



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés

Departamento de Ciencias Sociales

Licenciada en Relaciones Internacionales

De Estados a Secretarías: la delegación de poderes de los Estados a la Organización Mundial de
la Salud

Autora: Victoria Angelillo Mackinlay

Legajo: 29015

Mentor: Federico Merke

Buenos Aires, Argentina – Julio 2021

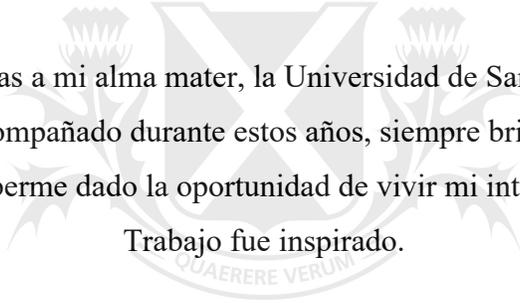
Agradecimientos

Quiero dar unas palabras de agradecimiento a quienes me dieron su apoyo y ayuda, no solo durante la elaboración de mi Trabajo de Graduación, sino durante mis cuatro años universitarios.

En primer lugar, a mi profesor y tutor, el Prof. Federico Merke por su ayuda incesante en no sólo en sentido académico, sino también amigable.

Agradezco también a mis amigos, por su apoyo y sostén incondicional, haciendo que mi experiencia universitaria sea inolvidable. A mis padres, por ser mi cable a tierra y darme aliento cuando más lo necesité.

Por último, quiero dar gracias a mi alma mater, la Universidad de San Andrés, y a sus profesores, por haberme formado y acompañado durante estos años, siempre brindándome apoyo cuando lo necesité. Les agradezco haberme dado la oportunidad de vivir mi intercambio en Suiza, donde el Trabajo fue inspirado.



Universidad de
San Andrés

Tabla de Contenidos

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	4
EL MODELO DE LA DELEGACIÓN	7
DISEÑO METODOLÓGICO	11
CASO DE ESTUDIO: LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)	12
<i>Introducción</i>	<i>12</i>
<i>Estructura y gobernanza</i>	<i>15</i>
<i>Trabajo de la OMS</i>	<i>18</i>
1960-1980: La erradicación de la viruela	20
2014-2016: el brote del Ébola en África Occidental	22
La OMS y el COVID-19.....	27
CONCLUSIÓN	32
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO I	38
ANEXO 2	40

Resumen

Una dinámica recurrente en la relación entre Estados y organizaciones internacionales (OI) es la delegación. Sin embargo, el simple hecho de que haya beneficios no significa que un Estado elija delegar tareas a una OI (Hawkins et al, 2006). Los beneficios, por ende, interactúan con las preferencias y el grado de poder de los Estados, evaluando si delegar o no. Considerando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue partícipe activo de la pandemia del COVID-19, intentando liderar los manejos de la crisis, se lo toma como un punto de partida para un análisis mucho más amplio en donde se cuestiona el grado de delegación que tuvo la OMS a lo largo de su historia, con el foco puesto en identificar cuáles fueron los incentivos de delegación que tuvieron los Estados en diferentes crisis sanitarias. En el presente trabajo, se analizarán tres casos en particular: la erradicación de la viruela (1960-1980), la crisis del Ébola (2014-2016) y la pandemia del COVID-19 (2020-2021).

Introducción

La pandemia del COVID-19 dejó en claro los problemas de coordinación que tuvo la OMS, demostrando debilidades en varios aspectos, como en su situación económica y financiera, en su capacidad de lograr la cooperación internacional, en la credibilidad que posee a nivel mundial, entre otros aspectos. Estas limitaciones se vieron evidenciadas en situaciones en donde la OMS no demostró estar a la altura de las expectativas como órgano internacional encargado de ocuparse de la salud de los habitantes del mundo, como, por ejemplo, durante la epidemia del Ébola (Gostin, Sridhar, Hougendobler, 2015). A su vez, también recibió duras críticas por su manejo de la pandemia del COVID-19, particularmente de parte de Estados Unidos, su principal financiador. Estos problemas pueden desalentar la delegación de los Estados a la OMS, una acción que resulta clave en la relación principal-agente y es una forma de cooperación internacional (Hawkins et al, 2006).

En términos generales, la relación entre los Estados y las OI se ve en el escenario mundial a través de la participación de Estados en aquellas. Esto presupone, como establecen Bradley & Kelley (2008), que, en ciertas circunstancias y niveles, los Estados delegan tareas y autoridad a las OI, autorizándolas a participar en el proceso de toma de decisiones y llevar a cabo acciones que podrían afectar a dichos Estados. Pero ¿esto sucede siempre? Se ha notado que una organización

internacional recibe apoyo siempre y cuando pueda cumplir sus funciones efectivamente para poder justificar su existencia (Gutner & Thompson, 2010; Buchanan & Keohane, 2006: 422). Esta idea apoya el argumento de que las OI se presentan como una respuesta razonable a los intereses de los estados, dado que, si no atenúan a aquellos intereses, “los estados se retirarían de ellas” (Barnett & Finnemore, 1999, p. 715), como sucedió entre los Estados Unidos y la OMS a principios de 2020, cuando la potencia mundial decidió retirar su financiamiento a la organización por su mal manejo frente a la pandemia del SARS Covid-19. En términos simples, las OI pueden actuar en nombre de los Estados para resolver algún problema de interés global, como, por ejemplo, el tema de la salud. Dentro de un siglo caracterizado por dos guerras mundiales, la prevención y el control de enfermedades pasó a segundo plano, y fue recién en 1945, con la creación de las Naciones Unidas, que surgió la Organización Mundial de la Salud, quien se posicionó como líder promotor de la salud global. No obstante, hay más detrás de un discurso multilateralista de cooperación internacional. Se han notado ambivalencias en los manejos a nivel estatal y global de la salud: es considerada una prioridad y un derecho humano, pero se ven involucrados intereses políticos y económicos a la vez. Se crea una dinámica donde es difícil anticipar cuando la organización será elogiada o criticada por sus acciones, dado que una acción realizada alineada con la salud mundial, pero fuera de la agenda de los Estados, es considerada como un acto de irresponsabilidad e imprudencia, pero accionar bajo el amparo de los Miembros pero con cautela no brinda los suficientes resultados para combatir los temas emergentes de salud mundial.

La teoría de las relaciones internacionales (RRII) ha explorado la relación entre estados y organizaciones. Para los realistas, las organizaciones internacionales son vistas como simples herramientas que los Estados utilizan para alcanzar sus intereses, es decir, son el medio para llegar a un fin. Bajo esta mirada, se puede decir que son el simple reflejo de las preferencias de Estados, típicamente de los más poderosos. En cambio, para los liberales, las organizaciones internacionales reducen costos de transacción, resuelven conflictos, monitorean cumplimiento y sancionan, a veces, a quien no cumple. Son claves en la distribución de información y en el mejoramiento de la cooperación (Angell, 1913; Dunne, 2011; Ikenberry, 2018). Como hemos mencionado, el acto de delegar a una OI es una forma particular de cooperación internacional (Hawkins et al., 2006). A través de la cooperación internacional, los estados forman relaciones y pueden alcanzar metas comunes, participando de las ventajas del multilateralismo. La cooperación internacional es el paso

previo para la delegación formal hacia una OI, dado que los estados se ponen de acuerdo con una política, y luego delegan la implementación de aquella política a una OI (Hawkins et al., 2006). Por otro lado, bajo la mirada constructivista, las OI son espacios de socialización, de difusión de normas y de construcción de identidades a partir de conductas o roles esperados por los miembros de la organización. La interacción es clave ya que a través de ella le damos sentido a nuestras acciones (Adler, 1997; Wendt, 1992). Las organizaciones internacionales también forman parte de esto.

Más allá de estas lecturas amplias, existe una forma más específica de ver la relación entre los Estados y las OI, que consiste en observar el proceso de delegación. Esta teoría, basada en el análisis de la relación entre un principal y un agente, sostiene que toda delegación se basa en la división de trabajo y los beneficios de la especialización. Asimismo, se han identificado beneficios adicionales a la delegación, que interactúan constantemente con las preferencias e intereses de los Estados, al igual que con el poder que ellos poseen. A partir de estos factores e incentivos, los Estados pueden decidir si delegar o no tareas a las OI (Hawkins et al., 2006).

El objetivo de esta tesis consiste en examinar cómo se dio este proceso de delegación de la OMS utilizando el modelo de delegación de Hawkins et al (2006). Para esto se van a analizar tres casos en la historia de la OMS, con el fin de identificar patrones de delegación y qué tan exitosas fueron las campañas sanitarias en términos de delegación. Aquellos tres momentos son: la erradicación de la viruela (1960-1980), la epidemia del Ébola (2014-2016), y la pandemia del COVID-19 (2020-2021). En primer lugar, se toma en cuenta la erradicación de la viruela porque es considerada como el mayor logro sanitario a nivel global, sentando la base de lo que se espera de una organización de salud mundial. En segundo lugar, se considera la epidemia del Ébola en África Occidental entre los años 2014 y 2016 porque resulta interesante notar como la OMS advirtió a los países del riesgo de la enfermedad, anunciando recomendaciones que se debían seguir para prevenir la propagación de la enfermedad, y, sin embargo, no fue exitoso dado que la enfermedad sigue afectando a miles de personas hasta el día de hoy, especialmente en África. Asimismo, se debe notar que las recomendaciones hechas por la OMS en 2014 son muy parecidas a aquellas que se hicieron unos años después en el 2020 con el COVID-19: la declaración de una emergencia nacional a los estados afectados; el aislamiento y tratamiento de casos confirmados; el monitoreo y vigilancia en los aeropuertos, puertos y pasos terrestres; restricciones de viaje y de comercio,

etc. En tercer y último lugar, recapitulamos sobre el COVID-19, identificando las dificultades que se le presentaron a la OMS durante el manejo de la pandemia que tuvieron un impacto en la decisión de los principales en sí delegar o no. Asimismo, se identifican similitudes entre los tres casos con el fin de identificar patrones y tendencias en la decisión de delegación.

La tesis se organiza en 4 secciones, seguida de una conclusión. En la siguiente sección se desarrolla el modelo de delegación que se utilizará para examinar la experiencia de la OMS a la luz de tres casos. Consiguientemente, se identificará el diseño metodológico del trabajo y, por último, se presentará en detalle el caso de la OMS, que contendrá 3 sub-secciones: en la primera, haré una breve introducción acerca de la organización y su evolución; en la segunda, revisaremos la estructura y gobernanza de la OMS; en la tercera, presentaré el información empírica acerca del trabajo de la OMS, evidenciado por los tres casos críticos de la organización: la erradicación de la viruela, la crisis del Ébola, y la pandemia del COVID-19.

El modelo de la delegación

El objetivo de esta sección es presentar el marco conceptual que me permitirá examinar la experiencia de la OMS en las tres instancias presentadas más arriba.

En la literatura especializada, las organizaciones internacionales suelen ser entendidas como aquellas organizaciones intergubernamentales compuestas por dos o más estados miembros, establecido por el acuerdo entre sus respectivos gobiernos o representantes, y con una institucionalización suficiente que permita la incorporación de un aparato administrativo centralizado con un personal permanente (Gutner & Thompson, 2010, p. 231). Uno de los procesos más estudiados es la delegación, la cual consta del otorgamiento condicional de autoridad por parte de un principal a un agente (Marcoux, 2007). Similar a lo establecido por Abbott & Snidal (1998), Marcoux (2007) afirma que, al delegar, los estados se benefician a través de la especialización que caracteriza a las OI. Asimismo, logran “capturar externalidades de política, facilitar la toma de decisiones colectiva, resolver conflictos, aumentar la credibilidad, y bloquear sesgos de políticas” (p. 262), estableciendo, de esta manera, una relación de delegación entre las OI y los Estados.

De acuerdo con la literatura, son varias las razones por las cuales los Estados podrían eventualmente delegar y dar poderes a las OI. En primer lugar, parece relevante analizar la importancia del principio de división de trabajo y los beneficios de la especialización (Hawkins et al., 2006). Las organizaciones internacionales son entidades más flexibles que los estados, ya que aquellos poseen agendas políticas mucho más complejas que varias OI que se especializan en temas determinados, como la salud (OMS), el comercio internacional (OMC), los temas financieros (FMI y Banco Mundial), entre otros. Incluso, las mismas OI poseen comités especializados para atender subtemas específicos: “la especialización se produce de forma natural debido a las diferencias de interés, experiencia y recursos” (Abbott & Snidal, 1998, p. 11).

La especialización, asimismo, les permite a las OI reaccionar rápidamente a los problemas presentados en la esfera global. Al especializarse en temas particulares, centran sus recursos en abordar los asuntos para los que están preparados, como lo es el tema de la salud. La OMS es un órgano de las Naciones Unidas específicamente creado para tratar los temas de salud global. Asimismo, poseen componentes estructurales que les permite reaccionar de manera más rápida que los Estados. Por ejemplo, el Consejo de Seguridad está especialmente diseñado para trabajar con poca anticipación (Abbott & Snidal, 1998, p. 10), respondiendo así rápidamente a cuestiones que necesitan de inmediata atención. De manera que la especialización, beneficia a los Estados.

En segundo lugar, las OI poseen la capacidad de mediar conflictos y proveer recomendaciones para su resolución. Las OI están especialmente diseñadas para atender a los problemas interestatales y globales, y aquella capacidad es lo que les permite funcionar y cumplir un rol en la esfera internacional. De manera que los Estados pueden delegarle autoridad a las OI con el propósito de que resuelvan disputas entre ellos. Es importante destacar que, generalmente, los Estados suelen recurrir a agentes neutros, es decir, que sean imparciales, y a aquellos que posean un alto nivel de autonomía (Hawkins et al., 2006). Tal como establecen Abbott & Snidal (1998), una organización independiente suele tener “la autoridad para actuar con cierto grado de autonomía, y a menudo con neutralidad, en esferas definidas” (p. 9), lo que le permite intervenir en los conflictos de los Estados a partir de la mediación y la influencia; siempre y cuando los Estados recurran a ella. Al igual que cuando los Estados le delegan la resolución de disputas a las OI, los Estados pueden delegarle a aquellas la tarea de tomar una decisión, y llegar a un acuerdo

común. De manera que le delegan poder a un agente que se encarga de organizar la agenda de los estados, y así llegar a una resolución (Hawkins et al., 2006). En el caso de la OMS, por ejemplo, se le delegó la responsabilidad de advertir a los países ante una emergencia sanitaria, pero para que eso funcione debe haber cierta responsabilidad de los dos lados: la responsabilidad por parte de la OMS de ser sensato y cauteloso a la hora de lanzar una alarma global, y la responsabilidad por parte de los Estados de seguir las recomendaciones de la OMS y no desafiar o cuestionar sus acciones injustificadamente.

En tercer lugar, a los estados les puede resultar beneficioso delegar el establecimiento de la agenda (agenda-setting power) a los agentes para resolver las paradojas de la toma de decisiones colectiva (Hawkins et al., 2006). En términos simples, cuando los estados se encuentran en una situación donde es improbable que lleguen a un acuerdo sobre políticas, la delegación se presenta como una solución, brindando un equilibrio en el establecimiento de la agenda. Cuanto más cercanas sean las preferencias de los miembros y más débiles políticamente los valores atípicos de las preferencias en entornos socialmente intransitivos, “más probable será que los Estados deleguen en una OI que establezca el orden del día, o reestructuren un contrato de OI para proporcionar autoridad para establecer el orden del día” (Hawkins et al., 2006, p. 17). Cuando hablamos de un tema en específico, como lo es la salud, establecer la agenda resulta muy beneficioso y eficiente, ya que los Estados estarán seguros de que el agente va a focalizarse en un tema en particular y resolver todas las cuestiones relacionadas.

En cuarto lugar, los agentes resultan beneficiosos a la hora de resolver disputas entre estados, al presentarse como mediadores. En general, el gran problema entre países a la hora de intentar resolver una disputa es que los contratos entre ellos están incompletos. En estos casos, los mandantes pueden reducir sus futuros costes de transacción y asegurar la cooperación delegando la autoridad a un agente con las capacidades de mediación (Hawkins et al., 2006). De todas maneras, los agentes no tienen la autoridad de resolver disputas de la manera que deseen, por lo que es importante que se delimite bien la dinámica de procedimiento. Aquí notamos un límite interpuesto a la libertad de acción de las OI por parte de los Estados y se identifica un mecanismo de control: la delimitación de procedimientos formales, generalmente definido en un contrato.

En quinto lugar, los Estados pueden utilizar la delegación para mejorar la credibilidad de sus compromisos políticos, en donde los Estados le delegan a las OI (o, en este caso, denominados ‘enforcing agents’) la tarea de maniobrar las políticas de la manera deseada, así mitigando los problemas de poca credibilidad de los Estados (Hawkins et al., 2006). Es importante destacar que para que la credibilidad política sea exitosa, los estados no pueden revocarles la autoridad a los agentes tan fácilmente. Esto aumenta la credibilidad y a su vez genera un mecanismo de control por sobre los estados. En el caso de la OMS, con un tema tan sensible como la salud, es importante mantener la credibilidad y que los Estados no cuestionen constantemente las acciones y decisiones de la organización, más aún si en otros momentos desean que sus ciudadanos sigan las recomendaciones de la OI.

Estos seis motivos que incentivan la delegación resultan fundamentales ya que influyen en la decisión de los estados de delegar o no. Sin dichos beneficios, habría pocos incentivos para delegar (Hawkins et al., 2006), aunque, los incentivos únicamente no son suficientes para que se termine de llevar a cabo el acto de delegación. En consiguiente, se presentarán cuatro condiciones que podrían inhibir el proceso de delegación (Hawkins et al., 2016): 1) La heterogeneidad de las preferencias disminuye la probabilidad de delegación, dado que para que los estados elijan concederle autoridad a un agente, deben resolver sus propios problemas primero y homogeneizar sus preferencias y decisiones, antes de otorgarle autoridad a un agente para que actúe en nombre de ellos. Sin llegar a un acuerdo previamente, resulta difícil poder darle una instrucción clara al agente. 2) La heterogeneidad bloquea la revisión de una relación de delegación, es decir, a medida que la distribución del poder y las normas institucionales difieren, menos probable será que los Estados deleguen en esa OI. Como establecen Hawkins et al. (2006), “es probable que las reglas de toma de decisiones que requieren un apoyo generalizado desalienten la delegación y aumenten la autonomía de los agentes” (p. 21). 3) Los más poderosos apoyan la delegación cuando se les reconoce su poder relativo, dado que los estados poderosos son capaces de alcanzar sus objetivos gracias a su propia influencia y sus propias capacidades. 4) Por lo contrario, a mayor divergencia entre reglas y poder, menor serán los incentivos para delegar. Esto sucede porque el poder cambia y varía continuamente; tiene un flujo constante y, por lo contrario, las instituciones se desarrollan lentamente, generando una gran brecha entre el nivel de poder de un país y el desarrollo formal de un agente.

El rol que cumplen las OI es un tema debatible que requiere mucho análisis, pero Johnson (2020) ha reafirmado lo que varios académicos (Barnett & Finnemore, 1999; Karns, Minsgt & Stiles, 2015) han notado y expresado: las OI existen para atenuar a los intereses de los estados. “Se espera que el personal sirva a los intereses de sus estados miembros, así como a los intereses del público global en general, pero los dos no son idénticos” (Johnson, 2020, p. 5), y como generalmente los intereses nacionales de los estados se encuentran en conflicto entre ellos, es probable que el accionar de la OI enfurezca a algún estado miembro.

A partir de estos incentivos y mitigantes de la delegación, se espera encontrar que los Estados deleguen poderes a la OMS pero que dicha delegación esté condicionada por los incentivos e inhibidores arriba desarrollados. En este trabajo buscaremos explorar cómo aplican dichos beneficios en el caso de la OMS, particularmente en tres momentos críticos de la organización.

Diseño metodológico

El tipo de investigación que se llevará a cabo será un análisis cualitativo centrado en un caso (la OMS) y tres observaciones a lo largo del tiempo: la erradicación de la viruela (1960-1980), la epidemia del Ébola (2014-2016), y la pandemia del COVID-19 (2020-2021). Se estudiarán estos tres momentos a fines de identificar cómo se presenta la delegación en cada uno de esos casos, cómo fueron respondiendo los Estados, y cuáles fueron los resultados que provinieron del accionar de la OMS, para así poder comprobar o no la hipótesis planteada.

Aunque el proceso conocido como “la erradicación de la viruela” tomó lugar entre las décadas de 1960 y 1970, dada la intervención de la OMS en la situación sanitaria en el año 1966, el proceso no comenzó en la década del 60; sino que se fue desarrollando desde el siglo XVIII, cuando los mismos países afectados realizaban sus propias campañas de vacunación, dado el descubrimiento de Edward Jenner. Recién en 1958, el ruso Viktor Zhadánov propuso en la Asamblea de la OMS una iniciativa conjunta para la erradicación de la viruela. Aquella resolución se llamó la “Resolución WHA 11.54” (1959). Para aquel entonces la viruela ya había sido erradicada de América del Norte (1952) y de Europa (1953), por lo que los países que se beneficiaron de la campaña de la OMS fueron principalmente aquellos en desarrollo, como los países de América del

Sur, Asia y África, culminando en el año 1980 como el año donde se erradicó oficialmente la viruela a nivel global. Resulta relevante, por lo tanto, estudiar aquel proceso e identificar el momento en donde la OMS intervino, y bajo qué incentivos. La erradicación de la viruela es considerada como el logro más grande de la OMS, por lo que se lo toma como un momento en la historia relevante para analizar, y un momento que produjo incentivos en los gobiernos para delegar tareas y autoridad a la organización, dado que fue capaz de demostrar, en aquel momento, su capacidad de manejar situaciones de sanidad a nivel mundial. En los casos del Ébola (2014-16) y del COVID-19 (2020-21), el manejo débil de las crisis, evidenciado por el surgimiento de problemas de coordinación, financiamiento y liderazgo, comenzó a generar dudas en la comunidad internacional acerca de si la OMS verdaderamente es lo suficientemente capaz de atender a las crisis de salud global.

Caso de estudio: La Organización Mundial de la Salud (OMS)

Introducción

A fines de presentar más en detalle el caso de estudio, se comenzará con una breve introducción acerca de la organización; cómo surgió, su composición, y las dificultades que atravesó en sus comienzos.

La OMS llegó a ser lo que es hoy en día gracias a una secuencia de intentos de instaurar una organización de salud mundial a partir del siglo XIX. Las epidemias que caracterizaron el siglo XIX, especialmente la del cólera, dieron a luz al Comité Sanitario Internacional (International Sanitary Committee) en París en 1851. No se logró mucho en la reunión original como en las pocas que siguieron, pero el Comité se postuló como “un primer intento de establecer un mecanismo para la cooperación internacional para la prevención y el control de enfermedades” (McCarthy, 2002, p. 1111), que luego dio su fruto al aprobarse en 1892 la Convención Sanitaria Internacional (International Sanitary Convention). Por consiguiente, el surgimiento de agencias de salud caracterizó el comienzo del siglo XX con el establecimiento de tres agencias: en 1902, la Oficina Sanitaria Internacional (International Sanitaria Bureau) en América (que se postula como el antecedente de la Pan American Health Organization, PAHO); 1907, L’Office International d’Hygiene Publique en Europa; y en 1919 posguerra, la Organización de Salud de la Liga de las

Naciones (Health Organization of the League of Nations) en Ginebra. Con el foco puesto en las dos guerras mundiales, la prevención y el control de enfermedades pasó a segundo plano, por lo que en 1938 tomó lugar la última reunión de la Convención Sanitaria Internacional en París. Avanzando hacia 1945 con la creación de las Naciones Unidas, donde en la Conferencia de San Francisco se votó por establecer una nueva organización de salud, y con la aprobación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud un año más tarde en Nueva York, surgió la OMS. De todas maneras, la historia no termina ahí. Entre 1946 y 1948, una comisión interina reunió todo el trabajo de L'Office, la organización de salud de la Liga de las Naciones y la UNRRA (Health Division of the UN Relief and Rehabilitation Administration), y para 1948, la Constitución de la OMS obtuvo suficientes firmas para que entrara en vigor. Asimismo, el PAHO no dejó de existir y se convirtió en uno de los órganos regionales de la OMS (McCarthy, 2002).

En síntesis, la OMS es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que se especializa en la gestión de los temas de salud, tanto en la prevención, la promoción y la intervención de aquella. Por lo tanto, se considera a la OMS como una agencia intergubernamental que lleva a cabo funciones internacionales, con el fin de mejorar la salud global (Brown et al., 2006). La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, considerándolo como el punto de partida de la organización, y de nuestro análisis.

En sus comienzos, la OMS enfrentó una serie de obstáculos. En primer lugar, experimentó un dilema que enfrenta la mayoría de los acuerdos, tratados u organizaciones: la ratificación de su constitución. Para poder operar, la Constitución de la OMS debía ser firmada por todos los Estados miembro y en 1949 eran sólo 14 estados los que habían firmado (Brown et al., 2006). Otro ejemplo de los problemas que enfrentó la OMS es el rol que los Estados Unidos cumplió (y sigue cumpliendo) en ella. Desde el principio, EE. UU fue uno de los financiadores principales de la OMS¹, pero su relación con aquella no siempre fue fluida: aunque apoyaba a la ONU con sus proyectos mundiales (como la misma OMS), entraban en juego los celos por la soberanía y autoridad mundial que manejaba el sistema de la ONU (Brown et al., 2006).

¹ En los años 2018-2019, EE. UU aportó USD 604,2M a la OMS (<http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>)

La OMS vivió un proceso histórico extenso, desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, hasta el presente. Según Brown et al (2006), la OMS experimentó una transición entre los años 1948 y 1998, donde pasó de “ser el líder indiscutible de la salud internacional a ser una organización en crisis, enfrentando déficits presupuestarios y un estatus disminuido, especialmente dada la creciente influencia de nuevos y poderosos actores” (Brown et al., 2006). Esta transición fue producto de varios factores: por un lado, el surgimiento de enfermedades y epidemias, junto con el deseo de combatirlas; y, por otro lado, los intereses económicos, políticos y geopolíticos de los Estados. Estos dos factores se vieron entrelazados a lo largo de la historia de la OMS, y en varios momentos, confundidos. Por ejemplo, desde el principio EE. UU se posicionó como un contribuidor primordial de la OMS, pero a la vez mantenía el derecho de intervenir unilateralmente en la región de América con el fin de limitar la soberanía de la organización. Asimismo, cuando la Unión Soviética y otros países comunistas salieron del sistema de la ONU – consecuentemente también de la OMS – se le hizo más fácil a EE. UU y sus aliados inferir influencia a nivel global. Dado que para cuando los Estados comunistas se volvieron a unir a la OMS, aquella ya se encontraba bastante alineada con las preferencias e intereses de la potencia norteamericana (Brown et al., 2006). En los años siguientes, la OMS tomó como prioridad la erradicación de la malaria, dado que EE. UU y sus aliados creían que la erradicación de dicha enfermedad “impulsaría el crecimiento económico y crearía mercados de ultramar para la tecnología y los productos manufacturados estadounidenses” (Brown et al., 2006, p. 65), además de expandir la influencia de poder de EE. UU y combatir el comunismo.

Esta constante lealtad y “confianza ciega” por parte de la OMS a las grandes potencias occidentales, especialmente Estados Unidos, no le fue beneficioso a largo plazo. Ya para 1960, el proyecto de erradicación de la malaria se enfrentó a varios problemas, y a la OMS no le quedó otra opción que retractarse de sus promesas y volver a sus raíces. Esto fue el comienzo del abandono de un enfoque ‘vertical’, donde la idea era abordar a los problemas sanitarios uno por uno, y la adopción de un enfoque que se mantiene hasta el día de hoy: el enfoque ‘horizontal’, un ataque prolongado a todos los problemas de salud a la vez (Siddiqi, 1995). El fracaso del Programa de Erradicación de la Malaria (MEP, en inglés) dejó a la organización de salud muy mal parada frente a la comunidad internacional, y le dio lugar a la Unión Soviética para que marque cierto nivel de poder e influencia a nivel global al impulsar la campaña para la erradicación de la viruela (Brown

et al., 2006). De manera que aquella transición que mencionamos anteriormente se debió, en parte, a una cierta politización de la OMS, que permitió a sus Estados miembros establecer cierto nivel de influencia y manejo sobre ella, donde los éxitos y alegrías se festejaban en conjunto, pero los fracasos se le adjudicaban únicamente a ella. Se puede ver, en un primer momento, que no existe una clara delegación de poderes, o mismo de confianza, por parte de los Miembros a la organización. En línea con los hallazgos que mencionan Hawkins et al (2006), se puede ver claramente cómo la heterogeneidad de las preferencias de los principales – es decir, los Estados Miembro – disminuye la probabilidad de delegación. En el caso de la OMS, y también en el sistema completo de la ONU, existen varios miembros con diferencias en sus preferencias, conflicto de intereses, y mismo sus ideales, como entre varios gobiernos occidentales y orientales, particularmente entre los Estados Unidos y la Unión Soviética, hoy Federación de Rusia.

Hoy en día, tras la experiencia del COVID-19, la OMS volvió a llamar la atención del escenario mundial dadas severas críticas por parte de la comunidad internacional. Se evidenció la poca coordinación que tiene la organización, revelando la necesidad urgente de fortalecerse y hacer cambios internos (Gostin, 2020). La idea es mirar hacia atrás, particularmente hacia los años que constituyeron la erradicación de la viruela (1960-1980) y la crisis del Ébola (2014-16), y buscar patrones similares.

Estructura y gobernanza

A fines de comprender cómo funciona la OMS, se detallará la composición de su estructura interna y su mecanismo de gobernanza a continuación.

La OMS se compone por tres órganos principales: la Asamblea, que es representativa de los Estados miembro; el Consejo Ejecutivo; y la Secretaría, que se compone por el Director General y varios miembros del personal técnico y administrativo. La sede principal se encuentra en la ciudad de Ginebra en Suiza, pero también posee 6 oficinas regionales alrededor del mundo: Copenhague, Brazzaville, Nueva Delhi, Manila y Washington.

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano de toma de decisiones de la OMS. Por lo general, se reúne en Ginebra en mayo de cada año y asisten delegaciones de los 194 Estados miembros. Su

función principal es determinar las políticas de la Organización y se centra en una agenda sanitaria específica preparada por el Consejo Ejecutivo. Asimismo, más específicamente, la Asamblea se encarga de nombrar al Director General, supervisar las políticas financieras y revisar y aprobar el proyecto de presupuesto por programas. De manera similar, considera los informes de la Junta Ejecutiva, a la que instruye con respecto a los asuntos sobre los cuales se pueden requerir acciones, estudios, investigaciones o informes adicionales.² Por otro lado, la Junta Ejecutiva está compuesta por 34 miembros técnicamente calificados, los cuales son elegidos por períodos de tres años. Las principales funciones del Consejo son aplicar las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud, asesorar y, en general, facilitar su trabajo.³

Como la OMS es un órgano de las Naciones Unidas, se rige bajo el sistema establecido por la ONU cuando fue creada. Esto quiere decir que se rige bajo un sistema igualitario de normas, es decir, el diseño institucional que se planteó en un primer momento para esta organización fue de un país-un voto, y se extendió hacia sus programas, conferencias y agencias especializadas: “La gran mayoría de los estados miembros de la ONU tienen interés en la persistencia de un país-un voto, y los incentivos para reproducirlo al establecer nuevas OI para extender su influencia” (Graham & Serdaru, 2020, p. 11). Pero el sistema es más complejo de lo que parece, porque, aunque el sistema de votación en los organismos pertenecientes a la ONU sea igualitario (menos en el Consejo de Seguridad donde hay poder de veto), aquel no prohíbe las reglas permisivas de asignación (*permissive earmark rules*), y esto es debido a que en el momento donde se diseñó el sistema de la ONU, las reglas permisivas no eran consideradas no igualitarias.⁴

La importancia de determinar qué tipo de gobernanza rige sobre la OMS y de qué manera se toman las decisiones se basa en que el sistema que la organización elige para tomar las decisiones y accionar en un contexto internacional se puede ver influenciado por los estados miembro, y dependiendo de qué sistema se elige y qué reglas rigen en dicho sistema, se define cuánto control tienen los estados miembros sobre la OI. Las reglas de votación y las reglas sobre fondos van de

² <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly>;
https://apps.who.int/gb/gov/en/information_rule_wha_en.html

³ <https://www.who.int/about/governance/executive-board>

⁴ Es más, inicialmente, se utilizaban para apoyar cuestiones de interés de los estados más débiles (Graham & Serdaru, 2020).

la mano, y es importante delimitarlas para poder evitar problemas entre la OI y los estados acerca de control y autoridad.

Si estas reglas no están claras, los estados pueden proporcionar o retener fondos como un mecanismo de control sobre las OI, de manera que se ve influenciada la relación entre el donante y la OI. La influencia es clara: determina cuánto dinero recibe la OI, con qué frecuencia, y en el caso de que haya una asignación clara de hacia qué actividades o sector está destinado el dinero, cuáles actividades o sectores serán beneficiados (Graham & Serdaru, 2020). Lo que termina sucediendo es que los estados con mayores recursos propagan más influencia dentro de las OIs, socavando las reglas de votación.⁵

De manera que lo mencionado se propaga como una ventaja para estados poderosos, pero como una desventaja para estados en desarrollo; y en cuanto a las OI, por más que el dinero resulte beneficioso, la donación se propaga como un mecanismo de control por parte de los estados donantes sobre las organizaciones.

En cuanto a los aspectos que sí pueden resultar beneficiosos para las OI, muchas veces el dinero otorgado por los estados de grandes recursos es esencial para el comienzo y el éxito de la OI designada. Asimismo, los estados adinerados con intención de proveer fondos a las OI han demostrado estar interesados en los intereses comunes con otros estados donantes, de manera que se encuentran en un mismo nivel los intereses grupales que los individuales (Graham & Serdaru, 2020).

En cuanto a los poderes constitucionales que posee la OMS⁶, se pueden identificar tres poderes bajo los artículos 19 a 23 de la Convención de la OMS: la adopción de convenciones o acuerdos, regulaciones y recomendaciones.⁷ Se analizará la legalidad de los poderes mencionados, teniendo en cuenta el análisis hecho por Lakin (1997).

⁵ Como, por ejemplo, que la organización se rija bajo un sistema de votación ponderado o bajo el sistema de un país-un voto.

⁶ Por constitucionales me refiero a que están delimitados dentro de la Convención de la OMS y por ende los estados miembros se encuentran sujetos a ellos.

⁷ Estos poderes pueden sólo ser utilizados respecto a un estado miembro, y en cuanto a los estados no miembros, únicamente si aceptan y adoptan la legislación (Lakin, 1997).

En primer lugar, la autoridad para adoptar de tratados internacionales, convenciones y acuerdos⁸ nunca ha sido ejercida por la OMS directamente, lo cual resulta interesante porque la redacción y adopción de tratados es la forma más vinculante legalmente en la esfera de la ley internacional. Parece que la OMS ha optado por recurrir al sistema de las regulaciones como mecanismo de enfrentamiento a las cuestiones de salud. A diferencia de las recomendaciones, los tratados y las regulaciones son legalmente vinculantes (Lakin, 1997). En segundo lugar, las regulaciones tienen un sistema de empleo mucho más simple que los tratados internacionales; de manera que son más utilizadas al poseer un enfoque más dinámico, aunque no son tan específicas como los tratados. Aunque son legalmente vinculantes, el poder legítimo de las regulaciones se podría definir como legislativo, mientras que los tratados son contratos específicos.⁹ En resumen, los tratados internacionales son la herramienta más vinculante legalmente que la Organización puede tener en cuanto a la ley internacional, pero las regulaciones, al ser también legalmente vinculantes, son una manera más efectiva de atender a cuestiones de salud particulares. De todas maneras, los estados son los que ejercen el control definitivo: la OMS busca universalidad, porque, para establecerse como una organización mundial que atiende a las cuestiones de salud internacionales, debe ser reconocida y respetada globalmente, y los Estados deben, sentirse cómodos dentro de dicha Organización, y a la vez, cooperar con la Organización (por ejemplo, notificar a la OMS en caso de que haya un brote epidémico en algún país). Por último, las recomendaciones han sido la herramienta más popular y utilizada en la OMS para alcanzar sus metas. Dentro de las recomendaciones, hay diferentes mecanismos utilizados por la OMS: resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, códigos de conducta, estándares técnicos, y otras recomendaciones. Ninguna de ellas es de carácter legal.

Trabajo de la OMS

Cuando la OMS fue creada, heredó las responsabilidades de sus antecesores: la Liga de las Naciones, de L'Office y de la UNRRA, además de nuevos intereses que se postularon en aquel momento, como la preocupación por la malaria. Originalmente, el trabajo que continuó la OMS apenas fue creada rondó alrededor del servicio de notificación epidemiológica, la estandarización

⁸ Concedido bajo el artículo 19 de la Convención de la OMS.

⁹ Según un reporte borrador por el Director-General, “cada estado miembro está ‘vinculado’ por un reglamento, pero no tiene la facultad de utilizar los medios que considere necesarios, a nivel nacional, para hacer efectiva la medida” (Lakin, 1997, p. 29).

biológica, la clasificación de enfermedades y causas de muerte, y varios programas de alivio de la UNRRA relacionados con enfermedades transmisibles y nutrición (Sir John Charles, 1968). Luego se estableció una lista vertical de prioridades, encabezado por la malaria. De todas maneras, no tardaron mucho en entrar en juego los intereses de los Estados, que suplantó este sistema de prioridades por un sistema más flexible a las solicitudes de los gobiernos (Sir John Charles, 1968) y poco a poco alejándose del enfoque ‘vertical’ hacia uno ‘horizontal’ (Siddiqi, 1995).

Por otro lado, el rol de los Estados Unidos cumplió una gran parte en el fortalecimiento de la OMS como organización ya que entre 1960 y 1963, EE. UU contribuyó al fondo voluntario de la OMS más de USD 2 millones. Previamente, en 1958, el Dr. Milton Eisenhower, el representante personal del presidente de EE. UU, le sugirió a la OMS que expanda sus horizontes más allá de la promulgación de la investigación y de información únicamente, y que evalúe las posibilidades de accionar. Como consecuencia, la Asamblea aprobó la moción del Director General para establecer una comisión consultiva compuesta por científicos para efectuar un programa de investigación. El financiamiento de EE. UU se postuló a partir de dicho accionar y contribuyó en el financiamiento del proyecto (Sir John Charles, 1968). Asimismo, por el creciente interés de los Estados miembro en África y en América Latina, en 1959 y 1960, la OMS amplió su rango de trabajo en aquellas áreas del mundo.

El hecho de que la donación de fondos a la organización se permita es beneficioso a la hora de recaudar fondos, pero puede resultar desfavorable ya que se le otorga cierto poder a los Estados, dado que pueden elegir en cualquier momento no proveer más fondos, y también, pueden exigir que el dinero que donan sea asignado a cierta área de su interés. Es más, entre 2018-19, el 74,82% del presupuesto de la OMS provino de fondos voluntarios especificados, y en 2020-21, el 61,86%.¹⁰ De manera que la OMS depende mucho de las donaciones voluntarias y además retiene poca autoridad a la hora de establecer a dónde se destinarán los fondos dentro de la organización (Gostin, Sridhar & Hougendobler, 2015).

¹⁰ <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>

A continuación, se presentarán tres momentos críticos de la OMS, donde se buscará exponer cómo funcionó la delegación por parte de los Estados a la OMS en cada uno de los siguientes momentos: la erradicación de la viruela (1960-1980), el brote del Ébola en África (2014-2016), y la crisis del Coronavirus (2020). La erradicación de la viruela en el siglo XX es considerada como uno de los éxitos de salud pública global más grandes de la historia, en donde la OMS recibió mucho elogio. A mediados de 2014, cuando se anunció el brote epidémico del virus del Ébola, la OMS se encontraba activa, habiendo anunciado emergencias de salud previamente en 2009 (influenza AH1N1) y 2014 (la poliomielitis). Estos anuncios por parte de la OMS parecían indicar una potencial nueva era de liderazgo de la OMS con respecto a la seguridad sanitaria mundial (Gostin, Lucey, Phelan, 2014), pero como ya veremos evidenciado, si no hay cooperación por parte de los Estados, resulta muy difícil que la organización tenga el respeto y la atención que necesita para funcionar.

1960-1980: La erradicación de la viruela

La erradicación de la viruela fue un tema de suma importancia y perteneciente a la agenda de la salud internacional durante todo el siglo XX. De todas maneras, fue oficialmente adoptado por la OMS luego de mitades de siglo. En 1958, Viktor Zhdánov, el ministro de Salud de la Unión Soviética, propuso en la 11va Asamblea Mundial de la Salud una iniciativa conjunta para erradicar la viruela mundialmente. Dicha propuesta resultó en la “Resolución WHA11.54” de 1959, donde la OMS tomó como prioridad la erradicación de la viruela, iniciando su Programa. Pero la campaña no pudo avanzar significativamente hasta 1966, principalmente por falta de financiamiento, personal, y de compromiso por parte de los países. De manera que el Programa Intensificado de Erradicación de la Viruela oficialmente comenzó en 1967.¹¹

La OMS tomó las riendas de la crisis sanitaria mundial con la meta de acelerar el proceso de erradicación de la viruela, aunque el virus ya había sido eliminado de América del Norte (1952) y Europa (1953). De manera que el foco fue puesto en América del Sur, Asia y África. Aquí se puede notar una homogeneidad de preferencias por parte de la comunidad internacional ya que, si la meta era la misma para todos los países, el camino por tomar era claro: atacar al virus en las regiones

¹¹ <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html>

donde seguía presente. Esta homogeneidad de preferencias aumenta la probabilidad de delegación (Hawkins et al., 2006). Generalmente, las medidas tomadas fueron delegadas desde Ginebra (HQ) hacia las oficinas regionales de la OMS, como la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental (EMRO) y la Oficina Regional de Asia Sudoriental (SEARO). La implementación de políticas generalmente se regía por las decisiones tomadas en las oficinas regionales, siendo guiadas, siempre y cuando, por Ginebra. De todas maneras, es muy difícil controlar las acciones del día a día de una organización tan grande (Bhattacharya, 2008), por lo que es importante sentar las bases desde el comienzo.

Es interesante como para 1966, el año en el que la OMS lanzó su Programa de Erradicación de la Viruela, el virus ya se había erradicado de los continentes más desarrollados, como América del Norte (EE. UU, Canadá y México) y Europa, años atrás. Para 1955, América del Norte ya se había recuperado del virus y Europa no tenía casos.¹² Esto se debe a que, hasta 1958, cada país realizaba sus propias campañas de vacunación, como por ejemplo la Expedición de Balmis (1803-1806) promulgada por el Imperio español. Por lo tanto, para cuando la OMS lanzó su programa, se dedicó puntualmente a América del Sur, África y Asia, ya que la viruela había sido erradicada de Norteamérica en 1952 y de Europa en 1953. Tal como se ha mencionado, se presenta la homogeneidad de preferencias, dado que la meta era erradicar la viruela y atacar aquellas regiones que tenían casos, y también se evidencia claramente uno de los beneficios de delegación establecidos por Hawkins et al (2006), la toma de decisiones colectiva a través de un agente que establece la agenda: se le delegó a la OMS la tarea de accionar en los tres continentes afectados. De manera que se generó una dinámica en donde los países de mayores recursos financiaron los proyectos de la OMS, siendo los países en desarrollo quienes se beneficiaron directamente.

El Programa de Erradicación de la Viruela fue exitoso por el compromiso tanto de la organización como de los países. Cuando el Programa se aprobó, tanto los Estados Unidos como la Unión Soviética donaron más de 150 millones de vacunas al Programa (Belgonia & Naleway, 2003). De todas maneras, hasta la década de 1970, el apoyo hacia la OMS y sus oficinas regionales era inconstante y cambiante, enlenteciendo la lucha contra el virus. Esto fue solucionado gracias a la

¹² <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-reported-smallpox-cases>

donación de fondos de parte de una variedad de agentes como las Agencias Internacionales de Desarrollo suecas y danesas, los gobiernos de India y Bangladesh, y el Consorcio Industrial Tata en India.¹³ Se evidencia, entonces, que la delegación de tareas debe estar acompañada por fondos y financiamiento, porque de lo contrario, tiene un impacto negativo en el funcionamiento y el éxito del programa. La segunda ronda del Programa fue exitosa justamente por el comportamiento favorable de los Estados, evidenciando que la organización claramente necesita de su constante apoyo tanto diplomático como económico.

En resumen, el problema en cuestión era la epidemia de la viruela. Como en América del Norte y en Europa ya se había erradicado el virus, el foco fue puesto en los países en desarrollo; es decir, las preferencias de los principales actores era terminar de eliminar la enfermedad de aquellos países donde seguía presente para así lograr la erradicación global. De manera que se discutió establecer un programa de erradicación, que se implementó entre los años 1966 y 1980, acompañado de recomendaciones para la prevención del virus. En un primer momento, el progreso del programa fue lento, debido a la poca cooperación por parte de los Estados, pero logró acelerarse gracias al compromiso renovado de ellos. Como resultado, se llegó a la erradicación global de la viruela en 1980.

El éxito de la OMS con la viruela evidenció los beneficios de la delegación a la comunidad internacional. No es sorpresa, entonces, que la organización haya sido otorgada el título del “líder indiscutible de la salud internacional” (Brown et al, 2006), al celebrar semejante éxito, no solo sanitario, sino también de relaciones internacionales.

2014-2016: el brote del Ébola en África Occidental

El 8 de agosto de 2014, la Directora General de la OMS declaró que la crisis del Ébola en África occidental era una “emergencia de salud pública de importancia internacional” (Gostin, Lucey, Phelan, 2014). De todas maneras, los primeros casos del brote se habían registrado entre diciembre de 2013 y marzo de 2014, pero no fueron reportados a la OMS. Fue recién en abril de 2014 cuando entidades intergubernamentales y no-gubernamentales empezaron a responder ante la crisis

¹³ <https://www.york.ac.uk/history/research/majorprojects/smallpox-eradication/>

latente, aunque todavía era bastante desestimada. Es más, la misma OMS todavía calificaba la crisis como “aún relativamente pequeña” (Moon et al, 2015). Para julio, los casos de Ébola aumentaron, al igual que la atención del público general. Esto vino de la mano de un aumento en el financiamiento y en la respuesta de la comunidad internacional.¹⁴ “Decenas de países, empresas privadas y universidades comenzaron a implementar restricciones de viaje y muchas aerolíneas dejaron de volar a la región” (Moon et al, 2015), al igual que a facilitar apoyo financiero, logístico y humano a la causa. Entre aquellos estados y entidades se encontraban la Unión Africana, China, Cuba, la Unión Europea, Reino Unido, Estados Unidos, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y agencias de la ONU (Moon et al, 2015).

Las principales medidas que se tomaron con respecto a la crisis sanitaria fueron impuestas principalmente por los gobiernos de los países de África Occidental (como Sierra Leone, Liberia, y Nigeria) y por la OMS. También hubo participación por parte miembros de la comunidad internacional, como Estados Unidos. Aquel tenía como meta principal intentar contener y eliminar el virus en su origen, a través de donación de fondos, de recursos y de personal, y también prepararse internamente en caso de que llegara el virus a su país.

Las medidas impuestas por los gobiernos africanos incluyeron: aislamiento y cuarentena, distancia social, comunicación de riesgos y entierros de los infectados, restricciones al viajar, entornos de atención médica. Dado el contexto de pobreza y de falta de recursos de los países afectados, la intervención de la OMS podría propagarse como una oportunidad para la cooperación y respuesta internacional hacia la crisis que enfrentan los países afectados más carenciados. De manera que la declaración de la OMS a principios de agosto de 2014 “desencadenó recomendaciones temporales dirigidas a los estados afectados, los estados fronterizos y la comunidad internacional” (Gostin, Lucey, Phelan, 2014). Similar a los gobiernos africanos, estas recomendaciones incluyeron: la declaración de una emergencia nacional a los estados afectados, en conjunto con la implementación de planes de emergencia y la preparación de centros y personal de salud; el aislamiento y tratamiento de casos confirmados de Ébola; monitoreo y vigilancia en los aeropuertos, puertos y pasos terrestres; monitoreo de salud de los países limítrofes; y en cuanto a

¹⁴ El Banco Mundial le otorgó USD 200 millones a la causa (Moon et al., 2015).

la comunidad internacional, la Directora General de la OMS pidió que los estados sean precavidos en cuanto a los viajes internacionales y las restricciones comerciales, además de implementar la comunicación de riesgos para prepararse para las evacuaciones médicas. Un punto importante que se vio ausente en las recomendaciones de la OMS fue el aumento de capacidad internacional (international capacity building), un proceso en donde las organizaciones desarrollan y mejoran sus habilidades, conocimientos y recursos para hacer un mejor trabajo, en este caso, enfrentar la crisis del Ébola. Esta medida es considerada como una de las maneras más efectivas para contener el brote epidémico (Gostin, Lucey, Phelan, 2014), y, sin embargo, no fue impuesta.

A pesar de toda esta movilización, y de una cierta alineación de preferencias entre los miembros de la comunidad internacional, hubo varios inconvenientes. En primer lugar, la respuesta operacional fue lenta, es decir, las donaciones (fondos, personal de salud y otros recursos) tardaron meses en llegar a los países afectados. En segundo lugar, muchos países tardaron en imponer restricciones al comercio y a los viajes internacionales por no querer afectar sus economías, así propagando la transmisión del virus. En tercer lugar, la coordinación internacional fue pobre porque no había un rol de liderazgo claro, dado que la Misión de la ONU para la Respuesta de Emergencia al Ébola pasó por alto al organismo preexistente de la ONU para la coordinación de emergencias, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios. En cuarto lugar, que también puede considerarse como consecuencia de la falta de liderazgo formal, el personal de campo no pudo manejarse adecuadamente con respecto a estrategias e información existentes acerca del virus porque la información no era transmitida de manera efectiva (Moon et al, 2015).

Los países de África occidental son países en desarrollo que no cuentan con los recursos suficientes para enfrentarse a una crisis de una dimensión como la crisis sanitaria del Ébola, y aunque la OMS hizo un llamado a la solidaridad hacia la comunidad internacional, “la gobernanza mundial se vio debilitada una vez más por la falta de capacidad de los países en desarrollo” (Gostin, Lucey, Phelan, 2014). En términos de efectividad, las mejores soluciones para este tipo de crisis emergentes requieren cooperación y compromiso por parte de la comunidad internacional en cuanto a financiación y asistencia técnica y logística, como la vigilancia, el trabajo de laboratorios, los recursos de sistemas de salud y la respuesta rápida (Gostin, Lucey, Phelan, 2014). La OMS logró en cierto momento obtener respuesta y apoyo por parte de la comunidad internacional,

aunque demostró no estar lo suficientemente preparada para manejar la situación dados los problemas que siguieron aún obteniendo apoyo internacional. En cuanto a delegación, la crisis del Ébola presupone un ejemplo en donde se ve la ineffectividad de los acuerdos entre los Estados y la OMS para compartir, validar y responder ante información sobre brotes (Moon et al, 2015), dado que Guinea, el país en donde se registró el primer caso de Ébola en diciembre de 2013, no tuvo incentivos para compartir esta información con la OMS. Al ser un tema de salud, la OMS debería haber estado involucrada desde el principio, pero fue notificada unos meses después.¹⁵ La notificación del brote puede funcionar como un primer paso en el proceso de delegación (el momento en donde se delega una tarea), dándole lugar a la OMS para tomar (y recomendar) las medidas necesarias. Una vez que la crisis era de conocimiento público, los incentivos por parte de la comunidad internacional para delegar presupondrían, en primer lugar, la especialización (al ser un tema de salud); la toma de decisiones colectiva, dado que la crisis involucraba a varios países; y la provisión de recomendaciones de cómo manejarse ante la situación sanitaria. Esta situación también demuestra que la OMS tiene la capacidad de recomendar y tomar algunas medidas que están a su alcance, como las mencionadas previamente, pero no puede forzar a los Estados a cooperar si aquellos no lo desean.

Por más que el brote epidémico del Ébola haya sido contenido en 2016, el virus no fue erradicado. Actualmente la República Democrática del Congo (RDC) está sufriendo por la epidemia del Ébola¹⁶, viviendo el 11vo brote desde el descubrimiento del virus en 1976¹⁷ y, sin embargo, no es una noticia que se destaque constantemente en los diarios internacionales o en los medios de comunicación. Aquí se ve evidenciada la falta de relevancia de la crisis del Ébola, ya que no afecta a los más poderosos. Por ende, los incentivos a delegar son bajos. La RCD ha padecido ya tres brotes de Ébola en los últimos tres años, sin embargo, los casos se han contenido en el mismo país (o como mucho, dentro de la misma región), por lo que no han preocupado a países terceros. Por el momento, estos rebrotes no han sido declarados como una nueva epidemia.¹⁸

¹⁵ Se presupone que la notificación tardía de los casos de Ébola sucedió por falta de recursos y educación de los habitantes del área rural de Guinea donde se registraron los primeros casos.

¹⁶ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1904253>

¹⁷ <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-new-ebola-outbreak-detected-in-northwest-democratic-republic-of-the-congo-who-surge-team-supporting-the-response>

¹⁸ <https://elpais.com/sociedad/2021-02-08/el-ebola-reaparece-en-el-noreste-del-congo.html>

Se ha de tener en cuenta que factores socioeconómicos y políticos de los países africanos contribuyeron al desarrollo de la crisis del Ébola. Asimismo, la falta de recursos económicos, instalaciones de salud y capacidad estatal de los países africanos fue un factor importante en la propagación del virus, ya que desde un comienzo no había los recursos suficientes en la región afectada, por lo que se necesitaba con urgencia ayuda de actores terceros. Por ende, el apoyo internacional les dio a los países africanos, a corto plazo, los recursos necesarios para combatir la epidemia, aunque no solucionaron las causas subyacentes del brote (Roemer-Mahler & Rushton, 2016). En definitiva, lo que la comunidad internacional quería resolver era el brote del Ébola y que no se llegase a una transmisión global, no solucionar los problemas políticos y socioeconómicos de África Occidental. Existe un argumento (que resuena con la mirada constructivista) que establece que el Ébola fue percibido como tal crisis en su momento no solo debido a que era una epidemia de rápida propagación (aunque esa fue una condición importante), sino porque resonó con una narrativa más amplia y bien establecida de la “salud global” (Roemer-Mahler & Rushton, 2016).

En síntesis, el problema en cuestión fue la epidemia del Ébola en África entre 2014 y 2016, considerado como el brote más grande del virus. Para los países afectados, sus preferencias eran contener el virus de la mejor manera posible para lograr detener su propagación y atender a su población. Al ser países en desarrollo, esta última preferencia se presentaba en conjunto con el deseo de recibir asistencia por parte de actores internacionales, ya que eran quienes podían ayudarlos. Para la OMS, su preferencia también se alineaba con la de los países afectados, en conjunto con el deseo que la comunidad internacional siga sus recomendaciones para disminuir la transmisión del virus. Por último, para aquellos actores terceros, como lo fue Estados Unidos, sus preferencias eran contener y eliminar el virus desde su origen y que no afectase ni a su población, ni a aquellos bajo sus intereses. De manera que, como hemos mencionado previamente, se anunciaron recomendaciones y entraron en juego varios actores para la donación de fondos, recursos y personal. La OMS también hizo un llamado a la solidaridad hacia la comunidad internacional, y aunque tuvo respuesta, fue lenta y únicamente de países o entidades puntuales. En concreto, la respuesta internacional a la crisis del Ébola fue lenta y descoordinada, a pesar de haber ocurrido en un momento donde la salud global tenía mucha atención. Asimismo, resultados e

investigaciones relacionados con vacunas y una cura no surgieron por muchos años (Roemer-Mahler & Rushton, 2016). En definitiva, las acciones concretas que se tomaron fueron: la divulgación de recomendaciones para la prevención del virus por parte de los países africanos afectados y de la OMS, el *Health Emergencies Program*, y el lanzamiento de un fondo de emergencias de salud.

La OMS y el COVID-19

Como hemos mencionado, la OMS se enfrentó a duras críticas por su manejo frente a la pandemia del COVID-19 en el 2020, y sufrió un duro golpe especialmente por parte de Estados Unidos, cuando la administración de Donald Trump decidió suspender su financiamiento a la organización. Estos acontecimientos evidenciaron la clara necesidad de un fortalecimiento por parte de la OMS en tres aspectos generales: financiación, cumplimiento de normas por parte de los Estados miembros, e independencia política (Gostin, 2020). Asimismo, se identificaron tres patrones que se produjeron tras la actitud de los estados ante la crisis del COVID-19: la tendencia de culpar a las organizaciones internacionales intergubernamentales, la tentación de priorizar intereses de corto plazo, y la reacción dividida ante los expertos de salud. La mayor conclusión ante la existencia de estos tres patrones es que las organizaciones internacionales son altamente vulnerables (Johnson, 2020). En términos de delegación, la OMS presentó dificultades vinculadas con la falta de financiación, el incumplimiento de normas, la falta de credibilidad y los intereses particulares de los Estados. Se analizará en detalle cada una de estas situaciones.

En primer lugar, como se ha visto previamente, la OMS depende económicamente, casi en su totalidad, de donaciones voluntarias especificadas. No solo se nota grandes brechas de desigualdad en los tipos de financiamiento (siendo los fondos voluntarios el 61,86% del presupuesto y los ‘pagos de aranceles’ el 10,96%)¹⁹, sino también en los países o entidades que contribuyen: entre 2018-19, EE. UU conformaba un 15,15% del presupuesto proveniente de donaciones voluntarias, seguido por la Bill & Melinda Gates Foundation con un 10,82%, y luego por el Reino Unido con un 8,12%. A partir de la suspensión norteamericana de los fondos, en 2020-21 Alemania tomó el

¹⁹ <http://open.who.int/2020-21/contributors/contributor>

rol de liderazgo, constituyendo el 11,97% del presupuesto de donaciones voluntarias, seguido por Bill & Melinda Gates Foundation con un 10,37%.²⁰

De manera que se evidencia que el buen desarrollo, y, en consecuencia, el éxito, de las tareas delegadas a la OMS muchas veces se ve controlada por el factor económico, ya que los Estados deciden cuánto donar y a cuáles causas específicas. Por ejemplo, entre 2018 y 2019, EE. UU donó USD 604,2 M a la OMS, en donde un 33,29% fue destinado a la región Mediterráneo Oriental (*East Mediterranean*), un 25,26% a Ginebra (HQ), un 25,02% a la región de África, siguiendo por el Sudeste Asiático, Europa, el Pacífico Occidental y las Américas. A partir de la división por región (y en consiguiente, por oficina regional de la OMS), se destina un porcentaje a un programa especializado: la erradicación del polio (27,4%), el aumento del acceso a servicios de salud y nutrición (17,4%), enfermedades evitables por vacunación (7,7%), tuberculosis (5,74%), entre otras.²¹ En el marco del COVID-19, el presupuesto total de la OMS para 2020-21 es de U\$4,8 billones: “similar a un gran hospital de EE. UU., y alrededor de USD 2 billones menos que el presupuesto anual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU (CDC, en inglés)” (Gostin, 2020). Parece inviable, e incluso ilógico, esperar que una OI con ese presupuesto, pueda atender a las necesidades sanitarias del mundo entero.

En segundo lugar, la OMS padece de un problema que muchas otras OI sufren: el poco compromiso al cumplimiento de normas por parte de los Estados miembro, y la poca capacidad que tiene de lograr aquel cumplimiento. La OMS tiene las herramientas para ejercer su poder y autoridad, por ejemplo, a través de tratados internacionales, convenciones y acuerdos (dado que son legalmente vinculantes), pero se abstiene de hacerlo. Esto sucede porque la organización podría correr un riesgo político (Gostin, 2020).

En tercer lugar, y ligado a su dependencia financiera de los Estados, la OMS sufre de poca independencia política. Lo que le sucedió a la OMS durante el 2020 fue que se encontró en el medio de dos superpotencias, que ya se encontraban con las relaciones tensas: Estados Unidos y China. El presidente estadounidense Donald Trump no dudó en adjudicarle la responsabilidad de

²⁰ <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>

²¹ <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor?name=United%20States%20of%20America>

la pandemia a China, continuamente refiriéndose al Sars-CoV2 como el “virus chino”, y China, por su parte, levantó sospechas al no proveer toda la información existente sobre el virus y tratar de esconder el brote. En un momento donde China sí dio información acerca del virus a principios del 2020, la OMS la felicitó por su transparencia²², saliendo de su rol neutro y adentrándose en la esfera geopolítica. Estos argumentos coinciden con algunos de los hallazgos presentados en Hawkins et al. (2006): la heterogeneidad de preferencias disminuye la probabilidad de delegación. En esta misma situación se evidencia como dos actores poderosos – Estados Unidos y China – difieren constantemente en sus preferencias e intereses. De manera que podemos ver como el desacuerdo de Trump con la OMS por su manejo de la pandemia lo llevó a suspender el financiamiento que le proveía a la organización, así ejerciendo un gran mecanismo de control. Esto fue un golpe duro para la OMS ya que, como hemos mencionado, EE. UU ha sido, desde su fundación, uno de los principales financiadores de las actividades de la OI. De manera que también se evidencia claramente la vulnerabilidad de la OMS ante el desamparo de una superpotencia, y así también, la fragilidad de las bases que “aseguran” la autonomía y capacidad de acción de la organización.

En cuanto a los patrones que se evidenciaron a lo largo de la pandemia, se pudo observar una clara adjudicación de culpa por parte de EE. UU a la OMS, castigándola con el factor económico. A su vez, se vio como se priorizaron intereses a corto plazo cuando EE. UU automáticamente cortó el financiamiento que le proveía a la organización apenas empezó a sospechar que la burocracia de la OMS estaba siendo manipulada por China. Esta acción por parte de EE. UU no le permitió a la OMS poder actuar a largo plazo en función del bien común y el futuro de los estados (Johnson, 2020), y es contradictorio con el discurso multilateralista que predicaban los estados que se unen a las OI para mejorar la cooperación y comunicación internacional. Para incentivar la priorización de intereses a largo plazo hay que incentivar la creación (y el mantenimiento) de relaciones con OIs, y para eso entran en juego los beneficios de delegación. Cuando la delegación funciona bien, les ata las manos a los estados, guiándolos a tomar decisiones que benefician el largo plazo (Johnson, 2020). En el marco del COVID-19, esto no sucedió: “a la OMS nunca se le ha otorgado plena autoridad para dictar las actividades de todos los demás actores de la gobernanza sanitaria

²² <https://www.statnews.com/2020/01/29/who-reconvene-expert-committee-coronavirus/>

mundial” (Johnson, 2020, p. 9), evidenciando que durante la pandemia la organización de salud no pudo coordinar el accionar de los estados para que se genere un bien común entre todos los estados. Por último, se ha notado también una falta de credibilidad en la OMS y en sus expertos de salud. Esto también minimiza el poder y la autoridad de la organización, y a su vez, produce efectos negativos. Se ha notado la existencia de cierto escepticismo hacia los expertos de salud “altamente visibles para los laicos, disputas como esta hicieron que la ciencia subyacente pareciera abierta a la interpretación, y algunos observadores cuestionaron si la OMS era lo suficientemente neutral políticamente como para interpretar la ciencia de manera apropiada” (Johnson, 2020, p. 10). La falta de credibilidad y de confianza en los expertos pertenecientes a una organización internacional que representa y atenúa a la salud mundial es un gran problema, porque el paso previo a la delegación de poderes por parte de un estado a una OI es confiar en el servicio que aquella pueda llegar a brindarle a la comunidad internacional. Sin confianza, los estados no van a querer actuar en nombre de las recomendaciones brindadas por la OI y, además, produce un contra-incentivo para delegar (Hawkins et al, 2006).

Cabe mencionar que las organizaciones internacionales terminan enfrentándose a dos paradojas. La primera es tener la capacidad de atenuar los intereses diferentes de los estados miembro y del público global, a la misma vez. De manera que se puede decir que las OI se encuentran exigidas por todos los ángulos, y que inevitablemente, van a decepcionar a alguna de las partes. La segunda, llamada la “paradoja de prevención” por Johnson (2020), se refiere a cuando la OI actúa cautelosamente, se la acusa de ineficiente y lenta (en el caso de la OMS, se lo critica por haber fallado en frenar muertes previsibles), y si actúa rápida y agresivamente, se lo acusa de sobre reaccionar (Johnson, 2020).

Durante la pandemia, se comenzó por seguir las recomendaciones de la OMS, dado que no existía mucha información acerca del virus ni su origen.²³ Al no saber cómo actuar ante la crisis emergente, lo más sensato parecía seguir las recomendaciones de la organización de salud global. A medida que el virus fue avanzando y transmitiéndose por todo el mundo, las recomendaciones y las medidas de los países se iban ajustando a la información nueva. No parece ilógico que los países decidan ajustar sus medidas a sus preferencias y capacidades. Ahora, siguiendo la teoría de

²³ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline/>

Hawkins et al. (2006), cuanto más heterogeneidad haya en las preferencias de los principales, menos incentivos para delegar van a haber. De manera que mientras los estados actúen más independientemente y más difieran sus preferencias, menos incentivos va a haber para delegar. Igualmente, si se ha visto, por ejemplo, momentos en donde se le delegó una acción colectiva a la OMS, como el Programa de Vacunación COVAX. Como producto de una homogeneidad en sus preferencias, se le delegó una tarea a la OMS. Al tener los mismos (o parecidos) intereses, es más fácil delegar a un agente.

Otro tema que se le delegó a la OMS es la provisión de más información acerca de los orígenes de la pandemia. Por lo que la OMS decidió enviar una misión especial a Wuhan, China, para investigar los orígenes de la pandemia. En el informe que se produce tras las investigaciones apenas hay información sobre cuál podría ser el origen de la mutación del virus. No se llegó a mucho. De igual manera, los países, sobre todo Estados Unidos, Australia, Japón y Portugal, siguen presionando a la OMS para que brinde estudios “independientes y transparentes” acerca del COVID-19 en China.²⁴

Se ha podido observar también a los intereses geopolíticos de los estados entrando en escena en el marco de la pandemia. La producción de vacunas por país ha desarrollado un significado que va más allá de proveer una solución sanitaria a la crisis del COVID-19: una diplomacia de vacunas. Varios países, especialmente Rusia y China, han utilizado la provisión de vacunas a países en vías de desarrollo como una manera de ejercer su ‘soft-power’ sobre aquellos. Este mecanismo se ha observado particularmente en América Latina, donde la gran mayoría de los países han comprado las vacunas Sinopharm y Sputnik V (ver anexo 2). Inclusive, recientemente, se ha introducido un nuevo documento, llamado “el pasaporte sanitario”, que facilita la movilidad entre los países si los ciudadanos europeos poseen alguna de las vacunas autorizadas.

En términos generales, dado el problema en cuestión y el impacto global que tuvo el COVID-19, las preferencias generales de los actores – y de la comunidad internacional – era (y sigue siendo)

²⁴ <https://www.infobae.com/america/mundo/2021/05/25/ante-la-oms-estados-unidos-australia-japon-y-portugal-pidieron-estudios-independientes-y-transparentes-sobre-el-origen-del-coronavirus-en-china/> ; <https://www.elobservador.com.uy/nota/aumentan-las-presiones-contra-la-oms-para-investigar-el-origen-del-covid-19-202152521135>

contener el virus; hacer que los casos disminuyan. En un primer momento, había poca información acerca del virus, sobre todo al principio (es decir, en marzo del 2020), y a medida que se obtuvo más información, las recomendaciones y prioridades fueron cambiando. De todas maneras, se deben tener en cuenta las preferencias individuales de cada uno de los actores.

Aunque la pandemia sigue presente en el contexto mundial hasta el día de la fecha, se han logrado varios acuerdos con respecto a las mejores maneras de abordar la crisis. La OMS continúa insistiendo en sus recomendaciones, al igual que los distintos gobiernos. Aunque las recomendaciones son parecidas, depende de cada gobierno establecerlas o no. Por ejemplo, el uso del barbijo (o tapabocas) es altamente recomendado por la OMS en todo momento, incentivando a la gente a “hacer que el uso de una máscara sea una parte normal de estar cerca de otras personas”²⁵, pero muchos países ya han quitado el uso obligatorio de barbijo (incluso en ambientes cerrados, como en el Reino Unido). Asimismo, otro acuerdo al que se llegó es el Programa de Vacunación COVAX, que tiene el fin de garantizar el acceso equitativo y global de las vacunas contra el COVID-19. Igualmente, los países siguen teniendo sus campañas y regulaciones de vacunación individuales, aunque algunos (como los pertenecientes a la Unión Europea) han firmado acuerdos para facilitar el traslado de personas dentro de una misma región, como lo es el “pasaporte sanitario” de la UE. Por último, los estados continúan presionando a la OMS para tener más información acerca del origen de la pandemia.

Conclusión

En conclusión, la idea principal de este trabajo era poder mirar el proceso de delegación de la OMS para poder comprender cuáles son los posibles factores que llevan a los Estados a delegar tareas en las OI. Esto lo realicé basándome en el modelo de delegación de Hawkins et al (2006) para poder mirar en detalle los beneficios de la delegación, explorando los distintos resultados que pueden surgir a partir de la evaluación de aquellos beneficios, en conjunto con las preferencias y el grado de poder de los Estados. Para poder ver ejemplificados estos hallazgos, se analizó en detalle a la OMS desde sus principios, poniendo el foco en tres momentos críticos de su historia y su trabajo: la erradicación de la viruela (1960-1980), la crisis del Ébola en África Occidental (2014-

²⁵ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

2015) y la pandemia del COVID-19 (2020-2021). En los tres momentos se pudo ver como las acciones que tomó la OMS, patrocinadas por los países donantes de fondos y recursos, beneficiaban principalmente a los países en desarrollo. Este patrón consiste en proveer bienes públicos a los países en desarrollo con dinero de los más poderosos. Una ventaja de hacer esto a través de la OMS es que se evitan los problemas de acción colectiva y de *free riding*. Otro ejemplo de esto es la delegación de la campaña de vacunación a la OMS, tanto con la viruela como con el COVID-19. Este comportamiento por parte de los más poderosos surge como un tema de gran interés y que debería continuar siendo investigado. Otro hallazgo fue que tanto en la crisis del Ébola como del COVID-19, los gobiernos tardaron en reportar el brote epidémico a la OMS, demostrando una falta de compromiso con la organización. Este comportamiento no solo hace más difícil el trabajo de la organización, sino que también despierta dudas acerca de porqué la OMS no es lo suficientemente capaz de generar incentivos para que los estados cooperen y reporten brotes epidemiológicos. Por último, se prueba la hipótesis de que los Estados pueden dejar de delegar a la OMS cuando decidan, como fue evidenciado por Estados Unidos durante el COVID-19, dado que poseen varios mecanismos de control sobre las OI, en particular aquel del financiamiento. Se puede observar en los tres casos como el tema del financiamiento tiene mucha relevancia e incluso es un problema: el Programa de Erradicación de la Viruela tardó en ser exitoso por falta de cooperación y financiamiento; los recursos y donaciones tardaron meses en llegar a África Occidental, atrasando la mitigación del Ébola; y durante el COVID-19, la OMS contó con el mismo presupuesto que un gran hospital de EE. UU, teniendo que atender a la población del mundo entero.

Teniendo en cuenta la literatura estudiada y los conceptos trabajados, se puede ver una clara congruencia con los casos analizados y los ejemplos presentados. Se demuestra que claramente, los beneficios de delegación funcionan como incentivos a delegar, pero tal como aseguran Hawkins et al (2006), no son suficientes para definir el resultado. Justamente, aquellos beneficios interactúan con las preferencias y el poder de cada estado para delimitar la probabilidad de que un estado decida delegar o no. Asimismo, los estados, aunque deleguen, siguen manteniendo cierto control por sobre las acciones de la OMS, dado que se ha demostrado que la organización se encuentra influenciada en sus decisiones por aspectos económicos, políticos y por las mismas opiniones de sus miembros (en general de los más poderosos).

Por último, se pudo ver en un momento una peculiaridad en los hallazgos acerca del financiamiento de la OMS: hace ya varios años que la Bill & Melinda Gates Foundation es uno de los principales financiadores de la organización. La peculiaridad está en que el “principal” que delega a los “agentes” ya no es uno (o más) Estados, sino que es una persona física – Bill Gates. De manera que surge la pregunta “¿quién es el principal de la OMS?”, notándose una transición desde el tradicional “principal” constituye a un Estado hacia un nuevo momento donde una persona de gran influencia puede constituir el rol de “principal”. Este tema debería seguir siendo explorado en futuras investigaciones. Por otro lado, el trabajo únicamente cubre tres momentos de muchos presentes en la historia de la OMS, por lo que se abre la investigación para aquellos otros momentos que también fueron importantes, como el Programa de Erradicación de la Malaria, donde seguramente también se encuentren patrones similares a los hallados en este trabajo.



Bibliografía

Abbott, K. W., & Snidal, D. (1998) Why States Act through Formal International Organizations, *The Journal of Conflict Resolution*, Vol. 42, No. 1 (Feb. 1998), pp. 2-32.

Adler, Emanuel (1997) 'Seizing the Middle Ground: Constructivism in World Politics', *European Journal of International Relations* 3:3, 319-363.

Angell, Norman (1913) 'Is the Political Reformation Possible?' *The Great Illusion: A Study of the Relationship of Military Power to National Advantage*, New York & London: G.P. Putnam's Sons, pp. 353-367. EBook accesible desde la biblioteca.

Barnett, M., & Finnemore, M. (1999). The politics, power, and pathologies of international organizations. *International Organization*, 53(4), 699-732. Retrieved August 18, 2020, from www.jstor.org/stable/2601307

Barnett, M., & Finnemore, M. (2004). *Rules for the world*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press. Retrieved August 18, 2020, from https://books.google.ch/books?hl=es&lr=&id=KsVZmxTCXS8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=international+organizations&ots=W5CraSwVCo&sig=xh5s9hAdqd9CbhS7LBrG4LunLCI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Belongia, E. A., & Naleway, A. L. (2003). Smallpox vaccine: the good, the bad, and the ugly. *Clinical medicine & research*, 1(2), 87-92.

Bhattacharya, S. (2008). The World Health Organization and global smallpox eradication. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(10), 909-912.

Bradley, C., & Kelley, J. (2008). The Concept of International Delegation. *Law and Contemporary Problems*, 71(1), 1-36. Retrieved October 22, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/27592220>

Brown T. M, Cueto, M., Fee, E., (2006). The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. *American Journal of Public Health* 96, 62_72, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>

Burgos Silva, Germán. (2019). Las organizaciones internacionales y sus recursos de poder. Una propuesta analítica. *Estudios Políticos (Universidad de Antioquia)*, 54, pp. 149-176. <http://doi.org/10.17533/udea.espo.n54a07>

Charles, J. (1968). Origins, history, and achievements of the World Health Organization. *British Medical Journal*, 2(5600), 293. doi: [10.1136/bmj.2.5600.293](https://doi.org/10.1136/bmj.2.5600.293)

Doleys, T. J. (2008). *Delegation and Agency in International Organizations*. Edited by Darren G. Hawkins, David A. Lake, Daniel L. Nielson, and Michael J. Tierney. (Cambridge University Press, 2006.). *The Journal of Politics*, 70(2), 577-578.

Dunne, Tim (2011) (5th ed.) 'Liberalism', in J. Baylis, S. Smith y P. Owen (eds.) *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, Oxford: Oxford University Press, pp. 100-113.

Epstein, D., & O'Halloran, S. (2008). Sovereignty and Delegation in International Organizations. *Law and Contemporary Problems*, 71(1), 77-92. Retrieved October 22, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/27592222>

Gostin, L. O. (2020, April). COVID-19 reveals urgent need to strengthen the World Health Organization. In *JAMA Health Forum* (Vol. 1, No. 4, pp. e200559-e200559). American Medical Association.

Gostin, L. O., Sridhar, D., & Hougendobler, D. (2015). The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*, 129(7), 854-863.

Gostin, L. O., Lucey, D., & Phelan, A. (2014). The Ebola epidemic: a global health emergency. *Jama*, 312(11), 1095-1096. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1897089>

Graham, E. R., & Serdaru, A. (2020). Power, control, and the logic of substitution in institutional design: The case of international climate finance. *International Organization*, 74(4), 671-706.

Gutner, T., Thompson, A. The politics of IO performance: A framework. *Rev Int Organ* 5, 227–248 (2010). <https://doi.org/10.1007/s11558-010-9096-z>

Hawkins, D., & Jacoby, W. (2008) Agent permeability, principal delegation and the European Court of Human Rights. *Rev International Organization* 3:1-28. DOI 10.1007/s11558-007-9014-1

Henderson, D. A. (2011). The eradication of smallpox—an overview of the past, present, and future. *Vaccine*, 29, D7-D9. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.06.080>

Ikenberry, G. J. (2018). The end of liberal international order? *International Affairs*, 94(1), 7-23.

Ilunga Kalenga, O., Moeti, M., Sparrow, A., Nguyen, V. K., Lucey, D., & Ghebreyesus, T. A. (2019). The ongoing Ebola epidemic in the Democratic Republic of Congo, 2018–2019. *New England Journal of Medicine*, 381(4), 373-383. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1904253>

Johnson, T. (2020). Ordinary patterns in an extraordinary crisis: How international relations makes sense of the COVID-19 pandemic. *International Organization*, 74(S1), E148-E168.

Karns, M., Mingst, K., & Stiles, K. (2015). *International Organizations: The Politics and Processes of Global Governance* (3rd ed.). Boulder CO: LYNNE RIENNER Publishers INC. Retrieved October 21, 2020, from <https://www.rienner.com/uploads/55b14c992d1b2.pdf>

Lakin, A. (1997). The legal powers of the World Health Organization. *Medical Law International*, 3(1), 23-49.

Lenz, T. (2017). (Rep.). German Institute of Global and Area Studies (GIGA). doi:10.2307/resrep21170

McCarthy, M. (2002). A brief history of the World Health Organization. *The Lancet*, 360(9340), 1111-1112.

Siddiqi, J. (1995). *World health and world politics: the World Health Organization and the UN system*. Univ of South Carolina Press.

Moon, S., Sridhar, D., Pate, M. A., Jha, A. K., Clinton, C., Delaunay, S., ... & Piot, P. (2015). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386(10009), 2204-2221.

Ochmann, S. and Ritchie, H., 2018. Smallpox is the only human disease to be eradicated – here's how the world achieved it. [online] Our World in Data. Available at: <<https://ourworldindata.org/smallpox-is-the-only-human-disease-to-be-eradicated-heres-how-the-world-achieved-it>> [Accessed 26 July 2021].

Roemer-Mahler, A., & Rushton, S. (2016). Introduction: Ebola and International Relations. *Third World Quarterly*, 37(3), 373-379.

Tierney, M., & Christopher S. Marcoux. (2007). Autonomous Actors or Faithful Agents? *International Studies Review*, 9(2), 262-264. Retrieved October 22, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/4621808>

Wendt, A. (1992). Anarchy is what states make of it: the social construction of power politics. *International organization*, 46(2), 391-425.

Willets, P. (2001). Transnational Actors and International Organizations in Global Politics. From J. B. Baylis and S. Smith (eds.), *The Globalisation of World Politics*, (Oxford and New York: Oxford University Press, second edition, 2001), pp. 356-383. Retrieved August 18, 2020, from <http://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/3651/TransnationalActors.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo I

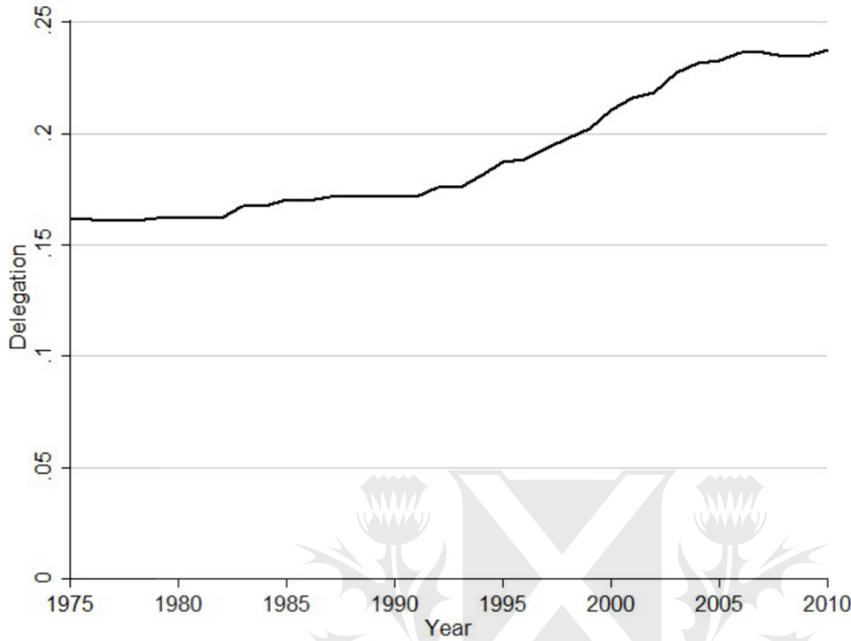


Figure 1.
Trends in Delegation in 51 International Organisations, 1975–2010
Source: Based on data from Hooghe et al. 2017.

Tobias Lenz (2017) p. 3 (<http://www.jstor.com/stable/resrep21170>)

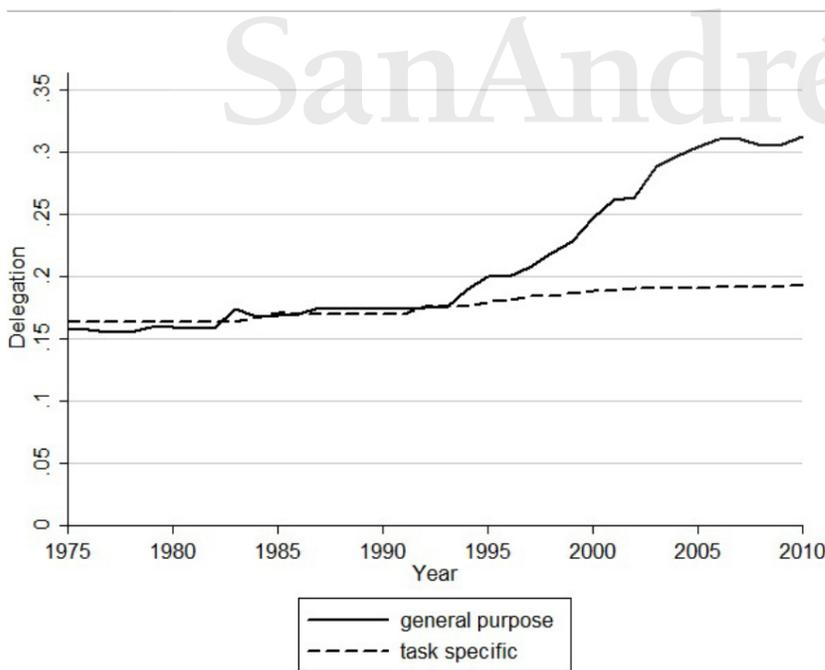


Figure 3.
Trends in Delegation in Two Types of International Organisations, 1975–2010
Note: The sample consists of 19 general-purpose and 32 task-specific international organisations.
Source: Based on data from Hooghe et al. 2017.

Tobias Lenz (2017) p. 5. (<http://www.jstor.com/stable/resrep21170>)



Universidad de
San Andrés

Anexo 2

Where each vaccine is being used

Oxford-AstraZeneca
148 COUNTRIES



Pfizer-BioNTech
92 COUNTRIES



Moderna
42 COUNTRIES



Sinopharm-Beijing
38 COUNTRIES



Gamaleya (Sputnik V)
32 COUNTRIES



Sinovac
24 COUNTRIES



Vacunación contra el COVID-19, mapa mundial, distribución de vacunas por laboratorio (Mayo 2021: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>)