 2014 dejaron entrever la importancia creciente de los nuevos medios de comunicación social en la percepción de las pandemias. El uso de medios alternativos a los oficiales o tradicionales de comunicación social redujo el efecto de la comunicación estratégica oficial y, en consecuencia, llevó a una fragmentación de la opinión pública en relación con las medidas de respuesta. A la inevitable rumorología sobre conspiraciones políticas, especulativas o catastrofistas que gravitan sobre las redes sociales desde entonces, no han tardado en añadirse las noticias falsas y la desinformación, como puede constatarse con ocasión del coronavirus COVID-19.⁵

Las pandemias como problema de seguridad internacional

Las pandemias se abordaron inicialmente como problemas que afectaban únicamente a la salud y su gestión se delegaba, funcionalmente, en las autoridades sanitarias y,

³ Juan Martínez Hernández (2016), "Pandemias y bioamenazas globales del siglo XXI", ARI nº 42/2016, Real Instituto Elcano, 30/VI/2016, http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari42-2016-martinezhernandez-pandemias-bioamenazas-globales-siglo-21.

⁴ Justo Corti Varela (2009), "Proteccionismo y pandemia gripal: una perspectiva española", ARI nº 83/2009, Real Instituto Elcano, 28/V/2009, http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari83-2009.

⁵ La OMS ha tenido que colaborar con las agencias de noticias y con las grandes plataformas tecnológicas para paliar la desinformación sobre el coronavirus: <https://www.dw.com/en/coronavirus-who-warns-of-fake-news-infodemic/av-52550915> y <https://www.cnbc.com/2020/02/14/facebook-google-amazon-met-with-who-to-talk-coronavirus-misinformation.html>.

geográficamente, en países relativamente próximos. Ese enfoque se ha mantenido vigente, con pequeñas variaciones, hasta que la nueva ola de pandemias mencionadas anteriormente ha hecho que el problema haya pasado de ser un problema sanitario a otro de seguridad. La trascendencia del problema ha crecido debido al crecimiento de los transportes y de la conectividad, el cambio climático, la urbanización y tantos factores asociados a la globalización. El cambio de criterio se hizo necesario cuando las evidencias mostraron que las pandemias saltaban por encima de las fronteras nacionales y multiplicaban sus daños colaterales sobre políticas e intereses distintos de los sanitarios. Fenómenos como el del SIDA sirvieron para acelerar el cambio de enfoque y, finalmente, se abordó como una cuestión de seguridad internacional en el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas de enero de 2000.⁶ La consideración de las pandemias como un problema de seguridad no significa que se considere como un problema militar, un error en el que se podría haber caído en un ambiente estratégico marcado por los atentados del 11 de septiembre de 2001, la lucha contra el terror y el riesgo de que actores no estatales pudieran llevar a cabo ataques con agentes infecciosos o con medios de destrucción masiva con propósitos terroristas o de cualquier otro tipo.⁷

En consecuencia, las estrategias de seguridad nacional del nuevo siglo no introdujeron las pandemias por el posible uso de los agentes infecciosos como armas de guerra, sino por su impacto –ya notorio– sobre la seguridad y la prosperidad de los países y por su consideración como un problema de seguridad internacional. En el caso de EEUU, la Estrategia de EEUU de 2002 incluyó la pandemia del VIH/SIDA entre los riesgos a considerar, al igual que las estrategias posteriores hasta la última de 2017 y que finalmente ha dado paso a un concepto más amplio de salud global para la que han elaborado su propia Estrategia de Seguridad de Salud Global en 2019.⁸ En su nuevo enfoque global, la Estrategia estadounidense pretende ahora actuar sobre las fuentes externas de epidemias (desarrollo de capacidades de terceros) y sobre sus consecuencias internas (reforzamiento del sistema de emergencias), en coherencia con las Estrategias Nacional de Seguridad y las de Biodefensa Nacional, y en cooperación con otros países, organizaciones o actores no estatales. Por su parte, España ha seguido este enfoque y, por ejemplo, la Estrategia de Seguridad Nacional de 2017 dedica un capítulo dedicado a las epidemias y pandemias.⁹ Se justifica por la gestión de las alertas sanitarias sobre el SARS, la gripe por virus A/H5N1, la pandemia de gripe por virus A/H1N1, el ébola y el virus Zika y su objetivo es el de adoptar planes de preparación y respuesta tanto genéricos como específicos en coordinación con las autoridades internacionales y subestatales.

⁶ En esa sesión, Susan Peterson resalta cómo el vicepresidente Al Gore solicitó una nueva definición de seguridad, más amplia, que incluyera las enfermedades como el SIDA y otras de carácter contagioso. “Epidemic Disease and National Security”, *Security Studies*, vol. 12, nº 2, 2002/3, pp. 43-81.

⁷ Antes que otros, Bruce Hoffman explicó la confluencia entre causas y actores que hacían temer el uso de medios de destrucción masiva. Véase “Terrorism and weapons of mass destruction”, RAND, 1999.

⁸ “United States Global Health Security Strategy”, White House, 2019; *National Biodefense Strategy*, White House, 2018. *United States National Security Strategy*, 2017.

⁹ “Estrategia de Seguridad Nacional 2017”, Consejo de Seguridad Nacional, pp. 74-75.

El cambio desde un enfoque reactivo a otro más preventivo obedece a la convicción instalada de que las pandemias van a continuar apareciendo. En febrero de 2018 el director general de la OMS, Tedros Adhanom, aseguró ante los asistentes a la Cumbre Económica Mundial de Dubái que en cualquier momento y país podría aparecer una epidemia devastadora que podría matar a millones de individuos,¹⁰ una opinión corroborada en octubre de ese mismo año por un grupo de expertos reunidos en el Centre for Security and International Studies (CSIS) de Washington para evaluar el impacto de una pandemia como la que ahora se acaba de declarar.¹¹ Un año más tarde, la erupción del COVID-19 les da la razón y evidencia la necesidad de acostumbrarse a convivir con las pandemias.

En el trasfondo de la gestión de pandemias subyace un debate intelectual sobre la naturaleza e idoneidad de las medidas de respuesta. Se diferencia entre la adopción de medidas extremas, coyunturales y reactivas (*securitisation*) y la adopción de medidas preventivas y sostenibles capaces de mitigar el impacto de las pandemias y mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios (*medicalisation*).¹² El debate teórico es interesante en la medida que apoya una política de salud global que se sustente sobre sistemas robustos nacionales de salud que desarrollen capacidades de lucha contra las pandemias (autoridades, estrategias, planes, sistemas y medidas nacionales) en coordinación con el sistema de salud global descrito anteriormente.

Otro aspecto del debate tiene que ver con el margen de soberanía que les queda a los Estados para adoptar medidas cuyas causas y efectos son transfronterizos y se deben coordinar con un sistema global de gobernanza. Los Estados, y sus sistemas sanitarios, todavía conservan la titularidad de las competencias de salud y, por ejemplo, son los únicos legitimados para certificar los brotes, incluso si la OMS lo detecta “a petición” de ellos mismos. Sin embargo, tiene que coordinar el ejercicio de esas competencias y las medidas adoptadas con el sistema de salud global, por lo que siguen siendo actores estratégicos en la gestión de las pandemias, pero ya no son los únicos. La influencia del sistema y los procedimientos de salud pública de la OMS crece tanto frente a los sistemas nacionales fuertes, por su capacidad de legitimar las decisiones que adoptan y, sobre todo, frente a los sistemas nacionales más débiles que dependen de las capacidades y recursos globales para la gestión de las epidemias.

La eficacia de las medidas

No siendo la cuestión si aparecerá una pandemia, sino cuándo y cómo aparecerá, se han establecido redes para la vigilancia de las enfermedades contagiosas para agilizar la activación de los planes de respuesta. La OMS combina la mencionada red de

¹⁰ Jolene Creighton recoge la cita: “A devastating epidemic could start in any country at any time and kill millions of people because we are still not prepared. The world remains vulnerable”, para el World Economic Forum, 12/II/2018, <https://www.weforum.org/agenda/2018/02/we-re-officially-on-the-path-to-a-global-pandemic>.

¹¹ Samuel Bramen y Kathleen Hicks (2020), “We predicted a coronavirus pandemic”, *Politico*, 3/VII/2020, <https://www.politico.com/news/magazine/2020/03/07/coronavirus-epidemic-prediction-policy-advice-121172>.

¹² Stefan Elbe (2010), “Pandemic Security”, en J. Peter Burgess (ed.), *The Routledge Handbook of New Security Studies*, Routledge, pp. 163-172.

comunicaciones GPHIN, con un sistema de Alerta y Respuesta especializado en brotes epidémicos (GOARN). Ambas redes colaboran con otras gubernamentales y no gubernamentales, con mayor o menor nivel de recursos y especialización, y apoyan las actuaciones de gobiernos afectados por las pandemias, especialmente aquellos que no tienen o no han dispuesto de los medios adecuados para diagnosticar los brotes infecciosos.

La existencia de las redes de vigilancia ha mejorado, razonablemente, la capacidad global de respuesta frente a las pandemias, pero no se dispone todavía de una validación empírica de esta correlación. Además, en aquellos países en los que los gobiernos cuentan con menos recursos, la mejora de la vigilancia depende de las redes no oficiales y, aunque se gane tiempo en la detección de los brotes, se puede seguir perdiendo a la hora de la certificación oficial o de la activación de los procedimientos de respuesta, con lo que su eficacia es relativa.¹³

La verdadera eficacia de los sistemas global y nacionales de salud, su capacidad de resiliencia, depende de las capacidades con las que cuentan, tanto las genéricas para el conjunto de la salud pública, como las específicamente dedicadas a las pandemias. Eso explica la necesidad de reforzar las capacidades de los eslabones más débiles en las cadenas de transmisión de las pandemias, no sólo para contener las pandemias en sus lugares de origen sino para aliviar el impacto, también, sobre las poblaciones locales.

Aunque los indicadores tienen sus límites para medir objetivamente las actuaciones, el Índice de Seguridad de Salud Global permite una aproximación a la seguridad y capacidades de los sistemas nacionales. Presenta datos de los 195 Estados que participan en los Reglamentos IHR mencionados. En su edición de 2019,¹⁴ la valoración global del Índice GHS resalta que ningún país está completamente preparado para afrontar epidemias y pandemias y que todos presentan algún tipo de vulnerabilidad. Los indicadores de los distintos componentes del Índice confirman la debilidad sistémica: el indicador medio global de los sistemas nacionales de salud es de 40,2 sobre 100 y no superan los 50 puntos de media los 115 países que deberían hacerlo por contar con ingresos altos y medios. Incluso entre el selecto grupo de países mejor valorados, los datos distan de ser satisfactorios: sólo el 7% de los países cuentan con una alta capacidad para prevenir la emergencia o transmisión de los patógenos, sólo el 19% puntúa entre los de mayor capacidad de detección y comunicación, menos del 5% son capaces de respuestas rápidas y apenas el 23% cuenta con respaldo de gobierno favorable.

Entre sus recomendaciones figuran las de evaluar y hacer pública las evaluaciones de los sistemas nacionales, mejorar la coordinación entre los actores domésticos y con los actores internacionales, invertir en recursos y en mecanismos de financiación. En el

¹³ Sara E. Davies (2009), "Preparing for pandemics through surveillance", ARI nº 9/2009, Real Instituto Elcano, 14/1/2009, http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_en/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_in/zonas_in/ari9-2009.

¹⁴ "2019 Global Health Security Index", Johns Hopkins, The Economist y NTI, https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/GHS-Index-Report_FINAL_Oct2019.pdf.

plano global, propone crear la figura de un facilitador dependiente del secretario general de Naciones Unidas para coordinar las grandes pandemias e implantar simulaciones de grandes crisis. Son medidas que coinciden con las de ediciones anteriores, lo que revela que son difíciles de implantar. En particular, las referidas a la financiación sugieren una última reflexión. Se estima que se necesita una inversión anual en torno a los 4.500 millones de dólares para reducir la carencia global de capacidades de preparación. El esfuerzo inversor, con ser grande, especialmente para los países de menor capacidad económica, permitiría compensar los daños económicos de las distintas epidemias y pandemias, que se estiman en torno a 570.000 millones de dólares anuales.¹⁵

Conclusiones

La existencia de una sociedad global sensibilizada e hiperconectada frente a las epidemias y pandemias podría ser un apoyo para la construcción de la política de salud global si se mantuviera su movilización en el tiempo. Si la presión social y política se reduce a la adopción de medidas y no se mantiene durante el seguimiento de la ejecución, los sistemas sanitarios nacionales e internacionales no podrán beneficiarse del respaldo social y político que precisan.

La política de salud global refleja la creciente interdependencia entre los sistemas y políticas nacionales y la internacional. Esta interdependencia se intensificará con la persistencia de las pandemias, que disminuirá la autonomía de la que gozaban los sistemas sanitarios hasta ahora.

El enfoque de seguridad de la política de salud global ayuda a mejorar la cooperación internacional ante las crisis sucesivas, pero su eficacia última reside en que se mejoren las capacidades nacionales de respuesta. Ya que hay que aprender a convivir con las epidemias y pandemias, las medidas deben abandonar su carácter extraordinario actual para normalizarse y sostenerse en el tiempo.

Finalmente, y dada su trascendencia para la seguridad internacional, debería potenciarse la cooperación internacional para ofrecer ayuda financiera y técnica a los eslabones más débiles de la cadena de salud global.

¹⁵ "Harnessing Multilateral Financing for Health Security Preparedness", CSIS, abril de 2019, <https://www.csis.org/analysis/harnessing-multilateral-financing-health-security-preparedness>.