

La Diplomacia de Salud y su presencia en las Relaciones Internacionales del Siglo XXI

Ms.C Danev Ricardo Pérez Valerino

Director de Relaciones Internacionales.

Instituto Finlay. Cuba

Email: rperez@finlay.edu.cu

Teléfono: 537 271- 9298

RESUMEN

Las epidemias y la situación epidemiológica en determinadas regiones geográficas han sido consideradas por diversos especialistas como posibles problemas globales del siglo XXI. En contraposición al desarrollo científico-técnico alcanzado en la actualidad, en varios países del tercer mundo persisten pandemias que amenazan con dispersar su hálito de muerte y pobreza de no tomarse las medidas necesarias con la voluntad política que lo amerita. En tal sentido algunos círculos académicos e instituciones internacionales han dado a conocer el término Diplomacia de Salud como una herramienta a explotar por parte de políticos, diplomáticos y funcionarios de Organizaciones No Gubernamentales para crear una concientización en círculos de poder económico que apoyen medidas para contrarrestar el impacto negativo de estas enfermedades que en determinado momento pueden afectar a la humanidad. Sin embargo, esta iniciativa, en principio, no se ha implementado de igual forma con intereses positivos por parte de determinado gobiernos e instituciones implicadas en el tema. Realizar un acercamiento a esta perspectiva y a las posibilidades reales de que sea una solución que interrelacione el sistema global de salud con las relaciones internacionales, constituye el objetivo principal de esta ponencia.

Palabras claves: diplomacia de salud global, relaciones internacionales, industria biofarmacéutica, crisis sanitaria.

BREVE SINTESIS CURRICULAR DEL AUTOR

Graduado como Químico Nuclear en el año 2003 en el Instituto Superior de Ciencias y Tecnología Nucleares de la Habana, Cuba. Comenzó a trabajar como investigador en el



Instituto de Relaciones Internacionales

Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Calle 48 entre 6 y 7, 5º piso - Edificio de la Reforma - La Plata - Argentina

(54-221) 4230628 conaresoiri@iri.edu.ar www.iri.edu.ar

Instituto de Relaciones Internacionales - UNLP @iriunlp

Instituto Finlay de Vacunas del Polo Científico habanero donde en la actualidad asume la responsabilidad como Director de Relaciones Internacionales. En Noviembre del 2009 defendió con éxito su Maestría en Relaciones Internacionales-Mención Política en el Instituto Superior de Relaciones Internacionales “Raúl Roa García”. Ha participado en numerosos eventos científicos donde ha presentado ponencias y póster. Es autor o coautor de publicaciones científicas en revistas nacionales y extranjeras.

*“...de nada sirve correr solos y llegar más rápido,
si se puede caminar juntos e ir más lejos”*

Dr. Chen Zhu, Ministro de Salud de la República Popular China
Foro Global de Investigación de Salud, Habana 2008.

I.

El proceso de globalización en que se encuentra gran parte de la humanidad, además de creciente y acelerado, se ha visto continuamente modificado por los cambios tecnológicos, políticos y económicos, que imperan en la “*aldea global*” en que habitamos, afectando de manera manifiesta las relaciones establecidas por los estados. La configuración en las últimas dos décadas de un sistema político a escala mundial que modifica los intercambios entre los estados y determina otros aspectos del desarrollo humano, influye directamente en la compleja relación entre la salud global y las relaciones internacionales y de manera especial en el campo de la cooperación internacional en el ámbito sanitario (Kickbusch *et al*, 2007). Este escenario genera globalmente nuevos actores internacionales, con diferentes roles y responsabilidades, así como nuevas alianzas y asociaciones que asumen un rol protagónico en la comunidad humana (Feldbaum H, Michaud J, 2010).

Generalmente, la elaboración de políticas en el ámbito exterior se ha centrado en la protección de los intereses nacionales, desde el punto de vista de la seguridad, el desarrollo económico y territorial, así como los intereses ideológicos. Esta visión ha ido evolucionando para buscar incluir en los círculos de debate y en las reuniones de alto nivel político el elevado grado de importancia que provoca un aspecto tan necesario como lo es la salud humana¹.

Es posible afirmar que en los últimos años la salud tiene una mayor presencia y prioridad en la agenda internacional². Este hecho plantea desafíos tanto para los países como para las organizaciones internacionales imponiendo un diálogo exponencialmente mayor entre los campos de la salud y de las relaciones internacionales.

¹ Sobre el tema se amplía en la Declaración de Oslo firmada en el año 2007 por los Cancilleres de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia

² Además de la mencionada Declaración de Oslo pueden verse resoluciones tomadas en Organismos Internacionales como la OMS, y regionales como la OPS, que han sido objeto de análisis en Cumbres de Integración Política y Económica como la Unión Europea, MERCOSUR, ACP, entre otros.

Históricamente los campos de la salud y las relaciones internacionales, aunque no son completamente extraños, no han tenido una prominente relación al ser considerada la salud, por parte de las cancillerías, un asunto de baja prioridad. En este sentido, la tendencia, por lo general, siempre ha sido considerar de “*alta política*” a los asuntos de guerra y paz, economía y comercio. No obstante se debe tener en cuenta que desde la antigüedad la salud y la enfermedad (como efecto y como arma) fue un asunto de alta relevancia en las guerras, en particular en las grandes guerras de los siglos XIX y XX³.

Desde la perspectiva de la política en materia de salud, es reconocido por diversos observadores que el comercio y las finanzas internacionales, la movilidad de las poblaciones, el cambio ambiental, los conflictos y desastres internacionales, así como los asuntos de seguridad internacional, entre otros factores, tienen repercusiones claras y demostrables sobre la salud, reconociéndose además que los vínculos más fuertes entre la salud y la política exterior se encuentran en los campos de transporte, comercio, turismo y emigración⁴.

Por ejemplo, ya en el siglo XIX fueron generadas diversas formas de cooperación internacional en la salud debido a la diseminación de enfermedades infecciosas que impactaban de manera negativa sobre el comercio entre países, lo que dio gran relevancia a la sanidad de los puertos. A partir de ahí surgió la necesidad de regular esta situación de donde nacieron el Reglamento Sanitario Internacional de 1832, así como el Código Sanitario Panamericano de 1924⁵.

Desde 1945, a partir de la instauración de las Naciones Unidas, la reconstrucción de las economías en la posguerra y la creciente liberalización del comercio han llevado a la creación de numerosos acuerdos y arreglos institucionales internacionales relacionados con la salud⁶.

Entre ellos pudiera mencionarse, en 1978, la Declaración de Alma Atá sobre atención primaria de la salud, la importante atención otorgada al tema de la pandemia de VIH/SIDA en foros de jefes de estados a nivel global o inclusive regional, como la declaración de Nassau de los jefes de estado de CARICOM reconociendo a la salud de las poblaciones como parte de la riqueza de esta región geográfica, y la Cumbre de Trinidad y Tobago del 2007 donde se reflexionó sobre la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles. De la misma forma se observó una muestra de convergencia de intereses comerciales y sanitarios en el 2002 y 2003 con el brote del Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Severa (SARS).

³ El escritor William McNeill en su obra de 1984 *Plagas y pueblos* de la editorial española Siglo XXI relaciona diversos ejemplos que le permiten sustentar esta afirmación. Posteriormente, otros autores como Laura Nervi, Ilona Kirkbusch y Laurie Garret han ampliado el análisis de esta temática en artículos y estudios realizados para organismos internacionales como la OMS.

⁴ Ver análisis realizado en 60a. Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud.

⁵ Idem

⁶ En el enero del 2008, la Asamblea General de la ONU aprobó la Resolución 63/33 que constituyó un espaldarazo para las acciones que con anterioridad se habían ejecutado en diversos escenarios.

Sin embargo debe notarse que la agenda sanitaria mundial después de la mencionada Declaración de Alma Atá ha estado guiada principalmente por enfermedades más que por la promoción de la salud, con el surgimiento del término de seguridad sanitaria. Esto se debió fundamentalmente a que a pesar de que las naciones presentes se comprometieron a la atención de las necesidades básicas de salud con un modelo denominado "Atención Primaria a la Salud", el lenguaje utilizado en la Declaración constaba de una interpretación muy ambigua, lo que facilitó que muchos gobiernos no asumieran un compromiso real. Además se desarrollaron programas de salud que no tenían en cuenta elementos fundamentales, como la participación de la comunidad y el reconocimiento del promotor (Aguilar Morales JE, 2006).

II.

Lamentablemente esto ha ocurrido por el renacimiento, sobretodo a partir de los primeros años del siglo XXI, de enfermedades infecciosas que estaban controladas o la aparición de nuevas que provocan más de 13 millones de muertes al año en el mundo, lo que significa que estadísticamente que unas 1.500 personas mueren cada hora de alguna enfermedad infecciosa. La mitad de ellas son niños menores de cinco años y una cuarta parte son jóvenes y adultos en plena actividad económica⁷.

En América Latina, por ejemplo, se apreciaba, en los primeros años del siglo XXI, que la mayoría de las muertes por enfermedades infecciosas se producían en los países en desarrollo, donde la tercera parte de la población (aproximadamente 1.300 millones de personas) vive con ingresos inferiores a 1 dólar diario y prácticamente uno de cada tres niños padecía de malnutrición y uno de cada cinco no estaba totalmente inmunizado en su primer año de vida⁸. A ello podemos añadirle que según reportes del 2003 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de la tercera parte de la población mundial carece aún de acceso a medicamentos esenciales⁹. Esta situación en la actualidad no presenta un alto grado de variación.

Con este telón de fondo de pobreza generado por la inequidad del sistema económico imperante, no es sorprendente que algunas enfermedades infecciosas hayan ganado terreno y reaparezcan agravadas por otros factores biológicos, también relacionados con el empobrecimiento, como la resistencia a los medicamentos.

El incremento de los movimientos masivos de población agrava las cosas. En los primeros cinco años del siglo XXI, sólo en América Latina más de 10 millones de personas sufrieron el desarraigo de sus hogares por razones económicas o políticas. Los emigrantes y las personas desplazadas no solo son especialmente vulnerables a las

⁷ Ver análisis realizado en 60a. Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud.

⁸ Este tipo de datos son generalmente solo accesibles mediante artículos online ubicados en sitios web alternativos al existir un bloqueo informativo por parte de los principales diarios de prensa escrita y online. Entre los sitios en español se destacan en la actualidad www.rebellion.org; www.voltairenet.net y www.kaosenlared.net

⁹ WHO. (2003) The Selection And Use Of Essential Medicines. Report of the WHO Expert Committee. Technical Report Series No 914. WHO, Geneva.

enfermedades infecciosas, sino que su movilidad puede ayudar a difundirlas a nuevas zonas. El rápido aumento de los viajes aéreos significa que las enfermedades pueden ahora ser transportadas de un país a otro en cuestión de horas (León Moncayo, 2004).

Por otra parte, las enfermedades infecciosas no son sólo un problema de los países en desarrollo; también afectan a los países industrializados sometidos a las mismas reformas económicas inequitativas. En Europa oriental, por ejemplo, la tuberculosis y la difteria han aparecido en forma de epidemias explosivas¹⁰. El brote de poliomielitis que se produjo en 1996 en países de Europa suroriental mostró con qué facilidad puede reintroducirse una enfermedad en áreas que estaban exentas, si se permite que baje la cobertura de la inmunización (León Moncayo, 2004).

Además, el arsenal de medicamentos disponibles para tratar las enfermedades infecciosas se está agotando progresivamente, debido a la creciente resistencia de los microorganismos a los medicamentos antimicrobianos¹¹. Desde un punto de vista puramente biológico, la causa principal de la resistencia de los microorganismos es la selección de las cepas de microbios que sobreviven a la acción antimicrobiana de los medicamentos. En una población dada de microorganismos puesta bajo la acción del medicamento, mueren las cepas susceptibles y sobreviven las que pueden defenderse, las que pronto se reproducen dando origen a poblaciones de microorganismos resistentes. El uso indiscriminado de antibióticos, los tratamientos incompletos o la automedicación, contribuyen a la aparición de cepas resistentes¹².

Sin embargo, estos factores biológicos suceden dentro de un contexto de falta de acceso a tratamientos completos y bien prescritos y a la ausencia o deficiencia de cobertura de atención médica debida al bajo poder de compra de la mayoría. Estos son los factores determinantes, si no causales, en último análisis, de la resistencia microbiana¹³.

Debido precisamente a esta situación se han incrementado las alertas de la OMS sobre la cercanía a una era 'postantibióticos' en el que las operaciones rutinarias serían imposibles y lesiones tan simples como un rasguño podrían ser letales para la humanidad. Según la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, durante una

¹⁰ Al respecto los profesores Ríos y Monleón de la Universidad de Barcelona publicaron un interesante estudio en el *European Journal of Epidemiology*, una de las revistas científicas con más impacto en epidemiología, y en el cual dan una visión de conjunto para resumir gráficamente en un mapa la evolución de la tuberculosis en 52 países europeos a lo largo de 27 años.

¹¹ Esta afirmación ha sido reconocida por altos directivos de la OMS y organismos regionales de América Latina, África y Asia fundamentalmente. Según la Nota descriptiva No. 194 publicada por la OMS en marzo del 2012 (disponible en el sitio web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/index.html>) sólo teniendo en cuenta la tuberculosis, cada año se producen unos 440 000 casos nuevos de tuberculosis multirresistente que causan al menos 150 000 muertes.

¹² Al respecto ver afirmaciones realizadas por la Dra. Margaret Chang, Directora General de la OMS en información publicada el 17 de Marzo del 2012 en el portal www.infobae.com bajo el título "Se acerca el fin de la medicina segura". Además para mayor y actualizada información puede accederse a la ya citada Nota descriptiva No. 194 de la OMS.

¹³ Idem

conferencia de expertos en enfermedades infecciosas celebrada en Copenhague, Dinamarca:

“La humanidad está ante un gran desafío. Muchos países están incapacitados por la falta de infraestructura, incluidos laboratorios, diagnósticos, confirmación de calidad, capacidad de regulación, monitoreo y control sobre cómo se obtienen y utilizan los antibióticos (...). Por ejemplo, las píldoras antimaláricas se venden individualmente en los mercados locales. También abundan antibióticos falsos o de baja calidad. En muchos países, la industria farmacéutica es la principal fuente de información para lo que recetan los médicos. Si las actuales tendencias continúan es fácil predecir el futuro (...). Algunos expertos dicen que estamos regresando a la era preantibióticos. No. Esta será la era postantibióticos”¹⁴

Como puede apreciarse esta crisis pone en peligro los logros que se obtuvieron en el siglo XX en la salud pública y en el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones, gracias a los adelantos de la investigación biomédica para el desarrollo de antibióticos y vacunas.

III.

Los aspectos mencionados muestran motivos de alto peso que argumentan el incremento en los últimos diez años de tratar la salud como un asunto de creciente importancia dentro de la agenda política mundial. En el campo de las relaciones internacionales ha crecido la comprensión de que existe un amplio abanico de asuntos sanitarios y de consecuencias para la salud con el acelerado desarrollo científico y tecnológico, que trascienden las fronteras nacionales y que requieren de la acción mundial (Kickbusch *et al*, 2007). Se ha señalado que la necesidad de actuar de manera concertada sobre un amplio espectro de asuntos políticos, económicos y sociales que tienen consecuencias para la salud, ha generado un creciente número de diplomáticos que entran a la arena de la salud, y más especialistas en salud pública que entran en la arena diplomática.

A partir del 2005, la OMS ha estado en el centro de las nuevas relaciones entre la salud y la política exterior, como consecuencia de las negociaciones para la formulación y sanción del Convenio Marco para el Control del Tabaco, del nuevo Reglamento Sanitario Internacional y las relacionadas con la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual realizada en el transcurso del 2008¹⁵.

Otro momento a destacar en esta transformación lo constituye el lanzamiento de la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Global (PESG) firmada en marzo del 2007 como Declaración de Oslo, en la propia capital nórdica, por los ministros de Relaciones

¹⁴ Idem

¹⁵ Kirkbusch I, Berger Ch. Global Health Diplomacy. R. Elect.de Com. Inf. Innov. Saúde. R. de Janeiro, v.4, No.1, p 18-22, Mar, 2010.

Exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia, con el fin de avanzar hacia una política exterior que tome en cuenta las consideraciones de la salud global más allá de las situaciones de crisis y emergencias sanitarias. Esta iniciativa busca promover el uso del lente de la salud en la formulación de la política exterior para trabajar juntos hacia la consecución de objetivos comunes. La Declaración de Oslo y la Agenda para la Acción 2007 señalaba la urgencia de ampliar el campo visual de la política exterior para abarcar con prioridad los asuntos de la salud, en la era de la globalización y de la interdependencia, y refiere que esa nueva visión se basa en el principio de proteger la oportunidad fundamental para la vida de los ciudadanos del mundo¹⁶.

Este cambio positivo en la naturaleza y en la perspectiva de la relación entre la política en materia de salud y la política exterior supone un desafío y también una oportunidad para los países y para los organismos en términos de cooperación internacional. En este mundo globalizado, en cada país y en cada subregión existe un número importante de problemas, desafíos, oportunidades y compromisos que responden a esta condición de interdependencia entre políticas sanitarias y de relaciones exteriores, y se visualiza con mayor claridad la necesidad de capitalizar las oportunidades de la salud mundial en beneficio de sus poblaciones, de hacer realidad los derechos y las aspiraciones de sus ciudadanos y de asumir los compromisos que supone el mundo actual. Para ello se hace imprescindible generar y asegurar capacidades institucionales nacionales para una gestión efectiva de estas oportunidades y para enfrentar los consiguientes riesgos y amenazas a la salud.

A partir de estas premisas se viene configurando desde el punto de vista académico el campo técnico que algunos autores llaman *Global Health Diplomacy* ó Diplomacia Sanitaria Global según su traducción al español (Kickbusch *et al*, 2007).

Diversas instituciones académicas y tanques pensantes (*think tanks*) han comenzado, a partir de la Declaración de Oslo anteriormente mencionada, a jugar un rol crítico con el objetivo de elevar el perfil de la salud como tema de preocupación de la política exterior eslabonando como bandera la necesidad de contar con los insumos que brindan el análisis de políticas y la investigación, y a la vez mejorar las oportunidades de entrenamiento tanto para diplomáticos como para especialistas en salud pública, en la interfase entre salud y política exterior.

Programas académicos que siguen esta línea se han implementado fundamentalmente en el Centro para Estudios Internacionales y Estratégicos ubicado en Washington a través del Centro Global de Políticas de Salud; en el Instituto de Salud Global de Beijing; en el Centro para la Seguridad Global en Salud de Chatham House en Londres; en el Instituto Fiocruz de Brasil a través del Instituto de Salud Global; así como en el Instituto de Graduados en Estudios Internacionales de Ginebra, Suiza (Kickbusch, 2009).

¹⁶ Amorim, C. Douste-Blazy, P., Wirayuda, H., Store, J., Gadio, C., Dlamini-Zuma, N., Pibulsonggram, N. Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, v.369, n.9570, p. 1373-1378, 2007.

En estudios desarrollados en la mayoría de estas instituciones se ha publicado sobre la existencia de una relación entre la gobernanza en la salud y el proceso de desarrollo en las naciones de los sistemas de salud que requiere analizar los cambios que se han dado en la arquitectura de la cooperación internacional sanitaria en estos últimos años, y que son diferentes a lo acontecido en el campo internacional de la salud después de la segunda guerra mundial.

Entre estos notables cambios podemos mencionar:

- La proliferación de nuevos actores transnacionales como los actores privados del sector corporativo de los negocios, incluyendo las compañías con fines de lucro, los del sector filantrópico y las asociaciones empresariales, y las organizaciones no gubernamentales de desarrollo de los países desarrollados,
- El rol creciente de las instituciones financieras internacionales en el financiamiento y gobernanza del sector de la salud en los países de ingresos medianos y bajos,
- Una progresiva injerencia del sector privado en el desarrollo de políticas públicas, particularmente de agentes privados de países desarrollados influenciando políticas públicas en los países en desarrollo.

En palabras de la Dra. Ilona Kirksbush, Directora del Programa de Diplomacia de Salud Global perteneciente al Instituto de Graduados en Estudios Internacionales de Ginebra, Suiza, el término *Diplomacia de Salud Global* intenta relacionar los procesos de negociación en los que participan múltiples actores a variados niveles de relevancia política y económica, que dan forma y gerencian el entorno de políticas globales para la salud (Kickbusch *et al*, 2010). Idealmente los resultados de la diplomacia de salud global se reflejan en tres efectos fundamentales:

- a) garantizar una mejor seguridad sanitaria y los resultados de salud de la población para cada uno de los países involucrados (sirviendo a los intereses nacionales y globales)
- b) mejorar las relaciones entre los Estados y fortalecer el compromiso de una amplia gama de actores a trabajar para mejorar la salud;
- c) proporcionar una comprensión de la salud como un esfuerzo común para su garantía como un derecho humano y un bien público global, con los objetivos de lograr resultados que se consideran justos para una mayoría de la población (Ej: reduciendo la pobreza, incrementando la equidad, etc)

Siempre desde el punto de vista académico, podemos apreciar que estos programas de Diplomacia Global de Salud aglutinan disciplinas de salud públicas, relaciones internacionales, gestión, leyes y economía y se centran en las negociaciones que dan forma y gerencian el entorno de políticas globales para la salud. El contenido fundamental de estas disciplinas va dirigido a la preparación de especialistas en:

1. La negociación de convenios relacionados con la salud pública intrafronteras y en otros foros,
2. La gobernanza mundial de la salud,
3. La política exterior y salud,
4. Desarrollo de estrategias nacionales de salud global.

Este movimiento académico ha servido, según sus promotores, de apoyo al incremento en la última década de una amplia variedad de coaliciones, redes y alianzas, nombradas por especialistas como *Iniciativas Globales de Salud* (IGS), que han proliferado en el campo de la cooperación internacional para el desarrollo, sobre todo, de nuevas políticas sanitarias. Estas IGS se han creado como un modelo organizacional necesario para enfrentar los complejos retos de la agenda sanitaria mundial y canalizar recursos adicionales para la salud.

Por mencionar algunas de las más conocidas están la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Polio, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), las alianzas *Stop TB*, *Roll Back Malaria*, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (GAIN), el Programa Multinacional contra el VIH/SIDA (MAP) del Banco Mundial, entre otros¹⁷.

Independientemente de ello la realidad que se aprecia es que existen unas pocas IGS que son financieramente y políticamente importantes y que juegan un papel clave en la gobernanza sanitaria global. Una de las más poderosas e importantes es la Fundación Bill y Melinda Gates, institución filantrópica que ha llegado a ser reconocida como una importante fuente de financiamiento y de influencia en acciones sanitarias a escala mundial.

Sin embargo la creciente importancia de estas IGS plantea profundos y nuevos desafíos y presionan sobre la soberanía de los estados y sobre los arreglos institucionales vigentes en materia de cooperación internacional, teniendo en cuenta que al contar con recursos económicos su poder de decisión y de injerencia llega a altos niveles políticos e incluso legales.

Es importante tener en cuenta que, a pesar del incremento de los recursos financieros del sector privado, el sector público continúa aportando la mayoría de los fondos. Las contribuciones privadas al financiamiento mundial de la salud son una fracción minoritaria de la ayuda total. Sin embargo, los actores privados han aumentado, de manera desproporcionada a la magnitud de los fondos que aportan, su visibilidad y poder en la gobernanza mundial.

Es esta una de las razones que invitan a considerar que los resultados obtenidos hasta ahora no son del todo favorables. La mayor parte del financiamiento procedente de las IGS y promovida por los Programas de Diplomacia de Salud Global está orientada a

¹⁷ Ver análisis realizado en 60a. Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud.

programas verticales de control de enfermedades, con muy poco apoyo al fortalecimiento de la infraestructura sanitaria básica y a los sistemas de salud.

En este sentido, muchas de estas intervenciones recargan el trabajo de las autoridades sanitarias nacionales, debilitando el desarrollo nacional de la salud. Se puede decir que si antes la principal dificultad era la falta de recursos, ahora a este problema se le adiciona el de gerenciar y controlar, sin caer en injerencias políticas y económicas, esta compleja red de actores involucrados.

De esta circunstancia se han aprovechado algunas de las principales transnacionales biofarmacéuticas pertenecientes al *Big Pharma* las cuales no han tenido reparo alguno en mantener un control estricto en los altos precios de mercado de los biofármacos así como con las patentes e incrementar las restricciones a la importación de medicamentos que impiden ó dificultan el acceso de los mismos en los países del tercer mundo. Al mismo tiempo debe señalarse el accionar de gobiernos e instituciones privadas con numerosos accionistas del *Big Pharma* en sus *staffs*, que apoyan y promulgan leyes que van en detrimento de una auténtica colaboración internacional como la expresada en los programas de Diplomacia de Salud Global.

Quizás el mejor ejemplo de lo que pudiera ser un verdadero proceso de implementación de la diplomacia en función de la colaboración internacional en la salud pudiéramos verlo en la evolución en cuanto a políticas sanitarias generadas por el proceso revolucionario cubano¹⁸.

La isla del Caribe, que en 1960 contaba tan solo con 3 mil médicos y un escaso desarrollo científico – tecnológico, ha logrado, teniendo como premisa la prioridad que su gobierno y estado dan a la salud y a mejores condiciones de vida para su población, convertirse en un modelo de esperanza para la colaboración internacional.

Cinco décadas después los 3 mil médicos se han multiplicado en más de 70 mil especialistas médicos, 90 mil enfermeros, y cerca de 30 mil técnicos de la salud. De ellos, bajo diferentes programas de colaboración han brindado sus servicios más de 134 mil trabajadores de la salud en más de 108 naciones de América Latina, África, Asia e inclusive Europa¹⁹. Además la isla antillana ha promovido con recursos y conocimientos propios escuelas internacionales de medicina en su territorio y en diversos países donde se utiliza el novedoso y proactivo método de enseñanza cubano a través del cual miles de jóvenes han cursado estudios de medicina y otras especialidades de la salud.

¹⁸ En los últimos años diversos estudiosos extranjeros de la realidad Cubana han logrado generar un movimiento internacional que reconoce la calidad de la Ciencia cubana, especialmente en la biotecnología. En lo particular resulta interesante el artículo publicado como “*Cuba’s contribution to Global Health Diplomacy*” del autor William Keck y presentado además en el taller del mismo nombre celebrado en marzo del 2007.

¹⁹ Así se le dió a conocer a la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS en su reciente visita a Cuba donde tuvo la oportunidad de intercambiar directamente no solo con el sistema de salud cubano sino además con la industria biofarmacéutica cubana.

Otra modalidad ha sido la internacionalización de métodos ágiles, seguros y gratuitos de asistencia sanitaria como la Operación Milagro que ha permitido recuperar ó mejorar la visión a millones de latinoamericanos, africanos y de otras regiones del mundo.

Por si esto fuera poco, Cuba ha logrado desplegar, y sobretodo mantener, un extraordinario sistema científico-tecnológico que tiene como punto más alto una industria biofarmacéutica que a través de un ciclo cerrado permite desarrollar, rápida y eficazmente, el registro y comercialización de vacunas y productos biofarmacéuticos que se caracterizan por su novedad, por su calidad y sobretodo por la concepción filosófica de que sea accesible económicamente para los países y las sociedades con menos recursos. En esta línea de trabajo hoy este sistema comercializa más de 50 productos al alto impacto y valor agregado en más de 60 países de todos los continentes.

Estos resultados han contado con el apoyo y soporte clave de diplomáticos avezados del Ministerio de Relaciones Exteriores que han colaborado con estos y otros programas que la mayor de las antillas ha implementado primero en su sistema de salud nacional y luego en decenas de países. La vinculación ha llegado a un punto en el cual esta industria constituye uno de los aspectos de mayor relevancia para el intercambio comercial de la Isla.

IV.

En las actuales condiciones es fundamental tener en cuenta que, en la medida en que avanza la interdependencia entre las naciones, casi todas las políticas en materia de salud adquieren una significativa dimensión regional o mundial, a la vez que aumenta el número de convenios y acuerdos internacionales y su impacto sobre los procesos nacionales de decisión.

Por tanto se hacen cada vez más imprescindibles la coherencia política, la dirección estratégica, y una base de principios y valores comunes muy sólida. Esa es una capacidad institucional esencial para que los estados puedan actuar en el nuevo entorno de la salud.

Una premisa de partida es la generación y sostenimiento de puentes institucionales, capacidades conjuntas, y cultura y prácticas de acción vinculadas a las diversas instancias del gobierno que tienen que ver con la cooperación internacional, principalmente de los sectores de la salud y de las relaciones internacionales, pero que también deberá incluir otros sectores como el comercio exterior, finanzas, trabajo empleo, educación y cultura. En la medida que no haya un enfoque global real, los esfuerzos que haga cada país en forma aislada o cada organismo multilateral o bilateral de apoyo serán infructuosos por la gravedad del problema.

Esto se recrudece cuando apreciamos que en la actualidad se están recreando programas verticales de salud con énfasis en las cuatro o cinco enfermedades que figuran en la agenda global de prioridades (SIDA, tuberculosis y malaria fundamentalmente). Para que se incorpore una nueva enfermedad en esa agenda, tiene que pasar por todo un proceso de análisis y consenso. Esta jerarquización de

prioridades demuestra que los sistemas de salud tienden a otorgar privilegio a las acciones relacionadas con las enfermedades prioritarias y recibir fondos millonarios para enfocarlos en la erradicación o el control de esos problemas. Así, se establecen muros entre los problemas globales y los problemas nacionales, y se crea un sector privilegiado dedicado a enfermedades globales, con altos recursos y prestigio, y otro sector crecientemente abandonado.

Paralelamente está el fenómeno de la fuga de cerebros, el cual afecta mucho a los países pobres y de ingreso medio ya que existe una gran demanda de enfermeras, médicos y científicos en los países ricos. En consecuencia, los países de mayor desarrollo por un lado financian estos programas globales, pero por otro lado atraen al personal que mejor puede usar esos recursos y crean allí una situación crítica.

El ejemplo del accionar del gobierno revolucionario cubano y el amplio impacto internacional que tienen sus programas de salud, aplicados bajo intereses solidarios y de colaboración constituye una muestra fidedigna de una verdadera diplomacia de salud global que contradice interpretaciones realizadas por instituciones que ven la salud como un fructífero negocio y no como un derecho humano indispensable para el cual se debe trabajar.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- **Aguilar-Morales, J.E.** Evolución y desarrollo de las políticas públicas en salud. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. (2006) Disponible en <http://www.conductitlan.net/historia.ppt>
- **Amorim, C. Douste-Blazy, P., Wirayuda, H., Store, J., Gadio, C., Dlamini-Zuma, N., Pibulsonggram, N.** Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, v.369, n.9570, p. 1373-1378, 2007.
- **Auer A, Guerrero Espinel JE.** La Organización Panamericana de la Salud y la salud internacional: una historia de formación, conceptualización y desarrollo colectivo. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(2):111–21.
- **Feldbaum H, Michaud J** Health Diplomacy and the Enduring Relevance of Foreign Policy Interests. *PLoS Med* 7(4): e1000226. doi:10.1371/journal.pmed.1000226. 2010.
- **González Miranda, B.** Medicalización, iatrogenia y ética de las relaciones con la industria farmacéutica. Máster Interuniversitario de Bioética (IIIª edición), noviembre 2009

- **Keck W.** Cuba's contribution to Global Health Diplomacy. GHD Workshop Marzo 2007.
- **Kickbusch, I.** Global Health Diplomacy. Seminario Health as Foreign Policy. Universidad de Oslo, Noviembre 2009.
- **Kickbusch, I., G. Silberschmidt & P. Buss.** Global Health Diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bulletin of the WHO 85(3): 161-244. 2007.
- **Marchiori Buss P, do Carmo Leal M.** Global Health and Health Diplomacy. Cad. Saúde Pública vol.25 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2009.
- **Meeting de Expertos.** Harnessing the Power of Business for Better Global Health Diplomacy in Non-Communicable Disease Prevention and Control. McGill World Platform for Health and Economic Convergence Think Tank. 2009.
- **Melé D.** Las cinco mayores compañías farmacéuticas: imagen corporativa y crítica en responsabilidad social. Cátedra Economía y Ética, Universidad de Navarra , España, 2006.
- **Mittelman JH.** El síndrome de la globalización. Transformación y resistencia. Editorial Siglo XXI Barcelona, España.
- Resolución 63/33 Global health and foreign policy. Asamblea General de Naciones Unidas (2009). Disponible en el sitio web: http://www.who.int/entity/trade/events/UNGA_RESOLUTION_GHFP_63_33.pdf. Accessed 2 August 2009.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Resolución del 48vo Consejo Directivo de la OPS. La Salud y las Relaciones Internacionales. Su vinculación con la gestión del desarrollo nacional.
- **Ríos M, Monleón-Getino T.** A graphical study of tuberculosis incidence and trends in the WHO's European region (1980-2006). *Europ J Epidemiol.* 2009
- **Sridhar D.** Foreign Policy and Global Health: Country Strategies. Prince Mahidol Awards Conference, Jan 28-30 2008.
- **Organización Mundial de la Salud.** The Selection And Use Of Essential Medicines. Report of the WHO Expert Committee. Technical Report Series No 914. WHO, Geneva. 2003