



**CONSEJO ARGENTINO PARA LAS
RELACIONES INTERNACIONALES**

**LA POLÍTICA DE LA SALUD GLOBAL:
AGENDA, ACTORES Y PERSPECTIVAS**

POR

CARLOS JAVIER REGAZZONI

BUENOS AIRES
SEPTIEMBRE DE 2007

ÍNDICE:

Introducción.

1. LA SALUD GLOBAL.

A. Nivel de Salud y Estándar internacional.

B. Tendencias de la globalización y su impacto en la salud:

1. Inequidad.
2. Eclosión tecnológica.
3. Dominancia médica.
4. Envejecimiento poblacional.
5. Urbanización.
6. Migraciones.
7. Perturbación del medio ambiente.
 - Un ejemplo Argentino, el "Riachuelo".
 - Producción agropecuaria y salud.

Efectos sobre el recurso humano y la agenda científica.

2. CONSECUENCIAS DEL NUEVO ESCENARIO GLOBAL PARA LA SALUD.

A. Nuevo modo de padecer: la enfermedad crónica.

B. Asimetría sanitaria.

C. Nuevo conflicto social.

3. SALUD GLOBAL COMO ESTRATEGIA.

A. Respuestas actuales a la dinámica de salud global.

- Flujo de Capitales y Ayuda externa.
 - Comercio de bienes de salud.
 - Ayuda externa.
 - Problemas con la ayuda internacional.
 - Monitoreo de la ayuda financiera para la salud.
- Marco regulatorio: Acuerdos multilaterales de comercio y salud.
- Actores fundamentales en la salud global.

B. Salud Pública Global.

- Valores y salud global.
- Estados Unidos y la salud global.
- Una estrategia de la escasez.

Introducción.

La salud representa una parte fundamental del objetivo perseguido por las acciones propias de la sociedad humana y que están comprendidas dentro de la denominada “política”. La salud de los ciudadanos es parte del bien común. El primer objetivo de las sociedades es que sus integrantes “sean”, y para ello además de vivienda, defensa y nutrición, es básica la asistencia de las necesidades de salud. Existe un ámbito público para la salud, fuertemente politizado; el Estado “debe” ocuparse de la salud y “se espera” que así lo haga. Cuanto más sofisticada es una sociedad tanto más elevado es su reclamo de salud, y cuanto más precaria, con tanta mayor urgencia debe atenderse a la situación sanitaria si es que se pretende fomentar el desarrollo y promover el bien común.

Ahora bien, la demanda de salud, la posición de la misma en la agenda pública al igual que la forma en que ella influye sobre la sociedad, han cambiado de dimensión. La salud de las personas y las sociedades ya no queda condicionada por fuerzas exclusivamente domésticas (es decir nacionales), sino que hay un nivel planetario para su determinación. De este modo surgen un deber y una expectativa global en referencia a la salud. Hay cuestiones de salud que deben ser objeto de preocupación mundial, sencillamente porque sus determinantes exceden la ingerencia de los Estados Nacionales, y por otro lado hay un reclamo global por la salud debido a que dichos problemas no tienen efectos aislados y circunscriptos, y las soluciones a los mismos requieren de esfuerzos cooperativos a gran escala.

Se podrían enumerar seis características fundamentales derivadas del proceso de globalización que determinan la existencia de una “salud global”: En primer lugar, las desigualdades socioeconómicas han aumentado efectivamente. Además, estas desigualdades son más notorias debido a los medios de comunicación. En este sentido la globalización de la información fomenta la construcción de algo parecido a una opinión pública global. De esta forma, las olas de influencia que desencadenan acciones de particulares como ser las corporaciones multinacionales o algunos inventos u opiniones individuales, es planetaria. Paralelamente aumenta la capacidad de grupos subestatales movidos por ideologías alentadas por la desigualdad, para desafiar a los estados nacionales, y por último, las dimensiones del negocio relacionado a la salud han aumentado de manera formidable. Esto impone que tanto el manejo de la opinión pública global, así como el efectivo fomento del desarrollo humano, sean dos elementos fundamentales del ejercicio del poder y del mantenimiento de un cierto orden mundial. Además, el control de la escalada global de la enfermedad y el control del negocio de la salud, son parte fundamental del mantenimiento de este orden. Es entonces cuando entra en escena la Salud Global (*global health*).

Aquí, por “salud global” no entendemos una descripción y análisis biológicos de la situación de salud de la humanidad. Hoy se utiliza el término “salud global” para designar una visión estratégica que considera la interrelación que surge entre personas, Estados, Organizaciones No Gubernamentales y la naturaleza en referencia a la salud y enfermedad en un mundo globalizado. Por *Global Health* se entiende aquella parte de la problemática general de la salud de personas y comunidades que excede a los intereses interiores de los Estados y motiva acciones de otros estados y actores transnacionales, como ser Agencias, Comercio internacional y demás. La salud nacional como sistema posee relaciones cada vez

más íntimas con influencias transnacionales, *verbi gratia* comercio, clima, medioambiente, regulaciones internacionales, migración de personas y valores morales y culturales globalizados. De este modo la salud misma se ha vuelto global y se convierte así en un área relevante para las relaciones entre estados, y de estos y sus ciudadanos con agencias transnacionales y fuerzas comerciales y políticas globales. No obstante, a pesar de este formidable impacto de vectores transnacionales en los sistemas nacionales de salud, aún el Estado continúa siendo el responsable final del funcionamiento del sistema de salud para sus ciudadanos, lo cual no hace sino enfatizar la repercusión nacional de dichas fuerzas sin frontera. En definitiva, frente a las fuerzas globales que actúan sobre la salud y su sistema de cuidados, terminan por ser los Estados Nacionales quienes sufren los embates. Este es el fundamento de la necesidad de una diplomacia de la salud (*Global health diplomacy*)¹, y de la formulación de políticas nacionales de salud que consideren este contexto incuestionable en que la civilización se ha colocado.

Los objetivos de este trabajo son: Resumir la situación actual de la Salud Global; enumerar las visiones a las cuales dicha situación ha dado lugar; y aventurar la evolución esperable en los diferentes temas. Resumiremos lo que la salud global implica para Estados Unidos. Por último, nos proponemos enumerar los puntos de agenda para Argentina que la situación de la salud global suscita.

1. LA SALUD GLOBAL.

Al referirnos a “salud global” primero definiremos aquello relativo a los estándares actuales de salud, y su distribución mundial. Esto define el paisaje global en referencia a la salud como su rasgo más llamativo. Posteriormente nos referiremos a las tendencias globales que más influyen en la distribución del bien “salud” a escala global.

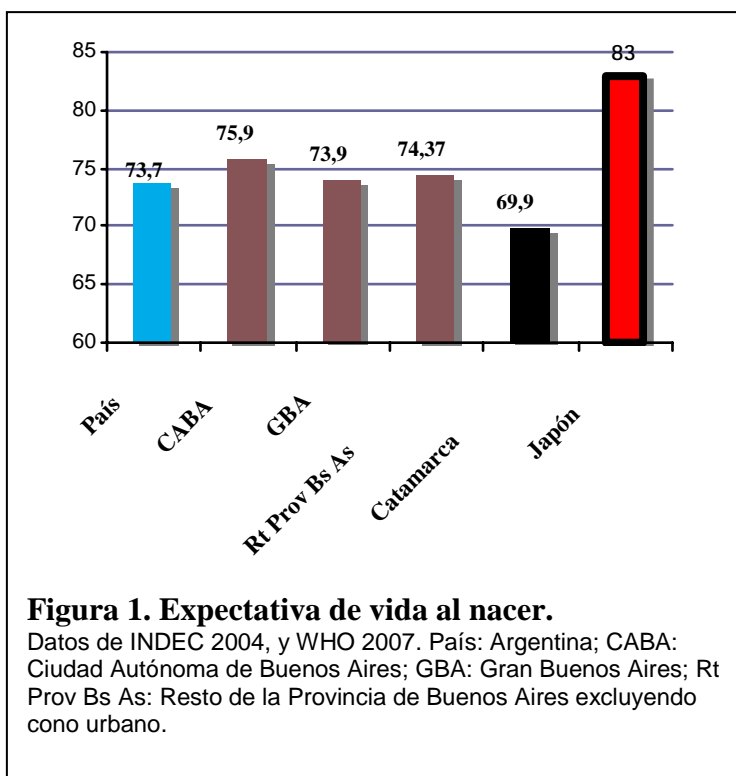
A. Nivel de Salud y Estándar internacional.

Cuando se habla de salud, inmediatamente surge la referencia al “estándar”. Ser sano es acercarse en alguna medida a un determinado “máximo” posible y realista. Si bien este máximo no es totalmente claro dada la complejidad que existe para definir lo “sano”, es notorio que los países tienen una situación sanitaria muy desigual que genera un paisaje global nunca antes visto. Jamás la distribución del bien salud, con 83 años de esperanza de vida en Japón y 37 años en varios países de África, fue tan asimétrica (Figura 1). Por otro lado, estas diferencias son visibles como nunca antes. Esta visibilidad y advertencia indica la existencia de hecho de una “sociedad global”.

En los últimos 100 años la Humanidad ha venido realizando una verdadera proeza en términos de su capacidad para proporcionarse salud (Figura 2). La mortalidad infantil se ha reducido no menos de 80 y hasta 100 veces, lo mismo ha ocurrido con la mortalidad materna, e incluso ha aumentado la expectativa de vida luego de cumplir 65 años de edad. Sin embargo la mejoría en la salud ha sido profundamente inequitativa. El "Global Burden

¹ Drager N, Fidler D, “Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, n° 3 (March 2007), pp: 162.

of Disease Study"² llevado a cabo a instancias del Banco Mundial y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló que en 1990 se estima murieron 50 millones 467 mil personas en todo el mundo, con aberrantes diferencias según las regiones analizadas: el 98% de las muertes de niños menores de 15 años ocurre en países en "vías de desarrollo". El 83% de todas las muertes de adultos entre 15 y 59 años ocurrió en el tercer mundo, igual que el 59% de las muertes a los 70 años. La probabilidad de morir entre el nacimiento y los 15 años de edad es aproximadamente del 20% en los países subdesarrollados, comparado con el 1,1% en los países con economía de mercado desarrollada. Mueren de hambre 42,5 personas por hora, unas 372.000 al año. Las guerras matan 502.000 personas al año y la malaria 856.000. Es decir que, en promedio, en los países subdesarrollados la mortalidad es de 5 a 20 veces mayor que en los países ricos según las edades. Como ejemplo adicional se puede destacar que la probabilidad de morir para una mujer entre el nacimiento y los 14 años de vida es del 22% en África sub-Sahariana y del 1.1% en países desarrollados.



Ahora bien, una parte sustancial de esta ganancia en salud se debe a cambios operados en las respectivas sociedades y que exceden a lo estrictamente médico. Esto es así porque, sino toda por lo menos una gran parte de la salud, se encuentra determinada por factores sociales³. Incluso dentro de países ricos, las personas en peor situación social tienen vidas más cortas, padecen mayor número de enfermedades y más serias, y tienen mayor mortalidad infantil que sus conciudadanos en mejor situación. Los estudios han demostrado que el estrés, la situación económica, el nivel educativo, la integración social, la exclusión social, el grado de

empleo y su nivel jerárquico, las adicciones, el transporte, el tipo de alimentación, y el modo de vida transcurrido durante la infancia, son todos determinantes de la salud de la persona a lo largo de toda su vida adulta. Las diferencias observadas en cuanto a mortalidad infantil entre las diferentes regiones del mundo se deben, en su mayoría, a tres causas

² Murray CJL, Lopez AD, "Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study", *Lancet*, vol. 349 (1997), pp: 1269-1276.

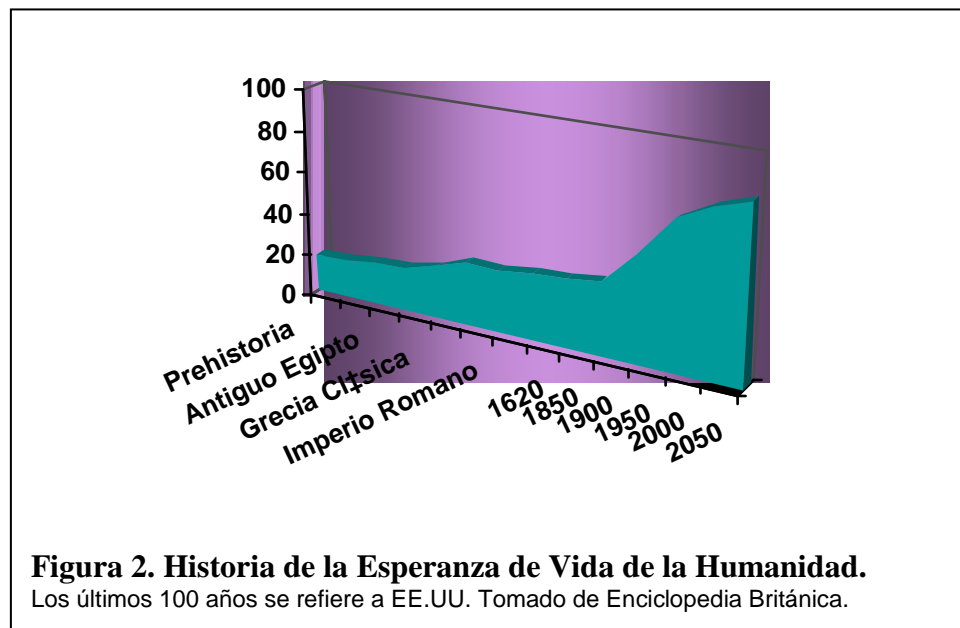
³ Wilkinson R, Marmot M, "Social determinants of health: the solid facts", *World Health Organization*, Copenhagen, 2003.

centrales: enfermedades comunicables (infecciosas), desnutrición, y pobreza⁴. Y estos factores dependen más de cuestiones sociales estructurales que de la asistencia médica *per se*.

De esta situación se pueden deducir las siguientes conclusiones:

- **Primero**, que la salud posible para la comunidad ha mejorado notablemente en el último siglo.
- **Segundo**, que ese incremento de la salud se ha concentrado especialmente en los países del primer mundo.
- **Tercero**, que el mejoramiento de dichos estándares dependen no solo de la evolución de la tecnología médica, sino también y sobre todo, del mejoramiento social.
- **Cuarto**, que esta evolución asimétrica ha dado lugar a la inequidad más impresionante de la historia en términos sanitarios.
- **Quinto**, esto crea de facto un estándar al cual aspirar, en términos sanitarios, que refleja una evolución mucho más compleja de la sociedad en aspectos que van más allá de lo estrictamente médico.

Esta situación ocurre ahora en el contexto de un mundo globalizado, donde profundas influencias modifican el escenario de la salud global y la realidad de los sistemas nacionales de salud.



B. Tendencias de la globalización sobre la salud.

Las tendencias propias del proceso de globalización que tienen impacto sobre la salud, podrían resumirse en las siguientes: 1 – Inequidad, los de alto nivel conviven con los de bajo nivel; 2 – Eclósión tecnológica, capaz de modificar radicalmente las posibilidades de

⁴ Sen K, Bonita R, "Global health status: two steps forward, one step back", *Lancet*, vol. 356 (2000), pp: 577-582.

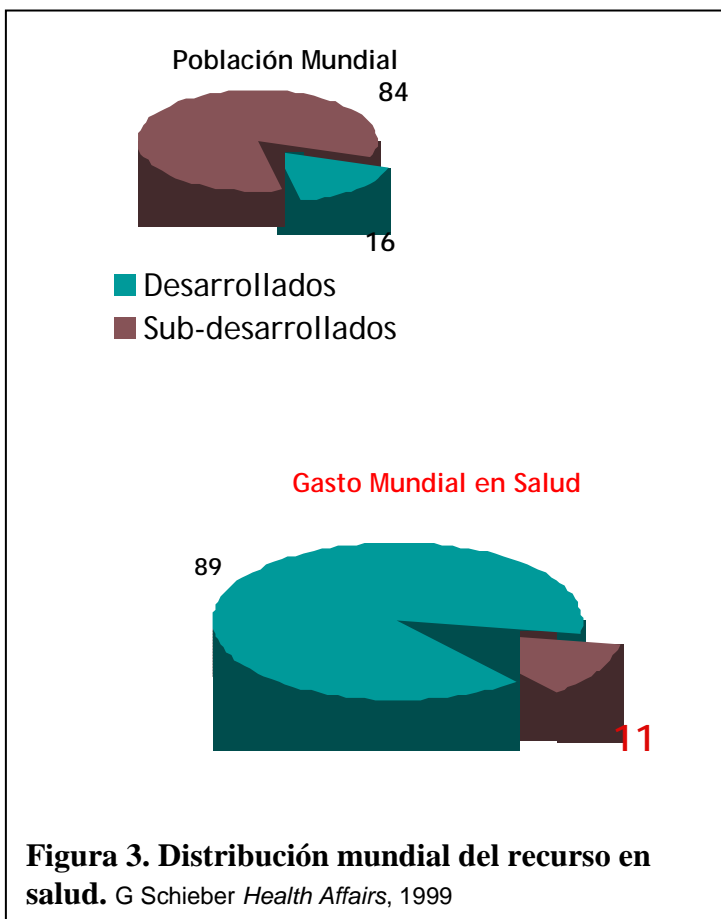
superar la enfermedad y el padecimiento; 3 – Dominancia médica, con un predominio absoluto de lo Anglosajón sobre toda otra forma previa de arte de curar; 4 – Envejecimiento poblacional, con aumento relativo del número de ancianos y dependientes en la composición de la familia humana; 5 – Urbanización, con la aparición de megaciudades; 6 – Migraciones, como nunca antes en la historia, desde lugares pobres y precarios hacia sitios ricos y promisorios; y 7 – Perturbación del medio ambiente, como resultado de la actividad humana, que genera contaminación y cambio climático.

1. Inequidad.

Hablando en términos de salud, visto el mundo en su conjunto, el dinero va predominantemente al sector más sano de la población (Figura 3). El 84% de la población mundial vive en países subdesarrollados, concentra el 93% del daño total que la enfermedad inflinge al género humano, y utiliza únicamente el 11% del dinero que se destina en todo el planeta al cuidado de la salud⁵. Según un ejercicio de prospectiva del

Ministerio de Defensa Británico⁶, dada la enorme mejoría de las condiciones socio-económicas de algunos, la brecha entre ricos y pobres se ensanchará, a la vez que la pobreza absoluta persistirá como un desafío global. A su vez la explosión mediática hará más evidentes estas diferencias, lo que fomentará las percepciones de injusticia. Esto será una fuente segura de inestabilidad social, y muy probablemente de ideologías anticapitalistas. En este contexto es muy posible que revivan ideologías marxistas en todo el globo.

El poder e influencia de los medios va a acrecentarse, representando un serio problema para todos los gobiernos excepto los más autoritarios en cuanto a la capacidad de establecer los términos del debate. La esfera mediática será dominada por la



industrialización del “rumor”, el periodismo confrontativo e intrusivo, el entretenimiento populista y los deportes como pasatiempo, sobre todo a expensas del impulso conferido a

⁵ Schieber G, Maeda A, “Health care financing and delivery in developing countries”, *Health Affairs*, Vol 18, Issue 3 (1999), pp: 193-205.

⁶ UK’s Ministry of Defence - Development, Concepts and Doctrine Centre (DCDC), “Strategic Trends, 2007-2035”, London 2007.

estas formas de comunicación por el apoyo comercial. Los medios llegarán a la gente a través de formas cada vez más sofisticadas de tecnología portátil, y las bases de la “verdad” serán fuertemente subjetivas y distorsionadas por la vulnerabilidad de los medios a las presiones distorsivas, la piratería de opinión, y la moda de opinión. Así las cosas es muy probable que la sociedad esté más movida por creencias que por verdades objetivas. La web será un desafío para las clásicas corporaciones de medios, y la emergencia del ciudadano-periodista como operador independiente cobrarán predominancia. Además proliferará el periodismo partisano, que actuará como modulador de la opinión pública a favor de determinados grupos sociales. Por otro lado el grado creciente de informalidad restará fuerza a la propia capacidad de las empresas de medios de modelar algo parecido a un discurso único, y abrirá nuevas posibilidades a los gobiernos de no ser rehenes de la acción de los medios de comunicación. Los medios aumentarán fuertemente su capacidad de presión sobre las acciones de la administración pública mediante sus acciones de escrutinio cada vez más intrusivas.

En referencia al problema de la salud, según los sondeos de opinión, salud y pobreza encabezan las preocupaciones de los ciudadanos de América Latina⁷. Además este reclamo de salud ha sido explícitamente reconocido por la “Declaración Universal de los Derechos del Hombre”⁸, que en su artículo 21 dice que todo ciudadano tiene acceso a los servicios públicos en su país, y en el artículo 25 declara específicamente que todos tienen derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar propio y de su familia. Raymond Aron⁹ expresó de manera gráfica este dilema de la equidad y la democracia, cuando dijo que este sistema político posee una expresión fundamental que enfatiza los derechos individuales, formulada paradigmáticamente en los reclamos de libertad e individualismo, y otra expresión igualmente esencial, que es el reclamo de igualdad, destacando este las obligaciones de la comunidad para con todos. En este sentido es que la equidad en salud encuentra toda su relevancia. No puede ocuparse de los ciudadanos un Estado que no atiende a la salud de los mismos. Y esto es así en una doble vertiente; por un lado, la salud no es posible al margen de la conquista colectiva; por el otro, el fenómeno de la enfermedad no es ajeno a la sociedad de pertenencia de la persona; la enorme mayoría del padecer humano se halla directamente causado por factores sociales, y la oportunidad más extraordinaria para mejorar la salud de los ciudadanos reside no tanto en la biología o la farmacología, en los hospitales y los laboratorios, sino más bien en el mismo cambio social¹⁰. Las crisis sociales repercuten directamente sobre la salud de las personas. En la ex – Unión Soviética, por ejemplo, se redujo la expectativa de vida al nacer para los varones y se duplicó la mortalidad por infarto, luego de la masiva desocupación que siguió al derrumbe comunista¹¹. Se ha establecido sin lugar a dudas una fuerte correlación entre expectativa de vida al nacer e ingreso¹², los países con mayor ingreso per capita poseen

⁷ Gallup International, “The Voice of the People”, Julio/Agosto 2002 (46 países, 35,000 encuestados).

⁸ “Universal Declaration of Human Rights”, Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948. Texto disponible en: <http://www.un.org/Overview/rights.html>

⁹ Aron R, *Introduction à la philosophie politique*, 1997, Éditions de fallois, Paris, pp : 64.

¹⁰ Holtz TH, Colmes S, Stonington S, Eisenberg L, “Health is still social: contemporary examples in the age of the genome”, *PLoS Medicine*, vol. 3: e419 (2006).

¹¹ Stone R, “Stress: the invisible hand in Eastern Europe’s death rates”, *Science*, Vol. 288 (June 2000), pp.: 1732-1733.

¹² World Bank, “World Development Indicators 1999”, (World Bank DC, 1999). Disponible en: <http://www-wds.worldbank.org>.

mayor expectativa de vida al nacer, y se cree que existe una relación causal entre “grado de riqueza” y nivel de salud¹³. Los hechos muestran que la salud es peor en los países más pobres¹⁴. Enfermedad y pobreza son fuerzas convergentes¹⁵ y en el estado actual de la globalización, es innegable que la inequidad económica aumenta, y con ella la inequidad sanitaria.

2. Eclósión tecnológica.

No requiere mayores argumentaciones el hecho de que la tecnología aplicada a la salud (prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades) ha crecido de manera inédita en los últimos cien años. Esta tecnología tuvo y tendrá enorme responsabilidad en la victoria sobre la enfermedad. Los tres temas tecnológicos centrales son la industria farmacéutica y biotecnológica, la aparatología y el uso de las nuevas tecnologías de la información¹⁶.

De todas estas dimensiones de la revolución tecnológica, la más importante en términos de impacto y significación económica es la de los medicamentos. Los medicamentos son responsables del 40% de la longevidad que anualmente se gana como producto de un aplazamiento de la edad promedio de muerte¹⁷. Representan un negocio de más de U\$S 650 mil millones al año¹⁸, y se han convertido en la industria más sofisticada del planeta, con una demanda formidable de innovación. Esto último se debe en parte a que los desafíos que se imponen a los nuevos medicamentos son fronteras biológicas muy difíciles de franquear. Además, la competencia hace que el rédito a la invención sea menor. En este sentido es interesante que mientras que una nueva droga en el mercado cuesta: U\$S 500 a U\$S 1.000 millones¹⁹, y que de cada 300 drogas testeadas llega solo 1 al público, el 30% del negocio es atacado actualmente por medicamentos genéricos (producción farmacéutica sin gastos de investigación y desarrollo), y la rentabilidad en muchos casos ha caído por debajo del 10% anual. La realidad actual de la industria farmacéutica determina, para la escena de la salud global, algunas tendencias fundamentales que sirven como modelo para entender lo que se avecina en el campo biotecnológico y en toda la tecnología en general: primero, que solo economías poderosas son capaces de afrontar este tipo de iniciativas; segundo, que la mayor parte de la innovación se destina a resolver los problemas de las naciones ricas, difíciles y biológicamente sofisticados en su naturaleza, y con poco impacto en la mayor parte de la población, mortificada por demandas más básicas pero menos rentables; tercero, que se genera en torno a esta industria un anillo de copiadore, que debilitan el negocio y paradójicamente no lo desplazan hacia lo masivo, sino a concentrarse más aún en las necesidades de mercados ricos, mejor regulados, y con demandas científicamente

¹³ Bloom DE, Canning D, “The health and wealth of nations”, *Science*, Vol. 287 (2000), pp.: 1207-1209.

¹⁴ La carga de enfermedad se determina sumando los días de vida perdidos por muertes precoces así como aquellos vividos con una incapacidad (DALY's).

¹⁵ World Health Organization, “World Health Report 2000: Health systems: improving performance”.

¹⁶ CSIS -7 Revolutions. Disponible en: <http://www.csis.org> y http://www.7revs.org/sevenrevs_content.html.

¹⁷ Lichtenberg FR, “The Impact of New Drug Launches on Longevity: Evidence from Longitudinal, Disease-Level Data from 52 Countries, 1982-2001”, *National Bureau of Economic Research*, Working Paper No. 9754 (June 2003), Cambridge, MA.

¹⁸ “Forecast 2007: Global pharmaceutical sales will expand to US\$665 - 685 billion next year”, FAIRFIELD, CONN, Oct. 24, 2006, IMS Health (NYSE: RX).

¹⁹ “Billion dollar pills”, *The Economist*, Jan 25th 2007.

complejas y difíciles de imitar. Así el mundo se divide en regiones innovadoras, productoras de medicamentos originales, económicamente solventes y comparativamente sanas, respecto de otras regiones que concentran la inmensa mayoría de la humanidad, pobre, enferma, y consumidora de copias que atentan contra el mismo sistema de innovación que debería intentar solucionar sus problemas. La salida al dilema no es fácil y sus conclusiones son la inequidad en la innovación, el drenaje de cerebros con la consecuente precarización del recurso humano y el crecimiento económico dispar, el desaliento a la innovación, inequidad en la calidad de la tecnología médica, y corrupción. Como dato positivo, se podría decir que la industria de la copia ha obligado a la industria innovadora a ser más eficiente, bajar sus precios y salir del santuario del monopolio.

3. Dominancia médica.

El primer insumo de cualquier intento de cuidado de la salud es un conjunto de conocimientos agrupados dentro de la categoría de “conocimiento médico”. Este conocimiento médico es de validez universal, pero de hecho se genera mayoritariamente en seis países: Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Japón, Italia y Canadá. Anualmente se publican más de 2 millones de artículos en la literatura biomédica, repartidos en unas 20 mil revistas especializadas. De apilarse, tendríamos un pequeño cerro de 500 metros de altura cada cinco años²⁰. Pero esta inmensa producción de conocimientos posee un patrón definido. De todo lo publicado en relación a la salud durante el año 2001 y contenido en el Science Citation Index (SCI) o el Social Science Citation Index (SSCI), el 96% estuvo escrito en lengua inglesa²¹. Al mismo tiempo, si se repasan las diez revistas más influyentes del mundo en lo que a práctica clínica se refiere, vale decir, aquellas cuyos artículos son los más citados por los investigadores, es fácil constatar que todas son editadas en Estados Unidos o en Gran Bretaña²². Incluso si se mide la costo-eficiencia de la producción científica predominan también los países de habla inglesa. En un estudio se pudo constatar que a lo largo de los 14 años que van de 1981 a 1994, Gran Bretaña logró 168 citas por cada millón de dólares invertido en Investigación y Desarrollo civil (gasto militar excluido), Estados Unidos 148 citas y Canadá 121,4 citas, siendo estos los países más exitosos en cuanto al rendimiento del dinero invertido en ciencia, al menos en relación a aportes interesantes para otros investigadores publicados²³. Pero la ciencia médica no sólo se escribe en inglés sino que además lo hace mayormente en Inglés Americano. Estados Unidos produjo entre 1992 y el 2001 el 36,68% de todo lo que se publicó en el mundo en revistas con arbitraje en relación a la salud. Además, cuando se repasa la lista de los 20 investigadores más citados del mundo por sus pares en artículos referidos a “medicina clínica” en el período 1981 – 1998, se observa que 19 de ellos trabajan en Estados Unidos, y 1 en Gran Bretaña²⁴; todos ellos han sido citados a lo largo de esos 17 años entre 13 mil y 27 mil veces por sus colegas globales interesados en comunicar sus hallazgos en el área de

²⁰ Mulrow CD, “Rationale for systematic reviews” en Chalmers I, Altman DG (Eds), *Systematic reviews*, 1995, BMJ Publishing Group, London.

²¹ Paraje G, Sadana R, Karma G, “Increasing International gaps in health-related publications”, *Science*, vol. 308 (2005), pp.: 959-960.

²² “Hottest journals of the millennium (so far)”, *Science Watch*®, vol. 16, No 1 (January/February 2005). Disponible en: http://www.sciencewatch.com/jan-feb2005/sw_jan-feb2005_page1.htm

²³ May RM, “The scientific wealth of nations”, *Science*, vol. 275 (1997), pp.: 793-796.

²⁴ “Top docs: medicine’s most cited, 1981-98”, *Science Watch*®, vol. 10, No 3 (May/June 1999). Disponible en: http://www.sciencewatch.com/may-june99/sw_may-june99_page1.htm.

“medicina clínica”. Pero la investigación médica además es una cuestión de dinero. Cuando se analiza el ranking de los principales productores de artículos de salud en revistas indexadas en el período 1992-2001, el primero es Estados Unidos, como se ha dicho (36,68% del total publicado), y le siguen Gran Bretaña (8,87%), Japón (8,11%), Alemania (6,63%), Francia (5,19%), Canadá (4,02%) e Italia (3,54%). Esos países lideran a su vez la inversión mundial en investigación y desarrollo. Estados Unidos para el año 2000 invertía 247,6 mil millones de dólares en el rubro (40% del total mundial), seguido por Japón con 95,4 mil millones, y luego Alemania, Francia, Gran Bretaña, Italia y Canadá²⁵. Otro dato es la cantidad de gente que se dedica a la investigación, el número de investigadores de todas las disciplinas ha aumentado a nivel mundial, pero los incrementos más fuertes se han visto en Asia (de 30.8% de la masa total de investigadores en 1992, al 33.5% en el 2001) y América del Norte (de 26.4% de la masa total de investigadores en 1992, al 27.8% en el 2001) especialmente a expensas de Canadá. El aumento en América Latina y Caribe ha sido magro, se pasó de 2.6% de la masa total de investigadores en 1992 al 3.0% en el 2001, predominantemente a expensas de Brasil y México²⁶. En síntesis, la ciencia que el mundo entero necesita para mejorar su salud, sale de unos pocos productores mundiales.

Este gasto en investigación es también una poderosa inversión. Las economías emergentes usan la investigación médica como herramienta de desarrollo; la salud es una de las inversiones más aptas para promover el crecimiento²⁷ y a su vez, muy probablemente sea difícil crear un sistema de salud sólido sin un robusto sistema de investigación médica y sanitaria en simultáneo²⁸. La economía de los próximos 25 años sufrirá enormes transformaciones. Un reporte publicado recientemente por Goldman & Sachs concluyó que el grupo conformado por Brasil, Rusia, India, y China (BRIC) será el motor de la economía mundial para los próximos 50 años. El grupo BRIC superará en un 50% el PBI del G7 (los seis países más ricos del mundo actualmente: EE.UU., Japón, Alemania, Inglaterra, Francia, Italia y Canadá), a pesar de que sus habitantes, dada su enorme población, serán más pobres que los de estos países²⁹. Ahora bien, este desarrollo no es casual; algunos de estos países han venido haciendo notables esfuerzos en investigación científica, especialmente en el área de la salud. Entre los años 1992 y 2001 Brasil produjo el 0,73% de la ciencia biomédica mundial, India el 1,16%, y China el 1,63%. Estas tres naciones se encuentran dentro de los 20 principales productores mundiales de artículos médicos originales. La región Asia-Pacífico, con Japón, China, India, Corea del Sur y Australia, en 1998 contribuyó con el 15,91% del total de artículos de “medicina clínica” indexados en el mundo, lo que representa el doble que en 1981³⁰.

²⁵ National Science Foundation, Division of Science Resources Statistics, “National Patterns of R&D Resources: 2002 Data Update (current to October 2002)”. Disponible en: <http://www.nsf.gov>.

²⁶ “El estado de la ciencia en América Latina”, RICYT, 2003. Disponible en: <http://www.ricyt.org>.

²⁷ WHO - Commission on Macroeconomics and Health, “Macroeconomics and health: investing in health for economic development”, December 2001. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/htm/001-004/001-004_3.html.

²⁸ WHO, “World report on knowledge for better health –Strengthening health systems”, Geneva 2004.

²⁹ Wilson D, Purushothaman R, Goldman & Sachs Financial Workbench, “Dreaming with BRICs: the path to 2050”, *Global Economics*, Paper 99, 1st October 2003.

³⁰ “U.S. falls in physical science output”, *Science Watch*®, vol. 10, No 5 (September/October 1999). Disponible en: http://www.sciencewatch.com/sept-oct99/sw_sept-oct99_page1.htm.

La paradoja entre el alcance del conocimiento médico que se produce y la concentración de las usinas del mismo posee algunas notas interesantes:

- En primer lugar, la producción científica está concentrada.
- Segundo, dado el carácter progresivo de la investigación, los sitios que poseen un enorme *know-how* acumulado son los que tienen mayor potencial para crecer aun más.
- Tercero, como lo que se produce es escaso en relación a la demanda y al aprecio por sus beneficios, su valor económico es alto.
- Cuarto, para crecer, hay que entrar en el tren del desarrollo científico global, y aceptar sus reglas.
- Quinto, ese conocimiento producido es indispensable; vale decir, determinados problemas de salud, hoy por hoy, son solucionables exclusivamente con un determinado *know-how* generado en determinadas comunidades y potencialmente requerido por todos los ciudadanos del planeta.
- Sexto, como es caro, pero muy necesario, termina siendo que algunos no pueden pagarlo y sufren a consecuencia de sus problemas de salud no resueltos.

En síntesis, el conocimiento médico es necesario por todos, aunque producido por algunos, lo que impone condiciones de funcionamiento a los que podrían denominarse “países receptores” del mismo. Esto define un “estilo” único, o que tiende a serlo, y que impacta sobre el gasto y la política de las naciones más pobres debido a tres razones fundamentales: motiva muchas veces la incorporación de tecnología inapropiada, genera un vínculo de dependencia tecnológica e implica un *know-how* muy sofisticado que condiciona al recurso humano local.

En base a lo dicho es claro que “globalizar el conocimiento médico” es imprescindible para poder solucionar algunos problemas de salud que afectan a la sociedad; a pesar de ello, esta no es la única condición dado que se requiere de otros recursos, pero sí es la primera de ellas.

De hecho se han formulado varias propuestas en cuanto a la globalización del conocimiento médico como medida para mejorar la situación sanitaria de países emergentes y modificar, al mismo tiempo, aspectos de los recursos humanos en materia de salud de los países centrales. Por ejemplo, a través del entrenamiento en zonas de desastre con miras a adquirir las habilidades necesarias para manejar catástrofes domésticas, o la disponibilidad de pacientes para realizar estudios de investigación a gran escala. Se ha propuesto el desarrollo formal de “*medical partnerships*”³¹, que son redes profesionales multinacionales que transfieren conocimiento médico y *know-how* en general hacia los países emergentes, a la vez que ayudan a mejorar la formulación de las políticas de ayuda financiera en temas sanitarios. Estas iniciativas profesionales conjuntas ayudarían no sólo a la transmisión de recursos y conocimiento técnico, sino también la comunicación de valores esenciales para una sociedad abierta, como ser los derechos humanos, la responsabilidad individual y la transparencia institucional. Todos los cuales resultan imprescindibles para solucionar el principal obstáculo para el desarrollo: el buen gobierno.

³¹Raymond, S, “Foreign assistance in an aging world”, *Foreign Affairs*, vol. 82 (March/April 2003), pp.: 91-105.

Las asimetrías de tecnología y de producción de conocimiento científico determinan primero una “influencia”, que termina por convertirse en presión ética (todos tienen “derecho” al estándar de salud adquirido por algunos países muy ricos), y comercial (debe ingresarse al mercado para existir).

4. Envejecimiento poblacional.

Desde el punto de vista médico y demográfico el mundo ha cambiado drásticamente su fisonomía³². Su nuevo horizonte se caracteriza por algunos problemas de dimensiones soberanas: en **primer** término, el aumento de la proporción de “mayores” en la familia humana; en **segundo** lugar, nacen más varones que mujeres, lo cual genera un desequilibrio de sexos; **tercero**, aumenta el peso social ejercido por ciertas enfermedades propias de la vejez como ser la demencia, que junto a otros trastornos asociados al envejecimiento causa un fuerte impacto en los sistemas de financiación de la salud; **cuarto**, la contracción de la población económicamente activa, con la consiguiente caída de la productividad; en **quinto** lugar, se agota el sistema previsional debido a la menor proporción de población activa para subvencionar la jubilación de una cantidad creciente de retirados; y por **último**, inesperadamente aumenta la tasa de mortalidad.

El mundo enfrenta en esta primer mitad del siglo XXI, y más precisamente en los próximos 20 años, un desplazamiento histórico en su constitución demográfica³³. La fertilidad continúa declinando a la par que la esperanza de vida se prolonga, todo lo cual lleva al envejecimiento acelerado de la población mundial en la siguiente mitad del siglo que comienza³⁴. Es razonable esperar una duplicación del número de personas mayores de 65 años para el 2050 al menos en el mundo desarrollado³⁵. La edad media de la población mundial ha aumentado de 23 años en 1950 a 26 años en 1998, y se proyecta que será de 38 años para el 2050. Actualmente 18% de la población es mayor de 65 años en Italia y Alemania; lo mismo ocurrirá en Inglaterra para el 2016, y en Estados Unidos para el 2025³⁶. Paralelamente, en los últimos cincuenta años ha habido un notable descenso de la población infantil. En Argentina para el 2004 casi el 26% de la población tiene menos de 15 años, y el 10% posee más de 60³⁷ y nuestra edad promedio es de 29.2 años. El envejecimiento progresivo de la población es una tendencia que ha venido siendo liderada por los países desarrollados, donde los menores de 15 años en 1998 fueron el 18% de sus habitantes a la vez que los mayores de 60 años era del 20%; en estos países el panorama para el 2050 es más preocupante, ya que esperan sólo 15% de la población por debajo de los 15 años de edad, y 33% de sus habitantes por encima de 60. Según las proyecciones de la ONU, el aumento de la población superanciana será el más importante, gracias a la reducción de la mortalidad entre las personas mayores registrado en el mundo desarrollado como consecuencia de la tecnología médica y las condiciones de vida saludables. Uno de

³² Greenberg H, Raymond S, Leedor S, “Cardiovascular Disease And Global Health: Threat And Opportunity”, *Health Affairs*, Web Exclusive, (January 2005).

³³ Vaupel JW, Carey JR, et al, “Biodemographic trajectories of longevity”, *Science*, Vol. 280 (1998), pp.: 855-60.

³⁴ UN Population Division, “World Population Prospects”. Disponible en: www.un.org.

³⁵ Schneider EL, “Aging in the third millennium”, *Science*, Vol. 283 (1999), pp.: 796-797.

³⁶ Peterson PG, “Gray drawn: the global aging crisis”, *Foreign Affairs*, Vol. 78, n° 1 (Jan/Feb 1999), pp.: 42-55.

³⁷ CIA, “The World Factbook”, 2004.

los puntos más preocupantes del panorama descrito es el aumento de una población anciana que no posee descendencia, lo que pone en peligro su propia subsistencia futura y la estabilidad del sistema fiscal y financiero³⁸. El número de nacimientos por vida fértil de cada mujer ha decaído vertiginosamente en los años sesenta luego de la llamada “revolución sexual”. Históricamente la fertilidad era de 5 nacimientos por cada vida fértil, y ha llegado a un 2,7 global, cercano a la tasa de recambio, que es de 2.1, aquella necesaria para mantener una población constante. Actualmente la tasa de fertilidad en Europa es de 1.4 nacimientos por vida femenina fértil³⁹, un 30% por debajo del nivel de recambio mencionado. Hay casos peores; actualmente la tasa de fertilidad en Alemania, por ejemplo, es de 1.3, y el promedio en el mundo desarrollado es de 1.6⁴⁰. Igual suerte corren los países del sudeste asiático, y China. Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en regiones donde la tasa de fertilidad es inferior al nivel de recambio poblacional. Contrario a lo que se pueda creer, en el mundo árabe también declina rápidamente la tasa de fertilidad, a pesar de ser aun más elevada que en el resto. América Latina reduce rápidamente su fertilidad también por debajo de los niveles de recambio. En nuestro país para el 2004 la tasa de fertilidad es de 2.24 nacidos por mujer en edad fértil, lo que nos pone en un muy mal escenario ya que la tendencia es hacia la baja. La conclusión es que nos enfrentamos a la virtual desaparición de las actuales poblaciones de varios países desarrollados y su reemplazo por nuevos grupos, principalmente de tipo inmigratorio. Una baja tasa de fertilidad fuerza el envejecimiento de la población, como es un hecho ya avanzado en las naciones desarrolladas. Japón es el caso más dramático; allí se espera que uno de cada nueve habitantes tenga ochenta años o más. Japón, Europa y América del Norte son sitios donde la gente tradicionalmente se hacía rica antes de hacerse vieja; sin embargo en los años por delante las poblaciones se volverán viejas antes de haber hecho dinero⁴¹. China, la que sería la primer economía mundial en unos años envejece más rápido que nadie, en especial debido a sus políticas de control demográfico; su edad promedio era de 20 años en 1975, para el 2000 es de 30 años, y se espera sea de 40 años para el 2025, lo que sumado a una población tres o cuatro veces más pobre que la de Japón o Estados Unidos, da como resultado un problema social unas tres o cuatro veces peor. China no posee un sistema nacional de pensiones; los ancianos suelen estar mantenidos por sus hijos. Pero los ancianos de dentro de diez años no los tienen.

Otro aspecto importante de las tendencias demográficas actuales es el aumento del número de varones respecto de mujeres. Esta modificación en la composición de los géneros empeora los efectos de la baja natalidad, porque hay pocas mujeres que a su vez tienen pocos hijos. China es el país más afectado, con 120 nacimientos masculinos por cada 100 femeninos. Tendencias similares se observan en Taiwán, Singapur, Corea y recientemente comienzan a insinuarse en América Latina y Europa del Este.

Una de las implicancias más serias de la era que se avecina es la contracción del mercado laboral⁴². Luego de la segunda guerra mundial siguió una fuerte expansión demográfica con

³⁸ Wilmoth JR, “The future of longevity: a demographer’s perspective”, *Science*, Vol. 280, n° 5362 (1998), pp.: 395-397.

³⁹ Eberstadt N, “Four surprises in global demography”, *American Enterprise Institute*, August 2004.

⁴⁰ Peterson PG. *Op cit.*

⁴¹ Eberstadt N, *Op. cit.*

⁴² Hewitt PS, “The end of the postwar welfare state”, *The Washington Quarterly*; Vol. 25, n° 2 (2002), pp.: 7-16.

tasas de fertilidad muy altas, llamada “*postwar baby boom*”. La consecuencia de este fenómeno fue una enorme provisión de trabajadores al mercado laboral que determinó como problema central el empleo y la desocupación. Pero la amplia base de la pirámide poblacional permitió una masa crítica de trabajadores con aportes suficientes como para permitir un sistema de salud equitativo y un sistema de retiro. Estas instituciones son los pilares del estado de bienestar. La crisis de fertilidad que atravesamos posee dos consecuencias: envejecimiento de los niños nacidos en la post-guerra con ausencia de una base suficiente de aportantes para mantener a los nuevos mayores y despoblación relativa de los países envejecidos. Esto amenaza el estado de bienestar conseguido luego de la Segunda Guerra. La nueva era será, al menos para los países desarrollados, un mundo de trabajadores cada vez más añosos, sin jóvenes, y con escasez de mano de obra, altos impuestos para sostener el gasto social y con una contracción de los beneficios sociales, incluidos los servicios de salud.

5. Urbanización.

Para el 2035 el 60% de la población vivirá en áreas urbanas⁴³. Esta es una tendencia global. Crecerá el tamaño de las ciudades y la cantidad y extensión de los asentamientos no planificados, todo lo cual impactará sobre el costo de los recursos y el impacto ambiental. La urbanización trae una serie de inconvenientes:

- Desarrollo de hábitat humanos inapropiados e informales
- Fallas en la gobernabilidad
- Inseguridad
- Usos ineficientes de la infraestructura
- Proliferación de hogares

Proliferación de hogares: El número de personas que viven en un mismo hogar se ha visto sensiblemente reducido en las últimas décadas en la mayoría de los países y las naciones pobres no han sido ajenas a esta tendencia. En los países subdesarrollados el número de personas por hogar se redujo de 5.1 a 4.4 habitantes por vivienda entre 1970 y el 2000; para el mismo período los países desarrollados disminuyeron de 3.2 a 2.5 el número promedio de habitantes del hogar⁴⁴. Sumado al hecho que la población del planeta ha aumentado, la reducción del número de personas por hogar implica sencillamente un incremento del número total de casas. Este sólo efecto potencia la presión sobre el ambiente que pudiera resultar del simple crecimiento de la población. Una comunidad más numerosa significa mayor demanda de alimentos, agua, tierra cultivable, energía, materiales de construcción, transporte, y demás. Asimismo, más hogares representan más desechos. Aún cuando el número de habitantes permaneciese constante, el aumento del número de viviendas tendría importantes implicancias en la utilización de recursos naturales y de infraestructura. Los miembros de un mismo techo comparten espacio, muebles, consumo energético, transporte, y alimentos. Más personas en una vivienda significa menor uso de energía, menor número de envases de alimentos, menos cloacas, menos utilización de espacio. Entre 1970 y 1990, por ejemplo, el consumo de energía de las regiones más desarrolladas aumentó 2.1% por año, de los cuales 0.7% se debió al incremento poblacional y el 1.6% restante es atribuible

⁴³“Urban Population Trends”, 26 Jan 2005, Disponible en: <http://www.peopleandplanet.net/doc.php?id=1489>

⁴⁴ Keilman N, “The threat of small households”, *Nature*, Vol. 421 (2003), pp.: 489-490.

al mayor número de viviendas. En las áreas del planeta ricas en especies animales y vegetales, cuya biodiversidad se encuentra seriamente amenazada por la expansión de la población humana (EE.UU., China, India, Brasil, Bangla Desh, etc.)⁴⁵, el número de casas aumentó un 3.1% por año entre 1985 y 2000, mientras que la población lo hizo a una tasa del 1.8% anual. Esta disparidad entre proliferación de viviendas e incremento poblacional aumentará en los próximos 15 años, lesionando la biodiversidad. El aumento del número de viviendas desproporcionado respecto del crecimiento poblacional se puede explicar por la caída del número de habitantes por hogar.

La reducción de la cantidad de personas por hogar posee dos consecuencias destacables. En primer lugar, aumentan los requerimientos de espacio y materiales necesarios para la construcción de casas. En segundo lugar, las casas poco pobladas son menos eficientes en cuanto a la utilización de recursos. Ambas tendencias impactan sobre la salud humana.

Otro aspecto decisivo de la vida urbana es la **violencia**⁴⁶. La pandemia de crimen callejero cobra un número creciente de víctimas año tras año, y como las epidemias, ignora fronteras nacionales, leyes y regulaciones sociales y políticas. La tasa de criminalidad aumenta en prácticamente todas partes del mundo desde hace cinco años. Crece el número de civiles asaltados, robados y asesinados por otros civiles que viven en la misma ciudad, y muchas veces en el mismo vecindario. Además, muy frecuentemente la víctima es tan pobre como el victimario. Los homicidios aumentaron 71% en las ciudades Norteamericanas, el robo un 80% y el asalto con armas de fuego un 67%. El clima es mucho peor en ciudades como Johannesburg, Ciudad de Méjico o Milan. Los índices de homicidios en el Caribe –30 homicidios anuales por cada 100,000 habitantes – son mucho más altos que los de cualquier otra región del mundo, y van en aumento. Baste decir que entre el 2002 y el 2006 murieron 729 menores en la Franja de Gaza en Israel-Palestina, pero 1.857 en Río de Janeiro; la tasa de homicidios en Rusia es 20 veces más elevada que en Europa Occidental. Esto representa un serio problema de salud. La criminalidad repercute también sobre la economía⁴⁷, América Latina podría crecer 8% más rápido si redujera su criminalidad.

Las causas del aumento de la criminalidad son una incógnita. No hay correlación entre criminalidad y pobreza; o con la religiosidad (países con altos niveles de asistencia a servicios religiosos como Guatemala o Filipinas poseen sin embargo niveles de criminalidad alarmantes). Los factores asociados a mayor criminalidad son el aumento de la proporción de varones, el consumo de drogas, el fácil acceso a drogas, una mayor inequidad económica y mayor urbanización. Sin embargo hay un tema a considerar en la epidemia de criminalidad: el hampa. El crimen organizado detrás de negocios como el narcotráfico ganan las calles y se diseminan organizadamente, como ha denunciado el mismo líder de una imponente banda brasileña, Marcola. El mismo declaró en una entrevista ser “...una señal de estos tiempos”. Ahora estos mafiosos son “...ricos con la

⁴⁵ Liu J, Daily GC, Ehrlich PR, Luck GW, Effects of household dynamics on resource consumption and biodiversity”, *Nature*, Vol. 421 (2003), pp.: 530-533.

⁴⁶ Naím M, “The Hidden Pandemic”, *Foreign Policy*, (July/August 2007).

⁴⁷ Informe conjunto de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial. “Delincuencia, violencia y desarrollo: tendencias, costos y opciones de políticas públicas en el Caribe”. Banco Mundial, Marzo de 2007, Informe No 37820.

multinacional de la droga”⁴⁸. Luego el problema del crimen organizado y la criminalidad como cultura urbana amenazan al mundo globalizado y representa un problema serio para la salud global.

6. Migraciones.

Las migraciones son fundamentales para la transmisión de enfermedades. Durante las últimas cuatro generaciones la distancia entre un extremo y otro de la vida de cada generación aumentó 10 veces, y la extensión del área abarcada por cada individuo en los movimientos migratorios a lo largo de su vida, lo hizo 100 veces. Además, aumentó el número de personas que migraron. Aproximadamente 650 millones de turistas cruzan las fronteras nacionales cada año. Otro punto importante es la migración de refugiados, que llegan a 20 millones en todo el mundo. Como consecuencia, algunos han propuesto rebautizar al *Homo sapiens* como *Homo vagans*. El desplazamiento de seres humanos es un modo de diseminación de ciertas enfermedades como la tuberculosis o la gripe, y pone de manifiesto la relevancia de la política sanitaria doméstica para el contexto internacional. La exportación de alimentos también representa un modo de transmisión de enfermedades, como lo ejemplifican la triquinosis en la carne de cerdo, o la encefalopatía espongiforme en el caso de la “vaca loca”.

Además, muchas veces el inmigrante no es quien trae un nuevo patógeno, sino que resulta ser huésped vulnerable a un agente infeccioso residente en el país de destino. Esto sucede por ejemplo con la diarrea del viajero, que ataca a habitantes de países desarrollados cuando visitan países del mundo pobre. A su vez la transferencia de genes es tan o más importante que la diseminación de agentes infecciosos. Los desplazamientos humanos determinarían un impacto sobre la genética de las poblaciones de microorganismos y de huéspedes. Normalmente las poblaciones de microorganismos tendían a adoptar características genéticas indígenas, consecuencia de su reclusión en determinadas áreas geográficas. Esto confería capacidad al huésped para desarrollar mecanismos de defensa contra un microorganismo determinado. Con las migraciones, las tribus de microorganismos pueden recibir material genético nuevo proveniente de pares de su misma especie pero indígenas de otras áreas, transportados por huéspedes migrantes, que además podrían ni siquiera estar enfermos. Esto propicia ventajas adaptativas en el nuevo híbrido, que pueden tornarlo más patogénico. De hecho es muy posible que este mecanismo esté suscitando resistencias a antibióticos y nuevas cepas muy virulentas de microbios previamente poco ofensivos.

7. Perturbación del medio ambiente.

Uno de los fenómenos más globales del siglo que nos espera por delante es la contaminación ambiental. El problema del medioambiente es hoy mismo, tema central de la agenda mundial. La variable medioambiente posee cuatro dimensiones predominantes: las fuentes de energía, las prácticas de agricultura, la urbanización progresiva y los desechos industriales. Las soluciones a estos problemas vendrán de la mano de la búsqueda de

⁴⁸ “Entrevista a Marcola del Primer Comando de la Capital”, *DESARROLLO (EED) y de Umverteilen*, 2005, Recosur.

energías alternativas y mejor administración de los modos de utilización de las actuales, la gestión del paisaje urbano, la práctica de técnicas sustentables de cultivo, el tratamiento de los desechos y especialmente la protección del hábitat natural. Este constituye, muy probablemente, uno de los principales determinantes de la salud humana en los años por venir. Cuando en 1909 se descubrió la manera de transformar el nitrógeno atmosférico (N_2) en amonio (NH_3), el hallazgo revolucionó el mundo de la agricultura porque potenció los rendimientos del campo de manera ininterrumpida. El inconveniente es que el nitrógeno de los abonos no utilizado por el vegetal para la síntesis de sus componentes es lavado por las lluvias y conducido hacia los ríos, causando estragos en el ecosistema costero y provocando lluvia ácida⁴⁹. Además este nitrógeno es modificado por las bacterias para dar formas aun más tóxicas. El hombre genera actualmente más de 160 millones de toneladas anuales adicionales de nitrógeno reactivo gracias a la utilización de combustible fósil como el petróleo (25 millones de toneladas) y a los fertilizantes en la agricultura (más de 100 millones de toneladas al año). Estas figuras se multiplicarán por cuatro o cinco para el año 2100 fundamentalmente gracias a la firme demanda de alimentos necesarios para la población en aumento. El exceso de nitratos agregado a la tierra y lavado por las lluvias, fertiliza las costas, genera sobre-crecimiento de algas que consumen mayor cantidad de oxígeno del agua y traen sofocamiento de la población de peces. Además, con el agua los nitratos pasan a la atmósfera y son responsables de la lluvia ácida que deteriora seriamente bosques y selvas. Los costos generados por el deterioro del ecosistema⁵⁰ a causa de las prácticas agropecuarias no pueden ser fácilmente medidos, pero se traducen en caída de los rendimientos, polución ambiental, menor disponibilidad de agua de buena calidad, desaparición de especies y cambios climáticos.

El medio ambiente es también una de las formas más globalizadas de influencia sobre la salud⁵¹. Se calcula que un medioambiente más saludable prevendría 13 millones de muertes anuales en todo el mundo. Dos de los factores ambientales más importantes son el agua contaminada y la polución ambiental con humos derivados de la combustión de madera utilizada para cocinar, calentar agua y calefaccionar el ambiente. Los más afectados por la polución ambiental son los niños. En países de rápida industrialización como China, el problema son los gases de efecto invernadero, de inferior magnitud que los problemas del agua contaminada y el humo de leña, pero de enorme impacto social por su volumen.

El cambio climático⁵² modificará ciertamente el ambiente físico de los hombres y la explosión demográfica tendrá que enfrentar problemas de provisión de alimentos, disponibilidad de tierras y escasez de agua. La evidencia científica parece robusta; el clima cambiará seriamente en el futuro cercano. La atmósfera está aumentando su temperatura debido predominantemente a la actividad humana, el uso de combustibles fósiles genera emisiones de gases “invernadero” tales como CO_2 y otros, y esto sumado a la disminución de los procesos naturales de captura de dióxido tales como la actividad de selvas y vida marina, provocan mayor contaminación atmosférica. La primera característica del cambio climático es que será en gran medida impredecible en su distribución temporal y

⁴⁹ Nosengo N. “Fertilized to death”, *Nature*, Vol. 425 (2003), pp.: 894-895.

⁵⁰ Tilman D, Gassman KG, Matson PA, Naylor R, Polasky S, “Agricultural sustainability and intensive production practices”, *Nature*, Vol. 418, (2002), pp.: 671-677.

⁵¹ The Lancet (Editorial), “The environment’s impact on health”, *The Lancet*, Vol 369 (June 23, 2007), pp.: 2052.

⁵² UK’s Ministry of Defence - Development, Concepts and Doctrine Centre (DCDC), Op. Cit.

geográfica, evolucionando especialmente a través de catástrofes inesperadas. Los hielos polares se derretirán, y el agua de los océanos se acidificará, con lo cual cambiarán corrientes, la actividad de regulación termal de las aguas, y la vida marina. En cuanto a la tierra, extensas proporciones de ella sufrirán desertificación y otras serán inundadas. Estos efectos se harán sentir en la disponibilidad de tierra para cultivo y vivienda, y en la migración de enfermedades tropicales como la malaria. El cambio climático podría facilitar, y de hecho lo hace, la aparición de nuevos problemas de salud como ser la malaria en zonas previamente frías que se vuelven templadas, o por el aumento de lluvias en una región. Hay ejemplos más extravagantes, como ser la proliferación de *Aedes Aegyptii*, el mosquito transmisor del Dengue, el cual prolifera gracias al uso de neumáticos, los cuales una vez en desuso resultan un reservorio ideal para el vector. Un aspecto importante del cambio climático es que permanecerá altamente politizado debido a los profundos intereses económicos en juego y al desafío que la respuesta a las catástrofes impone para las administraciones de los países. Todos estos cambios afectarán ciertamente la salud de la población y los mismos se instalan necesariamente como problemas globales.

En referencia a la polución ambiental se estima que la contaminación atmosférica es causa agravante de enfermedades respiratorias y que probablemente aumente el riesgo de padecer algunos tumores. El agua contaminada actúa como vehículo de agentes infecciosos que causan diarreas y hepatitis, y de tóxicos como el arsénico, mercurio y otros, que dañan la piel y afectan el desarrollo. Se ha generado un marco regulatorio extenso respecto de la contaminación ambiental y de su contracara, el desarrollo sustentable. Estas regulaciones atinentes a las modalidades de consumo y producción son más estrictas en países desarrollados, lo que promueve el desplazamiento de la contaminación hacia zonas más agrestes y menos celosas, naturalmente en países emergentes. Conclusión, existe una dinámica global de la contaminación ambiental que la reubica en el mundo pobre, y la salud humana es indudablemente el móvil primario de todas las acciones tendientes a controlarla. Dos ejemplos relevantes para Argentina son el Riachuelo y la problemática agropecuaria.

Se ha estimado que 4% de todas las muertes y 6% de todo el daño (muerte e incapacidad) producido por las enfermedades en el mundo, se deben a falta de agua potable y cloacas. Asumiendo las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para la región, **en Argentina es razonable esperar que 7 de cada 100.000 personas muera anualmente por causas asociadas al agua potable y las cloacas.** Los desechos industriales y la degradación del ambiente se suman a este daño. La falta de agua potable y cloacas produce diarreas, parásitos intestinales, hepatitis, intoxicación con arsénico, encefalitis y envenenamientos con desechos industriales. Todo este perjuicio a la salud es prevenible. El Riachuelo es un ejemplo flagrante de esta contaminación del agua de que hablamos; en su cuenca viven 1 de cada 6 argentinos, sin agua corriente ni cloacas. Gastar plata en mejorar la salud a través de intervenciones sobre la calidad del agua pagaría entre 3 y 34 veces cada dólar invertido según las estimaciones de la misma OMS. De un lado del Riachuelo la expectativa de vida al nacer es de 75 años; del otro lado, 73. Una persona nacida en el Gran Buenos Aires, si tomamos los datos del INDEC, debería esperar vivir dos años menos que en la Capital.

La producción agropecuaria impacta sobre la salud. Las relaciones entre producción agropecuaria y salud van más allá de la seguridad alimenticia e involucran temas de

desarrollo sustentable, gerenciamiento del medio ambiente y desarrollo económico local. Los países miembros de la *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) invierten 1.000 millones de euros diarios en subsidios a la agricultura⁵³. Los subsidios transfieren fondos a los agricultores y afectan entonces su competitividad en la esfera global. Esto genera, entre otras cosas, excesos de alimentos en los países ricos. La sobre-oferta de alimentos contribuye a la crisis actual de obesidad, dislipidemia, diabetes e hipertensión arterial. Además, ya se ha discutido el impacto ambiental de la agricultura basada en el uso de fertilizantes, que es indudablemente promovida por el otorgamiento de subsidios que intentan aumentar la productividad de zonas naturalmente de bajo rendimiento, y todo esto fundamentalmente gracias al uso de fertilizantes con sus consecuencias. Por otro lado, las políticas agropecuarias de los países centrales condenan a la pobreza al mundo rural de los países en vías de desarrollo, hecho que favorece la aparición de enfermedades en este grupo humano, a la vez que promueve la proliferación de asentamientos urbanos pobres en las ciudades de países periféricos.

Efectos sobre el recurso humano y la agenda científica.

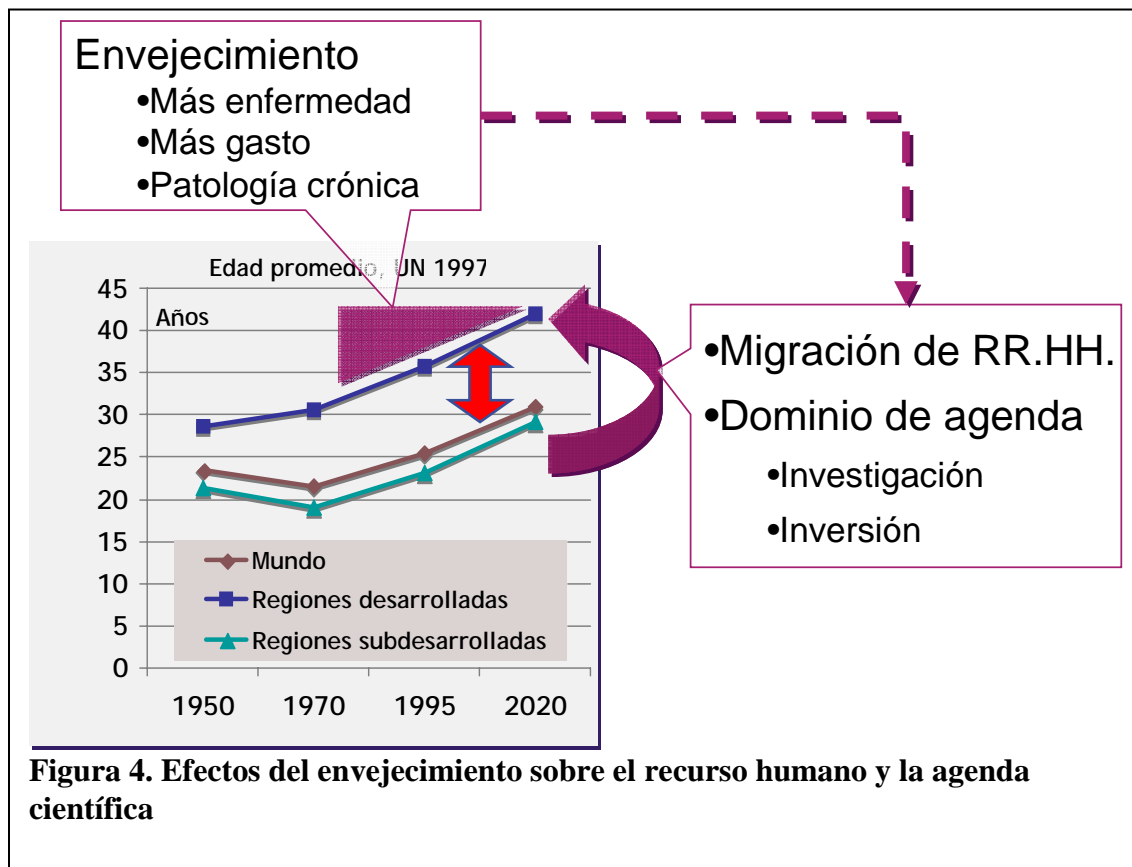
Cambio demográfico con envejecimiento, inequidad tecnológica y científica y obviamente las diferencias de organización social, llevan a una extrema movilidad y migración del recurso humano desde las zonas más desfavorables hacia el primer mundo (figura 4). Además, dado que los recursos e intereses se centran en los países más ricos, entonces la agenda científica también lo hace; por ello se investiga aquello que conviene a los países más avanzados. El mundo enfrenta una crisis formidable del recurso humano en salud⁵⁴. Tanto el número de médicos como enfermeras será insuficiente para afrontar las demandas de un mundo en el cual el mayor número de gerentes determinará un mayor número de personas dependientes del recurso mencionado. Además, la fragmentación familiar, la burocratización del empleo y los costos enormes de las instituciones geriátricas, determinan una situación de escasez de cuidadores informales. Los países desarrollados tendrán la mayor proporción de población envejecida y las condiciones laborales más atractivas para la inmigración de enfermeras, médicos, y otros cuidadores. Luego funcionarán como atractores de este recurso, a expensa de una peoría de la distribución del mismo entre los países más pobres. Actualmente se estima que los hospitales de Estados Unidos necesitan 126.000 enfermeras que no consiguen; además 90% de los institutos de internación para ancianos tiene serios problemas de falta de personal; el desempleo entre los enfermeros diplomados en ese país no llega al 1%. Para el año 2020 Estados Unidos contará con tan solo el 30% de las enfermeras que necesita para cubrir su demanda, lo que equivale a decir que para ese entonces necesitarán 800.000 enfermeras diplomadas que no podrán ser cubiertas por los egresados de sus propias escuelas de enfermería.

Argentina cuenta con 0,8 enfermeras cada 1.000 habitantes, es decir unas diez veces menos que Francia. Evidentemente no podremos competir, en el esquema actual, por la posesión

⁵³ "The total support provided to agriculture in wealthy OECD countries is close to 1 billion US dollars every day". Luncheon address by Ambassador Sergio Marchi to Canadians, Europe (Belgium Chapter) & Centre for European Policy Studies (CEPS), Brussels, November 28, 2002. "The World Trade Organization: From Doha and Beyond".

⁵⁴ Fleming K, Evans J, Chutka, D, "Caregiver and Clinician Shortages in an Aging Nation", *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 78, (2003), pp.: 1026-1040.

de ese recurso humano fundamental para el sistema de salud. Y en nuestro caso se trata también de un escenario social envejecido, con predominio de enfermedades crónicas con alta demanda de cuidados. Bien podríamos denominar a este fenómeno de movilización del recurso humano más calificado como la “reubicación de los que saben”.



2. CONSECUENCIAS DEL NUEVO ESCENARIO GLOBAL PARA LA SALUD.

Las tendencias globales enumeradas (inequidad, tecnología, dominancia médica, envejecimiento, urbanización, migraciones y cambio ambiental), conllevan tres rasgos fundamentales: inaudita asimetría sanitaria, nuevo modo de enfermar que pone a prueba toda su capacidad tecnológica y organizativa y un nuevo tipo de conflicto social vinculado a la demanda de salud equitativa y la necesidad de ayuda humanitaria.

A. Nuevo modo de padecer: la enfermedad crónica.

Hasta finales del siglo XX parecía que la mortalidad se reduciría en todos los países de manera convergente en un proceso de mejoría de la salud liderado por las naciones ricas. Lamentablemente el panorama es otro. En los próximos cinco años se espera la reducción de las expectativas de vida en más de cuarenta países⁵⁵, principalmente a causa de SIDA y enfermedad cardiovascular por estrés social y alcohol. Rusia es en este sentido un caso índice. En Argentina, habrá que ver qué ocurre con los efectos del desempleo, la pobreza y el aumento del comercio sexual. En este nuevo mundo dos epidemias se insinúan con fuerza en el horizonte; la infección con HIV/SIDA y la epidemia de enfermedades crónicas asociadas a la enfermedad vascular (infarto cardíaco, ataque cerebral, y demencia). Nos referiremos a la segunda (y más masiva), y discutiremos las implicancias del envejecimiento poblacional sobre ellas.

Casi un 60% de la carga que la enfermedad impone sobre Europa es atribuible a 7 factores de riesgo fundamentales⁵⁶:

- 1 – Hipertensión arterial (12,8%)
- 2 – Tabaco (12,3%)
- 3 – Alcohol (10,1%)
- 4 – Colesterol sanguíneo elevado (8,7%)
- 5 – Sobrepeso (7,8%)
- 6 – Bajo consumo de frutas y vegetales (4,4%)
- 7 – Sedentarismo (3,5%)

Otro factor importante es la diabetes. Estas características del individuo determinan la mayor parte de la enfermedad de una comunidad específica. A mayor presencia de los mismos, mayor número y gravedad de los enfermos. Como se deduce de la lista, trátase fundamentalmente de consecuencias del estilo de vida moderno.

Las enfermedades crónicas que vienen a predominar en el mundo son, especialmente, el cáncer y la enfermedad vascular. Se denomina enfermedad vascular al daño crónico sobre la pared de los vasos sanguíneos que produce aterosclerosis y se manifiesta por infarto del corazón, angina de pecho, insuficiencia cardíaca o ataque cerebral⁵⁷. Es posible que al

⁵⁵Nicholas Eberstadt. Op. cit.

⁵⁶ World Health Organization, Europe, "Tackling Europe's major diseases: the challenges and the solutions", Fact sheet EURO/03/06, Copenhagen, 11 September 2006.

⁵⁷ Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G Pyörälä, together with members of the Task Force, "Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Summary of recommendations of the second joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention", *Journal of Hypertension*, vol. 16 (1998), pp.: 1407-1414.

menos una parte de la demencia también se deba a esta patología vascular⁵⁸. La epidemia de enfermedad vascular posee tres cualidades fundamentales, a saber: primero, en los países subdesarrollados el pico de incidencia de enfermedad vascular ocurre a edades más tempranas, principalmente entre la población activa; en segundo lugar, estas enfermedades son prevenibles mediante la intervención sobre factores de riesgo sofisticados y muy vinculados al estilo de vida; por último, para modificar el medio social donde dichos factores de riesgo emergen será necesario intervenir sobre aspectos políticos por fuera del ámbito tradicionalmente asignado a la salud. Estos factores de riesgo vascular se encuentran determinados por cuestiones sociales como ser nivel de empleo, educación, y salario, además de cuestiones relacionadas a la infraestructura y las redes de contención social. El punto clave en este tipo de enfermedades es que desafían la forma tradicional de ayudar al mejoramiento de la salud en el mundo subdesarrollado. Partiendo de la premisa de que estas enfermedades no se “curan” en el sentido infeccioso del término, sino que el individuo convive por décadas con una situación que lo expone permanentemente a un riesgo más o menos aumentado de sufrir un evento agudo que implicaría invalidez o la muerte, entonces la efectividad de las intervenciones debe medirse en otros términos. Además, la ayuda debe orientarse a la superación de ciertas cuestiones conductuales y sociales que no se hallan directamente bajo la égida del sector salud, pero cuya repercusión sobre el mismo hoy queda fuera de toda duda.

Los costos derivados del envejecimiento, al menos en salud, son incalculables. En 1998 las personas mayores consumieron un tercio de los aproximadamente \$1,146 billones de dólares que demandó la salud en EE.UU.⁵⁹; proporciones similares se repiten en todo el mundo. Las personas mayores utilizan más recursos de salud, y por tanto los costos de la medicina aumentarán con el incremento de este grupo etario; si bien los costos de salud en niños y trabajadores van a disminuir al reducirse proporcionalmente su número, la compensación no será suficiente, con el consiguiente aumento de la presión fiscal sobre la población activa⁶⁰. El mal de Alzheimer (EA), un trastorno neurodegenerativo progresivo caracterizado por el deterioro de las funciones mentales superiores (abstracción, memoria, etc.) es la principal forma de demencia y se asocia al envejecimiento en la enorme mayoría de los casos. Esta terrible enfermedad ocurre en el 7 a 10% de las personas de 65 años, y llega a encontrarse en el 40% de los mayores de 80 años⁶¹. Su presencia entonces, en el mundo del futuro cercano, será a la forma de epidemia. Respecto de la demencia, esta enfermedad constituye indudablemente uno de los peores escenarios de la enfermedad crónica en general. A pesar de que el principal factor de riesgo para la demencia es una vida larga, esta enfermedad, según lo han demostrado estudios longitudinales recientes, no parece ser una consecuencia inevitable del envejecimiento⁶², y las investigaciones se orientan hacia el descubrimiento de aquellos hábitos de vida o enfermedades crónicas que,

⁵⁸ Birkenhäger WH, Forette F, Seux ML, Wang JG, Staessen JA, “Blood pressure, cognitive functions, and prevention of dementias in older patients with hypertension”, *Archives of Internal Medicine*, vol. 161 (2001), pp.: 152-156.

⁵⁹ Scheider EL. Op. cit.

⁶⁰ Vanston N, “The economic impact of aging”, *The OECD OBSERVER*, Issue 212 (Jun/Jul 1998). Disponible en: www.oecd.org.

⁶¹ Sisodia SS, “Alzheimer's disease: perspectives for the new millennium”, *Journal of Clinical Investigation*, Vol. 104, n° 9 (1999), pp.: 1169-70.

⁶² Morris JC, “Is Alzheimer's disease inevitable with age?”, *Journal of Clinical Investigation*, vol. 104, n°9 (1999), pp.: 1171-1173.

adquiridos en la juventud, podrían favorecer la aparición de demencia. Este punto nos trae nuevamente a los mencionados factores de riesgo vascular⁶³. En el mundo se estima que la cantidad de personas con demencia ronda actualmente los 25 millones, cifra que se duplicará cada 20 años hasta superar los 80 millones de afectados en el 2040. La mitad de estos casos se deben a Enfermedad de Alzheimer y del resto la mayoría sería enfermedad vascular cerebral. Esta cantidad impresionante de enfermos representa un sufrimiento enorme tanto para pacientes como familiares y una presión de costos insostenible para cualquier sistema de salud. A su vez esta enfermedad es causa de profundos trastornos psíquicos entre los cuidadores y familiares de las personas afectadas, los cuales muy frecuentemente sufren estrés y depresión. Para hacernos una idea de los costos, en Estados Unidos el cuidado de sus 4,5 millones de pacientes con demencia cuesta 100 mil millones de dólares al año. En la Unión Europea por su parte, actualmente con 5 millones de pacientes, el costo anual atribuible directamente a la enfermedad es de 55 mil millones de euros.

B. Asimetría sanitaria.

Mencionamos más arriba que los países subdesarrollados representan el 84% de la población mundial, perciben tan sólo el 18% del ingreso global, concentran el 93% de todo el daño que la enfermedad causa en términos de muerte precoz e invalidez (burden of disease) al conjunto de la Humanidad, pero gastan solo el 11% de lo que el mundo entero invierte en cuidados de la salud⁶⁴. De acuerdo a lo reportado por la Organización Mundial de la Salud⁶⁵ en 2004 el mundo gastó un total de 4,1 billones de dólares en salud. Esta enorme cifra equivalente al 40% de toda la economía norteamericana, fue distribuida, no obstante, de forma asimétrica. Veinte países miembros de la OECD, que juntos representan 20% de la población mundial, consumieron 90% de dichos recursos. Ellos gastan en promedio el 11% de su PBI en salud, mientras que los países africanos utilizan un 4,7%. De este modo un país de la OECD gasta U\$S 3.080 por año *per capita* en salud, y uno africano U\$S 36, siendo que allí vive 37% de la población mundial y se concentra el 60% de toda la enfermedad del planeta. Los países de América Latina excluyendo los miembros de la OECD representan 12% de la población mundial, y con el 11% de toda la enfermedad del planeta gastan el 5% de los recursos totales destinados a salud en el mundo. Argentina gasta unos \$ 390 dólares anuales por habitante en salud, de los cuales la mitad sale directamente del bolsillo de la gente y el resto es de origen público o mediante Obras Sociales.

Pero esta asimetría en la distribución de los recursos posee su contracara: la asimetría en la distribución de la mortalidad. Ahora bien, siguiendo la línea argumental inicial y la relevancia que hemos concedido a los determinantes sociales de la salud, es muy probable que toda esta inequidad sea debida en realidad a dos velocidades integrales de desarrollo, dos pendientes divergentes que conforme evolucionan en el tiempo muestran mayor contraste entre pobres y ricos, desarrollados y subdesarrollados. Esto nunca fue tan marcado en el paisaje planetario y nunca implicó tanta diferencia en cuanto a la longitud y

⁶³ De la Torre J, "How do heart disease and stroke become risk factors for Alzheimers' disease?", *Neurological Research*, 2006.

⁶⁴ Schieber G, Maeda A, "Health care financing and delivery in developing countries", *Health Affairs*, Vol 18, Issue 3 (1999), pp.: 193-205.

⁶⁵ World Health Organization, "World Health Statistics 2007", Geneva 2007.

calidad de la vida humana. Además, el problema nunca estuvo tan visible a la comunidad global como lo está ahora merced a los medios de comunicación masiva.

C. Nuevo conflicto social.

La sociedad que se avecina posee tres influencias profundamente perturbadoras de su fisonomía tradicional: Internet, como símbolo de la conectividad total, los medios de comunicación, como negocio en torno a la información, el entretenimiento, la influencia sobre la conducta de consumo del hombre y una crisis de identidad originada en la zozobra de valores tradicionales. La mayoría de las proyecciones concuerdan en que la percepción de inequidad aumentará, y que el mundo se enfrenta a una crisis de democratización debido al fracaso del Estado en la promoción de una justa distribución de los beneficios sociales, lo cual promoverá el reclamo social y un auge marxista urbano. Además, la sensación de desarraigo promovida por la decadencia de la Patria y el Estado Nación llevará a la política de identidad, con lealtades que vendrán fijadas por pertenencias diferentes de la nacionalidad, como ser ideas particulares, opciones sexuales, posición laboral o social, y otras. Esta crisis comunitaria favorecerá el populismo como modo de clientelismo masivo. Por otro lado la proliferación de fuentes de información y la rebeldía implícita contra toda fuente de autoridad situará a cada persona frente a “su verdad”, con el consiguiente aislamiento relativo e insatisfacción permanente; el consenso será cada vez más difícil. Muchas de las funciones otrora estatales serán asumidas aunque más no sea parcialmente por ONG’s, cuyo número aumentará. La empresa será un sitio de pertenencia crucial para las personas, que debido a la expansión del conocimiento y la creciente competitividad verán acelerada, paradójicamente, la velocidad de obsolescencia laboral.

El acentuamiento de la internacionalización de los mercados de bienes, servicios y laboral, afectará severamente a las economías regionales, para bien en algunos casos (gracias a la expansión de las oportunidades) y mal en otros (debido a la insostenible presión de la competencia). Evidentemente las telecomunicaciones tendrán una posición destacada en el desarrollo de este escenario. Gran parte de la población mundial estará “on line” la mayor parte del tiempo. Con la globalización se multiplicarán las formas laxas de asociaciones políticas, culturales y económicas, vinculando personas dispersas por el mundo. Esto aumentará la interdependencia de los estados, a la vez que acentuará la independencia del individuo. Algunas consecuencias de este nuevo escenario para la salud, serán:

- 1 – La salud constituirá un derecho del individuo exigible a la comunidad global. Ahora será el “mundo” el que deba responder por la salud de cada ser humano, no ya el Estado.
- 2 – Pero como efectivamente el cuidado de la salud de la comunidad seguirá estando bajo la égida del Estado Nacional, entonces el mismo se encontrará sometido a enormes presiones globales para llevar adelante su cometido.
- 3 – El valor central detrás de la asistencia de la salud será la equidad. El mundo será cada vez más inequitativo, pero buscará cada vez con tanta mayor fuerza la igualdad.

3. SALUD GLOBAL COMO ESTRATEGIA.

Podemos afirmar con cierta seguridad entonces, que existe una dinámica global de la salud: hay riesgos compartidos inobservantes de las fronteras nacionales, los recursos necesarios para mejorar la salud se generan en ciertos países y deben ser utilizados por todos, y los intereses comerciales globales influyen decisivamente sobre políticas nacionales y aún mundiales. Cabe entonces preguntarse si tal dinámica de hecho puede traducirse en una problemática política que requiera soluciones institucionales a escala global.

A. Respuestas actuales a la dinámica de salud global.

Actualmente la comunidad internacional viene dando dos tipos fundamentales de respuesta a los problemas que plantea la dimensión global de la salud: marco regulatorio y ayuda financiera. El marco regulatorio tiende a crear estándares acordes a las necesidades de los países más desarrollados y la ayuda no se orienta a modificaciones estructurales de las causas de la enfermedad y pobreza del mundo subdesarrollado, sino que brinda recursos adicionales a estructuras ya existentes. En dicho entorno han aparecido una serie de actores transnacionales que hoy por hoy lideran el cambio en la estrategia global de salud.

Flujo de Capitales y Ayuda externa.

La participación de una nación subdesarrollada en el mercado mundial de capitales puede afectar seriamente su sistema y condiciones de salud, de múltiples formas. En primer lugar las oleadas de financiamiento externo pueden favorecer ataques especulativos, aumentando la pobreza y creando inestabilidad financiera en los países. En segundo lugar, ciertas recetas macroeconómicas destinadas a atraer capitales, disciplina fiscal u otras, podrían afectar el gasto público en salud y poner en desventaja al más pobre. Por último, el diseño de un “negocio” con la salud puede distorsionar el mercado, afectando a todo el sistema. Por ejemplo, para que el médico sea más barato se podría estimular la producción de médicos, lo cual podría distorsionar la calidad del recurso formado y el propio mercado profesional, o se podría ofrecer alguna ventaja adicional al sector privado en desmedro del público, perjudicando la distribución equitativa de salud en la población.

-Comercio de bienes de salud.

El mercado de bienes y servicios de salud es una de las realidades más globales de la tierra, ejemplificado paradigmáticamente en las industrias farmacéutica, biotecnológica, alimenticia, en la producción agropecuaria y en las compañías aseguradoras. La salud se ha transformado de facto en un mercado global y consecuentemente sigue reglas de comercio que superan ampliamente la realidad estatal.

Políticas comerciales como los acuerdos referentes a tarifas y otras barreras al comercio transnacional afectan el comercio internacional de bienes y servicios de salud. La principal institución reguladora es la Organización Mundial del Comercio (OMC), creada en Uruguay en 1994 como evolución del *General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT). Las políticas más directamente relacionadas con el mercado de la salud son:

- Los aspectos comerciales relacionados a la propiedad intelectual (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* - TRIPS). El cambio en la **legislación internacional sobre patentes** es otro modo de intersección entre salud global y comercio internacional. Por ejemplo la producción de medicamentos genéricos ha sido vista como una promesa para aumentar el acceso de gente pobre a drogas esenciales⁶⁶. Aquí la defensa de la propiedad intelectual puede favorecer monopolios y precios elevados en insumos críticos para el cuidado de la salud, pero como contrapartida, la vulnerabilidad de los derechos de los inventores sobre sus descubrimientos lacera la innovación.
- El acuerdo general sobre comercio de servicios (*General Agreement on Trade in Services* - GATS). Dado que el cuidado de la salud es un servicio, este tipo de acuerdos favorece la intromisión internacional en un sector de la actividad económica fuertemente dependiente del recurso humano y con repercusión directa en el bien salud.
- Los acuerdos sobre barreras técnicas a los acuerdos comerciales (*Technical Barriers to Trade Agreement* - TBT). Ciertas barreras técnicas fundamentadas en cuestiones de seguridad o medio ambiente poseen repercusiones en la salud de la población, ya sea por excesivo rigor en unos casos, como por laxitud en otros.
- Los acuerdos sobre estándares sanitarios y fitosanitarios (*Agreements on Sanitary and Phytosanitary Standards* - SPS). Los estándares sanitarios pueden promover el comercio de bienes más seguros en términos médicos, aunque pueden ser utilizados para obstaculizar el desarrollo en áreas incapaces de colocarse a la altura de estándares demasiado sofisticados. Desde hace 50 años el GATT otorga a los estados miembros, en su artículo XX, el derecho a aplicar restricciones sanitarias al desplazamiento de productos cuando dichas medidas son necesarias para proteger la salud de humanos, animales o plantas. A su vez los miembros del acuerdo se hallan autorizados por el artículo XIV a restringir servicios y proveedores de servicios, en orden a la protección de la salud. El rubro alimentos es uno de los más afectados en este sentido, pero no es el único, las políticas ambientales también lo son. Las últimas experiencias con la encefalopatía espongiiforme bovina (vaca loca) y la gripe aviar muestran que las restricciones sanitarias probablemente aumentarán en el futuro.
- Los acuerdos comerciales sobre productos agropecuarios. Los productos agropecuarios repercuten en la salud de la población por su relación con la comida, el empleo y el impacto ambiental que causa el cultivo.

Por otro lado, **la liberalización del comercio** puede afectar la salud directamente, como cuando una enfermedad cruza una frontera mediante un bien tranzable, o cuando la aparición de un problema de salud interrumpe el comercio o tráfico entre naciones en algún rubro determinado. A su vez el impacto puede ser indirecto, como por ejemplo cuando la reducción de tarifas comerciales puede conducir a la reducción del precio de medicamentos y tecnología para la salud, aumentando la accesibilidad.

⁶⁶ UN Millennium Project 2005 - Task Force on Science, Technology, and Innovation, "Innovation: Applying Knowledge in Development".

Las diferentes **modalidades de comercialización de bienes y servicios relacionados a la salud** han sido clasificadas en cuatro modos específicos: provisión transnacional de servicios de salud (telemedicina o *e-health*), consumo externo de servicios de salud (viaje de pacientes al exterior en busca de tratamiento médico), la presencia comercial (establecimiento de servicios de salud en países implicados), presencia de personas naturales (médicos y enfermeras que buscan ejercer en otros países distintos al suyo). Dado que los bienes y servicios han pasado a ocupar algo así como el 60% de la economía mundial, el recurso humano calificado se ha convertido en un ingrediente clave del desarrollo económico; en este sentido uno de los principales inconvenientes de los países pobres es la migración de sus médicos y enfermeras hacia sociedades más desarrolladas. Las políticas comerciales internacionales también influyen sobre este tipo de tendencias.

El **impulso a la productividad** es también un arma de doble filo desde el punto de vista sanitario. El medio ambiente se degrada debido al aumento de la actividad industrial por la reactivación económica, pero como la inversión es poca y los controles sanitarios se deterioran por la fragilidad institucional de algunas regiones, entonces la polución aumenta. La polución ambiental en un país pobre tiene efectos mucho más deletéreos que en uno desarrollado. El ejemplo de China es muy ilustrativo⁶⁷. Dos periódicos chinos, luego de investigar el tema, concluyeron que la mayoría de los traslados internos de industrias dentro de ese país se debía a cuestiones de polución ambiental. Vale decir que se trataba de transferencia de contaminación de un lugar a otro de China. Esta tendencia de regiones desarrolladas de trasladar sus industrias más contaminantes hacia zonas menos perjudicadas por la polución y más pobres. Este fenómeno ha sido denominado “re-localización de la polución”⁶⁸ y se encuentra directamente afectado por los marcos regulatorios comerciales internacionales. El inconveniente adicional de este fenómeno es que saca la polución de las ciudades y la traslada al campo y zonas agrestes. El “culto al PBI” es uno de los principales enemigos del medio ambiente, ya que en el afán de aumentar el número de bienes producidos se relegan aspectos de sustentabilidad del crecimiento y repercusión de la industrialización sobre la salud. Hay lugares en China que para atraer inversiones ofrecen, entre otras ventajas, una disminución considerable de las presiones ambientalistas, es decir, la libertad para que las industrias contaminen a discreción. ¿No actuará de igual manera la corrupción de la dirigencia política? Además que, dada la propia dinámica de la economía, regiones pobres como la nuestra no pueden darse el lujo de ser selectivos a la hora de tomar una u otra industria, lo cual las condena a aceptar las más contaminantes. En China, por ejemplo, algunas organizaciones⁶⁹ han calculado que la degradación ambiental podría implicar pérdidas del orden del 13% del PBI.

La Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública⁷⁰ ha expresado su preocupación por las repercusiones que ciertas regulaciones del comercio mundial podrían tener sobre la salud. A partir de los años ochenta el sistema de salud de EE.UU. y posteriormente de otros países se volvió progresivamente más orientado por las fuerzas del mercado mediante la

⁶⁷ Yang L, “CHINE. Région pauvre cherche industrie polluante”, *Courrier International*, hebdo papier n° 807, 20 avril 2006.

⁶⁸ “*délocalisation de la pollution*”

⁶⁹ Ziran zhi you - Amigos de la Naturaleza. Disponible en: <http://www.fon.org.cn>.

⁷⁰ World Federation of Public Health Associations, “International Trade Agreements: Priorities for Health”, WFPHA Position Paper.

privatización, la desregulación y la descentralización. Esto ha llevado, en la perspectiva de la Federación, a un aumento de las personas sin cobertura de salud y a un aumento de la inequidad en salud. Uno de los responsables de este hecho sería el GATS. Cada vez son más los elementos que se incorporan a este marco regulatorio y que directa o indirectamente afectan a la salud global. Además, este tratado funciona en cierta manera como plantilla para otros similares a celebrarse a nivel regional.

La eliminación de las barreras comerciales y la apertura del acceso a ciertos mercados domésticos como la salud y otros relacionados (provisión de agua potable y cloacas, p. Ej.), expone estos sectores a fuerzas globales y quita herramientas al Estado para intervenir a favor del más necesitado, quien podría caer fuera de los intereses del “mercado”. Otros sectores involucrados, que si bien no forman parte directa del sector salud influyen poderosamente sobre el mismo, son educación, energía y transporte. El inconveniente de este tipo de tratados es que buscan liberalizar los servicios públicos, con lo cual cambia la dinámica de los mismos en cuanto a sus prioridades y misión dentro de la comunidad política. En cierta forma, como la misión del Estado Nacional se perfila mediante la provisión de algunos de dichos servicios, entonces lo que en definitiva se desdibuja es el rol del propio Estado. A su vez, como el gasto en salud es inmenso y repercute de manera formidable sobre la macroeconomía de las naciones, el comercio internacional genera su propia doctrina para mejorar esta variable, con prescripciones a menudo reñidas con posturas más “sociales” respecto de las funciones de la comunidad organizada. Ideológicamente el problema se inscribe en la dialéctica general de Globalizadores *versus* Anti-globalizantes. Por otro lado, una corporación internacional es improbable que se mueva por las mismas motivaciones que el poder político local en cuanto a la provisión de servicios básicos. Respecto del sector salud, esta desregulación podría implicar mayor inequidad, así como un cambio en los estándares, diferente de lo esperable bajo la perspectiva de la justicia social.

-Ayuda externa.

La ayuda financiera desde países ricos hacia países emergentes constituye un medio importante de influencia sobre estos países receptores, hecho que actúa como un fuerte condicionante de la escena política de las naciones tanto donantes como beneficiadas.

Se denomina “recursos de salud”⁷¹ al dinero, productos, equipos y servicios usados para hacer frente a las necesidades de salud de la población. Pero existen áreas de estos recursos, como por ejemplo aquellos destinados a la educación médica, que no siempre aparecen representados en las estimaciones a pesar de su indiscutible relevancia. A nivel nacional las dificultades de definición y monitoreo son mayores. Además, los recursos para la salud pueden ser públicos o privados, siendo estos segundos aún más difíciles de calcular. El gasto en salud ha sido definido como las erogaciones destinadas al cuidado de la salud hechas por fondos públicos, estados, cuerpos regionales y gobiernos locales. Además de la seguridad social, en el caso del gasto público, o por seguros privados, aportes filantrópicos y el gasto de bolsillo, en el caso del privado. En el mundo entero existe una relación

⁷¹ Eiseman E, Fossum, “The Challenges of Creating a Global Health Resource Tracking System”, *RAND health*, 2005, MG-317.

bastante directa entre gasto en salud y PBI per capita. Además el Estado responde por el 50% del gasto en salud en países pobres y por el 70% en los miembros de la OECD. A su vez, como porcentaje del PBI, los países pobres invierten en promedio un 4% de su PBI en salud y los ricos arriba del 8%. Esto trae como consecuencia una dificultad adicional para los países pobres. Dado que en estos el Estado participa aportando tan solo la mitad del gasto, un aumento del 10% en el gasto total del gobierno pasa a representar tan solo un 5% de aumento del gasto total en salud.

En cuanto a los países industrializados, en estos la cobertura es universal, pero enfrentan otro problema; la contención del gasto. Son países en los cuales el gasto en salud, favorecido por el envejecimiento de su población, amenaza con devorar toda la renta.

Por su parte, el sistema de salud de los países pobres enfrenta un desafío formidable en cuanto a accesibilidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud. El gasto público en salud se encuentra limitado por la parvedad de la base impositiva, una estructura administrativa ineficiente y corrupta. El resto del gasto lo afrontan los particulares, en su mayoría pobres y en desventaja por el hecho de estar enfermos. A su vez las posibilidades de instaurar un sistema formal de seguro son escasas debido al reducido tamaño del empleo formal, la escasa capacidad de ahorro de la población y un pobre ambiente institucional.

Un informe del Fondo Monetario Internacional (FMI) analizó la modalidad de la ayuda económica global⁷². La ayuda oficial para el desarrollo (*Official development assistance - ODA-*) hacia los países en desarrollo ha aumentado sostenidamente desde 1970 y hasta 1990 cuando, con el final de la Guerra Fría, cayó notablemente. Luego la tendencia se revirtió y la ayuda oficial para el desarrollo volvió a aumentar a los valores anteriores a 1993. Casi tres cuartos de la ODA provista entre 1970 y el 2003 ha sido propuesta mediante tratados bilaterales, aunque la cantidad del aporte canalizado mediante tratados unilaterales ha venido aumentando. La ayuda privada representa un 11% de la ayuda total para el desarrollo. Casi dos tercios de la ODA se destina a países de muy bajo ingreso (Ingreso promedio *per capita* inferior a \$ 825) y otro tercio beneficia a países con ingresos intermedios de \$ 3.255, con grandes bolsones de pobreza, como ser Argelia, Brasil, China o Tailandia. Únicamente un 3% de la ayuda total se destina a países de ingreso intermedio alto como Argentina o Chile. África recibe 30% de toda la ayuda oficial para el desarrollo, lo que sin embargo equivale a \$35 por africano por año (2003).

Respecto de la ayuda internacional vale la pena remarcar:

- Los países grandes reciben la mayor proporción, que sin embargo representa poco dinero para cada uno de sus habitantes dada la enormidad de su población. Por ejemplo India o Nigeria son grandes beneficiarios, pero sus habitantes reciben menos de \$2 por año, contra \$225 de Santo Tomé y Príncipe.
- Los donantes más importantes son Estados Unidos, Japón y los países de la Unión Europea. No obstante como porcentaje del PBI Japón dona sólo 0,25% contra Suecia o Dinamarca con casi el 0,7% de su PBI.
- De la ayuda, un 40% está destinado al desarrollo de infraestructura económica y la promoción de los sectores productivos (agricultura industria y comercio), aunque

⁷² IMF, "Picture This, Aiding Development", *Financial & Development*, vol. 42, n° 3 (September 2005).

recientemente han cobrado renovado interés sectores más sociales como salud, educación, servicios sanitarios y reforma institucional, llegando al 30% de la ayuda total en el 2003.

- Como última característica de la ayuda económica oficial para el desarrollo, está el hecho de su relación conflictiva con el desarrollo de los países beneficiarios. Esta suele ser muy ineficiente.

Si se enmarca el problema de la salud global en el contexto del financiamiento del desarrollo, entonces la meta mundial estaría contemplada dentro de los Desafíos de Desarrollo para el Nuevo Milenio de Naciones Unidas. Hasta ahora los estudios aseguran que dichas metas requieren aumentar sensiblemente la ayuda financiera oficial actual al desarrollo, hasta acercarse a los \$135 mil millones de dólares aproximadamente. Las iniciativas para recaudar esa suma intentan ir más allá de los mecanismos habituales de ayuda presupuestaria, e incluyen el establecimiento de regímenes impositivos globales a transacciones comerciales o financieras, loterías globales y otros sistemas de ayuda filantrópica globalizada y demás⁷³.

La ayuda financiera internacional para la promoción de la salud ha despertado interés por algunos temas inherentes:

- Desarrollo de herramientas para monitorizar la eficacia de la ayuda externa.
- El balance entre la ayuda destinada al desarrollo en salud y aquella derivada a bienes públicos globales para la salud.
- El soporte a estructuras de gobierno globales.
- El dilema entre financiamiento de programas y desfinanciamiento del sistema de salud.
- La importancia de la inversión directa privada doméstica y la ayuda externa.
- El impacto de otras políticas comerciales sobre la economía doméstica e indirectamente sobre la salud nacional.

Nunca antes había sido tan ingente la suma de dinero destinada a los problemas globales de salud⁷⁴. Uno de los disparadores del fenómeno ha sido indudablemente la pandemia de HIV/SIDA. El manejo del SIDA disponible a partir de 1997 cuesta unos 20 mil dólares anuales en todo concepto, suma impagable para los sectores más pobres del planeta. Esta disparidad de posibilidades en cuanto a la capacidad de mantenerse con vida puso en evidencia para la comunidad mundial el secular problema de inequidad en el acceso a la salud. A partir de allí el imperativo de contribuir a la equidad en salud se ha convertido en el lugar común de todos los grupos de opinión y acción comprometidos con el mundo pobre. Hacia el año 2001 se calculó que para hacer frente a los problemas globales de salud más perentorios, hacían falta unos 30 mil millones de dólares en ayuda externa hacia las

⁷³ Una de las propuestas es la Tasa Tobin, un impuesto a las transacciones financieras transnacionales que además de controlar la especulación, intentaría recaudar fondos para la ayuda global; una tasa del 0,1% recaudaría 132 mil millones de dólares anuales. Otra opción es el impuesto a los vuelos comerciales, según lo ha propuesto una comisión en el UN Millennium+5 Summit en septiembre del 2005, en la *Declaration on Innovative Sources of Financing for Development*. Otro mecanismo de financiamiento de la salud global es a través de los consorcios público-privados, los cuales, actualmente motorizados por la extraordinaria ayuda proveniente de la Fundación Bill y Melinda Gates, promueven ayuda económica y organizativa para proyectos puntuales de salud.

⁷⁴ Garrett L, "The Challenge of Global Health", *Foreign Affairs*, January/February 2007.

naciones pobres, particularmente África. La cuestión de la ayuda externa para la salud ha disparado una verdadera “agenda global de salud”.

Las cifras alcanzadas por la ayuda son verdaderamente escalofriantes. Entre los años 2000 y 2006 la Fundación Bill y Melinda Gates ha donado 6,6 mil millones de dólares para programas de Salud Global; entre 1995 y 2005 se ha triplicado la ayuda caritativa de particulares estadounidenses. La Administración Bush también aumentó la ayuda financiera internacional, que en el 2005 llegó a 27,5 mil millones de dólares. Tendencias similares se observaron para todos los países miembros de la OECD. El Banco Mundial también fue aumentando progresivamente sus programas de asistencia a la salud global, llegando a 2,1 mil millones para el 2005. Los países pobres, por su parte, han venido aumentando progresivamente la proporción de su PBI destinado a sus propios problemas de salud.

Las acciones de la Fundación Bill y Melinda Gates merecen un capítulo aparte⁷⁵. La fundación, movida por la convicción de que “cualquier vida, no importa donde sea vivida, posee igual valor que las demás”, destina esfuerzos para que los avances y posibilidades de las que goza el mundo moderno para mejorar su salud, lleguen a quienes más lo necesitan. Hasta marzo del 2006 la fundación había donado más de 6 mil millones de dólares a programas de *Global Health* en todo el mundo. La estrategia de la Fundación Bill y Melinda Gates se basa en dos áreas primordiales:

- Acelerar el acceso, financiando programas que aumenten la disponibilidad de las tecnologías e intervenciones actuales de salud para la población que más lo necesita.
- Sostener la investigación clínica y básica, con el objeto de desarrollar nuevas vacunas, medicamentos y otras herramientas médicas que permitan combatir los problemas de salud del mundo en desarrollo.

La fundación financia programas para combatir la malaria, el HIV/SIDA, la tuberculosis, los problemas asociados a la desnutrición, diarreas agudas, vacunas, la neumonía, las intervenciones sobre la salud materna y reproductiva y la salud infantil y neonatal. Además financia programas de investigación para resolver cuestiones con enorme impacto sobre la salud de los países pobres y para promover el accionar de grupos de opinión dedicados a crear conciencia global acerca de los problemas de salud y desarrollo del mundo pobre.

En conclusión se puede decir que los países pobres no pueden esperar razonablemente solucionar los problemas de sus sistemas de salud sin recurrir a la ayuda internacional. Por otro lado la cantidad de dinero destinada actualmente en este sentido no es poca, aunque su efectividad es dudosa⁷⁶. En Junio de 2006 los líderes del G8 prometieron más de 8 mil millones de dólares para un fondo global destinado a combatir el SIDA, la tuberculosis, y la malaria; lamentablemente la mayor parte del dinero no pudo ser adjudicado a ningún proyecto. La mayoría de los expertos opina que la razón es la falta de iniciativa experimentada por los destruidos sistemas de salud de los países pobres; la falta de recurso humano e infraestructura hacen que los mismos sean incapaces de canalizar nuevos aportes de dinero. Además, la ayuda financiera internacional suele dejar fuera de su alcance a las

⁷⁵ Disponible en: <http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/RelatedInfo/GlobalHealthFactSheet-021201.htm>

⁷⁶ “More money than sense”, *The Economist*, July 5th 2007, NEW YORK.

iniciativas privadas, las cuales poseen en realidad un enorme potencial para mejorar la salud de sus respectivos países. De hecho muchas compañías multinacionales han generado sistemas de salud para sus empleados en países pobres, trasladando su propio *expertise* ganado en el desarrollo de los mismos con anterioridad en naciones más ricas.

-Problemas con la ayuda internacional.

La ayuda internacional para aliviar los problemas globales de salud enfrenta dos dificultades fundamentales, es insuficiente al tiempo que es poco eficiente. Un análisis del segundo encuentro anual de la “*Clinton Global Initiative*”, realizada en septiembre de 2006, reportó que la mayoría de la ayuda financiera a países pobres termina atrapada en burocracias y bancos multilaterales. Según el Banco Mundial la mitad de la ayuda destinada a África nunca llegará a clínicas y hospitales, perdiéndose en pagos a empleados fantasma, precios inflados de transporte y alojamiento y la compra de medicamentos que terminan en el mercado negro y son reemplazados por drogas genéricas de peligrosa calidad. Otro problema de la ayuda financiera internacional es la falta de coordinación de las actividades de los donantes, que pueden terminar compitiendo en vez de cooperar. En síntesis, no hay estrategia.

Además la ayuda suele concentrarse en problemas demasiado acotados como para mostrar efectividad real. Por ejemplo, un gobierno podría recibir una ayuda extraordinaria para tratamiento de sus enfermos de SIDA, y sin embargo no tener capacidad para manejar la salud materno-infantil, la cual podría ser canal de contagio vertical de más casos de SIDA. Los principales problemas de salud del mundo siguen siendo la salud materno-infantil y la enfermedad cardiovascular, a pesar de lo cual la mayor parte de la ayuda continúa siendo direccionada hacia programas relacionados con el SIDA. Esto sin contar cuestiones más básicas como agua potable, cloacas, educación, y otras cuestiones sociales, más eficientes para aliviar la enfermedad que toda la infraestructura médica que se pueda desarrollar.

-Monitoreo de la ayuda financiera para la salud.

Uno de los serios problemas es el monitoreo. Tan solo 57 de los 163 países subdesarrollados ha contado las personas de su territorio que viven con menos de un dólar diario, más de una vez entre 1990 y 2007, y 92 no los contaron nunca. O los casos de Malaria, que se sabe afecta a millones, son desconocidos entre las naciones pobres.

Se ha intentado una evaluación sistemática de la ayuda financiera internacional destinada a la salud⁷⁷. Algunos programas de ayuda global para la salud, como ser el *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria*, evalúan bianualmente su desempeño. La ayuda⁷⁸ financiera en salud es enorme, pero la información al respecto es escasa y desordenada, con lo cual se pierde efectividad. Si bien todos los actores reconocen la necesidad de aumentar la ayuda, la estructura actual se halla mal documentada. Esto ha hecho llamar a la ayuda financiera internacional un “agujero negro”. Actualmente varias entidades se han dedicado a hacer un seguimiento del flujo de recursos destinados a la salud global. Sin embargo los

⁷⁷ Radelet S, Siddiqi, B, “Global Fund grant programmes: an analysis of evaluation scores”, *Lancet*, vol. 369 (2007), pp.:1807-1813.

⁷⁸ Elisa Eiseman, Donna Fossum, Op cit.

sistemas actuales de seguimiento poseen serias limitaciones. Constituyen un panorama parcheado de información en un mar de incertidumbre, suelen documentar exclusivamente ayuda financiera externa hacia países en desarrollo, los sistemas de seguimiento no priorizan ni jerarquizan la información de manera adecuada y finalmente, se basan en trabajos muy intensivos en lugar de utilizar sistemas automatizados de recolección de datos. Sin esta información se hace difícil mejorar la eficacia de la ayuda existente, así como asignar nuevos recursos a áreas determinadas. Sencillamente hay muchas veces que se desconoce el sector más necesitado y la extensión precisa de la necesidad que se denuncia. Los datos de seguimiento de los recursos destinados a la salud constituyen una necesidad de primer orden para mejorar la calidad de las asignaciones. Además, el sistema de monitoreo debería ser lo más global e integrado posible.

B. Marco regulatorio.

Las regulaciones internacionales que versan sobre mercados, derechos humanos, producción alimenticia y disposiciones sanitarias, afectan los sistemas de salud nacionales. Algunas regulaciones han sido implementadas específicamente para evitar la diseminación transnacional de las crisis de salud pública de los países⁷⁹. La IHR2005 (*International Health Regulation*) establece prácticas y procedimientos para que las naciones notifiquen a la OMS cuando aparece un riesgo de salud global en su territorio. Los países se comprometen a establecer un centro de transmisión de información a la OMS acerca de aparición de casos, resultados de laboratorio y número de casos y muertes debidos a una enfermedad o condición determinados. La OMS, entonces, estaría facultada para declarar o no la emergencia internacional y tomar medidas para evitar la diseminación, además de efectuar recomendaciones. Ejemplos de este tipo de catástrofes han sido: Chernobyl, el virus Ébola, la encefalopatía de Creutzfeld-Jakob (vaca loca), el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y la reciente epidemia de gripe aviar. Bajo esta regulación los países miembros están obligados a reportar a la OMS cualquier emergencia de salud pública de preocupación internacional, ya sea nuclear, biológica o química. Un inconveniente con la implementación de la medida y que muestra lo lejos que el mundo pobre se encuentra de plegarse a un sistema internacional de salud, es la falta de medios adecuados de monitoreo y reporte de epidemias. De desencadenarse una epidemia de gripe aviar, esta podría causar unos 62 millones de muertes en todo el mundo, pero se estima que el 96% de ellas tendría lugar en países subdesarrollados. Esta inequidad ha llevado a reacciones como la de Indonesia, que no compartió las cepas de H5N1 obtenidas en su territorio para ser examinadas por el *WHO virus-sharing system*, el cual busca evidencias para preparar las vacunas adecuadas. El argumento fue básicamente que a Indonesia no le tocaría vacuna alguna. El sistema funcionaría únicamente dentro del cooperativismo mundial, el cual es imposible al margen de una cierta equidad; de esta manera si los países más ricos quieren garantizar su propia seguridad sanitaria, deberán contribuir para que los países pobres también lo hagan.

⁷⁹ The Lancet (Editorial), "International Health Regulations: the challenges ahead", *Lancet*, vol. 369 (May 26, 2007), pp.: 1763.

Este tema de las regulaciones internacionales en materia sanitaria pone en el tapete la tensión que la globalización acentúa, entre lo doméstico y lo transnacional⁸⁰. Y el primer motivo de debate es la cuestión de las responsabilidades, ¿hay algo parecido a una responsabilidad internacional por la salud pública? Y si la hay ¿sobre quiénes recae? Porque de establecerse una responsabilidad transnacional sobre la salud que en definitiva radica en el individuo, entonces se pasa por encima de la soberanía nacional. Las regulaciones sanitarias internacionales se mueven en este sentido y muestran una vez más que el fenómeno de la globalización supera el hecho de la interconexión y evidencia una tensión de poderes entre lo supranacional y las soberanías nacionales. La globalización en realidad crea una nueva esfera de acción independiente del territorio nacional, que de alguna manera restringe la capacidad política de ciertos gobiernos.

La salud, aunque podría suponerse un área de cooperación y acción colectiva independiente de los territorios nacionales (en gran medida debido a que la enfermedad no tiene fronteras), en realidad constituye una esfera política fuertemente ligada al Estado Nación. Y si bien los gobiernos defienden su soberanía en cuanto a la formulación de políticas de salud para su población, en realidad han perdido dominio sobre los determinantes de la misma, como ser los mercados de la salud, la distribución y el consumo de ciertos bienes, estilos de vida, el desarrollo de una industria global de salud como la farmacéutica o los seguros y políticas ambientales. Todas las regulaciones internacionales en estos rubros, entre otros condicionantes, afectan las políticas locales de salud.

-Acuerdos multilaterales de comercio y salud.

El comercio internacional impacta sobre la salud de los países⁸¹. La forma global que esta actividad humana ha adquirido transforma profundamente la capacidad del Estado de monitorizar y proteger la salud pública, de regular las condiciones sanitarias de ocupaciones y productos alimentarios y de garantizar el acceso de la población a las medicinas. El marco para el comercio mundial actual surge luego de la Segunda Guerra Mundial con los acuerdos de *Bretton Woods* entre 1944 y 1947, los cuales buscaban reconstruir las economías europea y japonesa, en parte mediante la estabilidad de la moneda y regulaciones comerciales. Se crea el FMI y el Banco Mundial, y se establece el GATT. Este último proponía la reducción de tarifas comerciales para sus 23 países miembro y la homogeneidad de las regulaciones entre los mismos y la no discriminación entre productos nacionales e importados. En 1980 y 1990 estas instituciones financieras internacionales generan un nuevo cuerpo de políticas económicas conocido como “Consenso de Washington”, que implicaban desregulación y privatización de los servicios públicos, medidas tendientes a reducir la inflación, estabilizar la moneda y favorecer la operación de las corporaciones multinacionales. En 1994 el GATT fue suplantado por la OMC, que intenta la implementación de medidas tendientes a favorecer el comercio global y eliminar el proteccionismo. Esto último implica la eliminación de barreras no arancelarias, como ser algunas medidas gubernamentales destinadas a la protección del medioambiente, seguridad alimenticia y servicios de salud. Además que las regulaciones de

⁸⁰ Kickbusch I, de Leeuw E, “Global public health: revisiting healthy public policy at the global level (Editorial)”, *Health Promotion International*, Vol. 14, No. 4 (December 1999), pp.: 285-288.

⁸¹ Shaffer E, Waitzkin H, Brenner J, Jasso-Aguilar R, “Global Trade and Public Health”, *American Journal of Public Health*, Vol 95, n° 1 (January 2005), pp.: 23-34.

la OMC tienden a la armonización, es decir hacia la ecualización de los estándares reglamentarios que de una u otra forma pudieran afectar al comercio. Esta armonización podría en algunos casos lograr la implementación de estándares allí donde no los había, pero en otros podría ocurrir una degradación en estándares muy elevados previamente existentes, por considerarse restrictivos para la actividad comercial. Esto puede ser muy deletéreo para la sociedad, si hablamos de los estándares de salud.

Ha habido algunos ejemplos de este tipo de imbricaciones de tratados de comercio internacional y sistema doméstico de salud, mencionados más arriba. El gobierno americano invocó el acuerdo sobre los TRIPS de la OMC para presionar sobre la manufactura de medicamentos genéricos y a bajo precio en Sudáfrica, Tailandia, Brasil y la India. Canadá condenó una regulación francesa que prohibía la importación de asbestos, basándose en disposiciones de la OMC, siendo que el asbestos representa un peligro potencial para la salud pública de los franceses por predisponer al cáncer de pulmón. En países en los cuales se ha privatizado la prestación de servicios de salud, muchas veces el resultado ha sido la reducción de la accesibilidad por parte de los más pobres y enfermos, ya que se han implementado co-pagos y otros medios de financiamiento que empeoran la desventaja de los peor equipados frente al sistema. Como otro ejemplo, la OMC avanza en temas de licencias profesionales para intervenir sobre dicho mercado y en la participación de multinacionales en asistencia hospitalaria y provisión de agua potable y cloacas.

Este tipo de acuerdos comerciales internacionales representan un reto para la autoridad y misión de los gobiernos nacionales, y por ende, para el propio Estado Nación. Así las cosas, la propia idea de comunidad política y consiguientemente de bien común, por ejemplo la salud, se resienten. Si bien los países adhieren voluntariamente a acuerdos del tipo de la OMC, la situación global muchas veces obliga a los países a suscribir, so pretexto de aumentar su competitividad. De esta manera un gobierno nacional legítimamente elegido por el pueblo puede quedar en desventaja frente a las intenciones de una corporación multinacional que presione sobre los tribunales de la OMC cuando se lesionan sus intereses particulares. Además, siempre que un interés comercial entra en conflicto con otro sanitario, es muy difícil que la OMC tome partido por el segundo, lo cual lleva a la merma en los estándares domésticos de salud en supuesto beneficio del desarrollo económico.

El tema de las patentes y la propiedad intelectual despierta un interés especial. El TRIPS protege patentes y diseños industriales más allá de las fronteras nacionales. El fundamento para dicho proteccionismo es que de esta manera se incentiva la creatividad e inventiva. El acuerdo protege medicamentos, equipos, libros de texto y revistas médicas especializadas, así como innovaciones arquitectónicas e infraestructurales para mejorar la prestación de los servicios de salud. En la práctica, esto otorga ciertas facultades monopólicas al innovador, que repercuten negativamente en los costos, y por lo tanto pueden amenazar la equidad en la prestación de la salud.

Algunos países han enfrentado este tema en algunos casos, como ser la autorización del gobierno del Brasil para manufacturar genéricos de drogas para combatir el SIDA, lo que permitió bajar los precios y mejoró sustancialmente la cobertura de la población afectada. Algunas comunidades en Bolivia han tenido éxito en evitar que se privatizaran los servicios

de provisión de agua, hecho que habría disparado los precios de este bien restringiendo el acceso del pobre al mismo.

C. Actores fundamentales en la salud global.

Los actores capaces de impactar sobre la salud global son múltiples y van desde los Estados Nación hasta organismos multilaterales de crédito y grupos de opinión transnacionales.

1. Estados Nación:

Los Estados Nación representan evidentemente el actor privilegiado de la salud global, dado que sus acciones tienen fundamentales influencias sobre la salud global:

1. Agregar problemas de alcance global al precario sistema de salud global, es decir que agrega el conflicto o motivos de acción al sistema, como ser: hambrunas, epidemias, generación de refugiados, exportación de conflictos armados, regulaciones o políticas domésticas con impacto específico sobre la salud global y otros.
2. Los Estados Nación pueden agregar marco regulatorio mediante políticas domésticas de alcance global o influyendo sobre regulaciones internacionales.
3. Agregar recursos de utilidad para resolver problemas de salud de alcance global como ser recursos financieros, territorio para asilo, recurso humano o conocimiento útil.

Los Estados-Nación juegan un papel central en la gobernabilidad de la salud global. Los países que donan recursos para asistir globalmente a la salud poseen una enorme influencia sobre la agenda de la salud global. Se establecen acuerdos de ayuda bilateral entre países, los cuales determinan muchas veces el foco que se aplica a una problemática determinada dentro del contexto global.

2. Naciones Unidas:

Mediante iniciativas como UNICEF, UNAIDS, UNDP y otras, es un actor clave en la salud global, a través de acciones en prácticamente todas las dimensiones de este sistema. Entre las múltiples organizaciones que funcionan dentro de UN, UNICEF juega un rol fundamental en la salud, concentrada como está en la salud de los niños y de las madres. Otro programa de UN para tratar un problema de la salud global es su Programa Conjunto sobre HIV y SIDA, (UNAIDS), creado en 1996. Como novedad, UNAIDS incluye miembros no estatales.

3. Unión Europea:

La UE, mediante la Comisión de la Unión Europea, desarrolla y coordina sus propias actividades en asuntos globales. En el campo de la salud global se conjugan una falta de estrategia común junto con ciertos conflictos con algunos de sus países miembros para disminuir el impacto que esta región ha venido teniendo en esta área, muy por debajo de sus potencialidades.

4. OECD:

La OECD es una de las iniciativas más fuertes de los países desarrollados para generar esfuerzos conjuntos en diferentes direcciones, de las cuales la salud global no es un punto menor. La OECD produce normativas, marco regulatorio para los países miembros, conocimiento útil e iniciativas específicas para influir sobre la salud global.

5. G8:

Los temas de salud ocupan lugares cada vez más relevantes en la agenda de los encuentros de las 8 naciones más poderosas de la tierra, especialmente en cuanto a iniciativas de ayuda financiera para proyectos específicos destinados a solucionar problemas de salud global. Este grupo de países representa el 48% de la economía global y el 49% de todo el comercio; posee cinco puestos en el consejo permanente de seguridad de las Naciones Unidas y concentra el mayor poder accionario del FMI y del Banco Mundial. Además, este grupo de países contribuye con el 75% de la ayuda total que el mundo destina al desarrollo. Si bien el grupo no consta de un secretariado ni una estructura permanente, sí posee un encuentro anual de sus líderes y encuentros periódicos de ministros, que facilitan la coordinación de las agendas de ayuda. Todas las políticas que el grupo decide en materia de comercio, industria y demás, repercuten en la sociedad y finalmente en la salud de los pueblos.

Los argumentos a favor de una toma de posición activa del G8 respecto de las inequidades que el mundo sufre, serían: Primero, el G8 explícitamente se ha comprometido a hacer que la globalización funcione para todos los ciudadanos, especialmente en países pobres; esto obviamente implica aliviar las desigualdades. Segundo, la comunidad mundial se ha comprometido a perseguir la consecución de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas para el 2015, de ellos, tres se hallan directamente relacionados a la salud, y otros importan a sus determinantes sociales más directos como pobreza, desnutrición, agua potable y cloacas. Tercero, resulta éticamente inadmisibles no tomar cartas en el asunto cuando los sufrimientos más acuciantes de la humanidad son fácilmente solucionables con una pequeña parte de los ingentes recursos de la parte más rica del planeta. Cuarto, la ley internacional de Derechos Humanos incluye el derecho de todo ser humano a un bienestar básico, que evidentemente incluye la salud.

En cuanto a las posibilidades del G8 para solucionar los problemas globales de salud, se deben contar tres factores: asistencia, alivio de la deuda externa y políticas de comercio internacional. Los tres aspectos son indiscutiblemente liderados por el G8. Momentáneamente la estrategia se basa casi exclusivamente en el incremento de los fondos destinados a la ayuda externa para el desarrollo, pero la mayoría de los expertos coincide en que el dinero no es suficiente. Además, la parte substancial del esfuerzo debe ser llevada a cabo por el país receptor, que en la mayoría de los casos debe estar dispuesto a implementar reformas en un sistema crónicamente ineficiente.

En general la ayuda anual para el desarrollo es muy inferior a las erogaciones efectuadas por los países pobres como servicios a su deuda. Existe una iniciativa denominada *Multilateral Debt Relief Initiative*, que pretende elegir ciertos países cuya deuda es considerada impagable y cuya situación de pobreza es desesperada. No obstante esto, la

implementación práctica de esta medida ha mostrado ser muy dificultosa. De todas maneras existe una parte no despreciable de dicha deuda que habría sido contraída con regímenes autoritarios y sin el consentimiento de la población, lo cual torna dudoso el principio moral de “derecho” sobre los intereses de la misma por parte de los acreedores; esta es la llamada “deuda odiosa”. Aliviar la deuda es necesario para promover el desarrollo.

La liberalización del comercio es la tercer parte del *armamentarium* disponible para mejorar la distribución del bien salud en el planeta. El ejemplo paradigmático son los subsidios a la agricultura y las barreras proteccionistas mantenidas por los países centrales en desmedro de la producción de los pobres, favoreciendo la pobreza y el desempleo en estos, lesionando más aún el panorama de los determinantes sociales de la salud. Desde un punto de vista teórico, al mejorar las condiciones macroeconómicas de los países se estaría actuando favorablemente sobre los determinantes sociales de la salud, por otro lado los más relevantes a la hora de definir el escenario dentro del cual tiene lugar el fenómeno denominado enfermedad.

En un análisis sistemático de las contribuciones del G8 a la gobernabilidad de la salud mundial, se exploraron las contribuciones hechas por las instituciones multilaterales, tales como la OMS, y el grado de cumplimiento de los compromisos por parte de los Estados Miembro⁸². Básicamente la idea fue analizar si la gobernabilidad sanitaria del G8 ayuda a sus gobiernos a gestionar la política y las políticas nacionales, a definir las principales direcciones normativas, a desarrollar y cumplir los compromisos colectivos y a crear nuevas instituciones centradas en el G8. Se pudo verificar que su desempeño ha mejorado considerablemente en el último decenio. Los Estados Miembros del G8 funcionan igualmente bien, y todos ellos son capaces de luchar contra las enfermedades. El cumplimiento de sus compromisos sanitarios, en cambio, fue variable. Tanto la fijación de objetivos como el seguimiento de su cumplimiento no fueron constantes, lo que evidentemente quita eficiencia a la ayuda que en materia de salud, estas naciones prestan al mundo pobre.

6. Organización Mundial de la Salud:

La OMS es indudablemente la institución líder a nivel mundial en cuanto a la visión de una problemática global de la salud y a la generación de iniciativas útiles para promover un marco equitativo para la salud de todos los seres humanos. De acuerdo a su propia constitución, la OMS ha sido concebida para dirigir y coordinar el trabajo que se realice en la salud internacional. Los países miembros de Naciones Unidas gobiernan la Organización a través de la *World Health Assembly* (constituida por todas las naciones miembro) y un comité ejecutivo conformado por 32 países. Desde un punto de vista formal todos los países poseen la misma influencia sobre la OMS en cuanto a sus estrategias y políticas. Pero como dos tercios de su presupuesto son extra-presupuestarios y provienen de países donantes, las distribuciones del poder real dentro de la institución distan del ideal igualitario inicial. La interacción de la OMS directamente con los gobiernos nacionales le da una relevancia sin par en el escenario de la salud global.

⁸² Kirton J, Roudeva N, Sunderland, L, “Making G8 leaders deliver: an analysis of compliance and health commitments, 1996–2006”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85 (2007), pp.: 192-199.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud ha cambiado la forma de promover una perspectiva global de la salud⁸³. En este caso el foco está puesto en la promoción de una distribución más equitativa de la salud en todo el mundo. Como ejemplo de la inequidad que la civilización vive en términos de distribución de la salud, baste con señalar que la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es la mitad de la de Japón, un niño nacido en Afganistán tiene 75 veces más probabilidades de morir antes del quinto cumpleaños que si naciera en Islandia, y sólo 2% de los 4 millones de infectados de HIV que necesitarían drogas para su tratamiento de África puede acceder a ellas. Para hacer frente a este inmenso desafío, la OMS esgrime, no sólo su capacidad operativa sino sobre todo, una posición ética. Para promover un futuro más saludable los valores éticos son tan esenciales como la ciencia. En el caso de la OMS, su misión es la promoción de seguridad y paz, lo cual se obtiene mediante la promoción de una sociedad más justa, y en este sentido la equidad en el acceso a la salud es una parte fundamental de la justicia social.

Los principales retos identificados por la OMS en el futuro cercano son la inequidad en cuanto a la distribución mundial de expectativa de vida y mortalidad materno-infantil y el desarrollo de medios para enfrentar una enfermedad cada vez más compleja y con grados crecientes de invalidez asociados (la medicina evita la muerte, alargando una vida sobrellevada con las secuelas de una afección crónica). Otro importante desafío es la epidemia de VIH/SIDA en África, la cual ha reducido la esperanza de vida en dicho continente. Además, el mundo debe prepararse para una pandemia inminente de gripe aviaria, de consecuencias potencialmente devastadoras tanto en lo humano como en lo económico.

La estrategia general planteada por la OMS combina el mejoramiento de la capacidad de respuesta a las catástrofes humanitarias, las cuales es esperable que aumenten, con intervenciones a largo plazo dirigidas a mejorar estructuralmente los condicionantes de la enfermedad en todas sus dimensiones. El objetivo es mejorar la infraestructura sanitaria y para ello la idea será combinar las acciones de varios actores globales transnacionales junto con los aportes de las grandes potencias.

7. Banco Mundial:

El Banco Mundial es básicamente un banco de desarrollo con el objetivo de luchar contra la pobreza y promover el desarrollo de los países pobres. Como organización, éste congrega a los Estados-Nación y no a particulares u organizaciones no estatales. Nuevamente los países ricos, los principales donantes, son quienes tienen en definitiva el poder de decisión en la institución. El Banco Mundial influye sobre la salud global mediante la transferencia de recursos financieros, y con su capacidad de juntar actores estatales y privados en empresas de promoción del desarrollo.

8. Otras ONG´s:

El universo de la salud global se ha visto permanentemente protagonizado por diferentes organizaciones no gubernamentales, como ser Cruz Roja, o asociaciones misioneras

⁸³Jong-wook L, Global health improvement and WHO: shaping the future", *Lancet*, vol. 362 (2003), pp.:2083–2088.

hospitalarias en países emergentes. Sin embargo con el proceso de globalización la relevancia de este tipo de instituciones se ha incrementado notoriamente. Ya no puede obviarse la importancia de instituciones como Médicos sin Fronteras, *Care* Internacional o la Bill and Melinda Gates Foundation. Estas organizaciones transfieren recursos económicos, humanos e intelectuales, a los países pobres, para hacer frente a temas de salud, y por el otro lado presionan fuertemente sobre la opinión mundial en temas de salud global.

B. Salud Pública Global.

Para que la globalización funcione se debe optimizar la distribución del ingreso. De lo contrario, si continúa la concentración de la riqueza, la respuesta será el proteccionismo y una ola antiglobalizadora⁸⁴. En este sentido aparece una nueva tarea para la globalización si es que esta espera funcionar: mejorar la redistribución de la renta y distribuir de manera más equitativa los beneficios de una economía global. En Estados Unidos por ejemplo, aún siendo la economía más poderosa de la tierra, la inequidad en la distribución del ingreso es actualmente la peor de los últimos 70 años. El resultado de la inequidad es el resurgimiento del proteccionismo, movimiento exactamente opuesto a la globalización. La única manera de invertir esta tendencia es mejorando la distribución de la renta. Ahora bien, la distribución del bien salud sigue una tendencia semejante. Con la contrapartida de que el proteccionismo reactivo frente a un mundo opulento que se desentienda de las necesidades sanitarias del pobre será el populismo aislacionista y antiglobalizante. Luego la misión de la promoción de la salud global es entre otras cosas la de evitar el desencanto con la globalización. Por otro lado, de hecho hay cuestiones pertinentes a la enfermedad y al repertorio de sus soluciones que no pueden desentenderse del proceso de globalización. Por el contrario, hay aspectos de la problemática y del sistema de salud que son intrínsecamente globales.

Valores y salud global.

Los valores sociales constituyen un elemento central para desarrollar acciones en el ámbito de la salud global. En el informe del Ministerio de Defensa británico⁸⁵ preparado por el Development Concepts and Doctrine Centre (DCDC), el mundo evoluciona hacia un profundo cambio de valores. Según la proyección hacia el 2035, el mundo que se viene se caracterizará, muy probablemente, por un materialismo y secularismo crecientes, en parte debido a que la competitividad e interconexión características del futuro desperdigarán tendencias ya establecidas en la mayoría de los países del primer mundo. El relativismo y el pragmatismo moral constituyen otras dos tendencias ciertas en el mundo de valores que se avecina, jaqueando a los postulados más tradicionales. Por contrapartida las minorías buscarán preservar su identidad frente a la presión de las fuerzas globalizadoras mediante la adhesión a valores tradicionales más rígidos de corte religioso o ideologías como el marxismo.

En este sentido dos de los principales promotores del cambio de valores serán la expectativa económica y la inequidad creciente junto a la pérdida de identidad. El modelo capitalista occidental seguirá representando el paradigma económico para el futuro por venir, a la vez que el modelo cultural dominante. Las expectativas respecto de las promesas de bienestar contenidas en dicho modelo se acrecentarán en gran medida por la acción de los medios de comunicación, hecho que expondrá de manera más cruda la realidad de los sectores marginados. En este sentido la exclusión se convertirá en un tema político mayor, con fuertes implicancias para la justicia transnacional.

⁸⁴ Scheve K, Slaughter M, "A New Deal for Globalization", *Foreign Affairs*, July/August 2007.

⁸⁵ UK's Ministry of Defence - Development, Concepts and Doctrine Centre (DCDC). Op. cit.

Dado que las necesidades de salud hacen referencia a la integridad física directa de la persona, constituyen el primer elemento fundamental de la existencia humana, sin el cual es imposible toda otra realidad individual y social; dicho llanamente, si la persona no “es”, no puede “ser” nada de lo demás. Y la salud dice de ese primer acto de ser. Ahora bien, esta salud es intrínsecamente una conquista social. Nadie posee individualmente los elementos suficientes como para brindarse autárquicamente este bien primordial. El mejoramiento de la salud es una empresa colectiva. La sociedad actual se encuentra extraviada en cuanto a sus fines comunitarios, como lo demuestra el profundo cuestionamiento que se hace de cada uno de ellos. La globalización ha venido a agudizar este conflicto. En una conferencia decía Georges Canguilhem que “Un organismo es un modo de ser totalmente excepcional debido a que...la norma o regla de su existencia está dada en su existencia misma...la finalidad del organismo es interior a este y, por consiguiente, el ideal que se debe restaurar (cuando este enferma) es el organismo en sí. La finalidad de la sociedad es, por su parte, uno de los problemas capitales de la existencia humana y uno de los problemas fundamentales que se plantea la razón. Desde que el hombre vive en sociedad todo el mundo discute sobre el ideal de la sociedad”⁸⁶. Evidentemente la regla, el modo de ser que hace posible la vida de una sociedad determinada “no es inherente a ella misma”. Y de esta manera los hombres pueden extraviar en el camino elegido para construir una comunidad; el resultado bien puede ser, y este no es un corolario infrecuente, una sociedad injusta. El mapa de dicho ordenamiento comunitario no es intrínseco a la mera agregación de los individuos. No se hace una sociedad justa por el mero hecho de juntar a los humanos en un grupo. Y la salud bien podría ser una última frontera para descubrir la hoja de ruta hacia la justicia social. El resultado de pensar una comunidad saludable para todos podría ser el camino hacia una sociedad justa. A esta altura de los acontecimientos la inequidad se percibe en el ámbito de la salud de manera más acuciante que en cualquier otro, y la falta de ocupación por la salud de las personas pone en riesgo la legitimidad del Estado Nacional, más que ninguna otra injusticia. Ambos fenómenos se aceleran con la globalización y realzan la necesidad de una estrategia de Salud Global que renueve el orden basado en el Estado Nación y el ideal de una sociedad justa. A su vez, será importante repasar la validez de un concepto filosófico como es la noción de “bien común global”, y algunas manifestaciones de valores morales que poseen alcances planetarios, o por lo menos, que evidencian poseer fuerza como para configurar el ideal civilizatorio de las próximas décadas.

Raymond Aron⁸⁷ expresó de manera gráfica el dilema de la equidad y la democracia, cuando dijo que este sistema político posee una expresión fundamental que enfatiza los derechos individuales, formulada paradigmáticamente en los reclamos de libertad e individualismo, y otra expresión igualmente esencial, que es el reclamo de igualdad, expresado en las obligaciones de la comunidad para con todos. En este sentido es que la equidad en salud encuentra toda su relevancia. No puede ocuparse de los ciudadanos un Estado que no atiende a la salud de los mismos. Y esto es así en una doble vertiente; por un lado, la salud no es posible al margen de la conquista colectiva; por el otro, el fenómeno de la enfermedad no es ajeno a la sociedad de pertenencia de la persona; la enorme mayoría

⁸⁶ *El problema de las regulaciones en el organismo y la sociedad*, en Georges Canguilhem ed., *Escritos sobre la Medicina*. 2004, Amorrortu, Madrid, n. 5, pp. 105.

⁸⁷ Aron, R., Op. cit., pp. 64.

del padecer humano se halla directamente causado por factores sociales, y son estos la vía de transmisión de la globalización, o mejor dicho, la arcilla donde ésta deja plasmados sus rasgos fundamentales.

Tanto la globalización como las comunicaciones harán más visibles a los individuos las ventajas y desventajas de los otros así como las significaciones adicionales derivadas de los propios intereses. La interculturalización será una característica inevitable del futuro mediato, poniendo en tela de juicio las identificaciones primarias de la persona con su comunidad de origen. Así es esperable ocurran profundos cambios en las identidades colectivas para dar paso a las crecientes influencias globales. Esto generará conflictos, dado que la nacionalidad y la etnia seguirán siendo elementos de peso, a contracorriente de la tendencia global integracionista y a la diáspora impuesta por las corrientes migratorias. Así proliferarán colonias de expatriados con diferentes grados de integración en las respectivas comunidades de destino, cambiando seriamente la fisonomía social. La crisis de identidad y las presiones globales reducirán la lealtad individual al estado y la comunidad de origen, la cual se transformará en condicional y no incondicional como lo era previamente. Las comunidades de la diáspora establecerán redes con efectos impredecibles sobre la organización social. Las organizaciones se volverán más centradas en intereses coyunturales que en lealtades identitarias, lo cual las volverá laxas. Desde esta perspectiva todo interés de las naciones centrales por la salud de los países pobres se traduce en una internacionalización del individuo, el cual ve atendidas sus necesidades más inmediatas ya no por su Estado nacional, el cual por el contrario será corrupto y poco representativo, sino por agencias transnacionales como OMS y otras⁸⁸. De esta manera la legítima preocupación por la salud global desplaza al Estado nacional del centro de la escena en una problemática que lleva sin resolverse no menos de 50 años en la mayoría de los casos.

El tema del Bien Común Global es uno de los puntos más relevantes del pensamiento político actual. A este respecto una *Task Force* reunida en Suiza⁸⁹ retomó este tema. Evidentemente la cooperación internacional sirve a varios propósitos como el altruismo, pero también a intereses geopolíticos. A su vez sirve para que los Estados se pongan de acuerdo en cuanto a metas comunes de largo alcance. Algunas de estas metas corresponden a lo que técnicamente se denomina “bien común público”. Estos se distinguen por dos características fundamentales: cuando provistos a una parte, quedan disponibles para todos (no-exclusividad), y su consumo por una parte no reduce la disponibilidad del mismo para otra parte (no rivalidad). Ejemplos de este tipo de bienes son los sistemas de control de tráfico o la seguridad nacional. Existen versiones regionales y globales de estos bienes públicos, como ser el manejo de inundaciones, el socorro en áreas de desastre o el control de la diseminación de enfermedades. Ejemplos importantes de estos bienes públicos globales serían la promoción de la estabilidad financiera, regulaciones sobre aviación o la diseminación del conocimiento científico. Sin embargo, la demanda de algunos de estos bienes públicos globales podría superar francamente a su oferta, debido a algunas razones: la **soberanía**, ya que ciudadanos y gobiernos son reticentes a limitar su soberanía, siendo que esto es elemental para lograr acuerdos que obligan de manera transnacional; **diferentes**

⁸⁸ Gallup International, “the Voice of the People”.

⁸⁹ International Task Force on Global Public Goods, “Meeting Global Challenges: International Cooperation in the National Interest. Final Report”, Stockholm, Sweden, 2006.

puntos de vista y prioridades, donde cuestiones de corto plazo y coyuntura pueden condicionar decisivamente la posición de uno u otro Estado frente a ciertos bienes públicos globales, el “*free rider problem*”, según el cual, dado el origen particular y la fruición global de este tipo de bienes, puede suceder que algunas partes no colaboren en su desarrollo a la espera de que otras lo hagan y beneficiarse luego habiendo invertido poco o nada; el “*weakest link problem*”, es decir que un mínimo disenso podría imposibilitar la consecución de un bien que requiere del acuerdo de todas las partes; y por último el problema de la **sumatoria**, que significa que, como algunos bienes públicos globales requieren esfuerzo de múltiples actores, la coordinación de todos es difícil y demora su consecución. La salud claramente posee aspectos que se comprenden dentro de lo que se entiende por Bien Público Global y su consecución se ve afectada por los mismos peligros que atentan contra éste tipo de bienes.

Como dice el *Global Policy Forum*⁹⁰, en un mundo globalizado, tanto los problemas como así también las soluciones pasan fronteras, acentuando la necesidad de acciones internacionales colectivas. De esta manera el concepto de Bien Público Global, el cual es utilizado por las agencias multilaterales más importantes, como ser UN, FMI, Banco Mundial y otras organizaciones no gubernamentales. La dependencia de los bienes públicos globales es universal y son ejemplos de ellos el medio ambiente, la salud, el conocimiento, la paz y seguridad entre otros.

En un sentido no menor la salud es global, porque algunos de los aspectos de su manejo son bienes comunes a toda la comunidad humana⁹¹. Cuatro aspectos fundamentales del control de las enfermedades de indudable relevancia para el bien común global, son la erradicación, la investigación, el desarrollo de *expertise* y las actividades de monitoreo. El punto detrás de estas definiciones es que, si algo es un bien público global, entonces amerita esfuerzos igualmente globales para su consecución.

Las cuatro áreas del manejo de enfermedades consideradas entonces como bien público global son:

- Erradicación
- Investigación
- Desarrollo de *expertise*
- Monitoreo

La erradicación de una infección es un bien público global en sentido estricto, como lo ha demostrado el caso de la viruela, o el hipotético caso de que se consiguiera una vacuna efectiva para la gripe aviaria. La investigación de métodos eficaces para controlar las enfermedades es otro bien público global. Los países pobres podrían verse excluidos de algunos de los beneficios de nuevas técnicas médicas debido a la falta de recursos. En este sentido es mejor aún si el desarrollo incluye métodos de reducción de costos que aumenten la accesibilidad de la nueva técnica, manteniendo su eficacia. El monitoreo y la información sobre el patrón de comportamiento de ciertas enfermedades posee,

⁹⁰ Global policy Forum. Disponible en: <http://www.globalpolicy.org/>

⁹¹ Bradley, D, “The biological and epidemiological basis of communicable disease control in relation to global public goods for health”, *WHO. Commission on Macroeconomics of Health, Working Paper Series, Paper n°15.*

indudablemente, relevancia para la comunidad internacional. Para que la información resultante del monitoreo se concrete en acciones que lleven a un mejor control de ciertas enfermedades, es necesario un staff entrenado en epidemiología. El entrenamiento de este tipo de personas es un bien público global en el sentido de que es la única manera de lograr las otras tres acciones descriptas previamente.

El tema de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre es uno de los fenómenos más sorprendentes de la historia en lo que ha formulación de valores se refiere. Una de las primeras formulaciones de estos derechos fue realizada por Rousseau en el Contrato Social, y luego fue plasmada en la “Declaración de la Independencia Americana”. A partir de allí la cultura ha evolucionado en una permanente reformulación y reafirmación de un canon de derechos inherentes a todo ser humano, que deberían ser garantizados y respetados básicamente por dos actores: grupos mayoritarios, y el Estado. El derecho a la salud como contracara de una obligación moral de la comunidad de ocuparse de la salud de los ciudadanos, ha ido cristalizando progresivamente dentro de ese corpus doctrinario. En la Declaración Universal de Derechos Humanos⁹² se dice explícitamente en su artículo 21 que todos tienen derecho a un acceso igual al servicio público de sus respectivos países; y en su artículo 25, se especifica que todo ser humano tiene derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y bienestar personal y familiar; uno de los componentes indispensables de este estándar es el cuidado médico. Es importante destacar⁹³ que la perspectiva de los derechos humanos probablemente sea central para el desarrollo de una salud global apropiada al Hombre. Los principios generales de los Derechos Humanos representan un aporte axiológico fundamental para la generación de una conciencia de responsabilidad internacional respecto de la Salud Global. Además, el marco de los derechos humanos pone en juego todo el sistema nacional e internacional de obligaciones legales, y las herramientas existentes para evaluar la *performance* en esta área, y provee a la sociedad civil de elementos de defensa de este tipo de derechos. Vale decir que si la iniciativa de salud global se inscribe dentro de los Derechos Humanos, mejora la posición del individuo frente a quienes poseen los recursos para dar solución a este tipo de problemas. En este contexto algunos problemas de salud como la gripe aviaria o el SARS recibieron una respuesta global adecuada, o al menos cercana a lo óptimo. Mientras que temas como SIDA/HIV o malaria son muy mal manejados. Esto no ha hecho sino poner de manifiesto la realidad de la iniciativa colectiva como único medio apropiado para dar respuesta a algunos problemas de salud serios que el género humano enfrenta, especialmente en los países más pobres.

De este modo el tema del cuidado de la salud y la promoción de un sistema de salud global ponen en juego cuestiones tan serias como la posibilidad misma de una “sociedad mundial”, y el rol del Estado Nación y su relevancia para el individuo. Tanto los derechos humanos como conceptos más estratégicos como el de “seguridad nacional” frente a la amenaza de pandemias, crean el marco axiológico dentro del cual se discute la existencia de un bien común global y se cuenta a la salud como una de sus partes fundamentales. Los países centrales, debido a la volatilidad de la escena global y la presión de grupos de opinión con actuación transnacional o fuerte gravitación sobre la opinión pública local,

⁹² Universal Declaration of Human Rights.

⁹³ Robinson, M, “The value of a human rights perspective in health and foreign policy”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, n° 3 (March 2007), pp.: 241-242.

deberán cambiar su modo de aproximarse a los conflictos internacionales, e incorporar a la salud entre las herramientas de creación de un orden mundial estable.

Estados Unidos y la salud global.

El rol de los Estados Unidos en la Salud Global⁹⁴ ha ido en aumento con el correr de los años. La crisis actual de la salud global pone en evidencia las dificultades enfrentadas por las organizaciones nacionales de ciertos países para hacer frente a las necesidades más elementales de sus respectivas comunidades. En lo referente a la salud global los Estados Unidos pueden ir más allá del paradigma tradicional del interés nacional, y fortalecer así su posición de *soft-power*. Recientemente la salud ha dejado de ser simplemente una cuestión humanitaria, para convertirse en tema de gran relevancia para los intereses en temas de economía y seguridad. A pesar del unilateralismo característico de EE.UU., otros actores están desarrollando nuevos acercamientos al tema de la salud global y están generando fuerte influencia en la agenda norteamericana.

Durante la Guerra Fría Estados Unidos mantuvo un sistema internacional que algunos han resumido⁹⁵ describiendo tres pilares fundamentales: contención de la Unión Soviética, sus aliados y acólitos; confundir al comunismo; y liderar el desarrollo de una economía global. La medicina tuvo un rol fundamental en este proceso, especialmente en cuanto al tercer punto, desde que a partir del Plan Marshall⁹⁶ se habla de sociedades “saludables” en Occidente. Permanentemente fue la batalla por la salud un distintivo del modo de vida occidental. Una vez terminada la Guerra Fría, aún cuando Estados Unidos hubiera acaparado un enorme poderío militar y económico, no pudo evitar precipitarse en la era que se avecinaba, la globalización. Contra lo histórico, América quedó imbricada en el mundo exterior. Surgió entonces una nueva definición de seguridad, que involucra los tres elementos tradicionales del poder: militar, económico, y diplomático. Sobre este último punto la posición americana se debilita. La diplomacia americana se ha centrado en la expansión económica, pero ahora se debe reconocer que la salud pasa a ser central.

Los expertos consideran que las profesiones médicas y los temas de salud serán centrales para la diplomacia americana por las siguientes razones:

- Bioterrorismo: será clave para el desarrollo de la “guerra asimétrica”, en la cual un grupo o nación pequeño desafía a otro mayor, contando con una capacidad de destrucción masiva no acorde a su poderío económico y político.
- Ataque infeccioso: La era de oro de los antibióticos ha pasado y nuevos agentes infecciosos resistentes a las medicaciones actuales. Agentes virales nuevos como el HIV, se constituyen en amenazas para el pueblo americano.
- La salud es necesaria para mantener la productividad y la estabilidad política de los países.

⁹⁴Kickbusch I, “Influence and opportunity: reflections on the U.S. role in global public health. Lack of a central government leader has led to a global public health crisis”, *Health Affairs*, vol. 21 (2002), pp.: 131-141.

⁹⁵Hunter RE, Anthony CR, “Tapping the Power of Health in Foreign Policy”, Chapter 8 in Rubin ER, Osterweis M, Lindeman LM, (eds), Emergency Preparedness: Bioterrorism and Beyond, Washington DC: Association of Academic Health Centers.

⁹⁶Text of the Marshall Plan Speech. Harvard University, 4 de junio de 1947. Disponible en: George C Marshall Foundation, www.marshallfoundation.org.

Promover el desarrollo de las naciones amigas, especialmente en cuanto a salud, tiene sus ventajas. Estados Unidos redujo sensiblemente el monto de su ayuda oficial para el desarrollo luego de la Guerra Fría, tendencia que ha comenzado a revertirse. Es precisamente el sector salud americano uno de los mejor posicionados en cuanto a acciones estadounidenses dirigidas a promover el desarrollo. Esto sería fundamental para promover los valores Americanos y mostrar de manera tangible los valores a que adhiere la sociedad de Estados Unidos. A su vez, la promoción del desarrollo contribuiría a reducir el medio apto para la proliferación del terrorismo internacional, como ser la pobreza, marginalidad y frustración de Estados fracasados y sociedades sin destino.

La globalización enseña a EE.UU. que si se va a continuar ejerciendo el poder, la única manera de hacerlo es mediante acciones con efecto residual y duradero, es decir, que promuevan cambios persistentes en la sociedad humana. Como lo advirtiera Lee Hamilton en un artículo ya clásico en la política norteamericana⁹⁷, Estados Unidos debe convertirse en un poder benigno y promover el desarrollo global, si es que va a sostener moralmente su preeminencia militar y económica.

La salud es importante para la política exterior americana debido a su acción sinérgica con el desarrollo y el comercio, atacando así las raíces del terrorismo, y debido a la amenaza real de infecciones y armas biológicas. Además, la salud es un estandarte positivo de la influencia moral de Estados Unidos sobre el resto de los países. La salud como herramienta de la política exterior americana podría ser utilizada para:

- Controlar la diseminación de infecciones.
- Promocionar del desarrollo económico.
- Avanzar en la estabilidad de las naciones.
- Mejorar la imagen de Estados Unidos.

Una de las mejores iniciativas en cuanto a la utilización de la salud como herramienta de política exterior la constituyen los centros académicos de salud. Existe por lo menos un ejemplo de esto en la denominada “*American Internacional Health Alliance*”, a través de la cual centros académicos de Estados Unidos, mediante convenios privados, realizan acciones y establecen filiales en países de Europa del Este y la ex-Unión Soviética. Los resultados del establecimiento de centros académicos de salud en el exterior son excelentes, y constituyen un modo formidable de promover el compromiso mutuo entre las comunidades.

La política exterior representa el conjunto de políticas que los estados implementan en relación con otros estados y con actores no estatales, directamente, o bien a través de organizaciones internacionales, en relación con asuntos globales.

La política exterior de los países sirve, en la mayoría de los casos, a cuatro funciones fundamentales:

1. Proveer seguridad para el Estado
2. Contribuir al enriquecimiento del Estado y el incremento de su poderío
3. Favorecer al desarrollo político y económico de otros estados

⁹⁷Hamilton L, “A Democrat Looks at Foreign Policy”, *Foreign Affairs*, Summer 1992.

4. Proteger y promover la dignidad humana

En épocas recientes la salud ha aparecido como un tema relevante para las relaciones internacionales⁹⁸.

La salud surge en el contexto de las relaciones internacionales de varias maneras:

- Como factor de complicación de las relaciones comerciales entre Europa y otros Estados (cuarentenas, restricciones comerciales por cuestiones sanitarias, etc.).
- Como parte de las preocupaciones de los estados por cuestiones humanitarias.
- La amenaza de pandemias a la seguridad nacional
- Como un ingrediente cada vez más significativo del comercio mundial
- Como parte fundamental del esfuerzo mundial por sacar a la gente de la pobreza tal cual y como fuera planteado por los Objetivos del Milenio.
- La salud es, a su vez, cada vez más parte integral del reclamo por los derechos humanos y la agenda humanitaria de países, agencias internacionales y grupos transnacionales de opinión. En este sentido son puntos importantes el acceso a medicamentos esenciales; y la asistencia médica eficaz a víctimas de desastres naturales y crisis humanitarias.

Evidentemente Estados Unidos ocupa un rol fundamental en la salud global⁹⁹. Parte de esta dependencia radica en aquella “paradoja del poder” señalada por Joseph Nye y que mencionáramos más arriba. Cuanto más poderoso es Estados Unidos, tanto más debe reorientarse hacia el fortalecimiento de la comunidad global. El mayor poder de Estados Unidos radica en el “*soft power*” más que en su “*hard power*”. Frente a la crisis de la salud global, la paradoja de Nye puede ser de utilidad para redefinir el rol de América en el nuevo orden mundial, el cual bien podría residir en el fortalecimiento del poder blando, con el objeto de restaurar la alianza con la gente de las naciones con cierta relevancia estratégica. En este sentido se alinearía con otras iniciativas Británicas y de la Unión Europea¹⁰⁰, todas coincidentes en cuanto a la necesidad de una “estrategia global de salud”.

Una estrategia de la escasez.

Cuando ocurrió la crisis petrolera de 1973, se planteó el dilema de si el mundo habría de competir por los recursos escasos pero imprescindibles como la energía, o cooperaría para garantizar su provisión a todos los habitantes del planeta. El planteo no es menor e implica concepciones muy diversas sobre el Estado, la soberanía, el bien común y la dignidad Humana. Fue entonces Richard Gardner¹⁰¹, quien en un artículo proponía que, siguiendo con el camino iniciado con el Plan Marshall luego de la Segunda Guerra, el cooperativismo en torno a la distribución equitativa de los bienes escasos del planeta sería capaz por sí solo de crear un “nuevo orden mundial”.

⁹⁸ IOM Institute of Medicine. “America’s Vital Interest in Global Health”, Washington, DC: National Academy Press, 1997; Jamison, D, Frenk, J, Knaul, F, “International Collective Action in Health: Objectives, Functions, and Rationale”, *The Lancet*, 351(1998), pp.: 514-517 en Kaul, I, Grunberg, I, Stern, M (eds.), Global Public Goods : International Cooperation in the 21st Century, Oxford University Press, 1999, New York; Kickbusch, I, “The Need for a European Strategy on Global Health”, *Scan J Public Health*, 6, (2006).

⁹⁹ Kickbusch I, “Influence And Opportunity: Reflections On The U.S. Role In Global Public Health”.

¹⁰⁰ “European partnership for global health. European perspectives on global health”, European Foundation Centre, Brussels, 2006.

¹⁰¹ Gardner R, “The long road towards a world order”. *Foreign Affairs*, Apr 1974.

La salud de los seres humanos podría obrar en este mismo sentido. Dada la realidad de que los recursos para mejorar la salud son generados de alguna manera en un pequeño grupo de países, y que la mayor oportunidad de hacer el bien con ellos ocurre mayoritariamente en otro grupo distinto de países que involucra a la inmensa mayoría de la Familia Humana. Luego la Estrategia de Salud Global bien podría seguir este Orden de los Bienes Escasos, y motivar el cooperativismo. En un punto se diferencia la salud del petróleo; la alternativa, la fruición solitaria del bien salud padeciendo el asedio de quienes necesitan ese bien y no lo poseen, es imposible. La salud integral, si no es para todos, tampoco será para algunos.