



Mirador

Retratando las pandemias

Las negociaciones sobre el tratado pandémico pueden fracasar, si es así, ¿qué podemos hacer constructivamente sobre lo que se ha logrado hasta ahora e incluso mejorar?

OK Pannenberg¹, Richard Seifman²

- 1) Asesor jefe de salud del Banco Mundial (retirado), Washington DC, EE.UU.
- 2) Diplomado Honorario de la American Veterinary One Health Society (AVOHIS), Washington DC, EE.UU.

Cita recomendada:

Pannenberg O, Seifman R. Re-Tratar Pandemias. JGPOH 2024. Publicado: FECHA: 17/04/2024, DOI: 10.61034/JGPOH-2024-10

Autor correspondiente: Richard Seifman

American Veterinary One Health Society (AVOHIS), Washington DC, EE.UU.

Correo electrónico: seifmanrichard@gmail.com



Resumen

La fase final de las negociaciones para un nuevo tratado pandémico está avanzando hacia una situación de callejón sin salida. Las preocupaciones de la soberanía nacional están dominando las negociaciones pandémicas de hoy. En esta situación hay dos enfoques de nivel inferior y una tercera opción:

- I. aprovechar y ampliar los sistemas técnicos de pandemias,
- II. regionalizar los sistemas de alerta y control de pandemias,
- III. establecer una agencia pandémica tripartita.

Para concluir, proponemos una regionalización de la estructura de los tratados pandémicos.

Palabras clave: Tratado pandémico, regionalización, financiación

Conflicto de intereses: Ninguno declarado

No hace mucho tiempo que Richard Falk, en sus Estudios de Mundos Futuros (1), se basa en el concepto de responsabilidades y soluciones globales para los problemas globales. Durante un tiempo, la comunidad mundial vio la lógica de este enfoque y profundizó tanto su política como su práctica al respecto. Varios objetivos colectivos y conjuntos fueron acordados por países y gobiernos que reemplazaron los intereses particulares e individuales de los países, aceptaron obligaciones convencionales de carácter global y, bajo la autoridad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y del Consejo de Seguridad de la misma (CS), avanzaron hacia responsabilidades gubernamentales mundiales, según lo descrito por Falk. Entre los ejemplos cabe citar el Protocolo de Montreal, el Tratado de París sobre el Clima y el primer Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de pandemia. Al igual que la supranacionalidad de la Unión Europea (UE) dentro de su comunidad de naciones se aplica en base al principio de subsidiariedad - en el que la participación o el compromiso internacional se mantienen alejados cuando una responsabilidad o autoridad puede desempeñarse mejor a nivel nacional o regional.

Esta política se amplió aún más con la Resolución *Responsabilidad de proteger* (2005) (R2P) del CS de las Naciones Unidas (2) en el contexto del deber de la comunidad internacional de proteger a los civiles en situaciones en las que los argumentos de soberanía interferirían. Así como Kofi Annan como Secretario General de la ONU observó en ese momento “si la intervención humanitaria es de hecho un asalto inaceptable a la soberanía, ¿cómo debemos responder a una Ruanda, a una Srebrenica?”.

Las pandemias no están en el ámbito del genocidio, los crímenes de guerra, la depuración étnica y los crímenes de lesa humanidad. Sin embargo, la prevención y la respuesta eficaz al riesgo de pandemias, que han costado muchas más vidas en todo el mundo que muchos crímenes de lesa humanidad o incluso genocidios, no pueden lograrse a menos que la comunidad internacional en su conjunto lo emprenda. La última pandemia de COVID-19 es un triste ejemplo de este hecho.

La fase final actual de negociaciones para un nuevo tratado pandémico, cuyos resultados se presentarán a la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en mayo de 2024, se están moviendo en la dirección opuesta a los conceptos de Falk y las políticas globales de R2P. En línea con la retirada de la comunidad mundial de las políticas intervencionistas liberales de hace una década, las preocupaciones de la soberanía nacional están dominando las actuales negociaciones pandémicas (3).

En esta etapa es poco probable que los parámetros de estas negociaciones cambien hacia un enfoque más colectivo, y el resultado probablemente implicará un proyecto de tratado pandémico que abarque casi lo contrario, es decir, permita explícitamente que los argumentos de soberanía limiten las intervenciones globales y colectivas para preparar, prevenir y responder eficazmente a los riesgos de pandemias.

Reconociendo que, si el texto propuesto del Tratado de Pandemia de hecho es adoptado por la 77ª AMS, permanecerá esencialmente sin dientes en términos de acciones globales conjuntas y colectivas; sin embargo, sugerimos que incluso entonces no todo se pierde. Proponemos que en ese

caso haya dos enfoques de nivel inferior que aún puedan dar acciones y resultados pandémicos positivos que valen la pena seguir. Encajarían bien en el contexto del actual proyecto de texto del tratado sobre la pandemia.

También sugerimos una tercera opción, que con el tiempo puede llegar a ser viable, dependiendo de cómo la comunidad global y sus (des)trastornos dinámicos y consideraciones de soberanía nacional evolucionarán en las próximas décadas.

Los tres enfoques son los siguientes:

- I. aprovechar y ampliar los **sistemas técnicos de pandemias**, por ejemplo, GISAID, la configuración del PABS (4) propuesta en las negociaciones en curso, el CEPI (5), etc.
- II. **Regionalizar** los sistemas de **alerta** y control de pandemias.
- III. ir más allá y **establecer una agencia pandémica tripartita** al estilo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con financiación regional y mundial.

I. Las instituciones profesionales y técnicas activas en la investigación pandémica, la epidemiología o la respuesta clínica están cada vez más sometidas a influencias (geo)políticas, lo que limita su capacidad de cooperar eficazmente con colegas inmediatos en otras partes del mundo. Una excepción a este respecto, incluso a lo largo de la pandemia de COVID-19, es la asociación GISAID (Iniciativa Global para Compartir Todos los Datos sobre la Influenza) (6). Su eficacia en la detección temprana y la prevención y el control posteriores de la influenza (aviar y otros) patógenos propensos a la pandemia sigue siendo impresionante.

El actual proyecto de texto de las negociaciones sobre el tratado sobre pandemias incluye la propuesta de un sistema de acceso a los patógenos y de participación en los beneficios de la OMS, en estrecha colaboración con sus institutos actuales y las agencias *nacionales* conexas en este ámbito (por ejemplo, el Centro de la OMS para la Pandemia y la Inteligencia Epidémica en Berlín, su unidad de Inteligencia Epidémica de Fuentes Abiertas y muchas organizaciones de enfermedades infecciosas de naturaleza *nacional* pero *con* actividad internacional).

Todos los mecanismos propuestos por el Tratado estarán sujetos a la misma dinámica geopolítica que impidió que los RSI y la OMS y las demás organizaciones multilaterales públicas actuaran en interés mundial durante la última pandemia (la ausencia del Consejo de Seguridad de la ONU durante la pandemia es un gran ejemplo de retirada supranacional).

En caso de que el nuevo tratado pandémico falle o se adopte esencialmente sin dientes y resulte en un cambio de imagen cosmético de los más recientes acuerdos de prevención de pandemias igualmente ineficaces, no necesariamente se pierde todo. El fortalecimiento o el establecimiento de nuevos arreglos y sistemas y colaboraciones entre entidades técnicas y profesionales pandémicas que se mantienen alejados y evitan el compromiso con las circunscripciones políticas tienen una promesa significativa, muchos espacios globales y regionales para desarrollarse, no estarían cortos

de financiación en la estructura financiera internacional de hoy, y podrían permanecer en gran medida más allá de las inclinaciones a la soberanía del mundo de hoy.

II. Las **estructuras regionales de colaboración pandémica** podrían ser alternativas a un enfoque global único. Sabemos que hay casos en los que las respuestas de centralización o las soluciones a los desafíos mundiales han funcionado a veces (por ejemplo, el Tratado del Acuerdo de París sobre el Clima de 2015, el Protocolo de Montreal de 1987), incluso el primer conjunto de regulaciones pandémicas de IHR de 1969 que cubren seis enfermedades sirven como ejemplos (7).

No obstante, como se ha observado anteriormente, la centralización a nivel mundial de tratar de encontrar soluciones a los problemas mundiales se encuentra con la polarización de las potencias participantes. A *nivel regional*, estas dinámicas generalmente se desarrollan de manera muy diferente y, a menudo, de manera más constructiva.

Uno puede imaginar estructuras regionales de colaboración pandémica, posiblemente agrupadas en torno a varios Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y con el apoyo de la organización regional interesada, como la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) para Asia Oriental, la Unión Africana (UA) para África, el Consejo de Cooperación del Golfo (CCG) para el Oriente Medio o la Organización de los Estados Americanos (OEA). Estas podrían ser financiadas por instituciones regionales de desarrollo financiero, con la asistencia de otras entidades financieras multilaterales. Oficinas regionales de la OMS, especialmente aquellas con un historial de poder actuar por su cuenta separadamente de la sede central de la OMS/Ginebra (estas podrían convertirse en centros pandémicos más fuertes por derecho propio).

Si luego se vinculara a las organizaciones técnicas antes mencionadas en su región, bien se podrían formar seis o siete casas de poder pandémicas regionales que estarían en gran medida protegidas de las posiciones geopolíticas globales de las grandes potencias de la época.

Tomando como ejemplo a África y Asia oriental, el primero probablemente funcionaría viablemente con una combinación pandémica de los CDC de África - con sus tres institutos subregionales -, la Dirección de Salud y Asuntos Humanitarios de la Unión Africana (DSAH UA), la Oficina Regional de la OMS para África (AFRO), con apoyo financiero de diversas fuentes, incluido el Banco Africano de Desarrollo (AfDB), el Banco Islámico de Desarrollo (BIsD), el Grupo del Banco Mundial, así como otros organismos de financiación del desarrollo de Asia, Oriente Medio y Occidente. Además, las entidades de colaboración regionales como la Comunidad Sudafricana de Desarrollo (CSAD), la Comunidad de África Oriental (CAO) y la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO) (8), con la ayuda de líderes continentales de África oriental, occidental, central y meridional, con el apoyo de investigaciones relacionadas con enfermedades públicas y privadas, y organizaciones académicas, podrían crear una combinación formidable y efectiva (9).

Asia oriental bien podría ver una configuración similar, con ASEAN (10), el Banco Asiático de Desarrollo (BASD) en Manila, Centro Chino de Control de Enfermedades (CCDC) (11) y WPRO (Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS) y las principales organizaciones de

enfermedades infecciosas en Tailandia, Indonesia, Vietnam, Japón, Corea (el Instituto Internacional de Vacunas -IIV- en Seúl) y Filipinas. Esto representaría una combinación formidable de sistemas analíticos, preventivos y de respuesta pandémicos, incluida la producción y la distribución regional de suministros pandémicos. La reciente colaboración más estrecha entre el Banco Asiático de Inversión en Infraestructura (BAII), el BAsD y el Banco Mundial (combinando sus poderes de capitalización) también podría actuar como catalizador de la pandemia.

Es esencial que el liderazgo pandémico del sector privado, ya sea farmacéutico, tecnológico médico, clínico, de investigación y desarrollo, académico o financiero, desempeñe un papel en todas las consultas sobre sistemas pandémicos dentro y entre las regiones. El modelo del Foro Económico Mundial y sus dimensiones regionales pueden servir de ilustración viable.

III. Una nueva agencia mundial pandémica tripartita podría abordar muchos de los problemas detectados. Puede parecer presuntuoso sugerir en el mismo momento en que un tratado pandémico y sus mecanismos están en debate final. Sin embargo, teniendo en cuenta la posibilidad y el riesgo de que el próximo período de sesiones de las negociaciones no llegue a un acuerdo sobre un texto que pueda presentarse para la Asamblea Mundial de la Salud, o el producto será solo aspiracional, tener términos de cumplimiento limitados, o permanecer impotente e ignorado, tiene sentido considerar otras opciones a largo plazo.

Hemos estado en una tal situación antes en la década de 1990. Cuando se materializó la epidemia del VIH/SIDA y se hicieron evidentes las nuevas herramientas para la malaria y la tuberculosis (TB), las circunscripciones mundiales interesadas en ellos propusieron originalmente mejorar los programas para estas tres enfermedades en los diversos organismos de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - UNDP), organizaciones no gubernamentales (ONG) e instituciones financieras, como el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo.

Como se sabe ahora, al final surgió una confianza insuficiente entre las principales potencias internacionales en el momento en que estas prioridades seguirían siendo prioridades en estas agencias, en lugar de ser “integradas”, en que se crearon tres nuevas agencias separadas: ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), y la Alianza Mundial para la Vacunación (GAVI).

El historial pasado en el que se les dio un enfoque y recursos inadecuados a las enfermedades infecciosas que se convierten en pandemias, sugiere que una alternativa podría ser una agencia pandémica mundial más inclusiva. El modelo que viene a la mente es aquel en el que opera la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Aunque formalmente también es una agencia de la ONU, la OIT precedió durante mucho tiempo a la ONU y es básicamente una agencia tripartita en la que los gobiernos, los trabajadores y los empleadores están igualmente representados y configuran la agenda. Podría diseñarse una agencia pandémica con equivalencia estructural para las principales partes constituyentes. Por ejemplo, podría haber una categoría de representación para los gobiernos, para el sector privado y para la sociedad civil. Dentro de esas tres categorías generales, habría espacio para institutos de investigación privados y públicos, la industria, las

organizaciones aseguradoras y financieras, los medios de comunicación, el mundo clínico, las voces de los pacientes y las comunidades. Esta podría ser una mejor manera de involucrar a las principales circunscripciones en la prevención, preparación y respuesta frente a las pandemias. También integraría la salud humana, animal, vegetal y ambiental, One Health, como un elemento importante de su mandato.

El actual proyecto de texto del tratado propone una Conferencia de las Partes (art. 21) que podría funcionar tal vez como se ha señalado anteriormente. Sin embargo, el diablo está en los detalles, ya que la gestión se confiaría a su Secretaría, que se encuentra en la propia OMS (art. 24).

El modelo que se persigue aquí es el del Programa de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR), que es un programa conjunto de investigación y capacitación para enfermedades infecciosas de la pobreza, supervisado por la OMS, el PNUD, el UNICEF y el Banco Mundial y docenas de financiadores bilaterales y de otro tipo. La Secretaría del TDR está igualmente alojada y administrada por y en la OMS. Como tal, el TDR se ha visto limitado en muchas de sus ambiciones y mandatos por la “subcultura” de la OMS, su limitada orientación al sector público y la exclusión de varios intereses técnicos y de inversión del sector privado.

Una agencia pandémica mundial internacional independiente y nueva - no necesariamente como parte del sistema de las Naciones Unidas- y posiblemente incluyendo aspectos de la regionalización descritos anteriormente, bien podría servir a la comunidad mundial de una manera mejor y más eficaz que la configuración propuesta en el proyecto de texto del tratado pandémico que se examina (12).

Para concluir, por el momento la comunidad global se está alejando de los mundos futuros de Falk. El actual proyecto de texto del Tratado Pandémico parece lo mejor que podemos hacer, y las perspectivas para llegar a un acuerdo sobre un convenio firme y ejecutable para gestionar mejor una futura pandemia son francamente tenues. Si tal es el caso, ahora hay necesidad de comenzar a pensar, “qué más” - yendo más allá de lo que es ahora y ha estado sobre la mesa o posiciones de emergencia. Eso incluiría el enfoque tecnocrático descrito anteriormente, la regionalización que prevemos y la situación en la que el estado de ánimo de la comunidad mundial y su estructura de poder geopolítico evolucionarían de nuevo hacia una acción colectiva conjunta, y una institución pandémica mundial separada sería una de sus mejores opciones.

En pocas palabras, este *qué más* que esperamos destacar con este punto de vista.

Referencias y notas

1. Richard A. Falk, *Un Estudio de Mundos Futuros*, Instituto para el Orden Mundial, Nueva York, 1975
2. ONU 2005 [A/RES/60/1](#) y 2008 [S/2007/721](#)
3. Véanse las observaciones del Director General de la OMS: «*Ningún país cederá ninguna soberanía a la OMS*», véase: <https://news.un.org/en/story/2023/03/1134967>

4. Un sistema de acceso y distribución de beneficios patógenos de la OMS (Sistema PABS) que tiene como objetivo garantizar un acceso rápido, sistemático y oportuno a materiales biológicos de patógenos con potencial pandémico y a los datos de secuencia genética (GSD) de dichos patógenos.
5. CEPI, la Coalición para Innovaciones de Preparación Epidémica, es una fundación técnica que financia proyectos de investigación independientes para desarrollar vacunas contra enfermedades infecciosas emergentes. Ha sido una de las organizaciones profesionales más eficaces para promover la prevención y la preparación frente a futuras pandemias. Véase: <https://cepi.net/>
6. La Iniciativa de Ciencia de Datos GISAID promueve el intercambio rápido de datos de patógenos prioritarios. Esto incluye la secuenciación genética y los datos clínicos y epidemiológicos relacionados con los virus humanos, así como los datos geográficos y específicos de la especie asociados con virus aviares y otros virus animales. GISAID lo hace superando obstáculos y restricciones, que desalientan o impiden el intercambio de datos virológicos. <https://gisaid.org/about-us/mission/>
7. OMS, Reglamento Sanitario Internacional de 1971, Ch. I, art. 1, letra d), p. 9, j. Carta de la OMS Art 21 j. art. 22
8. SADC: la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, una organización regional que incluye a todos los países del África meridional y actúa como un poderoso actor regional; EAC: la Comunidad de África Oriental, una organización económica y política regional (Kenya, Uganda, Tanzania, Ruanda y otros) que actúa como la principal potencia para África Oriental; y CEDEAO: la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental, una especie de creación de la UE para África Occidental, aunque a un nivel más débil y con grandes desafíos políticos.
9. Los líderes económicos africanos como Nigeria, Sudáfrica, la EAC (Kenia, Uganda, Tanzania, Ruanda), Senegal, Costa de Marfil, Ghana y Etiopía probablemente funcionarían bien de forma pandémica, también con el apoyo de los diversos institutos y empresas de investigación y enfermedades públicas y privadas de todo el continente (por ejemplo, Afrigen Biologicals, CIDRI-África, KEMRI, ICIPE, SACIDS, DELTAS-África, ALERRT, etc.).
10. ASEAN: la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental, el bloque económico y político más importante del Asia oriental, con Singapur desempeñando una importante función de coordinación
11. CCDC: Centro de China para el Control y la Prevención de Enfermedades — creado en la década de 1980 junto a los CDC de EE.UU., los CDC europeos y los CDC africanos
12. En el cuadro 2 de la excelente publicación de Lawrence Gostin y Rebecca Katz sobre el Reglamento Sanitario Internacional se ofrece una visión general útil de las opciones bajo diferentes escenarios: *El Marco de Gobierno para la Seguridad Sanitaria Mundial*, The Milbank Quarterly, 2016, junio: 94 (2); 264-313