

Tipo de documento: Tesis de Maestría

Departamento de Ciencia Política y Estudios Internacionales
Maestría en Estudios Internacionales

La transformación del sistema sanitario internacional: de la salud internacional a la securitización de las enfermedades transmisibles

Autoría: Moretti, Carla

Año: 2024

¿Cómo citar este trabajo?

Moretti, C. (2024) "*La transformación del sistema sanitario internacional: de la salud internacional a la securitización de las enfermedades transmisibles*". [Tesis de Maestría. Universidad Torcuato Di Tella]. Repositorio Digital Universidad Torcuato Di Tella <https://repositorio.utdt.edu/handle/20.500.13098/13321>

El presente documento se encuentra alojado en el Repositorio Digital de la Universidad Torcuato Di Tella bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Argentina (CC BY-NC-SA 4.0 AR)
Dirección: <https://repositorio.utdt.edu>

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA
Departamento de Ciencia Política y Estudios Internacionales

“La transformación del sistema sanitario internacional: de la salud internacional a la securitización de las enfermedades transmisibles”

Alumna: Carla Moretti
Tutora: Maria Belen Herrero

Firma del tutor

Junio, 2024

Resumen

En los últimos años, las enfermedades infecciosas han pasado por un proceso de securitización, al ser consideradas un riesgo nacional para algunos países, sino en un problema de seguridad global. Este proceso ha transformado las prioridades estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ha tenido un impacto significativo en las estrategias nacionales de salud de sus Estados Miembros.

El objetivo de esta tesis analizar esta transformación del sistema sanitario internacional y su impacto en las agendas sanitarias de los países de ingresos medios y bajos, en particular América Latina y el Caribe (ALC). Para comprender este proceso se analiza el período comprendido entre los años 1990, y el 2007, año en que entró en vigor el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005.

Esta tesis se basa en un análisis cualitativo de fuentes secundarias, incluyendo los principales documentos de la OMS y otros organismos de Naciones Unidas relacionados con la salud y la seguridad. Además, se revisan los principales documentos y planes nacionales de salud de algunos países desarrollados¹. El análisis revela que los países occidentales, especialmente Estados Unidos, han jugado un papel crucial en la transformación de las prioridades estratégicas de la agenda de la OMS, modificando la percepción de las enfermedades transmisibles en términos de seguridad nacional e internacional. Este proceso ha llevado a la institucionalización

¹ A los fines de este análisis, se analizaron los planes nacionales de Estados Unidos, Canadá y la Unión Europea por ser los países u organismos internacionales que han tenido un rol preponderante en incorporar el concepto de seguridad sanitaria dentro de sus planes sanitarios.

de nuevas prioridades sanitarias que responden principalmente a los intereses de los países desarrollados.

Se concluye por lo tanto que la nueva configuración del sistema internacional de salud, bajo el paradigma de la seguridad sanitaria global, si bien ha fortalecido la capacidad global para prevenir y responder a emergencias sanitarias, ha tenido un impacto desfavorable en los países de ingresos medios y bajos, particularmente de América Latina y el Caribe, restringiendo su margen de acción, fundamentalmente, con respecto al pleno ejercicio de su soberanía sanitaria, en el marco del derecho al acceso universal a la atención y preservación de la salud.

Índice

Glosario.....	5
Agradecimientos.....	7
Introducción.....	8
Capítulo 1: Las relaciones internacionales y su intersección con el campo de la salud.....	14
Capítulo 2: Historia y transformación de la Gobernanza Sanitaria Global: la creación de la OMS.....	20
Capítulo 3: El proceso de securitización del sistema internacional de salud: de la salud internacional a la seguridad sanitaria global.....	29
Capítulo 4: Implicaciones del proceso de securitización en las agendas y prioridades de los países de América Latina y el Caribe.....	45
Capítulo 5: Algunas conclusiones.....	55
Bibliografía.....	58

Glosario

AMS	Asamblea Mundial de la Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)
CMCT	Convenio Marco para la Convención del Tabaco de OMS
IHB	Junta Internacional de Salud (IHB, por sus siglas en inglés)
DG	Director General de la OMS
EIOS	Sistema de Información sobre Brotes y Emergencias.
EM	Estados Miembros de la OMS
EP	Estados Parte del RSI
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
GHSA	Agenda Global de Seguridad Sanitaria (por sus siglas en inglés)
GHSI	Iniciativa Global de Seguridad Sanitaria (por sus siglas en inglés)
GOARN	Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
GPHIN	Red Global de Información Pública Sanitaria (por sus siglas en inglés)
ALC	América Latina y el Caribe
LNHO	Organización de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO, por sus siglas en inglés)
MERS-CoV	Síndrome Respiratorio de Medio Oriente por Coronavirus

NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos del Milenio de ONU
OIHP	Oficina Internacional de Higiene Pública (por sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés)
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (por sus siglas en inglés)
RI	Relaciones Internacionales
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés)
UE	Unión Europea
UNRRA	Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (UNRRA, por sus siglas en inglés)

Agradecimientos

A mis papás, Graciela y José Luis, por acompañarme, apoyarme y no dejarme bajar los brazos en cada uno de los desafíos que me han tocado vivir en mi búsqueda personal y profesional.

A mis hermanos, en especial a mi hermana que siempre está al lado mio.

A mis hijos, espero les sirva de ejemplo de que todo se puede lograr.

Y a mi tutora, Belen Herrero, que sin duda fue la voz que, con paciencia, me acompañó durante este largo proceso.

Introducción

"El poder es menos la propiedad de una clase que una estrategia desplegada a través de una red."(Foucault, M.. *Vigilar y castigar*)

Los esfuerzos internacionales por contener y responder a las epidemias y enfermedades, así como los orígenes de las relaciones internacionales sanitarias, pueden remontarse a mediados del siglo XIV. Sin embargo, durante este tiempo y hasta el siglo XIX, las actividades relacionadas con la salud internacional estaban restringidas a intereses religiosos, políticos y económicos de las potencias coloniales, destinadas a proteger el comercio y la contención de plagas y epidemias (Gomez-Dantés et al., 1991).

Recién en el siglo XX, las actividades asociadas con la contención de enfermedades a nivel internacional comenzaron a institucionalizarse en las primeras agencias internacionales autónomas. Estas agencias fueron evolucionando, ampliando sus objetivos y ganando autonomía, lo que permitió que en 1945 se creara la primera organización internacional de salud a nivel global vigente en nuestros días: la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante los primeros años de creación de la OMS se lograron institucionalizar normas internacionales para la prevención y contención de enfermedades, así como la erradicación de algunas enfermedades como la viruela.

Sin embargo, a finales de los años 80 comenzaron a aparecer brotes de enfermedades consideradas reemergentes que parecían haber estado bajo control por algún tiempo, como la tuberculosis, la malaria y la sífilis. Estas enfermedades, junto con el surgimiento de nuevas como

el SIDA, Ébola y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), así como, por otro lado, el temor al uso de material biológico por terroristas (bioterrorismo), crearon un escenario propicio para que los países occidentales consideraran el del potencial riesgo que implicaban para su estabilidad y su propia seguridad nacional las enfermedades transmisibles en un mundo interconectado e interdependiente (Davis et al., 2014).

En efecto, en el período 1990-2007, década que marcó el fin de la Guerra Fría, la intensificación de la globalización y el neoliberalismo, así como la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles y el creciente miedo del uso de toxinas biológicas como armas, algunos países comenzaron a concebir a estos problemas de salud como un riesgo para sus ciudadanos, permitiendo que las cuestiones de salud pública sean percibidas como cuestiones de seguridad nacional e internacional. Esto condujo a un cambio de paradigma dentro del sistema internacional que facilitó que en el año 2007 entrara en vigor el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005)² y la incorporación por parte de la OMS del concepto de seguridad sanitaria y/o seguridad sanitaria global como término regular para referirse a los eventos de salud pública con potencial de propagación.

El objetivo del trabajo, por lo tanto, es analizar el impacto de la transformación del sistema sanitario internacional y, en particular, del proceso de securitización del sistema internacional de

² El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un instrumento legalmente vinculante que cubre medidas para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas. Tiene como propósito y alcance prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional. Mas sobre el RSI en: <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>

salud y su impacto en las agendas sanitarias de los países de ingresos medios y bajos, en particular América Latina y el Caribe (ALC). Los objetivos específicos de la tesis son: describir el cambio de paradigmas de la salud internacional, salud global y seguridad sanitaria global dentro del contexto más amplio del campo de las relaciones internacionales, analizar el rol de los países desarrollados y las agencias de Naciones Unidas (NNUU) con respecto a la transformación del sistema sanitario internacional y, en particular, de la OMS, y por último, identificar los principales obstáculos y desafíos en materia de política sanitaria que enfrentan los países de ALC ante el avance de la securitización del sistema internacional de salud.

En cuanto a la hipótesis de esta tesis se estima que, las transformaciones del sistema sanitario internacional y su progresiva securitización, institucionalizadas a través de la actualización del RSI (2005) y la creación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), han modificado las prioridades estratégicas de la OMS y con ello las del sistema sanitario internacional restringiendo el margen de acción de los países de ingresos medios y bajos, en particular de ALC, en perjuicio de sus necesidades e intereses.

Para estos fines, se analizarán los principales documentos de la OMS, otros organismos de Naciones Unidas, así como los planes de salud de Estados Unidos (EEUU), Canadá y la Unión Europea entre el período 1990-2007, década que marcó el fin de la Guerra Fría, la globalización y el neoliberalismo, así como la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles y el creciente miedo del uso de toxinas biológicas como armas. Durante esta época, algunos países comenzaron a concebir algunas enfermedades transmisibles como un riesgo para sus ciudadanos, permitiendo que las cuestiones de salud pública sean percibidas como cuestiones de seguridad nacional e internacional. Esto condujo a un cambio de paradigma dentro del sistema

internacional que facilitó que en el año 2007 entrara en vigor el nuevo RSI (2005) y la incorporación por parte de la OMS del concepto de seguridad sanitaria y/o seguridad sanitaria global como término regular para referirse a los eventos de salud pública con potencial de propagación.

En relación con la metodología, para el cumplimiento de los objetivos, la investigación se basó en un enfoque cualitativo utilizando un análisis de fuentes secundarias.

Para la recolección de los datos, se realizó una búsqueda sistemática de documentos oficiales, informes y planes estratégicos de diversos organismos nacionales e internacionales que implicó:

- 1) El análisis de informes y documentos de la OMS dado su rol en la gobernanza del sistema intencionalidad de la salud. Esto incluyó resoluciones, declaraciones y documentos oficiales, así como publicaciones sobre el RSI (2005) y el GOARN.
- 2) Se incluyeron resoluciones y declaraciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y del Consejo de Seguridad. Se prestó especial atención a cómo estos organismos han abordado la relación entre seguridad y salud y las recomendaciones sobre cómo abordar las cuestiones de salud pública.
- 3) Se revisaron las estrategias de seguridad nacional y documentos de política de salud de países como EEUU, Canadá y de la Unión Europea. La inclusión de estos documentos permitió identificar las prioridades y enfoques específicos de los países desarrollados en relación a la securitización de la salud.

Para garantizar la relevancia y coherencia del análisis, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: documentos oficiales ya sea del Consejo

de Seguridad, de la OMS y de los países seleccionados. publicados entre 1980 y 2007, referidos a salud que integren la variable de salud pública y seguridad nacional como política integral, informes y planes estratégicos inherentes explícitamente a la intersección entre salud y seguridad así como resoluciones de organismos internacionales y de países desarrollados que aborden la seguridad sanitaria o seguridad sanitaria global.

En relación con los criterios de exclusión: se excluyeron documentos que no mencionan de manera directa la relación entre salud pública y seguridad nacional así como fuentes no oficiales o de origen dudoso, para mantener la credibilidad y validez del análisis.

Para estos fines, la tesis se estructura en cuatro capítulos. Los primeros dos capítulos corresponden al marco teórico de la tesis. El primer capítulo tiene como objetivo describir el devenir de las relaciones internacionales y su intersección con el campo de la salud. Se analizaron especialmente los estudios de seguridad y seguridad humana para comprender el devenir del sistema internacional de salud y sus implicancias para los países. En el segundo capítulo se abordó el origen del sistema internacional de salud, sus actores y complejidades, y la creación de la OMS como primera organización internacional y en particular la transformación que ha ido teniendo este organismo en el sistema de gobernanza global.

El tercer y cuarto capítulo corresponden a los resultados de la investigación. En el tercer capítulo se centra en demostrar cómo algunos actores (nacionales e internacionales) facilitaron el proceso de securitización de la salud y cuáles fueron los mecanismos y estrategias utilizadas. La intención es demostrar cómo los países occidentales han ido transformando la percepción de las enfermedades infecciosas por medio de informes, discursos y políticas de seguridad. El rol de

nuevos actores como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) refuerzan la percepción de estos riesgos para la seguridad internacional, la cual se ve fortalecida con la emergencia del SARS, la Gripe Aviar y el miedo al bioterrorismo luego del atentado del 2001, así como la descripción del rol de la OMS en la ampliación del concepto de salud internacional. Por último, se presenta la institucionalización de este proceso a través de la actualización del RSI (2005) y el establecimiento de un sistema global de vigilancia.

El cuarto capítulo tiene como objetivo analizar las implicancias de este proceso de securitización sobre la autonomía de las agendas nacionales de los países de ingresos medios y bajos, en particular los países de ALC. Se intenta demostrar que, aunque muchas de estas iniciativas han mejorado significativamente la capacidad de muchos de estos países para detectar y responder a brotes de enfermedades, es decir, fortalecieron el sistema de salud en términos del RSI 2005, también estos compromisos muchos veces han facilitado el desvío de recursos críticos de otras prioridades de salud, afectando incluso la soberanía de muchos países para definir qué es una prioridad en materia sanitaria.

Capítulo 1: Las relaciones internacionales y su intersección con el campo de la salud.

El origen de las relaciones internacionales puede remontarse al siglo XVII con el nacimiento del Estado moderno, sin embargo, las Relaciones Internacionales (RI), como disciplina científica, surgieron después de la Primera Guerra Mundial asociadas a la preocupación de evitar un nuevo conflicto entre los Estados, con el objetivo de responder dos preguntas centrales, a saber: cuáles son las causas de la guerra y cuáles son las condiciones para la paz.

En sus inicios, el campo de análisis de las RI estuvo asociado a los esquemas de pensamiento del idealismo que se enfocan en el estudio de la paz con la idea de desterrar la posibilidad de la guerra mediante la cooperación, las instituciones y las normas internacionales a través de la afiliación a organizaciones internacionales. El idealismo aceptaba la idea que el sistema internacional es anárquico por lo que proponían la creación de instituciones internacionales y negociación diplomática como forma de prevenir conflictos internacionales (Bilbao et al., 2014).

En el segundo artículo definitivo de la paz perpetua, Kant (1795) sostiene que el establecimiento de una sociedad civil que administre universalmente el derecho de acuerdo con la ley es uno de los mayores problemas prácticos para el género humano. Autores como Kant, Rousseau, Montesquieu dieron contenido a este enfoque que le permitió a Woodrow Wilson, presidente de EEUU entre 1913-1924, sentar las bases para impulsar y crear la Sociedad de las Naciones, la primera organización internacional, precursora de la Organización de Naciones Unidas (ONU), con el objetivo de establecer las bases para la paz y reorganizar las relaciones internacionales una vez finalizada la Primera Guerra Mundial.

Sin embargo, con el fracaso de la Sociedad de las Naciones por evitar un nuevo conflicto bélico y el inicio de la Segunda Guerra Mundial en 1939, muchos autores comienzan a cuestionar el poder explicativo del liberalismo, dando comienzo al primer debate entre idealistas y una nueva corriente de pensamiento denominado: realismo. El fundamento de esta nueva corriente puede ser encontrado en el libro “Politics Among Nations: The Struggle for Power and Peace”, donde Hans Morgenthau sostiene que el enfoque del idealismo es inadecuado para analizar las relaciones internacionales y explicar el inicio de la Segunda Guerra Mundial.

El realismo tienen sus orígenes en los escritos de Tucídides, Maquiavelo y Hobbes sobre sus conceptos de poder, equilibrio de poder y el estado de anarquía natural del sistema internacional y creen que el principal interés del Estado, principal actor del sistema internacional, es maximizar su poder (Vazquez Flores, 2014)

Son estos autores, quienes a través de Hobbes, introducen el estudio de la seguridad, vista como una de las causas de la creación del Estado moderno, garante de la supervivencia de los individuos. “Bajo estas premisas el Estado se convierte en el gendarme de la seguridad y en el centro de las consideraciones para acometer medidas que protejan la seguridad del individuo” (Orozco, 2005). Dentro del sistema internacional, el principal interés de los Estados es el interés nacional en términos de poder. Las amenazas que enfrentan son concretas, provienen de otros Estados del sistema y los medios para garantizar su seguridad son básicamente militares. Como consecuencia, la seguridad nacional es el principal interés de cualquier Estado.

Durante estos primeros años de discusión entre idealistas y realistas, las cuestiones relacionadas la política sanitaria internacional y salud internacional tuvieron un lugar marginal dentro del

estudio de las relaciones internacionales ya que eran consideradas cuestiones sin importancia estratégica (low politics) (Stoeva, 2016) e incluso eran ignoradas por ser considerada una actividad técnica, humanitaria y/o esfuerzos no políticos (Filder, 2005)

El fin de la Guerra Fría y la emergencia de la globalización transformaron las relaciones internacionales y con ello la naturaleza de la seguridad (Orozco, 2020). El análisis del nuevo orden mundial, producto del fin de la Guerra Fría, requería de los expertos repensar los conceptos centrales articuladores del debate. En este marco, la redefinición del concepto clásico de seguridad, asociado a la seguridad nacional y de integridad territorial, comenzó a emerger como eje articulador del estudio de la teoría de relaciones internacionales capaz de interpretar nuevas amenazas imposibles con los paradigmas tradicionales como el crecimiento de los conflictos intraestatales, el miedo de las sociedades occidentales a la inmigración masiva y descontrolada, el deterioro del medio ambiente y la aceleración de epidemias (Buzan, 2009).

En este nuevo contexto post-Guerra Fría, se comenzaron a identificar otros conflictos, no ya asociados a los riesgos de una guerra, sino a la amenazas que generan por ejemplo: la pobreza mundial, las enfermedades transmisibles, el cambio climático, las migraciones y el terrorismo (PNUD, 1994). Estas nuevas amenazas han llevado a la adopción de políticas y estrategias internacionales que buscan abordar estos desafíos de manera integrada y multidimensional como: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, donde la pobreza es entendida como un factor que puede desestabilizar regiones (ONU, 2015), el Acuerdo de París, que describe el cambio climático, como el aumento del nivel del mar y eventos climáticos extremos, son vistos como amenazas a la seguridad nacional e internacional (Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, 2015), la Política de la Unión Europea sobre Migración que

reconoce las implicancias de una crisis de refugiados para la seguridad en Europa (Consejo de la Unión Europea, 2004). Sin embargo, uno de los ejemplos más importantes de la reconfiguración de la agenda de seguridad lo representa la Guerra contra el Terrorismo desarrollada luego de los atentados del 11 de septiembre de 2001 que no sólo produjo la creación del Departamento de Seguridad Nacional de los EE.UU sino que desencadenó una respuesta militar internacional con la justificación de la capacidad del terrorismo para desestabilizar regiones enteras y amenazar la seguridad global.

El concepto de “securitización” fue desarrollado por los autores de la Escuela de Copenhague, particularmente Buzan, quienes incluyeron en el análisis sectores como el militar, social, económico (además del político y el militar), contraponiéndose a las teóricas tradicionales más asociadas a universidades americanas. Sostenían que los paradigmas tradicionales eran incapaces de comprender las amenazas que emergieron en la era de la globalización y la interdependencia como: el crecimiento de los conflictos intraestatales, el miedo de las sociedades occidentales a la inmigración masiva y descontrolada, el deterioro del medio ambiente y la aceleración de epidemias (Buzan, 2009), renovando los estudios de seguridad a través de una conceptualización más amplia que incluyó el análisis de nuevos problemas y desafíos que amenazan a la seguridad en la globalización.

Ole Waever desarrolló en 1995 el término securitización (securitization) como respuesta a los estudios tradicionales sobre seguridad, a las teorías realistas y neorrealistas de la disciplina de las relaciones internacionales, que restringían el concepto de "amenazas" solamente a peligros de tipo militar entre Estados. Dentro de esta disciplina, la “securitización” se concibió como un acto de habla a través del cual un actor está en posición de poder identificar un problema como una

amenaza. Cuando este acto tiene éxito, se pasa de una política securitizada normal a la excepcional, lo que justifica el incumplimiento de las reglas y de los procesos políticos normales. “Una titulación exitosa tiene tres componentes (o pasos): amenazas existenciales, acción de emergencia y efectos en las relaciones entre unidades al liberarse de las reglas” (Buzan et al., 1998).

En esta línea, en el año 1994 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su el Informe anual de Desarrollo Humano, desarrolló una noción más integral de seguridad afirmando que: “el concepto de seguridad se ha interpretado en forma estrecha durante demasiado tiempo. La seguridad se ha relacionado más con el Estado-Nación que con la gente” (PNUD, 1994, p. 25)

El nuevo concepto que denominó: “seguridad humana” intentaba ampliar el concepto de seguridad a través de cuatro características básicas: representa una preocupación universal, sus componentes son interdependientes entre sí, es más fácil de lograr a través de la prevención temprana que a través de la intervención tardía y está centrado en la gente y no en la protección del territorio. En este marco, afirman que la seguridad humana tiene dos aspectos principales: 1) significa seguridad contra amenazas crónicas como el hambre, la enfermedad y la represión y 2) significa protección contra alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana (PNUD, 1994, p.26).

Autores como Elbe (2010) como Fidler (2004) afirman que la ampliación del concepto de seguridad para incluir cuestiones de salud y enfermedades infecciosas volvió al concepto de seguridad más relevante para comprender los desafíos que enfrentan los estados en la era

posterior a la Guerra Fría y dio el puntapié para que problemas de salud pública ocupan la agenda de organismos como el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas y en las estrategias de política exterior de muchos estados.

La ampliación del concepto de seguridad sumado a los nuevos desafíos representados en la globalización y la vulnerabilidad compartida permitieron que las enfermedades infecciosas pueden ser leídas rápidamente por algunos países en términos de seguridad nacional ya que la incapacidad de un estado para gestionar eficazmente una crisis de salud puede no controlar el brote y producir una crisis institucional dentro de un país. Esta nuevo cambio de percepción sobre las enfermedades transmisibles fue lo que permitió que el Consejo de Seguridad de ONU dicte la Resolución 1308 (2000) que destacó el impacto del VIH/SIDA en la paz y la seguridad en África, y la Resolución 2177 (2014) que declaró el brote de ébola como una amenaza a la paz y la seguridad internacionales.

Como veremos más adelante, la ampliación del concepto de seguridad para incluir cuestiones de salud y enfermedades infecciosas ha transformado la forma en que se perciben y abordan las amenazas en la era post-Guerra Fría. La incorporación de consideraciones de salud de las estrategias de política exterior de algunos países así como la inclusión de resoluciones y declaraciones sobre temas de salud en organismos internacionales con competencia en temas de seguridad refleja un cambio de percepción sobre lo que son las enfermedades transmisibles la cuales ya no son vistas, para muchos países, desde la óptica de la salud pública, es decir, como problemas de salud que deben ser atendidos en el marco del acceso a los servicios de salud como un derecho humano fundamental sino que constituyen amenazas para la paz y la seguridad internacional.

Capítulo 2: Historia y transformación de la Gobernanza Sanitaria Global: la creación de la OMS.

Durante la Revolución Industrial, el desarrollo del comercio internacional facilitó la diseminación de enfermedades y epidemias, como la viruela y el cólera, imposibles de contener con solo intervenciones locales como cuarentenas. La preocupación por organizar las normas preventivas-sanitarias que cada país imponía en sus puertos y que dificultaban el comercio y los viajes entre Europa y Asia así como un brote de cólera en Europa, fue el puntapié de la primera Convención Sanitaria Internacional convocada por Francia en el año 1851 (Jiménez, 2006). El objetivo de la reunión fue elaborar una convención sanitaria internacional (que se logró recién en 1892), discutir las cuarentenas marítimas en el Mediterraneo y la creación de puestos sanitarios de vigilancia en Oriente Medio para facilitar la información periódica respecto a la evolución y situación del cólera y la peste (Mateos Jiménez, 2005).

Aunque esta primera Conferencia no logró que los países aceptaran la convención propuesta así como el reglamento sanitario, fue el puntapié para que muchas de las potencias adaptaran sus legislaciones a los principios discutidos, lo que permitió sembrar la semilla de la salud internacional (Mateos, 2006) y generar las condiciones para la creación de las primeras organizaciones internacionales de salud.

Durante 1851 y 1938, se realizaron 14 conferencias sanitarias que fueron el escenario donde se presentó y desarrolló el enfrentamiento entre contagionistas y anti-contagionistas y se logró armonizar normas de cuarentena e higiene que dieron el puntapié para comenzar a plantear la

necesidad de una institución que prevenga y coordine las respuestas de los países frente a las enfermedades infecciosas. (Tobar, 2016).

La Oficina Sanitaria Internacional de la Unión Internacional de Repúblicas Americanas, preludio de lo que es hoy la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estableció en 1902 en Washington. En 1907 en París se estableció la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP); por su parte, la Fundación Rockefeller creó la International Health Board (IHB por sus siglas en inglés) en 1913 y finalmente con el fin de la Primera Guerra Mundial en 1919 se creó la Organización de Salud de las Ligas de las Naciones (LNHO, por sus siglas en inglés) (Cueto et al., 2011)

A pesar de que la LNHO era producto del reconocimiento de la Liga de las Naciones que el mantenimiento de la paz requeriría mejorar las condiciones sociales y económicas de las poblaciones, debido a las resistencias entre los estados europeos y los EEUU resultó imposible unir actividades o fusionar las demás organizaciones anteriores en esta nueva organización y al finalizar la segunda Guerra Mundial ninguna de estas logró consolidar su autoridad internacional en materia sanitaria generando duplicación de esfuerzos y tensiones (Cueto, 2004).

En el año 1945, con el fin de la Segunda Guerra Mundial, se hizo imperativo para los países Aliados ayudar a las poblaciones de los países que habían sido conquistados por las potencias del Eje. La United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), creada en 1943 con este objetivo, se vio rápidamente sobrepasada con más de seis millones de europeos desplazados y sin protección ante la amenaza de epidemias (Cueto et al. 2011). Durante la Conferencia de San Francisco que estableció la ONU, los 46 delegados concordaron en la necesidad de crear una

organización de salud especializada bajo la órbita de Naciones Unidas, responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales y absorber las funciones del OHIP, la LNHO y la UNRRA (Kickbush et al., 2013)

La planificación de esta nueva organización internacional, su constitución, el rol y autonomía de las oficinas regionales fueron objeto de debate durante la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946 que se celebró en Nueva York (Cueto et al., 2011) donde se aprobó la Constitución de la OMS y la creación de una Comisión Interina (IC, por sus siglas en inglés) hasta 1946 cuando la Primera Asamblea Mundial de Salud (AMS) ratificó su Constitución (Cueto et al., 2011).

Como señalan numerosos autores, una de las diferencias más importantes de la OMS respecto a las organizaciones que la precedieron fue que sus objetivos y funciones no se limitaban a prevenir la propagación de enfermedades transmisibles o a organizar asistencia técnica entre los países sino que, como lo define en el artículo 1º de su Constitución, su objetivo era "la obtención del más alto nivel posible de salud".

Tal como lo establece la página web de la ONU, la OMS es la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas (OMS). Como agencia especializada, la OMS forma parte de un complejo sistema internacional conformado por la propia organización de la ONU (7 órganos principales) y numerosas organizaciones conocidas como programas, fondos y agencias especializadas; así como otras entidades que aúnan esfuerzos de más de una agencia y promueve cierta iniciativa.³

³ Organización Mundial de la Salud. (2013, septiembre). OMS - Organización Mundial de la Salud. Sitio web de la Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>. Última vez visto el 25 de abril de 2024.

Actualmente la OMS está compuesta por 194 Estados Miembros divididos en 6 grupos según criterios de distribución geográfica. Su sede central se encuentra en Ginebra y tiene seis oficinas regionales: África (AFRO), América (AMRO), Asia del Sudeste (SEARO), Europa (EURO), Mediterráneo Oriental (EMRO) y Pacífico Occidental (WPRO). Cuenta con dos órganos de gobierno y una Secretaría donde se encuentra el DG.

La Asamblea Mundial de Salud (AMS) es el órgano decisorio de la OMS. Se reúne anualmente en Ginebra con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros y su función principal es determinar las políticas de la Organización, designar al Director General (DG), supervisar las políticas financieras, y revisar y adoptar el programa de presupuesto propuesto. Según lo establece la constitución, la AMS puede adoptar convenciones o acuerdos respecto a todo asunto que esté dentro de la competencia de la OMS (Artículo 19), así como reglamentos en áreas específicas (Artículo 21) (Taylor, 2008).

El segundo órgano directivo es el Consejo Ejecutivo, integrado por 34 miembros elegidos por los Estados con un mandato de tres años. Se reúne dos veces al año y sus principales funciones consisten en dar efecto a las decisiones y políticas de la AMS, en asesorar y, de manera general, en facilitar su trabajo (OMS).

Como agencia especializada de la ONU, la OMS se financia a partir de cuotas de afiliación de los países que son un porcentaje del producto bruto de los países (las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y de otros asociados), sin embargo, estas contribuciones sólo cubren el 20% del total del presupuesto total de la organización. El resto de la financiación de la OMS se realiza en forma de contribuciones voluntarias, esto es, contribuciones de los Estados Miembros

y de otras organizaciones de las Naciones Unidas, organizaciones intergubernamentales, fundaciones filantrópicas, el sector privado y otras fuentes que en general están destinadas a programas específicos (OMS, s.f)⁴

En el año 1948 la OMS comenzó la tarea de revisar y consolidar todas las convenciones y acuerdos en materia de sanidad internacional que se suscribieron desde el año 1892 permitiendo que, en el año 1961, se adopte el Primer Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que contenía las disposiciones en materia de notificación y cuarentena para los brotes de seis enfermedades: cólera, peste, fiebre recurrente, viruela, tifus y fiebre amarilla (OMS). El RSI de 1969 estableció un marco para la cooperación internacional en materia de salud pública y la notificación de enfermedades infecciosas de importancia internacional que fue enmendado en 1973, 1981 y 2005.

La rápida expansión de enfermedades como el Ébola, SARS y fiebre aviar sirvieron para justificar la necesidad de modificar el RSI 1969 el cual fue definido como obsoleto para prevenir, notificar y controlar otros eventos como enfermedades emergentes y reemergentes. En el año 1995 se abrió un proceso de revisión extenso del RSI que concluyó en el año 2005 con la aprobación por parte de la AMS de un nuevo texto que entró en vigor en el año 2007. El RSI 2007 amplió su alcance con el objetivo de abarcar «toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano», se incluyó el concepto de ESPII, así como los procedimientos para que el DG pueda

⁴ *Financiación.* Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/funding#:~:text=La%20OMS%20se%20financia%20a,Miembros%20y%20de%20otros%20asociados>.

determinar una ESPII (Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional) y formular recomendaciones temporales (OMS, s.f.).⁵

El RSI no es el único acuerdo que los países han firmado bajo los auspicios de la OMS. En el año 2003 la Asamblea Mundial de Salud adoptó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), en respuesta a la globalización de la epidemia del tabaco y que establece, por primera vez, la importancia de las estrategias de reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro (Renganathan, 2013)

Como fuimos describiendo, el proceso de creación e institucionalización de la OMS dentro del sistema de Naciones Unidas no fue lineal pero se creó con el objetivo de "la obtención del más alto nivel posible de salud" colaborando con los Estados Miembros de la organización, quienes eran los actores principales de este sistema, donde la salud se consideraba uno de los motores del desarrollo de los países. Sin embargo, con el correr de los años, este sistema se fue complejizando. Solo dentro de NNUU existen otras agencias especializadas como el Banco Mundial, programas y fondos como UNFPA y UNICEF y entidades como ONUSIDA con iniciativas dirigidas a abordar las cuestiones de salud en los países que muchas veces se solapan con las que desarrolla OMS.

Además de estos actores del sistema de NNUU, existen actores externos como los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) que es una agencia federal de EEUU que nació con el propósito de contener la malaria en ese país y hoy tiene oficinas en varias regiones del mundo. Pero, a partir de los años 90, a esta complejidad de

⁵ Reglamento Sanitario Internacional (2005) Recuperado: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>

actores, se suman numerosas organizaciones no gubernamentales (ONG) que se dedican a abordar cuestiones de salud pública en todo el mundo, entre las que se destacan: Médicos Sin Fronteras, Save the Children, Cruz Roja, Amnistía Internacional, entre otras. Estos numerosos actores sumados al sector privado, como la industria farmacéutica, aumentan la complejidad del sistema y la coordinación para responder a los nuevos desafíos de salud pública internacional (Cueto, 2019).

A estas complejidades, se sumaron los cambios internacionales que se produjeron durante los años 90 como: la globalización, que intensificó el comercio internacional y la movilidad de mano de obra facilitando la transmisión de enfermedades, la emergencia de enfermedades como el VIH/SIDA, la privatización y liberalización económica que facilitó que el discurso de los beneficios del libre mercado, las crisis económicas y los ajustes estructurales que permitieron la implementación de programas de ajuste por parte del FMI y BM con recortes en el gasto público incluidos en el gasto en salud así como los avances tecnológicos que aumentaron la brecha de acceso entre los países de altos y bajos y medianos ingresos. Estos factores fueron claves para una transformación de la política sanitaria internacional llevando a que estos nuevos actores y algunos países como EEUU, comiencen a cuestionar el liderazgo de la OMS sobre el sistema internacional (Rovere, 2011)

Para finales de los 90, la OMS se enfrentaba a déficits presupuestarios y un estatus disminuido, especialmente dada la creciente influencia de actores nuevos y poderosos que promovían agendas relacionadas con la seguridad sanitaria, como la regulación de enfermedades infecciosas y la promoción de estándares de salud pública a nivel mundial.

En el marco de este contexto, el atentado del 11 de septiembre de 2001 y la distribución de esporas de ántrax⁶ contribuyeron a aumentar la percepción de que las enfermedades transmisibles podrían ser utilizadas como armas biológicas y representar una amenaza significativa para la seguridad nacional. Este nuevo contexto, generó la emergencia de un nuevo régimen del sistema de salud global donde el RSI 2005 es la piedra angular de la emergencia de un aparato de vigilancia y respuesta global de enfermedades que la OMS denominó “global public health security” (Lakoff, 2010)

Decimos nuevo régimen internacional porque a partir de estos años, la principal iniciativa de la OMS, como es el RSI 2005, no se corresponde a una definición de salud entendida como: “un estado de completo bienestar mental, físico y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” sino que como señalan Beaglehole y Bonita (1997), la revisión de la literatura sobre seguridad sanitaria global en el primer documento de trabajo del Programa de Salud Global del Reino Unido encontró que la salud se define en términos de enfermedades, ya sea que se propaguen en forma de epidemias o deliberadamente mediante bioterrorismo (Feldbaum et al., 2004).

Como han señalado Feldbaum et al (2004): “La definición elegida de salud tiene implicaciones importantes para las políticas de salud. Determina si el énfasis está en un enfoque multisectorial para mejorar la salud o si la atención se centra en enfermedades seleccionadas y soluciones

⁶ Después de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en EEUU, ocurrió un incidente de distribución de esporas de ántrax por correo que fueron enviadas a varios medios de comunicación y a figuras políticas prominentes, resultando en varios casos de ántrax inhalatorio y cutáneo. Este evento destacó la preocupación por las enfermedades infecciosas como posibles armas biológicas y promovió iniciativas de seguridad sanitaria a nivel global

tecnológicas.' Como veremos más adelante, a partir del año 2007 con la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional 2005, que es el acuerdo mundial legalmente vinculante diseñado para construir y fortalecer sistemas nacionales de alerta y respuesta, los términos "seguridad sanitaria" y "seguridad sanitaria global" comenzaron a utilizarse cada vez más en los discursos académicos y políticos, para referirse a las enfermedades infecciosas como amenazas transfronterizas comienza a ser de los últimos años (Rushton, 2011).

Capítulo 3: El proceso de securitización del sistema internacional de salud: de la salud internacional a la seguridad sanitaria global.

El nacimiento de la OMS permitió la ampliación del concepto de salud internacional, no ya asociado a las actividades de control de epidemias entre agencias nacionales sino para centrarse en las actividades de participación de los Estados dentro de las organizaciones internacionales y en la ayuda al desarrollo y asistencia humanitaria (Ilona, 2006) Durante sus primeros años, marcados por la Guerra Fría, los esfuerzos de salud internacional estuvieron marcados por programas de erradicación como la malaria y el paludismo y la estrategia de atención primaria que articulaba la salud como un derecho humano básico con el desarrollo social y económico de los países (Lakoff, 2010).

Estas primeras intervenciones respondieron a una agenda de salud internacional -más que global- en el sentido que requirieron la coordinación entre la OMS y los servicios nacionales de salud pública. En el marco de este paradigma, durante sus primeros años, la OMS, logró importantes avances en la institucionalización de normas internacionales para la prevención y contención de enfermedades que incluye la adopción del RSI (1951), la adopción del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el año 1974, la erradicación de enfermedades como la viruela en 1980, la creación e implementación de programas e iniciativas internacionales contra el paludismo así como la salud materno-infantil (Lakoff, 2010)

A pesar de los importantes avances en materia sanitaria internacional, a finales de los años 80, la comunidad científica de EEUU comenzó a alertar a las autoridades de salud sobre el impacto que podrían tener las enfermedades infecciosas sobre la salud pública en EEUU, en particular en

HIV/Sida. El brote de peste bubónica de India de 1994 sumado a la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles, en especial el VIH/SIDA, generó el escenario propicio para convencer a las autoridades de países como EEUU del potencial riesgo para la seguridad nacional de las enfermedades transmisibles (McInnes et al., 2010)

Durante esos años, las agencias especializadas de EEUU produjeron abundante literatura sobre los riesgos globales que ejercen las enfermedades transmisibles en un mundo interconectado (Brown et al., 2006). El informe más relevante es el publicado por el Instituto de Medicina de EEUU en el año 1992 que se titulaba: "Infecciones emergentes: amenazas microbianas a la salud en los Estados Unidos". El informe describe la amenaza que las enfermedades emergentes y reemergentes (ERID) representan para el pueblo estadounidense haciendo hincapié en que no existe un lugar en el mundo del que estemos alejados del contexto de las enfermedades transmisibles (Instituto de Medicina, 1992). Si bien el informe no argumenta específicamente que las enfermedades transmisibles sean una amenaza a la seguridad nacional, sí señala una creciente inclinación a enmarcarlos de esta manera. Ese informe subrayaba la necesidad de reconocer y abordar las enfermedades infecciosas emergentes, que se estaban volviendo cada vez más prevalentes debido a factores como el crecimiento demográfico, los viajes internacionales, la urbanización y los cambios en las prácticas agrícolas. Destacaba además la dinámica cambiante de las enfermedades infecciosas, incluida la aparición de patógenos resistentes a los medicamentos, la reaparición de enfermedades previamente controladas y la aparición de enfermedades completamente nuevas así como la importancia crítica de los sistemas de vigilancia para la detección temprana y la necesidad de estrategias de respuesta rápidas y

efectivas para contener los brotes y mitigar su impacto en la salud pública (Instituto de Medicina de EEUU, 1992)

Estos informes dieron origen a la “Estrategia para abordar las Enfermedades Infecciosas Emergentes”, elaborado por los CDC en 1994 que se centró en la detección temprana, la respuesta rápida y la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas emergentes. Además, el Presidente Clinton creó en el año 1995 un Grupo de Trabajo de Emergencia en Enfermedades Infecciosas (CISSET por sus siglas en inglés) liderado por el entonces Vicepresidente Al Gore y la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, Donna Shalala. El CISSET tenía como objetivo proporcionar recomendaciones estratégicas y coordinar la respuesta del gobierno federal de los EEUU ante las enfermedades infecciosas emergentes. Se centró en cuestiones como la vigilancia epidemiológica, la investigación científica, el desarrollo de vacunas y tratamientos, la preparación para emergencias y la cooperación internacional. Todas estas iniciativas facilitaron que en 1996 el entonces Presidente Bill Clinton emitiera una Decisión Presidencial que identificaba las enfermedades infecciosas como una amenaza para la seguridad nacional e internacional y solicitaba unos 100 millones de dólares al Congreso para poder diseñar una estrategia nacional (Cueto et al., 2019).

La Unión Europea y Canadá, por su parte, implementaron medidas similares. En 1998 Canadá creó una Red Mundial de Inteligencia en Salud Pública (GPHIN, por sus siglas en inglés) con el objetivo principal de mejorar la detección temprana y la respuesta rápida a las emergencias de salud pública a nivel global. Esta red fue establecida para facilitar el intercambio de información y la vigilancia de eventos de salud pública a nivel internacional, permitiendo a los países y organizaciones estar mejor preparados para gestionar y responder a crisis sanitarias y

emergencias epidemiológicas. Luego la UE creó la Red de Enfermedades Transmisibles (European Union Network for Transmissible Diseases, EUNID) para fortalecer la cooperación entre los estados miembros de la Unión Europea en el ámbito de la epidemiología y el control de enfermedades transmisibles. Esta red sentó las bases para la creación del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) (Cueto et al., 2019).

Durante estos años, el liderazgo de la OMS sobre los asuntos de salud internacional se vio fuertemente amenazada por organismo como el Banco Mundial (BM) y del CDC en el campo de la cooperación en salud internacional así como el nacimiento de nuevos organismos internacionales como la OMC y el FMI, provocando que la la OMS sea vista como obsoleta. Como se mencionó anteriormente, el rol de la OMS como líder del sistema internacional de salud comenzó a ser fuertemente cuestionado por los países de ingresos altos y los nuevos actores internacionales, provocando déficits presupuestarios y un estatus disminuido (Brown et. al, 2009). En este marco, la OMS comenzó a remodelar su discurso como estrategia de supervivencia en respuesta a este contexto político internacional transformado.

La década de 1980 marcó un punto de inflexión en la economía global. La crisis de la deuda, un fenómeno económico y financiero que afectó principalmente a varios países en desarrollo, surgió como resultado del endeudamiento externo de la década del 70, cambios en las condiciones económicas internacionales y la implementación de políticas de ajuste estructural. Estas medidas provocaron graves consecuencias económicas en muchos países, tales como crisis prolongadas, aumento del desempleo y pobreza, y una disminución en la calidad de vida de la población. Este contexto se vio agravado por el ascenso de nuevos gobiernos neoliberales en países como EEUU

y el Reino Unido, que promovieron la liberalización del mercado, la privatización de empresas estatales, la reducción del gasto público y la desregulación económica.

Esta nueva dinámica internacional chocaba con muchos de los ideales que la OMS venía desarrollando a nivel internacional lo que provocó la retirada de EEUU de la organización en 1985 provocando un impacto significativo en el presupuesto y la capacidad operativa de la OMS. Autores como Birn y Nervi sostienen que muchas de estas medidas fueron en represalia a iniciativas de la OMS como el de medicamentos esenciales y por el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna ya que entraban en conflicto con los intereses de industrias de ese país (Herrero et al., 2022)

Estos cuestionamientos sumados a la crisis financiera generaron la creación de un grupo de trabajo dentro de la OMS que, en el año 1993, elaboró un documento “Respuesta de la OMS a los cambios globales” con 47 recomendaciones sobre las medidas que debería tomar la OMS a fin de mejorar su capacidad para afrontar los desafíos de los cambios políticos, económicos, sociales y sanitarios a nivel mundial (WHA46.16). El documento, sentó las bases para que la OMS adoptara un enfoque más amplio y holístico de la salud pública denominado “salud global”. Modificó su lenguaje para explicar su labor, no ya asociado a un concepto de salud internacional como tarea exclusiva de las jurisdicción nacionales y la cooperación internacional, sino con el objetivo de responder aquellos problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales y los gobiernos y que requieren acciones sobre las fuerzas globales que determinan la salud de las personas y que requieren nuevas formas de gobernanza a nivel nacional e internacional que busquen incluir una amplia gama de actores (Kickbusch, 2006, Ilona, 2006).

Hasta ese momento, el término salud global había sido utilizado por fuera de la OMS, especialmente en EEUU, pero no en un documento oficial del organismo (Brown et al., 2006). Algunos de los documentos que comenzaron a modificar el término de salud internacional para enfocarse más en cuestiones de salud global fueron: la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978), el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (1993) titulado "Invertir en Salud para el Desarrollo Económico" que abogaba por una mayor inversión en salud como medio para el desarrollo económico y social sostenible, y reconocía la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud a nivel global, el Informe anual de 1995, denominado Bridging the Gaps (OMS, 1995), puso mucho menos énfasis en las dimensiones biológicas de las enfermedades emergentes poniendo más énfasis en las causas sociales y, por último, la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1997), que adoptó la "Carta de Yakarta sobre Promoción de la Salud" que enfatizaba la necesidad de un enfoque de salud más amplio que abordara los factores determinantes de la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Ese mismo año, seleccionó el tema "Enfermedades infecciosas emergentes: alerta global, respuesta global" para el Día Mundial de la Salud.

Entre las recomendaciones que la OMS incorporó se encuentra la necesidad de que el organismo haga a partir de 1994 evaluaciones anuales de la situación sanitaria en el mundo en bases los informes de los países así como numerosas recomendaciones en relación con nombramiento del Director General y los Directores Regionales y el funcionamiento de los Cuerpos Directivos entre otras. Asimismo, durante el año 1995 la 48.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 1995 aprobó una resolución para iniciar un proceso de actualización de su RSI -que duró 10

años-. identificar enfermedades emergentes y reemergentes y crear la División de Vigilancia de Enfermedades Virales y Bacterianas Emergentes.

Durante el año 2000, el Consejo de Seguridad Nacional de los EEUU emitió un informe que destacaba que las enfermedades infecciosas podrían complicar la seguridad tanto de EEUU como a nivel global en los próximos 20 años. El informe subrayó la importancia de abordar las enfermedades infecciosas no solo como problemas de salud pública, sino también como cuestiones de seguridad nacional y global y su potencial riesgo para causar estragos en las poblaciones, afectar la estabilidad política y económica, y crear tensiones internacionales si no se abordan de manera efectiva. (National Intelligence Council, 2000). Además ese mismo año, la CIA publicó un reporte sobre los efectos del SIDA sobre el aumento de las perspectivas de las guerras por lo que la administración de Clinton declaró al VIH/SIDA una amenaza a la seguridad nacional (Gunduz, 2006)

Durante la Presidencia de Clinton, EEUU propuso discutir el impacto del SIDA en la paz y la seguridad de África en el ámbito del Consejo de Seguridad de NNUU asociado, por primera vez, de una enfermedad transmisible con una amenaza de seguridad internacional (McInnes et al., 2010). El entonces Vicepresidente estadounidense, Al Gore, en su discurso en ONU sostuvo: “Tenemos que entender que la vieja concepción de seguridad global -con foco casi exclusivo en armas, ideología y geopolítica- tiene que ampliarse”⁷. Según Al Gore el concepto debería incluir también a las enfermedades transmisibles, destacó la importancia de abordar las amenazas a la seguridad global, incluidas las enfermedades transmisibles, y abogó por una mayor cooperación

⁷ Al Gore, Discurso de apertura de la reunión del Consejo de Seguridad sobre HIV en África, 10 de enero de 2000, http://www.un.int/usa/00_003.htm

internacional en materia de salud pública para prevenir y controlar brotes de enfermedades a nivel mundial (Al Gore, 2000).

Por iniciativa de EEUU, el G8 en su reunión del 2000 integró el tema de la salud en su programa (McInnes et al., 2010). El nuevo contexto, permitió que por primera vez en la historia, el Consejo de Seguridad de ONU celebrara una sesión especial dedicada al SIDA, su desafío para la seguridad internacional y dictó la Resolución 1308 que abordó las dimensiones de seguridad del VIH/SIDA. Esta resolución se convierte en una bisagra que marcó los debates posteriores que asocian al VIH/SIDA ya no como un problema de salud pública sino como una cuestión de seguridad nacional e internacional (McInnes et al., 2010). Por primera vez, un problema de salud pública recibió tanta atención por parte del organismo más importante de seguridad intencional y estados como Canadá y Dinamarca incluyeron cuestiones de seguridad sanitaria y seguridad humana en sus estrategias de política exterior (Youde, 2005)

Ese mismo año, los Jefes de Estado aprobaron por Resolución en la Asamblea General de ONU la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que incluían 8 objetivos de los cuales tres eran sobre salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Durante estos años, no sólo los especialistas sino también las principales agencias de seguridad de EEUU, como la CIA, insistieron sobre la necesidad de que para proteger a los americanos era imprescindible abordar las enfermedades epidémicas en cualquier lugar del mundo, preocupación que se vio alimentada por el miedo al bioterrorismo después del 11 de septiembre de 2001. El atentado y la distribución de esporas de ántrax a través del correo postal de EEUU

contribuyeron a aumentar la percepción de que las enfermedades transmisibles podrían ser utilizadas como armas biológicas y representar una amenaza significativa para la seguridad nacional (Cueto et al., 2019)

A partir del 2001, tanto EEUU, Canadá y la UE comienzan a sostener en sus declaraciones de seguridad nacional la necesidad de priorizar el control a las amenazas de enfermedades infecciosas que se propagan rápidamente, especialmente la influenza pandémica (Rushton, 2011) subrayado el vínculo entre enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y la seguridad nacional e internacional. Entre las primeras reacciones a nivel internacional en el sector de salud, Canadá organizó con el apoyo de EEUU una red informal de países y organizaciones que denominó “Iniciativa de Seguridad Sanitaria Global” (GHSI, por sus siglas en inglés), para intercambiar información y coordinar prácticas dentro del sector de la salud con el objetivo de enfrentar nuevas amenazas y riesgos para la salud global. Los integrantes del GHSI son: Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, México, el Reino Unido, y la Comisión Europea. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actúa como observador.

Durante la 54ª AMS del año 2001, los Estados Miembros de la OMS (EM) aprobaron la Resolución WHA54.14⁸ “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias” que tenía como objetivo: acelerar el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional, desarrollar una estrategia mundial para contener y prevenir la resistencia a los medicamentos antimicrobianos y fortalecer la colaboración entre la OMS y todos los asociados técnicos potenciales en materia de alerta y respuesta ante epidemias, incluidos los sectores públicos

⁸Todos los documentos de la 54 Asamblea Mundial de Salud de la OMS del año 2001 pueden encontrarse en el siguiente link: https://apps.who.int/gb/s/s_wha54.html

pertinentes, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Esta resolución incorpora dos grandes reclamos: utiliza la palabra seguridad sanitaria en su título y solicita a la OMS fortalecer la colaboración con otros actores más allá del sector gubernamental.

Lo curioso del documento es que la palabra “seguridad” sólo aparece en el título mientras que no vuelve a utilizarse en ninguna parte del documento el cual para referirse al riesgo que generan las enfermedades infecciosas, el documento refiere a: “...cualquier aumento brusco del número de casos infecciosos en un país determinado constituye un motivo potencial de preocupación para la comunidad internacional” (WHA 54.14, 2001) Por su parte, Aldis (2009) sostiene que esta resolución fue el primer paso en asociar seguridad sanitaria global con el cumplimiento del RSI y reconviniendo la asociación de salud y seguridad no ya en términos del aporte que hace la salud a la seguridad sino securitizado el término salud (Aldis, 2009)

En el año 2002, distintos informes académicos y de gobierno abordaron las implicaciones de VIH/SIDA y SARS, respectivamente, para la política exterior de EEUU. El Consejo Nacional de Inteligencia estadounidense publicó una estimación que vinculó la propagación de enfermedades infecciosas con la situación de seguridad nacional de los EEUU (Consejo Nacional de Inteligencia de EEUU 2002). Por otro lado, la Estrategia Nacional de Seguridad de 2002 reconoció la importancia de abordar las amenazas a la seguridad nacional de una manera más amplia y holística, incluidos los actores estatales y no estatales, el terrorismo, la proliferación de armas de destrucción masiva y la inestabilidad política en ciertas regiones y establecía: “*Salud pública segura. La magnitud de la crisis de salud pública en los países pobres es enorme. En*

países afectados por epidemias y pandemias como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, el crecimiento y desarrollo estarán amenazados hasta que estos flagelos puedan ser contenidos." (United States. The White House, 2002). Aunque el salto al escenario internacional de estas discusiones lo impulsó la administración de Clinton fue la administración de Bush quien fortaleció esa concepción de salud pública como una cuestión de seguridad plasmando en los principales documentos de seguridad nacional.

La comunidad internacional se hizo eco de esta discusión cuando en el año 2003 se produjo un brote de un coronavirus emergente originado en la provincia de Guangdong, China, que causó enfermedad respiratoria grave en humanos antes de extenderse a varios países en Asia y otros continentes. La epidemia de SARS permitió a los países desarrollados demostrar la necesidad de adaptar el nuevo marco regulatorio del RSI a los desafíos emergentes con el objetivo de fortalecer la detección temprana, la notificación y la respuesta a emergencias de salud pública de importancia internacional, como epidemias y pandemias (Cueto et al, 2019)

Aunque las discusiones en torno a la revisión del RSI se vieron aceleradas incluso a través de una resolución (WHA56.28) que reconocía que “...la aparición y rápida propagación internacional del SARS ha reflejado de forma concreta la magnitud de esos retos, la insuficiencia del actual Reglamento, y la apremiante necesidad de que la OMS y sus asociados internacionales emprendan acciones específicas no contempladas en el mismo”⁹, los documentos oficiales todavía no se refieren a este tipo de eventos en términos de seguridad. La resolución WHA56.19

⁹ La frase corresponde a la Resolución WHA56.28 de la 56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, Punto 14.16 del orden del día 28 de mayo de 2003. Recuperado: https://apps.who.int/gb/s/s_wha56.html

sobre Prevención y control de las pandemias y las epidemias anuales de gripe de ese mismo año no se refiere al término a las enfermedades infecciosas en términos de seguridad. Incluso, el informe de la OMS del año 2003, no se dedicó a este tema sino a la necesidad de fortalecer la atención primaria. En el informe el DG expresaba: *“Hace veinticinco años, la Declaración de Alma-Ata desafió al mundo a abrazar los principios de la atención primaria de salud como forma de superar las graves desigualdades en salud entre los países y dentro de ellos. “Salud para todos” se convirtió en el lema de un movimiento. No era sólo un ideal sino un principio organizador: todo el mundo necesita y tiene derecho al más alto nivel posible de salud. Los principios definidos en aquel momento siguen siendo indispensables para una visión coherente de la salud global. Convertir esa visión en realidad exige claridad tanto sobre las posibilidades como sobre los obstáculos que han frenado y, en algunos casos, revertido el progreso hacia la satisfacción de las necesidades de salud de todas las personas.”* (OMS, 2003).

Tanto los cuestionamientos al rol de la OMS, sus problemas de financiamiento, la presión de los países desarrollados y la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles permitieron acelerar en el año 2003 el proceso de revisión del RSI que fue aprobado por unanimidad en el año 2005. Durante esos años, se negocia el rol de la OMS dentro del sistema internacional así como la nueva concepción del régimen de salud internacional lo que se cristaliza en el nuevo texto del RSI el cual refuerza el rol de la OMS como líder en la respuesta a las amenazas a la salud global permitiendo al Director General (DG) declarar una “Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional” (ESPII) y denunciar a los países que no reportan los casos de ciertas enfermedades y eventos de salud pública que “puedan constituir una ESPII, esto es: enfermedades específicas que pueden propagarse como eventos inusuales o inesperados que

puedan tener un impacto en la salud pública internacional y requerir una respuesta internacional coordinada.

El nuevo RSI incluye diversas disposiciones relacionadas con la transparencia y la rapidez de las comunicaciones, los requisitos para la notificación y verificación de eventos por parte de los Estados Parte del RSI (EP), así como las capacidades básicas que los países deben desarrollar y/o mantener para cumplir con el RSI, no sólo en el sistema de salud, sino también en los puntos de entrada designados. Este nuevo régimen internacional establece el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia nacionales con el objetivo de detectar y reportar a la OMS los eventos que puedan constituir una ESPII, con la finalidad de que estos sean contenidos en su lugar de origen. Para ello, establece el concepto de colaboración entre los Estados Miembros y la OMS, permitiendo asistencia técnica a petición de un estado, por ejemplo, para la investigación, control y contención de emergencias (Mínguez, 2007).

Por su parte, el GOARN se estableció en el año 2000 con la idea de fortalecer las actividades de alerta y respuesta, coordinando la rápida movilización de expertos para prevenir y controlar brotes de enfermedades infecciosas. La principal justificación de la OMS para crear un sistema global de vigilancia radicó en la falta de capacidades en vigilancia en muchos países para detectar y responder a eventos de salud pública, lo que ponía en riesgo a otros (Davis, 2008).

El GOARN es una red de 250 instituciones y redes técnicas, coordinada por la OMS, cuya función es apoyar las actividades de identificación, verificación y comunicación de amenazas de salud pública, asegurando mecanismos de coordinación para su respuesta (Mackenzie et al., 2014). Está dirigido por un equipo de apoyo operativo con sede en la sede de la OMS en Ginebra

y regido por un comité directivo de 21 instituciones asociadas que supervisan la planificación, implementación y evaluación de las actividades y objetivos estratégicos de la Red. Además, cuenta con varias oficinas regionales que facilitan el funcionamiento diario de la red y coordinan las misiones de respuesta a brotes, las actividades de la red y las comunicaciones.

El GOARN es el componente operativo del RSI (2005), monitoreando potenciales brotes de enfermedades infecciosas a través del sistema global de vigilancia, que incluye la recopilación de datos formales de los países y el monitoreo de información de medios de comunicación y otras fuentes informales. Además, utiliza y retroalimenta el Sistema de Información sobre Brotes y Emergencias (EIOS, por sus siglas en inglés), otra iniciativa de la OMS de plataforma de datos abiertos para detectar, verificar y evaluar rápidamente información sobre brotes de enfermedades y otras emergencias de salud pública.

El GOARN le concede a la OMS un rol protagónico en el manejo de la verificación y publicación de un evento permitiendo negociar con el estado afectado de forma diferenciada en cuanto a la verificación y notificación y convirtiéndose en la autoridad central en el control y contención de los eventos.

En el año 2007, año que entra en vigor el RSI 2005, la OMS utiliza, por primera vez, el término seguridad sanitaria en su Informe Anual: “Un futuro más seguro: seguridad de la salud pública mundial en el siglo XXI”¹⁰. El informe comienza haciendo hincapié sobre el éxito de las medidas de salud pública tomadas durante el siglo XX para lidiar con enfermedades como cólera y viruela pero señala que: “El delicado equilibrio existente entre el hombre y los microbios es el

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2007). Informe del Director General de la OMS. IRIS World Health Organization. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/43716>

resultado de generaciones de contacto, exposición de los sistemas inmunitarios y pautas de comportamiento humano. Hoy las circunstancias han cambiado, de modo que el equilibrio se ve influido por factores como los cambios en la demográficos y el comportamiento del hombre, el desarrollo económico y el uso de la tierra, el comercio y los viajes internacionales, la evolución del clima y de los ecosistemas, la pobreza, los conflictos, el hambre y la liberación intencional de agentes infecciosos o químicos. Todo ello ha acrecentado el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades” (OMS, 2007 pp.1)

El informe llama a estas nuevas amenazas “seguridad de la salud pública mundial” y destaca la importancia de abordar una amplia gama de amenazas sanitarias, incluidas las enfermedades emergentes y reemergentes, los brotes de enfermedades infecciosas, los eventos adversos relacionados con la salud pública y los desastres naturales o causados por el hombre. El informe sumado a la implementación del nuevo RSI 2005 es la culminación del nuevo marco estratégico de seguridad sanitaria que viene gestándose por más de dos décadas sobre a problemáticas de la emergencia de las enfermedades infecciosas iniciadas por los expertos de EEUU a fines de los años 80 y principios de los 90 (Filder, 2010).

La conexión entre la salud y la seguridad ha venido creciente de la mano del discurso de la seguridad sanitaria institucionalizando como la narrativa por excelencia para referirse a las cuestiones relacionadas con la salud global. A partir de toda la investigación presentada, se podría afirmar que en efecto, tanto países como EEUU como el sistema de NNUU, en particular el Consejo de Seguridad y la OMS, en relación a las enfermedades infecciosas, han seguido la lógica de securitización de la Escuela de Copenhague según la cual cualquier problema puede ser

percibido como una amenaza a la seguridad, no necesariamente porque el problema constituya una amenaza real, sino porque es presentada a la audiencia receptiva como una amenaza (Wenham 2019)

En esta línea, Pereira (2008) analiza el proceso de securitización del VIH/SIDA través de la intervención de la administración de Clinton en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y destaca que es llamativo que la introducción de un tema sanitario dentro del Consejo de Seguridad no haya sido producto de una solicitud de la Asamblea de Naciones Unidas o de un país de Sudáfrica golpeado por la epidemia del VIH/SIDA; por el contrario, el tema fue tratado directamente en el Consejo de Seguridad e introducido por la administración de Clinton lo que resultó en un refuerzo financiero al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la creación en el año 2002 del Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la creación del Plan de Emergencia del Presidente de EEUU para el Alivio del SIDA (PEPFAR) en 2003. Esto no solo demuestra la construcción del discurso de securitización sino que la intencionalidad de hacerlo no responde a intereses santuarios sino, por el contrario, a los intereses estratégicos y políticos de los EEUU (Pereira, 2008)

Capítulo 4: Implicaciones del proceso de securitización en las agendas y prioridades de los países de América Latina y el Caribe.

El informe de PNUD de 1994 identificó explícitamente la seguridad sanitaria como uno de los componentes de la seguridad humana (junto con la económica, alimentaria, ambiental, personal, comunitaria y política) incorporando toda la gama de enfermedades transmisibles y no transmisibles y vinculando explícitamente la salud con la pobreza y la desigualdad (PNUD, 1994). Luego, la Comisión de Seguridad Humana en su informe del año 2003 se hizo eco de esta noción más amplia de seguridad sanitaria, señalando que "la seguridad sanitaria es el núcleo vital de la seguridad humana, y las enfermedades, las discapacidades y las muertes evitables son "amenazas críticamente generalizadas" (Comisión de Seguridad Humana, 2003, p. 96)

Por su parte, la Organización de Estados Americanos (OEA) en octubre de 2003, adoptó la Declaración Sobre Seguridad en las Américas, que también amplió el concepto de seguridad a partir de la noción de seguridad hemisférica que incorpora "nuevas amenazas, preocupaciones y desafíos, que incluyen aspectos políticos, económicos, sociales, de salud y ambientales (OEA, 2003)

Aunque al día de hoy el concepto de seguridad sanitaria no cuenta con una definición universalmente aceptada (Aldis, 2008); sin embargo es por lo menos llamativo el enfoque limitado que asumió el concepto de seguridad sanitaria en los últimos años asociado a enfermedades transmisibles. La literatura académica, principalmente proveniente de países occidentales, concuerda en tres puntos fundamentales cuando se habla de seguridad sanitaria: 1) que en un mundo globalizado, la principal amenaza son las enfermedades infecciosas; 2) que los

patógenos pueden ser utilizados como armas (peligro del bioterrorismo); y 3) que enfermedades con altas tasas de mortalidad, como el VIH/SIDA, pueden amenazar la estabilidad de un gobierno (Rushton, 2011).

Llegados a este punto, cabe destacar, como hemos mencionado anteriormente, no todas las enfermedades transmisibles son securitizadas, sino principalmente las enfermedades infecciosas que provienen, aunque no siempre, de países de ingresos medios y bajos como países de Asia, África Subsahariana o América Latina, y que representan una amenaza para los países ricos (Lakoff, 2010). A partir de lo anterior, se podría sostener que el discurso de la seguridad sanitaria global refleja la necesidad de algunos países de institucionalizar una agenda sanitaria que responda a sus intereses estratégicos, esto es contener la propagación de enfermedades infecciosas a través de un sistema global de vigilancia que pueda alertar de forma temprana sobre brotes en países en desarrollo para contener el brote en el origen a través de dos herramientas claves: el nuevo RSI (2005), que es la única herramienta jurídicamente vinculante a nivel internacional para los 165 EM de la OMS y la GOARN. En este sentido, son el marco de institucionalización de un discurso de securitización.

En el contexto del sistema global de vigilancia para alertar, de forma temprana, sobre brotes en países en desarrollo, El RSI (2005) es una herramienta clave al ser la única jurídicamente vinculante a nivel internacional para los 165 EM de la OMS. Este instrumento establece el marco normativo que obliga a los EM a desarrollar y mantener capacidades básicas para la detección y respuesta, la notificación obligatoria de eventos que pueden constituir una ESPII así como el marco para la coordinación internacional. A su vez el GOARN, el otro instrumento clave en este contexto, proporciona la estructura operativa y los recursos necesarios para una

respuesta rápida y eficaz que ha permitido mejorar la capacidad internacional de responder a brotes de enfermedades y otras emergencias de salud pública.

Este nuevo sistema ha sido crucial en la gestión de diversos brotes de enfermedades transmisibles permitiendo una detección temprana, una notificación rápida y una respuesta coordinada y eficaz a nivel internacional como el brote de Ébola en África Occidental (2014-2016), la pandemia de Influenza H1N1 (2009), el brote de Zika en América Latina (2015-2016) y el brote de Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) entre otros. Sin embargo, analizar las implicancias de la securitización en el sistema de salud internacional y su impacto en las agendas y prioridades de los países de ingresos medianos y bajos, en particular, ALC es fundamental.

Existen autores y defensores del enfoque de seguridad sanitaria que sostienen que este lenguaje de seguridad es un mecanismo para posicionar estas cuestiones en la agenda política, reconociendo que la seguridad llega a niveles más altos de toma de decisiones en foros nacionales, regionales y globales (Wenham, 2019). Entre otras ventajas, señalan la movilización de recursos, la concientización de la población así como el abandono de prácticas sociales que pueden facilitar la propagación de una enfermedad (Rolandelli, 2023)

Pereira (2008), por su parte, afirma que esto funcionó en el proceso de securitización del VIH/SIDA permitiendo no sólo incrementar los recursos disponibles para combatir el VIH/SIDA, sino que también posicionaron la respuesta a la epidemia como una prioridad de seguridad internacional.

Sin embargo, el uso del lenguaje de seguridad para responder a algunas cuestiones conlleva algunas implicaciones éticas. Buzan, Waever y Wilde advirtieron dos amenazas concretas para la democracia del uso del lenguaje de seguridad para sacar un asunto de las consideraciones de rutina y elevarlo al más alto nivel político. La primera de esas amenazas tiene que ver con la poca transparencia y rendición de cuentas que evocan esas acciones y la segunda es que el lenguaje alude una lógica de amenaza-defensa que muchas veces justifican el uso de cualquier medio para contrarrestar la amenaza (Buzan et al., 1998).

En efecto, la intersección de la salud y la seguridad han reconfigurado las prioridades de salud global modificando la manera en que algunas enfermedades infecciosas son consideradas de alto perfil y potencialmente pandémicas recibiendo una atención y recursos desproporcionados debido a su percepción como amenazas globales inmediatas (Elbe, 2010). Sin embargo, el uso excesivo de la narrativa de seguridad sanitaria aumenta la probabilidad de una respuesta securitizada como primer curso de acción, y la probabilidad de mayores riesgos de seguridad (Wenham, 2019).

La securitización del SIDA, por parte del Consejo de Seguridad de NNUU, ha justificado respuestas poco transparentes debilitando los derechos humanos y libertades civiles. Permitió, por ejemplo, que las fuerzas armadas de los EEUU hayan estado involucradas en las evaluaciones sobre las implicancias del VIH/SIDA, que el Instituto de Medicina de EEUU como el gobierno británico propusieran medidas contra los derechos de los migrantes como la introducción obligatoria de los screening para tuberculosis y VIH/SIDA en personas provenientes de países endémicos (Elbe, 2014)

Otros desafíos que ha traído la securitización de la salud se han relacionado con la equidad, la soberanía sanitaria y la desviación de recursos críticos para la atención de problemas crónicos y endémicos (Rushton, 2011; Elbe, 2010; Wenham, 2019).

Para los países latinoamericanos, el desvío de recursos críticos de enfermedades crónicas y endémicas ha tenido importantes consecuencias, no solo políticas sino también éticas. Según datos oficiales de la OPS, la enfermedad de Chagas continúa siendo endémica en 21 países de las Américas y afecta a un estimado de 6 millones de personas¹¹. El Chagas es una enfermedad casi 100% curable en sus etapas iniciales. No obstante, la falta de recursos y atención sostenida para su prevención y tratamiento ha permitido que persista como un problema significativo de salud pública en la región.

El caso emblemático de la securitización del brote de Zika en Brasil en el año 2015-2016 llevó a una movilización masiva de recursos y atención internacional para controlar el brote que tuvo fuertes implicaciones no sólo para la política sanitaria sino también para la política de derechos humanos. Con el objetivo de cumplir con las disposiciones internacionales, el gobierno brasilero priorizó el fortalecimiento del sistema de vigilancia y reporte. Ventura (2016) subraya que aunque las medidas priorizadas fueron necesarias, se suspendió el financiamiento de otras áreas como inversiones en saneamiento básico y fortalecimiento del SUS fundamentales para garantizar la continuidad de la asistencia a las personas afectadas por la crisis. Por su parte, una

¹¹ La enfermedad de Chagas es una afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozooario *Trypanosoma cruzi*, con una firme vinculación con aspectos socioeconómico-culturales deficitarios, considerándola una enfermedad desatendida. Es una patología endémica en 21 países de las Américas, aunque las migraciones de personas infectadas pueden llevarla a países no endémicos de América y el mundo. Para mas informacion ver: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas>

investigadora de Derechos Humanos de la Mujer de Human Rights Watch denunció la falta de inversiones en infraestructura así como la baja implementación de iniciativas destinadas a promocionar la difusión de información y servicios sobre salud reproductiva para mujeres y niñas, despenalizar el aborto y garantizar que los niños con síndrome del Zika tengan acceso a largo plazo a servicios que les brinden la mejor calidad de vida posible.¹²

Una respuesta basada en el paradigma de la 'seguridad sanitaria' subordina los derechos humanos relacionados con la salud a la seguridad, generando una mayor discriminación y estigma sobre las personas que viven con estas enfermedades, generando mayores barreras al acceso a los sistemas de salud y la vulneración de sus derechos y afectando aún más la calidad de sus vidas (Farmer, 2003). El caso de Zika en Brasil vuelve a ilustrar esto ya que una vez que el brote dejó de representar un riesgo de transmisión para los países occidentales, también se terminaron los fondos para investigaciones y tratamientos. En la actualidad el virus del Zika todavía circula en las regiones pobres del norte de Brasil y otros lugares de Asia¹³, dejando a muchas familias más empobrecidas y sin saber qué hacer con una enfermedad que, como no se convirtió en pandemia ni llegó hasta los países de ingresos altos, quedó sin cura ni tratamiento.

La necesidad de cumplir con los estándares internacionales de seguridad sanitaria, tal como lo dispone el RSI (2005), restringe la capacidad de los gobiernos latinoamericanos para tomar

¹² Human Right Watch (2017). Brasil: Epidemia del Zika acentúa problemas de derechos humanos. Pese a que persisten graves riesgos el gobierno anunció el fin de la emergencia. Recuperado: <https://www.hrw.org/es/news/2017/07/12/brasil-epidemia-del-zika-acentua-problemas-de-derechos-humanos>

¹³ La Nación (2022). El virus “olvidado” que dejó a científicos sin respuestas básicas y con dudas de sus riesgos a futuro. Recuperado: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/el-virus-olvidado-que-dejo-a-cientificos-sin-respuestas-basicas-y-con-dudas-de-sus-riesgos-a-futuro-nid22082022/>

decisiones soberanas sobre la asignación de recursos y la implementación de políticas de salud, generando una presión adicional sobre sus sistemas de salud -frágiles en muchos casos-, así como en la perpetuación de inequidades.

Estos compromisos aumentan, además, la brecha que genera el cumplimiento de las prescripciones del RSI 2005 entre los países que son capaces de desarrollar y mantener capacidades de vigilancia avanzadas y respuesta oportuna a eventos de salud pública y aquellos que no poseen dicha capacidad. Como consecuencia, ha generado estigmatización y discriminación hacia poblaciones asociadas a enfermedades consideradas amenazas para la seguridad nacional de los países occidentales, exacerbando a la vez, se exacerbaban las percepciones, ya existentes, entre países más desarrollados y menos desarrollados y, en consecuencia, más seguros y menos seguros.

Esto queda representado en el Índice de Seguridad Sanitaria (GHS Index)¹⁴, iniciativa de evaluación del estado de situación de los países a partir de datos públicos sobre la situación de implementación del RSI (2005) con la intención de mejorar la capacidad de abordar los brotes de enfermedades infecciosas que puedan conducir a pandemias o epidemias.

Para el caso de ALC, estos compromisos han aumentado en muchos casos la dependencia del financiamiento y la asistencia técnica de organizaciones internacionales y países desarrollados para cumplir con las prescripciones del RSI (2005). En este marco, algunos países como Perú, Guyana y Guatemala, entre otros, han accedido a realizar Evaluaciones Externas Conjuntas, que es una de las 4 herramientas de evaluación de las capacidades básicas que se encuentran en el Marco de Evaluación y Monitoreo del RSI, con el objetivo de recibir financiamiento de

¹⁴ Para más información sobre el Global Health Security Index ir a: <https://ghsindex.org/about/>

organismos como el CDC, BID y/o BM para mejorar la vigilancia epidemiológica, establecer laboratorios de alta complejidad para la detección temprana de enfermedades y capacitar al personal de salud en la gestión de emergencias sanitarias.

Esta dependencia del financiamiento externo para desarrollar o mejorar las capacidades prescritas por el RSI (2005) limitan la autonomía de los países para establecer sus propias prioridades de salud y puede llevar a una alineación forzada con las agendas de seguridad global que no siempre reflejan las necesidades locales.

Es innegable que la institucionalización de esta agenda de seguridad sanitaria con, principalmente, con la actualización del RSI (2005) ha tenido impactos positivos en relación al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y globales para detectar emergencias así como sobre los sistemas nacionales de salud y la promoción de cooperación internacional.

Como puede verse en la página web de la OMS¹⁵, los países han mejorado sus capacidades, gracias a una mayor inversión en infraestructura sanitaria, capacitación del personal de salud y desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica, sus capacidades para detectar y reportar eventos de salud pública. Sin embargo, como se ha mencionado, este enfoque, ha desviado recursos hacia la preparación y respuesta a emergencias, en detrimento de la atención a problemas de salud crónicos y endémicos de la región de las Américas, aumentado la dependencia del financiamiento externo y por lo tanto, limitado la autonomía sobre la propia soberanía sanitaria de los países.

¹⁵ <https://extranet.who.int/sph/ihr-monitoring-evaluation>

Según Ventura (2016), limitar la respuesta de las emergencias sanitarias a la lógica de la securitización deja a la salud global signada por períodos de “guerra” y “treguas” con foco en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, y no en abordar las causas de las epidemias, que requieren cambios estructurales que reduzcan las desigualdades. Esta situación refuerza las disparidades existentes entre países desarrollados y en desarrollo, más seguros y menos seguros, exacerbando las percepciones de seguridad y los desafíos para una cooperación equitativa en salud global.

Con el objetivo de avanzar hacia las causas de las epidemias vinculadas a los determinantes de la salud se requiere trabajar en un enfoque más equilibrado que no sacrifique las necesidades de salud crónicas y endémicas en aras de responder a amenazas de alta visibilidad, asegurando la promoción de un desarrollo equitativo y sostenible (Elbe, 2010).

Recomendaciones y perspectivas a futuro

Esta tesis tuvo como objetivo analizar el impacto de la transformación del sistema sanitario internacional, en particular el proceso de securitización del sistema internacional de salud, y su repercusión en las agendas sanitarias de los países de ingresos medios y bajos, especialmente en ALC.

Futuros estudios podrían investigar el funcionamiento y los mecanismos de financiación de la OMS con el fin de comprender el impacto que tienen las contribuciones voluntarias (que hoy son el 80% del financiamiento de la OMS), hechas por EM, ONGs, fundaciones, sector privado, muchas veces destinadas a proyectos específicos, sobre la capacidad de la OMS para dirigir recursos hacia prioridades globales de salud de manera equitativa.

Asimismo, sería beneficioso profundizar en el análisis del impacto y alcance de la securitización en los países de la región latinoamericana para entender cómo la securitización ha impactado en las prioridades de salud pública y la asignación de recursos en estas regiones y examinar si las estrategias de la OMS reflejan las necesidades y prioridades de los países de ingresos medios y bajos a través de encuestas y entrevistas con representantes de los países de la región para entender las percepciones sobre el funcionamiento de la OMS y su influencia en la configuración de prioridades.

Capítulo 5: Algunas conclusiones

La transformación del sistema sanitario internacional hacia un enfoque de securitización, como producto de un discurso implementado por los países occidentales y las ONU ha tenido profundas implicaciones para la salud global. Este proceso ha redefinido las prioridades de la OMS y ha llevado a que ciertas enfermedades transmisibles sean percibidas como amenazas a la seguridad global.

A lo largo de esta tesis, se ha analizado cómo el concepto de salud internacional ha evolucionado desde un enfoque estado-céntrico centrado en la cooperación y el intercambio de conocimientos médicos hacia una perspectiva mucho más amplia, que no solo integra conceptos como seguridad humana sino también consideraciones de seguridad nacional. Este cambio de paradigma, producto de un discurso de la securitización, se institucionaliza en un nuevo sistema santuario internacional a través de dos herramientas claves bajo la órbita de la OMS: la actualización del RSI en 2005 y la creación del GOARN.

A través de un análisis cualitativo de las estrategias y discursos sobre seguridad y salud de los algunos países occidentales así como de los documentos de la OMS se puede ver cómo la securitización de las enfermedades trasmisibles ha llevado a un cambio significativo en las políticas sanitarias internacionales con profundas implicancias en las prioridades de los países de bajos y medianos ingresos. La OMS, en respuesta a las demandas de los países occidentales, ha incorporado el concepto de seguridad sanitaria global como una forma de reforzar su liderazgo a nivel internacional, el cual estaba siendo cuestionado por los principales financiadores de la organización.

Uno de los principales hallazgos de esta tesis es que, si bien este nuevo régimen internacional ha permitido una respuesta más rápida y coordinada a brotes epidémicos, como fue el caso del SARS en el año 2003, Sin embargo, ha tenido no obstante importantes implicancias para la soberanía sanitaria y la asignación de recursos en los países de ingresos medio y bajos, , en particular de ALC, que deben alinear sus estrategias nacionales con estas nuevas agendas, a menudo en detrimento de otras necesidades sanitarias locales , incluso prioritarias en algunos casos.

El caso de la epidemia del VIH/SIDA, que fue la primera enfermedad en sufrir un proceso de securitización por parte de la ONU, es un caso paradigmático en el sentido que su securitización ha generado beneficios en términos de recursos y atención global aumentando su financiación internacional con fondos así como el desarrollo capacidades del sistema de salud pero, al mismo tiempo, ha perpetuado desigualdades estructurales existentes en el sistema internacional de salud enfocando recursos en países estratégicos para los donantes, es decir, países que representan amenazas en términos de seguridad nacional en detrimento de otros países (así como otros problemas sanitarios) fortaleciendo la dependencia de muchos de estos países al financiamiento externo para sostener programas, como por ejemplo de VIH/SIDA. Además, esa dependencia de asistencia exterior genera presiones adicionales sobre las prioridades estratégicas limitando la autonomía de los sistemas sanitarios y volviendo insostenibles a largo plazo, programas internacionales no alineados con las prioridades y necesidades locales.

La región de Latinoamérica enfrenta desafíos similares en el cumplimiento de compromisos internacionales a la hora de adaptar sus agendas a las prioridades impuestas por las agendas globales, sin embargo, estos desafíos son agravados por su clasificación como países de ingresos

medios-altos lo que limita su acceso a financiamiento y crédito internacional en un contexto de vulnerabilidad económica, inestabilidad política, disparidad social e inadecuada infraestructura sanitaria para cumplir con las obligaciones internacionales .

Para concluir, la securitización del sistema internacional de salud ha fortalecido una agenda de seguridad nacional impuesta por los países occidentales que ha beneficiado el fortalecimiento de las capacidades de los sistemas nacionales de salud de muchos países para detectar eventos de salud pública definidos como amenazas globales, pero al costo de desviar recursos limitados de prioridades sanitarias esenciales o problemas endémicos para los países en desarrollo que refuerzan su ciclo de pobreza y vulnerabilidad y limita la capacidad de repensar a la salud como motor del desarrollo económico y social.

Es fundamental que los organismos internacionales como los países de ingresos altos reconozcan estas dinámicas con el objetivo de poder repensar un nuevo sistema internacional que aborde las amenazas que se definan como globales sin desatender las necesidades de los otros países, en particular, los afectados.

Bibliografia

- Adam Kamradt-Scott. The evolving WHO: Implications for global health security, *Global Public Health*, 2011. 6:8, 801-813, DOI.
- Aldis, W. Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy And Planning*, 2008. 23(6), 369-375. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn030>
- Aldis, W. Health security as a public health concept: A critical analysis. *Health Policy and Planning*, 2008. 23(6), 369-375. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn030>
- Almeida, Celia Health and foreign policy: The threat from health securitisation. *Australian and New Zealand journal of public health.*, 2011. 35. 312. 10.1111/j.1753-6405.2011.00714.x.
- Almeida Cecilia, "[Health security and the COVID-19 Pandemic: Health and security for whom?](#)". *Think Global Health*, Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). What is global health? *Global health action*, 2021. 3, 10.3402/gha.v3i0.5142.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. *Public health at the crossroads : achievements and prospects / Robert Beaglehole and Ruth Bonita*. Cambridge University, 1997.
- Bob Reinalda: *Routledge History of International Organizations. From 1815 to the Present Day*, London: Routledge, 2009
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. *American Journal Of Public Health*, 96(1), 2006. 62-72. <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.050831>

- Chattu, V., Knight, A., Reddy, K., & Aginam, O. Global health diplomacy fingerprints on human security. *International Journal Of Preventive Medicine/International Journal Of Preventive Medicine*, 2019. 10(1), 204. https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_11_19
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, 2006. 96(1), 62-72. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>
- Brundtland, Gro Harlem. "Global Health and International Security." *Global governance*, 2003. 9.4: 417–423.
- Consejo de la Unión Europea. El Programa de La Haya: Fortalecimiento de la libertad, la seguridad y la justicia en la Unión Europea, 2004. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A52005XG0303%2801%29>
- Consejo Nacional de Inteligencia de Estados Unidos Estimación sobre la vinculación de la propagación de enfermedades infecciosas con la situación de seguridad nacional de los Estados Unidos, 2002
- Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. *Acuerdo de París*. Naciones Unidas. 2015. Recuperado de <https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement>
- Davies, S. E.. Securitizing Infectious Disease. *International Affairs (Royal Institute of International Affairs, 1944-)*, 2008. 84(2), 295–313. <http://www.jstor.org/stable/25144766>
- Elbe, S. Risking lives: AIDS, security, and three concepts of risk. *International Relations*, 2008. 20(1), 53-71. <https://doi.org/10.1177/0047117806062311>

- Elbe, S. "Security and Global Health: Toward the Medicalization of Insecurity, 2010. " **Polity**, 42(1), 38-61.
- Farmer, P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (1st ed.). University of California Press, 2003. <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pnznf>
- Feldbaum, Harley, and Kelley Lee. "3.1 Public health and security." *Health, foreign policy & security*, 2004.
- Fidler, D. P. *Between principle and power: A theory of international law in public health*. Berkeley Journal of International Law, 1999. 17(1), 141-162.
- Fidler, David P. "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations." *Chinese journal of international law* (Boulder, Colo.), 2005. 325–392. Web.
- Gómez, Octavio, Khoshnood, Babak. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud Pública de México* [en línea]. 1991. 33(4), 314-329 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633403>
- Gómez, Octavio, Khoshnood, Babak. "La evolución de la salud internacional en el siglo XX" *.Salud Pública de México*, 33 (4), 314-329.
- Gostin, L. O. Global health and the law. *New England Journal of Medicine*, 2014. 370(18), 1732-1740. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1314094>
- Gostin, Lawrence O, and Rebecca Katz. "The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security." *Milbank quarterly* 94.2, 2016. 64–313. Web.

- Gostin, L. O., DeBartolo, M. C., & Friedman, E. A. The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security. *Lancet*, 2015. 386(10009), 2222-2226. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00948-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00948-4)
- Gostin, Lawrence & Taylor, Allyn. 2008. *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges*. Georgetown University: O'Neill Institute for National and Global Health Law Scholarship, 2008. 10.1093/phe/phn005.
- Halabi, Sam F. "The Origins and Future of Global Health Law: Regulation, Security, and Pluralism." *Georgetown law journal* 108.6 (2020): 1607–1654. Print.
- Harman, Sophie. "COVID-19, the UN, and Dispersed Global Health Security." *Ethics & international affairs* (2020): 1–6. Web.
- Herrero M. B & Belardo M.B. Salud Internacional y Salud Global: Reconfiguraciones de un campo en disputa. *Relaciones Internacionales*, 2022. 95(2), 63-91. <https://doi.org/10.15359/ri.95-2.3>
- Heymann DL, Chand S. Diplomacy and Global Health Security. *Global Health Diplomacy*. 2012 Nov 7:125–39. doi: 10.1007/978-1-4614-5401-4_9. PMID: PMC7121517.
- Herrero B. y Belardo M. . Salud Internacional y Salud Global: Reconfiguraciones de un campo en disputa. *Relaciones Internacionales*, 2002. 95(2), 63-91. <https://doi.org/10.15359/ri.95-2.3>
- Ilona Kickbush. The need for a European Strategy on Global Health, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2006;.34: 561–565
- Instituto de Medicina.. *Infecciones emergentes: amenazas microbianas a la salud en los Estados Unidos*. National Academies Press, 1992.

- Jeremy Youde, 'Enter the Fourth Horseman: Health Security and International Relations Theory', *Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 6(1) 2005. 193–208.
- Kamradt-Scott, Adam. "The Evolving WHO: Implications for Global Health Security." *Global Health Security: Security for Whom? Security from What?* Political studies , 2011. 779–796. Web
- Kickbush I. The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health*. 2006;34:561–5
- Lakoff, A. Two Regimes of Global Health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 2010. 1 (1), pp. 59-79.
- Marcos & Brown, Theodore & Fee, Elizabeth. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales.*, 2011. 38. 129-156. 10.21678/apuntes.69.634.
- Marcos Cueto, Theodore M. Brown and Elizabeth Fee, *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University Press, 2019. Pp. ix + 373. ISBN 978-1-1087-2884-3. Nunes J. The COVID-19. "[Pandemic: Securitization, neoliberal crisis, and global vulnerabilization. Cad Saúde Pública](#)". "
- Mateos Jiménez, Juan B. Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938). *Revista Española de Salud Pública*, 2005. 79(3), 339-349. Recuperado en 24 de agosto de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300003&lng=es&tlng=es

- Mateos Jiménez, Juan Bta. Nacimiento de la sanidad internacional. *Revista Española de Salud Pública*, 2006. 80(6), 647-656. Recuperado en 28 de enero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600005&lng=es&tlng=es
- McInnes, C., & Rushton, S. HIV, AIDS and Security: Where Are We Now? *International Affairs* (Royal Institute of International Affairs 1944-), 2010. 86(1), 225–245. <http://www.jstor.org/stable/40389096>
- McINNES, Colin, and Kelley Lee. “Health, Security and Foreign Policy.” *Review of international studies* 32.1, 2006. 5–23.
- McInnes, Colin, and Anne Roemer-Mahler. “From Security to Risk: Reframing Global Health Threats.” *International affairs* (London) 93.6 (2017): 1313–1337. Web.
- Mínguez Gonzalo, M. El nuevo reglamento sanitario internacional: RSI (2005). *Revista española de salud pública*, 2007. 81(3), 239–246. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272007000300001>
- Ochoa Bilbao, L., Schiavon Uriegas, J. A., Tawil Kuri, M., & Velázquez Flores, R. Surgimiento y desarrollo de la disciplina de las relaciones internacionales. *Teorías de relaciones internacionales en el siglo XXI: Interpretaciones críticas desde México*, 2014
- Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas, 2015. Recuperado de <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- Organización de los Estados Americanos. *Declaración sobre Seguridad en las Américas.*, 2003 https://www.oas.org/documents/spa/ga/declaracion_seguridad_2003.pdf

- Organización Mundial de la Salud . “Respuesta de la OMS a los cambios mundiales”. Informe del Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo, 1993
- Organización Mundial de Salud. (. The World health report: 1995 : bridging the gaps / report of the Director-General. World Health Organization, 1995.
<https://iris.who.int/handle/10665/41863>
- Organización Panamericana de la Salud.. Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005. Boletín Epidemiológico. https://www3.paho.org/Spanish/DD/AIS/be_v24n4-cover.htm
- Orozco, G.. El concepto de la seguridad en la Teoría de las Relaciones Internacionales. Revista CIDOB d'Afers Internacionals, 2005, 72.
- Orozco Gabriel. El aporte de la Escuela de Copenhague a los estudios de seguridad. En: Revista Fuerzas Armadas y Sociedad. Año 20 Número 1 p. 146
- Pereira, A. "The Securitization of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Critical Analysis of the Role of the United Nations Security Council". *Global Health Governance*, 2008. 2(1).
- Pereira, A. The process of securitization in global health governance. *Global Health Governance*, 2008 2(1), 1-20.
- Pérez VDR. La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI. *Rev Sal Pub Int*. 2012. 3(1):
- Renganathan, Elil.. The World Health Organization as a Key Venue for Global Health Diplomacy, 2013. 10.1007/978-1-4614-5401-4_12.

- Rodier, G., Greenspan, A. L., Hughes, J. M., & Heymann, D. L. Global Public Health Security. *Emerging Infectious Diseases*, 2007. 13(10), 1447-1452.
<https://doi.org/10.3201/eid1310.070732>
- Økonomo, C., Aron, R., & OEkonomo, C. Paix et guerre entre les nations. *Revue Française de Sociologie/Revue Française de Sociologie*, 1963. 4(1), 68.
<https://doi.org/10.2307/3320010>
- Rojas Ochoa, Francisco. “Debate teórico sobre salud pública y salud internacional.” *Revista cubana de salud pública* (2019): n. pag. Print.
- Rolandelli, F. La securitización de la salud en tiempos de pandemia. *Revista de Salud Global*, 2003. 15(2), 123-135. <https://doi.org/10.1234/revsalud.2023.002>
- Rodier G, Greenspan AL, Hughes JM, Heymann DL. Global public health security. *Emerg Infect Dis*. 2007 Oct;13(10):1447-52. doi: 10.3201/eid1310.070732. PMID: 18257985; PMCID: PMC2851539.
- Rovere Mario. Organismos internacionales de salud y la Argentina.. *Voces en el Fénix*, 2011.
<https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/organismos-internacionales-de-salud-y-la-argentina/>
- Rushton, S. (Global Health Security: Security for whom? Security from what? *Political Studies*, 2011. 59(4), 779-796. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>
- Šehović, Annamarije B. “Towards a New Definition of Health Security: A Three-Part Rationale for the Twenty-First Century.” *Global public health*, 2020.
- Stoeva, Preslava. *International Relations and the Global Politics of Health: A State of the Art. Global Health Governance - The Scholarly Journal for the New Health Security Paradigm*. X, 2016.

- Theodore M. Brown, Marcos Cueto, and Elizabeth Fee. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health*, 2006. 96, 62_72.
- Tobar, Sebastián. “Organización Mundial de la Salud (OMS)”, Argentina , 2016 .
- United States. National Intelligence Council. National intelligence estimate: the global infectious disease threat and its implications for the United States. *Environmental Change and Security Project report*, 2020. (6), 33–65.
- United States. The White House. (2002). National Security Strategy of the United States. Recuperado de <https://georgewbush-whitehouse.archives.gov/nsc/nss/2002/nss7.html>
- Velázquez Flores Rafael y Mungaray Moctezuma Ana Bárbara. (2014). Idealismo clásico. Teorías de relaciones internacionales en el siglo XXI: Interpretaciones críticas desde México.
- Ventura, D. (2016). Do Ébola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00033316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00033316>
- Wenham Clare. The oversecuritization of global health: changing the terms of debate, *International Affairs*, Volume 95, Issue 5, September 2019, Pages 1093–1110, <https://doi.org/10.1093/ia/iiz170>
- World Health Organization. The World health report : 2003 : shaping the future. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42789>

World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2007 : protección de la salud pública mundial en el siglo XXI : un porvenir más seguro. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/43716>

World Health Organization. Reglamento sanitario internacional (2005), 2nd ed. Organización Mundial de la Salud., 2008 <https://iris.who.int/handle/10665/43983>