

REVISTA CIDOB D'AFERS
INTERNACIONALS 72.

**Instituciones para una cooperación
internacional al desarrollo de calidad**

Globalización, salud y seguridad

Globalización, salud y seguridad

Coordenadas de un “nuevo tema” de la agenda internacional

José Luis León Manríquez*

RESUMEN

El presente artículo explora los vínculos entre la globalización, la agenda de salud y la seguridad internacional e interamericana. Aun cuando tradicionalmente la salud no había formado parte de las discusiones en materia de seguridad, en los últimos años una serie de procesos ha propiciado que este tema se incluya en las discusiones, con una relevancia que parece ir en franco ascenso. Por un lado, la extensión de pandemias como el VIH/sida ha puesto en peligro la supervivencia de grandes núcleos humanos en ciertos países; por otro lado, la discusión en torno a la seguridad internacional e interamericana se ha complejizado y ha tendido a incorporar temas que antaño se consideraban ajenos a las cuestiones militares y estratégicas que predominaban en la agenda. El caso de la salud parece ser uno de ellos y llegó para quedarse en los debates sobre seguridad internacional.

Palabras clave: salud, globalización, seguridad internacional

El presente artículo explora los vínculos entre la globalización, la agenda de salud y la seguridad internacional e interamericana. Aun cuando tradicionalmente la salud no había formado parte de las discusiones en materia de seguridad, en los últimos años una serie de procesos ha propiciado que este tema se incluya en las discusiones, con una relevancia que parece ir en franco ascenso. Por un lado, la extensión de pandemias como el VIH/sida ha puesto en peligro la supervivencia de grandes núcleos humanos en ciertos

*Doctor en Ciencia Política por Columbia University, Nueva York. Actualmente es Jefe del Área de Política Internacional en el Departamento de Política y Cultura de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, y miembro del Sistema Nacional de Investigadores en México
jll18@columbia.edu

países; en estos casos, los problemas de salud se presentan como una amenaza mucho más inminente que un hipotético conflicto limítrofe con un país vecino, o que la posible comisión de actos terroristas. Por otro lado, la discusión en torno a la seguridad internacional e interamericana se ha complejizado en los últimos años, y ha tendido a incorporar temas que antaño se consideraban ajenos a las cuestiones militares y estratégicas que predominaban en la agenda. El caso de la salud parece ser uno de ellos y llegó para quedarse en los debates sobre seguridad internacional.

El presente texto se divide en cuatro partes. La primera describe brevemente los principales rasgos de la globalización económica e identifica algunos de sus impactos en la agenda internacional de salud; tal es el caso de la difusión internacional del riesgo que se genera en virtud del aumento de los viajes y la migración internacional, y de riesgos potenciales como el bioterrorismo. En el segundo apartado se tratan con más detalle los desafíos internacionales planteados por el VIH/sida, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y la tuberculosis, tres enfermedades infectocontagiosas que amenazan la seguridad y la supervivencia de millones de personas en el mundo. En la tercera sección se analiza la propiedad intelectual en materia de fármacos, que se ha convertido en uno de los temas más polémicos en el debate internacional de salud; cabe adelantar que en este renglón se advierte una trayectoria de colisión entre Norte y Sur. En la última sección se avanzan algunas reflexiones normativas sobre los mecanismos e instituciones internacionales necesarios para hacer frente a los desafíos sanitarios, y se recapitula brevemente el debate sobre salud y seguridad en el seno de los organismos interamericanos.

LA GLOBALIZACIÓN Y LA AGENDA INTERNACIONAL DE SALUD: ASPECTOS INICIALES

La globalización económica encuentra sus antecedentes históricos mediatos en el orden internacional forjado a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial. Desde entonces, la economía internacional ha experimentado una impresionante expansión, a la que no ha sido ajena una constelación de instituciones económicas internacionales (GATT, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional), que han asegurado cierto grado de estabilidad económica y financiera. Como consecuencia de dichas condiciones y del desarrollo de las propias fuerzas productivas, la economía mundial ha crecido más desde 1945 a nuestros días que en toda la historia previa a la Segunda Guerra Mundial. Además, el grado de internacionalización ha aumentado de manera notable: mientras las exportaciones representaban el 17% del producto mundial bruto (PMB) en los setenta, en la actualidad dicha proporción alcanza el 21%¹.

El veloz crecimiento de la economía mundial se ha sustentado en diversas fuentes. La primera es la integración financiera, impulsada a su vez por la desregulación de los mercados de capital y el perfeccionamiento de la tecnología de la información. Mientras que en 1970 los flujos financieros únicamente alcanzaban entre 10.000 y 20.000 millones de dólares diarios, en la actualidad los circuitos financieros mundiales realizan transacciones por 1,5 billones de dólares al día –cantidad muy parecida a la deuda total acumulada de los países en vías de desarrollo–. A su vez, los préstamos de bancos internacionales pasaron de 265.000 millones de dólares en 1975 a 4,2 billones de dólares a finales de los noventa².

Una segunda fuente de la globalización económica ocurre a través de la expansión de la Inversión Extranjera Directa (IED). En la búsqueda de mayores tasas de ganancia, las empresas transnacionales se han dado a la tarea de diseminar sus procesos productivos alrededor de la geografía mundial. Gracias a esta estrategia, la IED se ha transformado en el motor de la economía productiva, creciendo a ritmos considerablemente mayores que el producto bruto y el comercio internacionales. Mientras las exportaciones de bienes y servicios han aumentado 1,5 veces desde 1980, la IED se ha multiplicado por 4. Si se toman como punto de partida los años setenta, la IED se ha septuplicado, alcanzando un techo del orden de 400.000 millones de dólares anuales.

Es claro que esta densificación de los intercambios económicos propicia al mismo tiempo un mayor grado de interacciones humanas directas. Si gracias a la globalización el peligro de “contagio financiero” es recurrente, el riesgo de “contagio sanitario” aumenta de manera automática. Esto es especialmente cierto en la medida en que las tarifas de los medios de comunicación y transporte han disminuido en los últimos años. Por ejemplo, el costo de una llamada telefónica de tres minutos entre Nueva York y Londres pasó de 245 dólares en 1930 a 35 centavos de dólar en 1999. Con respecto a los transportes, entre 1950 y la década de los noventa, los costos de operación de las aerolíneas disminuyeron, a precios constantes, un 66%. Gracias en parte a esta reducción de las tarifas aéreas, en los últimos 20 años el número de viajeros internacionales se triplicó. Hoy, tres millones de personas realizan viajes internacionales cada día³.

Como causa y consecuencia de lo anterior aparece la migración, que tiende a aumentar en la medida en que se amplían las brechas de desarrollo entre distintos países y regiones. Se estima que en la actualidad 150 millones de personas viven fuera de sus países de origen, frente a 104 millones en 1985 y 84 millones en 1975. El 10% de la migración actual proviene de los países latinoamericanos y caribeños. Estas cifras sólo comprenden la migración legal, por lo que la magnitud real del éxodo es sensiblemente mayor⁴. La migración conlleva retos importantes para los sistemas nacionales de salud: por un lado, los migrantes pueden ser transmisores de distintas enfermedades, tanto en el país emisor como en el país receptor; por otro lado, los flujos humanos masivos pueden representar enormes costos para los países que reciben a los inmigrantes.

En tercer lugar, la expansión de las redes del crimen organizado en el mundo ha propiciado el aumento en el tráfico y consumo de estupefacientes, y ha puesto en entredicho la capacidad de los aparatos de seguridad nacional para hacer frente a estas organizaciones criminales. Se estima que el comercio mundial de narcóticos representa un 8% del PMB, porcentaje similar al que se genera en sectores como el acero, los automotores, los textiles y el petróleo⁵. En contraste, los 200 millones de usuarios de drogas en el mundo constituyen una fuerte carga para sistemas nacionales de salud, que a menudo se enfrentan a una seria escasez de recursos humanos y financieros.

Como cuarto punto, la globalización también trae consigo una tendencia a imitar, lo que Johan Galtung bautizó como “modo de vida químico circense”⁶. Este estilo de vida, originado en los países desarrollados, implica la adopción de patrones de riesgo en la alimentación y el cuidado de la salud, y se sintetiza en la frase *eat, drink and be merry*. Como consecuencia de esta imitación extralógica, enfermedades como la obesidad, la diabetes, el tabaquismo y ciertos tipos de cáncer han experimentado un veloz crecimiento tanto en el centro como en la periferia. En el plano mundial, el tabaco produce cuatro millones de muertes por año, y se espera que esta cifra escale a 11 millones de personas en el 2010⁷.

Otro problema emergente, pero central, en los temas internacionales relacionados con la salud es el bioterrorismo, asunto en que se mezclan claramente preocupaciones de la “vieja agenda” y la “nueva agenda” de seguridad. Gracias a los nuevos espacios de acción que derivan de la globalización financiera, el uso de internet y la movilidad internacional de las personas, los últimos años han presenciado un notorio aumento en el alcance organizativo y la presencia territorial de los distintos grupos terroristas. El ejemplo más conocido es el de la red internacional del grupo Al-Qaeda que, a decir de algunas fuentes de inteligencia, tendría presencia en al menos 50 países. La movilidad de estas agrupaciones, sumada a la capacidad económica y operativa de algunos de ellos, hacen temer la posibilidad de ataques terroristas mediante el uso de ántrax, viruela, ébola, cólera, fiebre Q y fiebre bovina.

Una posibilidad especialmente inquietante es la de un ataque con viruela. Cuando este padecimiento se erradicó en el mundo, varios países y organismos internacionales guardaron algunas cepas y vacunas ante la eventualidad de brotes posteriores. Actualmente en Estados Unidos se almacenan 15 millones de dosis, que sólo alcanzarían a cubrir el 7% de la población de ese país. A nivel mundial se resguardan unos 60 millones de vacunas, claramente insuficientes para proteger a la población de todo el orbe. Dado que la viruela causa la muerte al 30% de quienes la contraen, se calcula que, en caso de un ataque bacteriológico masivo con este microbio, podrían morir hasta 2.000 millones de personas⁸. El problema es todavía más preocupante en la medida en que existen muy pocos controles para las cepas de viruela en las repúblicas ex soviéticas, donde las muestras de éste y otros virus se resguardan en instalaciones dotadas de estándares de seguridad extremadamente precarios.

COORDINACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS: ALGUNOS RETOS PARA LA SEGURIDAD INTERNACIONAL

Los grandes descubrimientos médicos del siglo XX (la penicilina, los antibióticos, las vacunas, la utilización del cloro para purificar el agua en las grandes ciudades) hicieron pensar al género humano que se estaba en el umbral de eliminar a los microbios de la vida cotidiana. En 1978, los miembros de Naciones Unidas establecieron, en el documento *Salud para Todos 2000*, un compromiso para erradicar las enfermedades infectocontagiosas en la alborada del siglo XXI. Había, en efecto, algunas razones para este tipo de optimismo, pues los avances en la medicina eran evidentes. La viruela, una de las principales y más antiguas causas de mortalidad, se había erradicado en 1977. En México, por ejemplo, se había logrado eliminar el paludismo. Sin embargo, las enfermedades infectocontagiosas nunca desaparecieron, y actualmente provocan el 63% de las muertes de niños menores de cinco años en el ámbito mundial⁹.

En el optimista diagnóstico de un mundo libre de enfermedades infecciosas fallaron dos variables: la primera, que los microbios son seres vivos que evolucionan, desarrollan resistencia a los medicamentos y reaparecen de diversas maneras; y la segunda, que la creciente movilidad humana en el plano geográfico provoca que las enfermedades ya no se puedan aislar tan fácilmente, tal como se hacía en épocas pasadas¹⁰. Como ya se mencionó, el aumento exponencial de los viajes internacionales genera diariamente miles de contactos potencialmente infecciosos. Los aviones “han hecho que aún el vuelo internacional más largo sea menor que el período de incubación de cualquier enfermedad infecciosa”¹¹. En este sentido, la expansión del riesgo derivada de la globalización representa un reto de la mayor importancia para la coordinación y el control de epidemias por parte de la comunidad internacional.

El incremento de las enfermedades infectocontagiosas que se observa en las últimas décadas podría representar un desafío a la seguridad internacional, en la medida en que minaría la salud de los recursos humanos, principal fuente de riqueza de las naciones y, a fin de cuentas, objeto de toda política de seguridad. Además, el costo derivado del tratamiento de los problemas de salud bien puede contribuir a debilitar las capacidades de los distintos países para participar con éxito en la demandante economía global. Esto es particularmente cierto en el caso de las cargas financieras que deben afrontar los sistemas nacionales de salud ante la aparición de algunas epidemias. Entre las enfermedades infectocontagiosas que originan más costos humanos y financieros es posible mencionar el VIH/sida, el SARS y la tuberculosis.

Desde su origen a mediados de los ochenta, el VIH/sida ha sido contraído por 65 millones de personas, de las cuales han muerto 25 millones. A corto plazo no se prevé encontrar un remedio para esta enfermedad, cuyas víctimas siguen aumentando. El área geográfica del mundo con mayor incidencia de VIH/sida es África Subsahariana, donde

residen 28 millones de personas infectadas. En promedio, el sida ha afectado al 9% de la población adulta de dicha región y se ha cobrado ya la vida de 20 millones de africanos. En casos extremos, como el de Botswana, este mal afecta al 40% de la población de entre 15 y 40 años¹². La expectativa de vida en el continente se ha reducido en 17 años, contrariamente a la tendencia en el resto del mundo, donde este indicador ha ido en aumento sostenido.

Uno de los riesgos más importantes para los próximos 20 años es que la epidemia de VIH/sida se desplace de África a Eurasia, específicamente a tres países clave: Rusia, China y la India. En el caso ruso, el Gobierno informa actualmente de 238.404 casos de VIH/sida, pero en estimaciones más fiables se hace referencia a entre uno y dos millones de personas infectadas¹³. La incidencia está aumentando por el alto número de sujetos que reutilizan jeringas, se dedican a la prostitución o no usan medios de profilaxis como el preservativo. De tal forma, se calcula que para el año 2010 Rusia podría contar con 8 millones de personas contagiadas de VIH/sida, China con 15 millones y la India con 25 millones. Con estas proyecciones, y si la comunidad internacional no logra controlar la expansión de esta enfermedad en Eurasia, entre 2000 y 2025 podrían haber muerto, a causa de esa epidemia, más de 40 millones de personas en los tres países mencionados¹⁴.

Una segunda enfermedad con alto riesgo de expansión internacional es el SARS, que apareció en febrero de 2003 en China y que en unas cuantas semanas ya afectaba a 30 países. Los síntomas de este padecimiento –cuya tasa de mortalidad llega al 10%– pueden confundirse con enfermedades respiratorias comunes. En vista de la novedad del virus y de la facilidad de su contagio, la expansión inicial del SARS generó un saldo de 8.000 personas infectadas y casi 700 muertos, la mayor parte en la propia China. En términos económicos, los costes mundiales derivados de la epidemia del SARS podrían fluctuar entre 10.000 y 30.000 millones de dólares¹⁵.

En toda la región de Asia Pacífico las consecuencias económicas del SARS se hicieron sentir de inmediato, y las predicciones de crecimiento del Banco Asiático de Desarrollo y el Banco Mundial para la región fueron disminuyendo sostenidamente a lo largo de 2003. En consonancia con estas proyecciones, el Banco Westpac de Sydney y la firma Standard & Poor's coincidían en afirmar que, a consecuencia de la epidemia del SARS, China y los países del Sureste Asiático verían disminuir su producto interior bruto entre el 0,5% y el 2% durante 2003. A mediados del mismo año, Goldman and Sachs reafirmaban los pronósticos negativos, estimando que la tasa de crecimiento china bajaría de 7,5% a 7% del PIB a causa de dicha epidemia¹⁶.

Ante el brote del SARS, el primer ministro de China, Wen Jiabao, reconoció que, a pesar de la inyección de 1.500 millones de dólares al sistema nacional de salud, éste era muy inadecuado para enfrentar una epidemia que se había extendido demasiado pronto. El liderazgo chino mostró particular preocupación por la fragilidad del sistema de salud en las zonas rurales, donde habita el 70% de los más de 1.300 millones de habi-

tantes de ese país. En Singapur, un país en donde el nivel de vida y las posibilidades de control de la epidemia parecerían más altos que en China, la prognosis era tan negativa que el primer ministro, Goh Chok Tong, declaró que la aparición del SARS podría representar la peor crisis a la que tendría que enfrentarse ese país desde su independencia. Aunque en junio de 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró libre del SARS a China, las pérdidas económicas y los temores de una reactivación de la enfermedad persisten en Asia Pacífico.

Un tercer caso paradigmático de la internacionalización de los riesgos a la salud es el de la tuberculosis, declarada en 1993 como un problema de salud reemergente en el ámbito mundial. Este padecimiento, que ha resurgido a causa de su vinculación con el VIH/sida, la resistencia a medicamentos y la creciente migración, es considerado como la principal enfermedad endémica que causa muerte en la población. Tan sólo en el 2002, según el Informe de la OMS para ese año, se registraron ocho millones de enfermos y dos millones de muertes, incluyendo niños¹⁷.

La tuberculosis tiene un impacto muy serio en los segmentos más necesitados de la población mundial. Se estima que, en los próximos 30 años, 20 de los países más pobres concentrarán el 80% de los casos, generando un círculo vicioso en el que el hacinamiento y la pobreza, condicionados por el crecimiento demográfico, generarán una mayor incidencia de esta enfermedad. Tres de cada cuatro personas afectadas por la tuberculosis son adultos jóvenes, muchos de ellos con sida, que dejan de ser productivos. Las estrategias para combatir el VIH/sida, el SARS y la tuberculosis se relacionan a su vez con un tema clave de la economía política de la salud, y con derivaciones adicionales hacia el tema de la seguridad. Me refiero a los derechos de propiedad intelectual en materia de fármacos.

EL DEBATE DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL EN EL SECTOR FARMACÉUTICO

El asunto de las patentes, como forma más reconocida de la protección a la propiedad intelectual, se ha transformado en una cuestión muy polémica en el campo de la salud. Sus posibles vinculaciones con el debate de seguridad provendrían de los impactos conflictivos que el tema genera en las relaciones Norte-Sur. La razón de ser de las patentes en la investigación científica y tecnológica fue la búsqueda de mayor efectividad en la obtención de resultados y de rentas muy altas, aunque temporales, para premiar el esfuerzo de innovación. Más allá de un vago acuerdo en la necesidad de las patentes, en la actualidad existe un claro desencuentro entre dos visiones radicalmente

opuestas sobre su uso en el campo farmacéutico. Estas perspectivas se expresan con rigurosa puntualidad en los debates de la OMS y de la Organización Mundial del Comercio (OMC), especialmente tras la IV Conferencia Ministerial de Doha de 2001¹⁸.

El primer enfoque considera que la protección de la propiedad intelectual vía patentes ha constituido uno de los mayores incentivos para la innovación tecnológica y el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos. Gracias a estas innovaciones, se argumenta, ha aumentado la expectativa de vida, se han reducido las enfermedades infecto-contagiosas y ha decrecido la morbilidad relativa en el mundo. Si bien se reconoce que las ganancias de las firmas farmacéuticas son altas, se arguye que una buena parte de ellas se reinvierte en esfuerzos de investigación y desarrollo.

Desde el punto de vista teórico, esta posición se sustenta, entre otras, en las propuestas de Garret Hardin, quien explicó el mal uso y la explotación de los recursos compartidos, también llamados “comunes”. Dado que las personas carecen de incentivos para conservar los bienes que se comparten, la propiedad colectiva impediría, según el autor, un uso racional de los recursos. La sobreexplotación de los bienes comunes podría llegar a ser óptima para los individuos, pero sería subóptima para la sociedad en su conjunto. Esta idea, propuesta hace tres décadas, ha tenido una influencia decisiva para el desarrollo de los estudios académicos y el diseño de las políticas públicas en países como Estados Unidos. También se ha usado como un argumento para defender la exclusividad *tout court* de las patentes farmacéuticas¹⁹.

Algunos autores consideran que la protección a los derechos de propiedad intelectual no son la única causa que dificulta el acceso a los productos farmacéuticos en los países en desarrollo. De acuerdo con ellos, la escasez de recursos financieros, las carencias en la infraestructura sanitaria y la falta de voluntad política para poner los medicamentos en manos de quienes realmente los necesitan, son factores que igualmente pueden dificultar el acceso a los avances farmacéuticos en estos países²⁰.

Sobre la base de estas ideas, en el marco de la OMS, Estados Unidos considera que la innovación médica en materia de medicinas, vacunas y medios de diagnóstico es responsable del 40% del incremento de la expectativa de vida entre 1986 y 2000, subraya que el proceso de investigación es necesariamente lento y costoso, y reconoce a las empresas privadas como el *locus* de la innovación en materia farmacéutica. Por lo tanto, se pronuncia por redoblar los esfuerzos nacionales e internacionales en materia de protección de las patentes y por el desarrollo de la medicina preventiva en los países en desarrollo. Es claro que esta visión está fuertemente determinada por los imperativos del mercado, que no necesariamente coinciden con los de la salud pública²¹.

La segunda posición en pugna argumenta que, puesto que es un patrimonio de la humanidad, el conocimiento no debe ser objeto de propiedad intelectual, y agrega que las formas de regulación vigentes en esta materia hacen imposible conciliar los objetivos de equidad y sostenibilidad con el afán de lucro de las empresas privadas. Los defensores

de esta posición también señalan que la protección de los derechos de propiedad intelectual significa, en realidad, una protección de los oligopolios de la industria farmacéutica.

Uno de los puntos centrales de esta posición es que el aumento en los gastos de salud está estrechamente vinculado con el creciente costo de los medicamentos y la dificultad de acceder a ellos. A su vez, el alza de los medicamentos estaría dictada en gran medida por el aumento de las ganancias de los laboratorios farmacéuticos. El ejemplo de los gastos médicos dentro de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) puede ilustrar este punto. Un estudio comparativo realizado por expertos de la Johns Hopkins University encontró que, en los ocho países de la OCDE tomados en consideración, el porcentaje del PIB dedicado a los gastos en salud aumentó entre 1990 y 2000, pasando de 7,4% al 8%. En todos los casos, el gasto en medicamentos fue uno de los rubros que más incidió en el aumento de los gastos en salud, representando entre el 1% y el 2% del PIB de los países considerados. Más aún, en la década de los noventa, el aumento en el precio de los productos farmacéuticos superó las tasas de inflación²².

La segunda línea de argumentación afirma que una excesiva protección a los derechos de propiedad intelectual termina por generar un contraincentivo para la innovación y que los derechos de propiedad distan de ser un estímulo para que las trasnacionales farmacéuticas se ocupen de enfermedades “desatendidas”. Ante la protección a los oligopolios, éstos reducen sus esfuerzos de investigación y el desarrollo, y comienzan a competir más sobre la base del *marketing* que de la calidad. El resultado es el lanzamiento al mercado de una gran cantidad de “pseudoinnovaciones” que no implican mejoras sustanciales en el tratamiento de las enfermedades²³. Se calcula que, para obtener ganancias de 500 millones de dólares al año con medicamentos derivados de investigaciones nuevas, un laboratorio farmacéutico que controlase entre el 1% y el 1,5% del mercado mundial tendría que lanzar al mercado seis nuevos medicamentos. En realidad, una firma de ese tamaño sólo crea dos fármacos; por tanto, el grueso de sus ganancias proviene de medicamentos ya existentes que se comercializan con innovaciones médicas marginales, pero con enormes erogaciones en *marketing*. Cada año las empresas farmacéuticas gastan 2.500 millones de dólares en publicidad directa al consumidor, hecho que aumenta la demanda de medicamentos que los pacientes no siempre necesitan.

Un tercer punto es que los esfuerzos de investigación en materia farmacéutica están fuertemente orientados a los mercados de los países centrales, y descuidan las necesidades de los países periféricos y semiperiféricos. Existe una fuerte distorsión en ese sentido: las innovaciones tecnológicas no se orientan a los países que más las necesitan, pues sus mercados son débiles²⁴. Así, mientras las naciones centrales representan el 90% del mercado farmacéutico mundial, el 90% de los 14 millones de defunciones por enfermedades infectocontagiosas ocurre en los países en desarrollo. Además, entre el 99% y el 100% de la incidencia de enfermedades como el paludismo, el mal de Chagas, el den-

gue, la encefalitis, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis, la sífilis, la difteria y la lepra se registran en la periferia²⁵. En suma, la enorme mayoría de los nuevos productos farmacéuticos obedece a las necesidades del mercado y no a los requerimientos sanitarios de la mayor parte de los habitantes del planeta.

La solución que este enfoque tiende a proponer es la producción local de los llamados genéricos, que reducen el precio de los medicamentos entre el 20% y el 80%. En Europa, por ejemplo, los genéricos ya representan el 15% de las ventas y el 25% del volumen de fármacos vendidos; con el uso de este tipo de productos, Alemania ha ahorrado 2.500 millones de dólares y el Reino Unido 3.500 millones de dólares. En el mundo en desarrollo, países como Sudáfrica, Brasil y la India han desarrollado ampliamente la industria de medicamentos genéricos. Según el Gobierno brasileño, esta estrategia ha ahorrado al país casi 500 millones de dólares en la producción de medicamentos relacionados con el VIH/sida, y ha hecho disminuir la tasa de mortalidad derivada de este padecimiento en un 50%²⁶.

Sin embargo, las reacciones de las multinacionales farmacéuticas han sido muy enérgicas, pues consideran que la producción de genéricos constituye una violación a las reglas de propiedad intelectual vigentes. Las compañías han presionado a sus gobiernos para evitar este tipo de prácticas y buscan reflejar sus preferencias en la estructuración de los regímenes internacionales en materia de fármacos.

SALUD, SEGURIDAD Y ACCIÓN COLECTIVA: POSIBILIDADES Y LÍMITES

Es claro que los desequilibrios generados por el proceso de globalización y el aumento del riesgo sanitario rebasan con mucho las capacidades establecidas de los diversos sistemas nacionales de salud, aun cuando muchos de ellos han emprendido reformas sustanciales en los últimos años. Es esta limitación lo que hace urgente construir una nueva institucionalidad internacional que logre enfrentar con éxito los aspectos de riesgo de la globalización en materia sanitaria. Es evidente que los paradigmas que guiaban la acción aislada de los sistemas nacionales de salud están siendo rápidamente superados, al igual que sucede con las concepciones tradicionales sobre seguridad, que tendían a reducirla a la dimensión militar.

Los nuevos desafíos requieren de una respuesta coordinada por parte de los distintos estados nacionales y los organismos internacionales. Las potencialidades de acción colectiva y de provisión de bienes públicos globales²⁷ al amparo de estos últimos son enormes. La vigilancia y el control de riesgos y enfermedades, el desarrollo de la investigación colectiva destinada a combatir las epidemias, el diseño de estándares de información y desem-

peño compartidos, y la definición de las mejores prácticas, son sólo algunas de las funciones que los organismos internacionales de salud pueden desempeñar con más eficacia.

Sin embargo, al igual que sus homólogas en otras materias, el grueso de estas instituciones presenta inercias, ineficiencias e insuficiencias que suelen reducir el impacto de sus intervenciones. En parte, dichas dificultades derivan del hecho de que estos organismos se concibieron en función de una problemática de salud relativamente más predecible y menos compleja que la que hoy afronta el mundo. Aunque en muchos sentidos las instituciones internacionales todavía funcionan correctamente, es un hecho que suelen carecer de recursos y estrategias para afrontar las demandas de un mundo radicalmente distinto al que las vio nacer.

En el caso de la salud, el grueso del corpus jurídico que fundamenta la acción colectiva global fue creado en 1981. Esta brecha temporal explica que en él aparezcan enfermedades que todavía existen pero cuya incidencia es baja, como es el caso del cólera y la fiebre amarilla. Sin embargo, este cuadro no incluye el VIH/sida, el SARS, la tuberculosis, ni los aspectos de seguridad relacionados con la amenaza del bioterrorismo. De esta forma, las acciones colectivas internacionales se estructuran sobre la base de un marco jurídico-político inadecuado para el tipo de desafíos sanitarios que la humanidad enfrenta al comenzar el siglo XXI²⁸. En suma, el gran reto de la sociedad internacional será diseñar algunos mecanismos que permitan darle un tratamiento global a estos problemas de salud que pueden generar significativos desafíos para la seguridad internacional.

Es urgente y necesario reducir la brecha entre los mandatos, estructuras y funciones de los organismos internacionales de salud, y los retos a los que se enfrenta el mundo actual. Es obvio que las nuevas instituciones internacionales no pueden reconstruirse espontáneamente a partir de la libre interacción de las fuerzas del mercado. Su redefinición constituye, más bien, una tarea eminentemente política que requiere de una vigorosa participación de los estados, con base en la negociación en el seno de los organismos internacionales vigentes. Si no se desea que la globalización incontrolada conduzca a un desorden planetario de impredecibles consecuencias en el campo de la salud y la seguridad, parece haber llegado la hora de emprender un ambicioso proceso de reforma en instituciones como la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS²⁹.

Afortunadamente, comienzan a multiplicarse los ejemplos de cooperación y acción colectiva eficiente para enfrentar los problemas globales en materia de salud. Por ejemplo, en mayo de 2003, y tras cuatro años de negociaciones, la 56 Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Convención Internacional contra el Tabaco. Los 172 países firmantes acordaron medidas conjuntas para aumentar los precios y los impuestos al tabaco, dificultar su venta a los menores de edad, hacer descender a los fumadores pasivos y reducir o prohibir la publicidad de los cigarrillos en los medios de comunicación. Este es precisamente el tipo de acuerdos que pueden permitir una acción más eficiente contra los problemas mundiales de salud³⁰.

Otro desarrollo muy alentador fue la actitud de la OMS frente al SARS. Ante la necesidad de brindar una respuesta inmediata y coordinada a la enfermedad, el organismo internacional evitó la lentitud burocrática con que enfrentó el surgimiento del VIH/sida en los ochenta. Desde las primeras semanas de existencia del coronavirus, la OMS lanzó una alarma global, organizó intentos conjuntos para desarrollar vacunas, estableció una red de monitoreo internacional y, vía sus alertas, forzó a los países a tomar medidas en el asunto. Ante el ocultamiento de información sobre los alcances del SARS, las alertas de la OMS de alguna manera forzaron al Gobierno chino a emitir cifras veraces, que han sido cruciales para controlar la expansión del problema³¹.

En el plano interamericano, recientemente se han barajado algunas estrategias para una reforma integral de la OPS. Además, el tema de la salud ha sido incorporado en las discusiones sobre los nuevos esquemas de seguridad hemisférica. En este punto es apropiado recordar que ni los organismos regionales americanos ni sus países miembros han sido capaces de construir un concepto compartido de seguridad hemisférica tras la caída del Muro de Berlín y los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001. El cemento del antiguo concepto de seguridad era la aplicación, en el ámbito interamericano, de la doctrina estadounidense de contención. Tras extinguirse la Unión Soviética como poder alterno a Estados Unidos, el andamiaje institucional de la seguridad hemisférica se ha mantenido prácticamente intacto, pero la definición de sus nuevos contenidos es objeto de un encendido debate. Esta disputa por construir el nuevo concepto de seguridad se ha manifestado desde hace años en el seno del entramado institucional interamericano, y se expresó con particular claridad en la Conferencia Especial sobre Seguridad Hemisférica celebrada en México a finales de octubre de 2003.

A primera vista, todos los estados miembros y los organismos hemisféricos especializados suscriben el espíritu la Declaración de Bridgetown, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) el 4 de junio de 2002, que señala: “Las amenazas a la seguridad en el Hemisferio son de naturaleza diversa y alcance multidimensional y (...) el concepto y el enfoque tradicionales deben ampliarse para abarcar amenazas nuevas y no tradicionales, que incluyen aspectos políticos, económicos, sociales, de salud y ambientales”³². Sin embargo, este consenso es más endeble de lo que parece. En realidad, tanto la propia definición del concepto de seguridad como la identificación de los mecanismos para operacionalizarla son objeto de un debate que se refleja en la mayoría de los documentos sobre seguridad emitidos por el sistema interamericano y sus integrantes.

Las posiciones identificables en este debate son por lo menos dos. La primera, enarbolada principalmente por Canadá, se refiere a la “seguridad humana”. Este concepto ha ido abriéndose paso en las discusiones de los organismos regionales americanos en materia de seguridad. En él se ubican como potenciales amenazas a la seguridad hemisférica una serie de fenómenos que incluyen, pero también rebasan, el ámbito estrictamente militar. Las llamadas “medidas de nueva generación” incluyen la protección de

los derechos humanos, la construcción de instituciones sólidas y transparentes, la promoción de reformas en el sector de seguridad social, la búsqueda de la sostenibilidad ambiental, el combate a la pobreza y las enfermedades, y el fortalecimiento de la participación de la mujer en los temas de seguridad³³.

La segunda posición en el debate tiene como actor central a Estados Unidos. Esta visión reconoce la importancia de los nuevos temas, pero busca supeditarlos a la dimensión más tradicional, es decir, militar. Los defensores del enfoque tradicional argumentan que, si bien es cierto que la problemática de la seguridad hemisférica es diversa y multidimensional, es necesario jerarquizar y ponderar los temas de la agenda. Si no se realiza este ejercicio, señalan, se corre el riesgo de que el combate a los temas sustanciales se diluya en aras de cumplir una agenda demasiado exhaustiva y dispersa. Los adeptos de este enfoque han centrado sus empeños en el combate al terrorismo y sugieren tratar los temas relacionados con el desarrollo, la salud pública y las preocupaciones sociales en otros foros del sistema interamericano y no dentro del ámbito de los organismos de seguridad³⁴.

En las coordenadas del anterior debate, es obvio que los temas relacionados con la salud encuentran mayor cabida en el concepto de seguridad humana, aunque no están por completo excluidos de la visión tradicional. Es importante señalar que la mayor parte de las referencias específicas a problemas de salud que se realiza en los documentos del sistema interamericano se refiere a la expansión del VIH/sida y la tuberculosis. En otras ocasiones se formulan vagas referencias a “enfermedades infectocontagiosas”. En todo caso, parece que el tema de la salud como asunto conectado a la seguridad hemisférica se abre cada vez más paso en la agenda de las discusiones, como demuestra la declaración emanada de la Conferencia Especial sobre Seguridad Hemisférica. Dicho documento reafirma las líneas generales de la Declaración de Bridgetown, reconoce que la seguridad de los estados del Hemisferio se ve afectada por el VIH/sida y otros riesgos a la salud, expresa preocupación por el hecho de que la falta de acceso y los servicios de salud insuficientes exacerbaban la marginalidad y la pobreza extrema, y propone acciones colectivas para afrontar estos problemas³⁵.

CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente, son varios los puntos que merecen rescatarse a modo de conclusiones. El primero es que el vínculo entre la globalización y los temas de salud se hace más evidente en la medida en que aumenta la densificación de los intercambios transnacionales. La globalización, en efecto, no sólo implica el trasiego de capitales y mercancías, sino también de personas. Los viajes y la imitación de estilos de vida, a su vez,

favorecen la veloz expansión de los riesgos a la salud. En este sentido, la comunidad internacional todavía no está preparada para enfrentar un problema de naturaleza global mediante la utilización de enfoques y estrategias nacionales y regionales heredados de etapas históricas en las cuales el grado de internacionalización de la vida cotidiana era mucho menor que en la actualidad. La reforma de los organismos internacionales aparece, en esta perspectiva, como una necesidad urgente e ineludible que los distintos países del mundo deben emprender para enfrentar los desafíos sanitarios.

En segundo término, es claro que la medicina moderna ha logrado avances significativos, entre los cuales destacan el aumento de la expectativa de vida y la erradicación de varias enfermedades infectocontagiosas. Esta favorable evaluación no supone, sin embargo, soslayar la virtual imposibilidad de eliminar los microorganismos y, por ende, el posible surgimiento o resurgimiento de epidemias. Los casos del VIH/sida, el SARS y la tuberculosis ilustran a la perfección las posibilidades que los microbios tienen para evolucionar y manifestarse como enfermedades que afectan al género humano. También muestran, por desgracia, los riesgos para las personas, la economía y los sistemas de salud que pueden generarse a partir de epidemias de difícil control.

En tercer lugar, la incorporación de los enfoques de seguridad humana en los foros de seguridad internacional y hemisférica ha abierto un espacio favorable para incluir la salud como un tema de la agenda. Existe además un tema específico en el cual se intersectan las prioridades de un enfoque tradicional de seguridad basado en consideraciones geoestratégicas y militares, y el concepto multidimensional propio de los enfoques de seguridad humana. Este tema es el del bioterrorismo, amenaza potencial cuyo tratamiento requiere, por fuerza, del concurso de expertos en inteligencia y estrategia, y de personal altamente capacitado en cuestiones sanitarias.

Como cuarto punto, la discusión sobre los derechos de propiedad intelectual en los fármacos se avizora como un tema que seguirá generando grandes polémicas entre el Norte y el Sur en los años por venir. Como en otros aspectos, las asimetrías entre ambas regiones son enormes en el tema de la salud. Existen serias y humanamente costosas “fallas de mercado” cuya solución requerirá un largo proceso de negociación para crear un juego de ganancias positivas para todos los participantes. Aunque deseable, este desenlace no está de ninguna manera asegurado. Sin embargo, es posible adelantar que el tema está contribuyendo a la formación de un “nuevo Sur”, más modesto en membresía que el Grupo de los 77, pero acaso más operativo que éste.

Finalmente, es muy probable que las cuestiones de salud vayan tomando un lugar cada vez más relevante en la agenda de seguridad. En gran parte como efecto colateral de la aparición, la expansión y los devastadores efectos del VIH/sida en regiones como el África Subsahariana, Rusia, Europa del Este y el Caribe, parecería que los diplomáticos y los expertos en seguridad, así como los organismos internacionales y hemisféricos, muestran una apertura cada vez mayor frente a los temas sanitarios. Documentos como

la Declaración de Bridgetown o la Declaración emanada de la Conferencia Especial sobre Seguridad Hemisférica de 2003 son ejemplos de dicha tendencia. Sin embargo, queda por recorrer un largo camino para que estas preocupaciones declarativas se plasmen en acciones específicas para vincular más estrechamente los temas de salud a las prioridades en materia de seguridad.

Notas

1. Cfr. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Human Development Report*, 1999, Nueva York y Londres, Oxford University Press, 1999, p. 25.
2. Ídem.
3. Julio Frenk y Octavio Gómes-Dantés, "Globalization and the Challenges to Health Systems", en *Health Affairs*, vol. 21, núm. 3, mayo-junio de 2002, p. 161.
4. Véase Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Globalización y Desarrollo*, Santiago de Chile. CEPAL, 2002. P. 244.
5. PNUD, *op. cit.*, p. 41.
6. Galtung, Johan "Los azules y los rojos; los verdes y los pardos: una evaluación de movimientos políticos alternativos". *Alternativas* (CERC), vol. 1, núm. 1 (septiembre-diciembre de 1993). P. 69 y ss.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). *The Framework Convention on Tobacco Control: A Primer*. Ginebra: OMS, 2000.
8. Para un amplio análisis sobre el bioterrorismo y sus posibles secuelas, véase Laurie Garret, "The Nightmare of Bioterrorism". *Foreign Affairs* (enero-febrero de 2001).
9. Las cifras son de Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas de los Institutos Nacionales de Salud Pública de Estados Unidos, y se reproducen en el sitio de internet de la Organización Panamericana de la Salud, www.paho.org/Spanish/DPI/ps021125.htm
10. Para una discusión más detallada en torno a estos dos aspectos, véase Laurie Garret, "The Return of Infectious Disease", en *Foreign Affairs*, enero-febrero de 1996. Son también muy útiles las reflexiones del Premio Nobel de Medicina 1958, Joshua Lederberg, "De hombres y microbios". *El Universal*. (24 de abril de 2003). P. 10.
11. J. Frenk y O. Gómes-Dantés, *op. cit.*, p. 161.
12. Una discusión más amplia de estas tendencias se encuentra en Nicholas Eberstadt, "The Future of AIDS". *Foreign Affairs*. (Noviembre-diciembre de 2002).
13. Cfr. "HIV/AIDS Explosion in Russia Triggers Research Boom". *The Lancet*, vol. 361 (21 de junio de 2003). P. 2.132. Véase también Nicholas Eberstadt, "Bracing for AIDS Crisis in Eurasia – U.S. Must Push Russia, India and China to pay Urgent Attention to Pandemic". *Los Angeles Times*. (2 de febrero de 2003).
14. Ídem.

15. Robertson, Jeffrey "The Economic Costs of Infectious Diseases". *Research Note 2002-03*, núm. 36. (13 de mayo de 2003). P. 2. Canberra, Parlamento Australiano.
16. Véase *La Jornada*, 11 de junio de 2003. P. 24.
17. Véase "Employers Encouraged to Help Control TB". *The Lancet*, vol. 361 (21 de junio de 2003). P. 2.135.
18. Para una discusión *in extenso* de los contornos de este debate en el seno de la OMC, véase Pascale Boulet y Rachel M. Cohen, "La crisis del acceso a los medicamentos y los acuerdos en materia de propiedad intelectual de la Ronda de Uruguay: los pacientes frente a las ganancias". En: María Cristina Rosas (coord.) *La OMC y la Ronda de Doha: ¿proteccionismo vs. desarrollo?* México y Caracas: UNAM-Sistema Económico Latinoamericano, 2003, esp. P. 431-436 .
19. Hardin Garret. "The Tragedy of the Commons". *Science*, vol. 162 (diciembre de 1968).
20. Este punto se trata en Hannah E. Kettler y Chris Collins, "Equilibrio entre las necesidades sanitarias y los incentivos para la investigación sobre medicamentos". *Cooperación Sur 2002*, ONU-PNUD (Nueva York, 2002). P. 31.
21. Véase, por ejemplo, el texto de la *Resolución sobre derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública*, propuesta por Estados Unidos a la 56 Asamblea General de la Salud, doc. A756/A, Ginebra, OMS, 22 de mayo de 2003.
22. Anderson, Gerard F. ; Petroysan, Ardui y Hussey, Peter S. *Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2002*. Nueva York: The Commonwealth Fund, 2002.
23. Sobre este punto, véase Peter S. Schoenhoefer, "Rising Health Care Expenditures and Declining Regulatory Quality: What has the Pharmaceutical Industry Contributing to Sustaining Access to Needed Medicines in Europe?" *Sustaining Access to Medicine in Europe*, Amsterdam, Health Action International Europe, 2001.
24. Un caso paradigmático de este desequilibrio es el de África, que padece el 25% de la carga mundial de enfermedades y representa el 10% de la población mundial. Sin embargo, ese continente únicamente concentra el 1,1% del mercado farmacéutico internacional. Cfr. A. Attaran y L. Gillespie-White, "Do Patents for Antiretroviral Drugs Constrain Access to AIDS Treatment in Africa?" *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, núm. 15 (2001).
25. H. E. Kettler y C. Collins, *op. cit.* P. 12-14.
26. Cfr. las declaraciones del expresidente de ese país, Fernando Henrique Cardoso, en *El Independiente*, 14 de julio de 2003. P. 19.
27. Para una espléndida discusión sobre este tema, véase Inge Kaul et. al, *Suministrando los bienes públicos globales*. Nueva York y Oxford: PNUD/Oxford University Press, 2003.
28. Sobre este punto, véase Clare Kapp, "WHA acts on Health Regulations and Intellectual Property", *The Lancet. Infectious Diseases*, vol. 3. (julio de 2003). P. 392.
29. Algunas propuestas para la reforma de estos organismos se explican en *Cuernavaca Retreat. The Future of International Health: Report on the Regional Follow-Up for the Americas of the Pocantico Retreat*. México y Nueva York: The Rockefeller Foundation, Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

30. Cfr. "OMC: histórico tratado antitabaco". *BBC Mundo*, sitio news.bbc.co.uk/hi/spanish/science. (21 de mayo de 2003).
31. Véase "La neumonía atípica es un virus de origen animal: OMS". *Milenio Diario*. (17 de abril de 2003). P. 29, y Altman, Lawrence K. "Lecciones del SIDA aplicadas al SARS". *The New York Times/Reforma*. (17 de mayo de 2003). P. 6.
32. XXXII Asamblea General de la OEA, *Declaración de Bridgetown: enfoque multidimensional de la seguridad hemisférica*, AG/CG/doc.15/02, Washington, DC, 4 de junio de 2002.
33. Este concepto se hace explícito en PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press, 1994. La visión canadiense se concentra en el documento *Freedom from Fear, Canada's Foreign Policy for Human Security*. Ottawa: Ministerio de Asuntos Exteriores, 2002.
34. Un buen ejemplo de esta posición se encuentra en las consideraciones formuladas por el representante permanente de Estados Unidos ante la OEA, Roger Noriega, ante la Comisión de Seguridad Hemisférica. Doc. OEA/Ser. G CP/CSH/INF:16/02 add.1, Washington, DC, 5 de noviembre de 2002.
35. Cfr. *Declaración sobre la Seguridad en las Américas*, Conferencia Especial sobre Seguridad Hemisférica, OEA/Ser.K/XXXVIII, CES/dec.1/03 rev. 1, México, 28 octubre 2003.