



Transformando la Salud Global a través de una Gobernabilidad Imaginada en Salud Global*

Lawrence O. Gostin⁺

La salud tiene un rol fundamental en nuestras vidas como individuos y como miembros de la sociedad. En el plano individual, la salud es importante para el bienestar de una persona y puede afectar sus oportunidades en el mundo. La salud también es importante para el bienestar público porque un nivel básico de funcionamiento del ser humano es una condición necesaria para el desarrollo y la estabilidad económica, social y política en una sociedad.

Las normas internacionales reconocen el valor especial de la salud humana. Una función primaria de las Naciones Unidas es proteger la salud global.¹ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa la aspiración universal de que “el goce

* Este artículo se basa en trabajos anteriores. Ver L.O. Gostin, “Redressing the Unconscionable Health Gap: A Global Plan for Justice,” *The Harvard Law & Policy Review* 4 (2010); disponible en http://hlpronline.com/2010/06/gostin_justice/; L.O. Gostin, “Meeting basic survival needs of the world’s least healthy people: toward a framework convention on global health,” *Georgetown Law Journal* 96 (2008): 331-92; L.O. Gostin & Emily A. Mok, *Innovative Solutions to Closing the Health Gap Between Rich and Poor: A Special Symposium on Global Health Governance*, J. Law, Med. & Ethics (por publicarse en 2010); Lawrence O. Gostin, Gorik Ooms, Just Balstad, Sigrun Møgedal, John-Arne Røttingen, and Harald Siem, *The Joint Learning Initiative on National and Global Responsibility for Health* (Artículo introductorio para Oslo, 7 de mayo de 2010).

Traducción de Bárbara Seresevsky.

⁺ Profesor Linda D. y Timothy J. O’Neill de Derecho en Salud Global, y Director del Instituto O’Neill para el Derecho Nacional y Global en Salud Global en Georgetown University Law Center; Profesor de Salud Pública, Johns Hopkins University; Profesor Visitante, Universidad de Oxford.

¹ El artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas establece que un objetivo primario de la Carta es promover “niveles de vida más elevados” y “la solución de problemas internacionales de carácter... sanitario”.

del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” es esencial para lograr la paz y la seguridad.² El derecho humano a la salud es una obligación para muchos estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³—una obligación reiterada en múltiples tratados de derechos humanos -.⁴

El Comité de Naciones Unidas de Derechos Económicos, Culturales y Sociales, además, ha ofrecido una guía sobre las normas, obligaciones, violaciones y la implementación del derecho a la salud,⁵ y ha designado un Relator Especial para continuar mejorando su significado y efectividad.⁶ Estas obligaciones de derechos humanos todavía pueden carecer de especificidad, así como también de mecanismos efectivos de monitoreo, contabilidad y cumplimiento. No obstante, reflejan un consenso internacional amplio sobre el valor normativo de la salud.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – un pacto global para reducir la pobreza y la hambruna, y tratar la salud frágil, la inequidad de género, la falta de educación, la falta de acceso al agua limpia y la degradación ambiental para el 2015 – ilustran similarmente un consenso global en la agenda de la salud y el desarrollo. Tres de

² Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Preámbulo (adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud llevada a cabo en Nueva York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946, firmada el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entrada en vigencia el 7 de abril de 1948, disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Adoptado y abierto para la firma, ratificación y adquisición por la resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966 de la Asamblea General, entrada en vigencia el 3 de enero de 1976, de acuerdo con el artículo 27.

⁴ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.

⁵ Comentario sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Comentario General 14: El Derecho al Estándar de Salud Más Alto Posible*, ONU. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

⁶ ONU. Comentario sobre Derechos Humanos, *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/31, ONU. Doc. E/CN.4/2005/51 (Apr. 22, 2002); ver también Paul Hunt, *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Informe del Relator Especial, Comentario sobre Derechos Humanos, session nº59., UN Doc. E/CN.4/2003/58 (2003); Paul Hunt, *The UN Special Rapporteur on the Right to Health: Key Objectives, Themes, and Interventions*, 7 HEALTH & HUM. RTS. 1 (2003); Anand Grover, Promoción y Protección de Todos los Derechos Humanos: Derechos Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales, Informe del Relator Especial sobre el derecho de todos a disfrutar del estándar de salud físico y mental más alto posible, A/HRC/11/12, 31 de marzo de 2009.

los ocho objetivos se relacionan con la salud (objetivos 4, 5 y 6): reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud maternal; y combatir el SIDA, la malaria y otras enfermedades.⁷

A pesar de justificaciones éticas robustas y normas internacionales, existen disparidades excesivas sobre la salud entre el mundo de los ricos y los pobres. En el presente, el mundo de los pobres soporta una carga desproporcionada de enfermedad y daños. Mientras que la expectativa de vida ha aumentado a un ritmo constante en el mundo desarrollado, ésta ha disminuido en los países menos desarrollados y en los estados en etapa de transición. Sin embargo, las disparidades en la salud entre los ricos y los pobres no pueden simplificarse en una división entre países ricos y pobres. En cambio, las disparidades en la salud también existen en países donde los diferentes niveles de salud están relacionados a condiciones de vida socio-económicas.⁸ Muchos de los pobres que viven en Europa y Norteamérica, por ejemplo, tienen expectativas de vida iguales a aquellos que viven en los países menos desarrollados.⁹ Además, muchos de los problemas de salud de los países pobres pueden amenazar países ricos ya que las enfermedades tienen la habilidad de migrar rápidamente en todo el mundo. Por ende, el concepto de justicia social global promueve el logro de la salud para la población mundial.

Las disparidades manifiestas en la salud entre el mundo de los ricos y de los pobres puede atribuirse a factores sociales y económicos.¹⁰ En cuanto a estos factores, a los que comúnmente se los reconoce como determinantes sociales de la salud, pueden dramáticamente mejorar los patrones de desventaja sistemática que profunda y persuasivamente menoscaban los prospectos del bienestar de los pobres. Por ejemplo, un estatus socioeconómico más bajo (determinado por la educación, ocupación y el ingreso) está fuertemente correlacionado con resultados sanitarios pobres debido a condiciones de desventaja material, un control reducido de las circunstancias de vida y una falta de aceptación social. Además, factores como condiciones de vida diarias, el mediocambiente natural y construido, y la distribución equitativa de poder y recursos pueden tener un impacto en la salud.

⁷ ONU. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2006), disponible en <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

⁸ L.O. Gostin, "The Unconscionable Health Gap: A Global Plan For Justice," *The Lancet* 375 (2001): 1504-1505; L.O. Gostin, "Redressing the Unconscionable Health Gap: a Global Plan for Justice," *Harvard Journal of Law and Policy* (por publicarse en 2010).

⁹ C.U. Oramasionwu, C.M. Brown, L. Ryan, K.A. Lawson, J.M. Hunter y C.R. Frei, "HIV/AIDS Disparities: The Mounting Epidemic Plaguing US Blacks," *Journal of the National Medical Association* 101 (2009): 1196- 1204, en 1196.

¹⁰ OMS, *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – Informe Final*, en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ (última visita: 9 de mayo de 2010).

La comunidad internacional es consciente del problema manifiesto de las inequidades en la salud,¹¹ pero profundamente resistente a tomar acciones constructivas valientes. El *International Development Assistance for Health* (IDAH) parece estar mucho más preocupado por los intereses geoestratégicos y filantrópicos de los donantes que por las necesidades de los pobres.¹² La ayuda al exterior, como está actualmente estructurada, carece de escala y sustentabilidad, a la vez que no logra dirigirse a los determinantes clave de la salud. En consecuencia, el mundo sigue siendo fundamentalmente injusto en su distribución en pos de la “buena” salud global. Esto causa un sufrimiento físico y mental enorme en aquellos que experimentan las desventajas de la pobreza y la salud frágil.

Construyendo nuevas soluciones en la Salud Global

Los desafíos de la gobernabilidad en salud global requieren un enfoque valiente e innovador.¹³ Si bien un número de nuevas iniciativas han emergido para tratar problemas de cooperación y coordinación, como el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y la Sociedad Internacional para la Salud, estos enfoques no son suficientes. Se necesita una respuesta en salud global más integral que trate los asuntos fundamentales para abordar problemas actuales y futuros, especialmente aquellos que enfrenta el mundo de los pobres y vulnerables.

El derecho internacional puede servir como un medio para tratar problemas graves de significancia transnacional que ningún país o grupo de países puede resolver por sí mismo. La salud global, como resultado, merece ser un tema fundamental en el derecho internacional, pero éste no ha sido el caso. Para llenar este vacío y usar el derecho internacional de modo más constructivo, es necesario un nuevo modelo para encauzar una acción más conjunta y llegar al corazón del dilema en salud global — construyendo una capacidad a largo plazo para que los países pobres asuman la responsabilidad por su

¹¹ De acuerdo a un ítem de la agenda de la Asamblea Mundial de la Salud de 2009, los Estados Miembros deben: “1) luchar contra las inequidades sanitarias en los países y entre éstos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «subsana las desigualdades en una generación», según corresponda, y coordinen y gestionen las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas y, si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria” (Sexagésima Segunda Asamblea Mundial de la Salud, del 18-22 de mayo de 2009). Ítem 12.5 de la Agenda. Octava reunión plenaria, 22 de mayo de 2009, A62/VR/8.

¹² Ver ej. Ngaire Woods, *The Shifting Politics of Foreign Aid*, 81(2) *International Affairs* 394 (2005).

¹³ L.O. Gostin y E.A. Mok, “Grand Challenges in Global Health Governance,” *British Medical Bulletin* 90 (2009): 7-18.

propia salud en colaboración con otros actores; por ejemplo, países ricos y en estado de transición, organizaciones intergubernamentales, empresas, fundaciones y la sociedad civil. He propuesto dos mecanismos legales estructurales interrelacionados para mejorar drásticamente la gobernabilidad en salud global — un Pacto Marco sobre Salud Global¹⁴ y un Plan Global por la Justicia.¹⁵

Un Pacto Marco sobre la Salud Global

El Pacto Marco sobre Salud Global (PMSG) reconoce el poder del derecho internacional en salud global. Los problemas transnacionales de salud global demandan un compromiso estable de recursos para el largo plazo y una priorización de estos recursos en miras a intervenciones efectivamente genuinas. Estos atributos requieren un mecanismo de gobernabilidad que permita establecer prioridades, coordinar esfuerzos, fomentar sociedades públicas-privadas y que los países pobres puedan asumir la responsabilidad de políticas y programas de manera competente y transparente. Para tratar esta necesidad, el PMSG promueve un enfoque ascendente basado en tratados para la salud global que está estructurado sobre la base de los siguientes objetivos claves.

El primer objetivo del PMSG es establecer prioridades de modo que la asistencia internacional esté dirigida apropiadamente a satisfacer las necesidades básicas de supervivencia. Un problema persistente en salud global ha sido la falta de alineación de la fuente donante con actividades que reflejen el verdadero peso de la enfermedad o que traten los determinantes subyacentes de la salud en países pobres. Por ende, hay una necesidad urgente de un mecanismo de gobernabilidad que facilite la construcción de un consenso basado en la evidencia y en las prioridades de la comunidad.¹⁶

Otro objetivo del PMSG tiene por objeto generar una capacidad en los países para que desarrollen sistemas de salud efectivos y duraderos. La construcción de capacidades para la salud involucra desarrollar los recursos humanos de un país, sus estructuras organizacionales e infraestructuras de modo que todos los elementos del sector de la salud puedan desempeñar sus funciones principales y satisfacer las necesidades de la

¹⁴ *Id.*

¹⁵ Ver Gostin, *supra* nota 3.

¹⁶ S.K. Stansfield, “Philanthropy and alliances for global health,” en I. Kaul, K. Le Goulven and M. Schnupf, eds., *Global Public Goods Financing: New Tools for New Challenges* (New York: UNDP/ODS, 2002): 94-101.

población de manera sostenible.¹⁷ Por ejemplo, construyendo una infraestructura sólida, un país estará mejor equipado para detectar, prevenir, responder y tratar una enfermedad, particularmente entre los más vulnerables. Sin embargo, la construcción de capacidades requiere un cambio fundamental en cómo ha sido provista hasta hoy la asistencia internacional para la salud. Se requiere el compromiso a largo plazo de todas las partes – tanto países desarrollados como subdesarrollados y sus socios – para la salud de sus poblaciones. También involucra un cambio del enfoque verticalista prevaleciente que privilegie las ideas y prioridades de organizaciones intergubernamentales y gobiernos extranjeros sobre líderes locales, así como también un paso más allá de simplemente exponer cuánto dinero ha sido donado.¹⁸

Un tercer objetivo del PMSG es involucrar a todos los participantes, tanto estatales como privados, de modo que ellos pongan a disposición sus recursos y experiencia. Es esencial aprovechar la ingenuidad y los recursos de los actores no estatales (incluyendo ONGs, industria privada, fundaciones, híbridos público-privados y la sociedad civil) porque ninguna entidad individual tiene la capacidad para solucionar las enormes crisis de salud globales actuales. El PMSG incluiría a estos participantes importantes en el proceso de negociación, debate e intercambio de información así como también reduciría las barreras para que ellos se involucren activamente en la construcción de capacidades.

El cuarto objetivo del PMSG es coordinar y armonizar las actividades entre la proliferación actual de actores de salud global. Habiendo el PMSG establecido prioridades e involucrado a los participantes más importantes, es también imperativo para este esquema de gobernabilidad promover un nuevo medio para la coordinación. Esto va a requerir más que una simple explicación sobre cuánto dinero ha sido gastado por la comunidad donante. En el actual ambiente fracturado donde los estados, las ONGs, las OII (organizaciones internacionales gubernamentales) y las fundaciones financian y priorizan diferentes intervenciones sanitarias, será una tarea esencial establecer la coordinación.

Los objetivos finales del PMSH son establecer niveles mínimos de financiamiento para el desarrollo internacional de la asistencia de salud y hacer responsable a los actores por sus

¹⁷ A. Milen, What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice (Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2001).

¹⁸ M. Grindle, ed., *Getting Good Government: Capacity Building in the Public Sectors of Developing Countries* (Cambridge, MA: Instituto de Desarrollo Internacional de la Universidad de Harvard, 1997). Ver Milen, *supra* nota 11..

compromisos a través de una evaluación y monitoreo riguroso. Al establecer el PMSG como un foro diplomático en desarrollo con principios establecidos y obligaciones definidas, esto puede ayudar para trascender la actual decadencia y que surjan y flujos de interés en la asistencia internacional para la salud global, así como también los cambios en la voluntad política. Además, la FCGH incorporaría medidas de cumplimiento como un componente de este régimen de gobernabilidad en salud global.

Procedimentalmente, la formación del PMSG involucra un enfoque marco de convención- protocolo que, en esencia, es un proceso de régimen gradual de desarrollo. En esta etapa inicial, los Estados negociarían y acordarían sobre el instrumento marco, que establece los principios amplios para la gobernabilidad en salud global: objetivos, obligaciones, estructuras institucionales, monitoreo empírico, mecanismos de financiación y ejecución. En las etapas subsiguientes, se desarrollarían protocolos específicos para lograr los objetivos en el marco original. Estos protocolos, organizados por componentes claves de la estrategia en seguridad global,¹⁹ crearían normas legales, estructuras y procesos más detallados. El enfoque de convención marco provee a los Estados una libertad considerable para decidir el nivel de especificidad que es políticamente factible hoy, salvo los asuntos más complejos o conflictivos a ser incorporados en protocolos posteriores. Esto evita el problema de obstáculos políticos en elementos conflictivos, que paralizarían e impedirían el progreso. El proceso de FCGH también confiere las siguientes ventajas: facilita el consenso global de manera gradual; promueve un instinto humanitario compartido a través de una discusión normativa, que puede favorecer la educación y persuadir a varios grupos; construye un consenso científico y fáctico a través de la recopilación y el análisis de información sobre la salud y evidencia científica.

No obstante, la FCGH no es una panacea y existen varias barreras sociales, políticas y económicas para su creación. El enfoque convenio-protocolo marco no puede fácilmente evitar algunos aspectos actuales de la gobernabilidad en salud global: la dominación de los países económica y políticamente más poderosos; la resistencia profunda a crear obligaciones de gastar o transferir riqueza; la falta de confianza en regímenes legales internacionales y organizaciones internacionales; y las preocupaciones sobre la integridad y competencia de los gobiernos en muchos países pobres. Este enfoque tampoco asegura

¹⁹ El Convenio Marco para el Control del Tabaco, por ejemplo, prevé que asuntos como la publicidad, el comercio ilícito y el tratamiento serán tratados individualmente en protocolos separados. Ver OMS, Convenio Marco para el Control del Tabaco, OMS Doc. A56/VR/4 (21 de mayo de 2003) en <http://www.who.int/entity/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf> (última visita: 9 de mayo de 2010).

el consenso sobre asuntos controvertidos. Asimismo, la longitud y el proceso gradual de la convención marco podría toparse con una pérdida de ímpetu o el descarrilamiento de protocolos posteriores debido a su plazo extendido. Sin embargo, dada la naturaleza desalentadora de la gobernabilidad en salud global existente, una a FCGH puede ser un riesgo que vale la pena correr.

Un Plan Global por la Justicia

Para superar los desafíos del enfoque FCGH, he propuesto también un modelo alternativo para la gobernabilidad en salud global llamado el Plan Global por la Justicia (PGJ).²⁰ Este enfoque involucra la creación de un convenio voluntario entre países y sus socios privados (ej: empresas, organizaciones filantrópicas y sociedad civil) para equilibrar las inequidades actuales en salud global. El PGJ se enfoca en tres prioridades centrales en salud global, que tratan los determinantes más críticos de salud en el mundo de los pobres. Estas prioridades centrales son las siguientes: asignar justamente medicamentos y vacunas, satisfacer necesidades básicas de supervivencia y mitigar los impactos en la salud del cambio climático.

Es importante asegurar la asignación justa de medicamentos y vacunas esenciales, especialmente en relación a las necesidades de los países de bajos y medianos ingresos. Los medicamentos y vacunas esenciales, de acuerdo a la OMS, “son aquellos [tratamientos] que satisfacen las necesidades prioritarias de cuidado de la salud de la población.”²¹ Dichos tratamientos son necesarios en la prevención y mitigación del sufrimiento humano y juegan un rol crítico en tratar tanto las necesidades crónicas como las situaciones de emergencia. No obstante, el acceso ha sido difícil en muchos países en desarrollo debido a precios restrictivamente altos para medicamentos patentados, y a la falta de investigación y de incentivos de desarrollo para farmacéuticos para invertir en tratamientos de enfermedades asociadas con la pobreza. Las emergencias de salud pública, como el reciente pandemia H1N1, ponen de manifiesto la necesidad inmediata y crucial de la asignación justa de vacunas y medicinas. Cuando ocurre un desastre masivo, éste casi inevitablemente conlleva a la escasez causada por una oferta limitada y un aumento en la demanda. Los pobres, que están expuestos a un riesgo enorme de serias enfermedades y a la muerte por la propagación de nuevas infecciones, tienden a ser

²⁰ Ver Gostin, *supra* nota 3.

²¹ Organización Mundial de la Salud, OMS – *Essential Medicines* (2010), http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html (última visita: 9 de mayo de 2010).

dejados de lado mientras que los ricos acumulan para ellos mismos los medicamentos y las vacunas necesarias que salvan las vidas. Por ende, se amplía aún más la enorme brecha ya existente entre los ricos y los pobres. Esta trayectoria es muy problemática para el estado de salud global ya que es probable que la asignación de recursos a los más vulnerables confiera el efecto más beneficioso en los niveles de morbosidad y mortalidad prematura.²²

Otra prioridad clave del PGJ es satisfacer las necesidades básicas de supervivencia a través de la provisión de servicios y funciones fundamentales, como la higiene e ingeniería, infraestructura de sistemas sanitarios y la construcción de capacidades, y el cuidado de salud primario. La higiene y la ingeniería juegan un rol central en establecer un desarrollo y una salud sostenible. A través de intervenciones rentables que traten enfermedades transmitidas a través del agua, mosquitos y roedores, estos servicios básicos tienen un potencial masivo para mejorar la salud de las poblaciones más pobres del mundo. Construyendo una infraestructura de sistemas sanitarios y capacidad es otro componente para asegurar la salud de la población. Los gobiernos funcionan para identificar, prevenir y aminorar los riesgos a la salud pública. Ayudando a que los gobiernos desarrollen infraestructuras sólidas (ej: laboratorios de vigilancia de enfermedades y sistemas de información) y una mano de obra competente, éstos van a tener las herramientas necesarias para proteger a su gente y la habilidad para descubrir soluciones a sus problemas. El cuidado primario de la salud, que está definido como “cuidado de la salud esencial basado en métodos prácticos, científicamente contundentes y socialmente aceptados, y en tecnología universalmente accesible [y asequible],”²³ es también una función crítica sobre la cual la supervivencia humana es dependiente. Los componentes del cuidado primario de la salud incluyen el asesoramiento, la salud infantil y maternal, la planificación familiar y el tratamiento médico.

El PGJ no necesita centros de cuidado terciario avanzado o médicos altamente especializados; en cambio, simplemente requiere un personal de la salud esencial (ej: doctores de familia, enfermeras, parteras y trabajadores sociales) para diagnosticar y tratar las heridas y enfermedades más comunes, cuidar a las mujeres embarazadas y asegurar un nacimiento seguro de los bebés, y enseñarle a las personas cómo vivir

²² L.O. Gostin, “Pandemic Influenza: Public health preparedness for the next global health emergency,” *Journal of Law, Medicine and Ethics* 32 (2004): 565-573.

²³ OMS, *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional sobre Cuidado Primario de la Salud, Alma-Ata, USSR, (September 1978) at <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf> (última visita: 9 de mayo de 2010).

sanamente. El Plan también promueve la autoconfianza individual y comunitaria, y la participación en la planificación organización, operación y control de los servicios sanitarios, haciendo uso completo de los recursos locales y nacionales. Si bien satisfacer las necesidades de supervivencia diarias puede carecer del glamour de la medicina de la alta tecnología, éstas poseen el potencial real para conferir un impacto importante sobre la salud de la población porque tratan las causas subyacentes de las enfermedades e incapacidades comunes.

La tercera prioridad del PGJ busca tratar el problema del cambio climático debido al impacto severo que puede tener sobre la salud humana en los países más pobres. El cambio climático produce desastres naturales crecientemente intensos y más frecuentes, que pueden dar lugar a emergencias en la salud pública mayores y una devastación adicional de las condiciones de vida diarias a través de la contaminación del agua y el colapso de la infraestructura. También puede dar lugar a cambios severos en el ecosistema que dañen la producción de granos, ganado y pesca, que puede causar un aumento de la hambruna y de la escasez. Asimismo, el cambio climático tiene el potencial de ampliar el rango de vectores de enfermedad geográfico así como también de exacerbar la contaminación atmosférica a través de temperaturas en aumento.²⁴ Si bien los efectos del cambio climático van a sentirse en cada región del planeta, estos también afectarán desproporcionadamente a los pobres de todo el mundo y, a su vez, conducirán a agrandar la brecha existente en la desigualdad de salud. Estas poblaciones ya experimentan desventajas diarias importantes, como la escasez de agua limpia y alimentos nutritivos, así como también altos niveles de enfermedades infecciosas y crónicas. Estos desafíos son agravados por el hecho de que carecen de la capacidad para aminorar los efectos potencialmente devastadores del cambio climático debido a sistemas débiles de cuidado de la salud, infraestructuras pobres, y menos capacidades tecnológicas y manufactureras para adaptarse a condiciones ambientales rápidamente cambiantes.

El cambio climático no solo desafía a la comunidad internacional a que encuentre soluciones para mitigar los efectos en la salud, sino también a que trate las cuestiones inevitables de justicia social global. Para tratar estas preocupaciones en el mundo en desarrollo, el PJG requiere adoptar dos acciones estratégicas en cambio climático. Una acción es incorporar el uso de tierras y la migración agrícola (tales como evitar la deforestación y la degradación) y aplicar prácticas agrícolas sostenibles. La segunda

²⁴ U. Confalonieri, B. Menne, R. Akhtar, K.L. Ebi, M. Hauengue, R.S. Kovats, B. Revich y A. Woodward, "Human health," en M.L. Parry, O.F. Canziani, J.P. Palutikof, P.J. van der Linden, C.E. Hanson, eds., *Climate Change 2007: Impacts, Adaptation and Vulnerability* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2007): 391-431, en 408.

acción involucra financiar completamente proyectos de adaptación como una prioridad global. Los programas de adaptación están dirigidos a alterar los sistemas humanos o naturales para preparar a la población para que sobrevivir a los efectos del cambio climático.²⁵ La relación entre el cambio climático y la salud resalta la necesidad no solo de mitigar aún más el cambio climático, sino también de implementar estrategias de adaptación para mejorar la resistencia de la población y reducir su vulnerabilidad a cambios climáticos observados o esperados. Por ende, será importante desarrollar estrategias políticas que traten los efectos del cambio climático en los seres humanos (como la enfermedad, la calidad del aire, los desastres naturales, y la oferta de alimento y agua) y consultar a los expertos en salud pública durante este proceso para que los fondos sean aplicados correctamente para la adaptación de sistemas humanos.

El PJG podría ser establecido a través de una resolución dictada pro una Asamblea en Salud Global y administrada por la OMS. El Director de la OMS podría facilitar a los estados y a sus socios no estatales la negociación sobre compromisos de financiamiento, prioridades de gasto, un sistema de asignación, y mecanismos de monitoreo, cumplimiento e implementación. Un rasgo especial de este enfoque incluye el establecimiento de un “Fondo en Salud Global”,²⁶ que está modelado sobre la base del actual Fondo Global que trata el SIDA, la tuberculosis y la malaria. A través del Fondo en Salud Global, se podrían establecer objetivos de financiamiento anuales factibles para los estados basados en su habilidad para pagar. Estos fondos podrían ser priorizados y asignados sobre la base de las necesidades sanitarias de los países en desarrollo según sus tasas de pobreza, morbosidad y mortalidad prematura.

La flexibilidad estructural y procedimental del PJG, como convenio voluntario, promete superar los desafíos de alcanzar un tratado formal multilateral, como la FCGH. Si bien la FCGH ofrece un sistema de gobernabilidad en salud global imaginado para establecer niveles de financiamiento y prioridades, y aprovechar la creatividad de actores no estatales, los obstáculos políticos identificados anteriormente limitan su perspectiva de éxito. Esto no significa que los defensores de la salud global no deberían continuar apoyando un convenio sobre salud global. La agitación ascendente por un convenio sobre salud global con sentido podría dar sus frutos en el futuro. Sin embargo, de mientras, el

²⁵ I. Feldman y J. Kahan, “Preparing for the Day after Tomorrow: Frameworks for Climate Change Adaptation,” *Sustainable Dev. L. & Policy* 8 (2007): 61-69.

²⁶ G. Ooms y R. Hammonds, “Correcting Globalisation in Health: Transnational Entitlements Versus the Ethical Imperative of Reducing Aid-Dependency,” *Public Health Ethics* 1 (2008): 154-70.

PJG puede ser más atractivo para los estados porque no les impone obligaciones internacionales imperativas.

Algunos críticos afirman que es menos probable que un convenio voluntario haga responsables a estados poderosos. Sin embargo, el sector en salud global (como contraposición al comercio internacional) no ha desarrollado nunca mecanismos de adjudicación y cumplimiento, y es improbable que lo haga en el corto plazo. Puede valer la pena asumir el costo de un convenio vinculante y voluntario porque el “derecho blando” puede gradualmente alterar la conducta estatal y desarrollar la masa crítica necesaria para que el estado acepte las normas convenidas. Para asegurar el progreso, será necesario primero persuadir a los estados para que voluntariamente asuman obligaciones con objetivos y modos de cumplir suaves y no duros ya que la creación de obligaciones internacionales vinculantes lleva su tiempo. Este proceso también da una oportunidad para apelar a que la OMS ejercite sus poderes constitucionales para establecer normas y asuma un rol de liderazgo mayor en la salud global.

Previendo el Futuro de la Gobernabilidad en Salud Global: Una “Iniciativa de Aprendizaje Conjunto” sobre la Responsabilidad Nacional y Global por la Salud.

Alcanzar un sistema innovador de gobernabilidad en salud global no es fácil. —ya sea un tratado formal, como el Convenio Marco en Salud Global o incluso un convenio voluntario en la forma de un Plan de Justicia Global con recursos destinados a través de un Fondo Global para la Salud.²⁷ Antes de que un plan enérgico gane apoyo internacional – particularmente entre estados ricos que a menudo establecen la agenda en salud global, pero que son profundamente resistentes a soluciones internacionales – será necesario construir un consenso internacional a través una acción de la sociedad.²⁸

Para conseguir dicho consenso, un grupo internacional de expertos, en cooperación con el Oslo 7 Grupo de Naciones,²⁹ está proponiendo lanzar una *Iniciativa de Aprendizaje*

²⁷ Ooms G, Hammonds R. Correcting globalisation in health: transnational entitlements versus the ethical imperative of reducing aid-dependency. *Public Health Ethics* 2008; 1: 154-70.

²⁸ Mark Heywood & John Shija, A Global Framework Convention on Health - Would it Help Developing Countries to Fulfill their Duties on the Right to Health? A South African Perspective, *J. Law, Med. & Ethics* (por publicarse en 2010).

²⁹ Ver la iniciativa en Salud Global y Política Exterior impulsada por los Ministros de Asuntos Exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica, y la Declaración Ministerial de Oslo –salud global: una política exterior apremiante de nuestro tiempo. *Lancet* 2007;369:1373-1378.

*Conjunto sobre Responsabilidad Nacional y Global por la Salud.*³⁰ La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto lanzaría un proceso participativo amplio que incluye a los participantes más importantes, como Organizaciones Intergubernamentales, estados, fundaciones, empresas públicas/privadas y la sociedad. Un compromiso amplio de todas las regiones del mundo asegurará aceptación y legitimidad.

Los cambios más profundos en salud global han surgido de movimientos sociales ascendentes, como campañas para deshacerse de minas de tierra y luchar contra el HIV/SIDA.^{31,32} La sociedad civil se está moviendo rápidamente hacia una agenda extensa de derechos en la salud y justicia social, caracterizada por el Movimiento de Salud de los Pueblos y el movimiento Sudafricano de Acción contra el SIDA.^{33,34} La sociedad civil está aceptando el derecho humano a la salud como punto central para entender que todos tienen derechos que merecen ser respetados con las obligaciones correlativas de los estados y de la comunidad internacional.

Las obligaciones mutuas de los estados de proteger la salud de sus habitantes y la salud de las personas en los países en desarrollo están pobremente definidas, con consecuencias adversas serias para la salud global. Al mismo tiempo, no se entiende del todo la responsabilidad de la comunidad internacional de asegurar que los estados de bajos y medianos ingresos tengan la capacidad para asegurar la salud pública. Por ende, la Iniciativa está estructurada alrededor de cuatro asuntos críticos que la comunidad internacional debe tratar: un paquete central de bienes y servicios sanitarios esenciales, los deberes de los estados para con sus habitantes, la responsabilidad de los países ricos frente al mundo de los pobres, y una arquitectura global para mejorar la salud y reducir las inequidades. Es importante ir más allá del concepto de “ayuda”, y hacia la responsabilidad mutua y las obligaciones internacionales de justicia.

1. ¿Cuáles son los servicios y bienes esenciales garantizados a todo ser humano por el derecho a la salud?

³⁰ Lawrence O. Gostin, Gorik Ooms, Just Balstad, Sigrun Møgedal, John-Arne Røttingen, y Harald Siem, La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto sobre la Responsabilidad Nacional y Global por la Salud (Artículo Introductorio para Oslo, 7 de mayo de 2010).

³¹ Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas. <http://www.icbl.org/index.php> (visitado el 26 de marzo de 2010).

³² Treatment Action Campaign v. Minister of Health, 2002 (4) BCLR 356 (T) (CC) (S. Afr.).

³³ El Movimiento de Salud de los Pueblos. <http://www.phmovement.org/> (visitado el 26 de marzo de 2010).

³⁴ El Proyecto de Ley de SIDA (PLS) ha lanzado recientemente la Sección 27, una nueva organización que combina el uso de la ley con el apoyo a los derechos humanos para respaldar y promover campañas por la justicia social y los derechos humanos en Sudáfrica.

La cuestión principal de la Iniciativa es determinar el paquete básico de bienes y servicios sanitarios que toda persona tiene derecho a esperar. Si no se responde esta cuestión, es imposible determinar qué estados tienen un deber de proveerles a sus habitantes así como también el grado en el que los estados ricos deberían mejorar las capacidades de los países de bajos y medios ingresos.

La OMS estima que un set básico de servicios sanitarios cuesta US\$40 por persona por año, que varía según las condiciones socioeconómicas y el peso de la enfermedad.³⁵ Éste puede ser un nivel mínimo básico y recursos adicionales podrían contribuir a la salud y al bienestar mejor que todos merecen. Sin embargo, una gobernabilidad en salud global verdaderamente efectiva, aun con las restricciones en recursos actuales, podría lograr mejores esfuerzos en mejorar las vidas de las personas menos saludables del mundo.

Las Naciones Unidas está activamente clarificando y expandiendo el significado del derecho a la salud, incluyendo informes sucesivos del Relator especial.^{36,37} El Comité de Derechos Económicos, Culturales y Sociales definió que las obligaciones de los estados por el derecho a la salud deben tener sentido; todas las personas deben tener, por lo menos:³⁸ acceso a servicios sanitarios, acceso al alimento esencial mínimo nutricionalmente adecuado y seguro; acceso a un refugio básico, vivienda e higiene, y una oferta adecuada de agua segura y potable. Los principales bienes y servicios incluyen todos aquellos necesarios para que las personas lleven una vida en la que puedan funcionar y desarrollar sus capacidades.³⁹

2. ¿Qué es lo que deben todos los estados para la salud de sus poblaciones?

Los estados individuales tienen la responsabilidad primaria de asegurar las condiciones para la salud de sus habitantes. Esto requiere que los gobiernos, con su capacidad,

³⁵ Carrin G, Evans D, Xu K. Designing health financing policy towards universal coverage. *WHO Bulletin* 2007; 85: 652.

³⁶ Paul Hunt, "Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health," U.N. Doc. E/CN.4/2005/51 (11 de febrero de 2005).

³⁷ Anand Grover, "Report of the Special Rapporteur on Human Rights Guidelines for Pharmaceutical Companies in relation to Access to Medicines," (4 de diciembre de 2009).

³⁸ Consejo Económico y Social de la ONU. Comentario General 14:El derecho al estándar de salud más alto posible. Geneva: Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 25 de abril – 12 de mayo de 2000. <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En> (visitado el 27 de marzo de 2010).

³⁹ Amartya S. *Development as Freedom*. New York: Knopf, 1999.

provean el financiamiento y la entrega de todos los bienes y servicios esenciales garantizados a cada ser humano en virtud del derecho a la salud. Sin embargo, el deber de los estados no debería ser sólo para con sus propios habitantes, sino también para con la comunidad internacional para contener las amenazas a la salud que ponen en peligro otros países y regiones. Generalmente, las obligaciones estatales deberían extenderse para fomentar una comunidad global interdependiente en la que todos sientan y sepan que nuestra supervivencia es considerada un asunto de preocupación frecuente. Los elementos de las obligaciones de un estado deberían incluir, al menos, los siguientes:

- a) *Proveer recursos sanitarios adecuados según la capacidad del estado.* El derecho humano internacional a la salud establece que los gobiernos deben asegurar un paquete mínimo de bienes y servicios esenciales. Muchos países también tienen derechos constitucionales a la salud, a la vida y a un ambiente seguro que requieren la provisión de servicios sanitarios básicos. A pesar de estas normas domésticas e internacionales, los gastos en salud de los países en desarrollo, como proporción del gasto total del gobierno, son significativamente más bajos que el promedio global (<10% comparado con >15%).⁴⁰ La asistencia extranjera representa el 15% del total del gasto en salud en países de bajos ingresos y llega a los dos tercios en algunos de estos países. Peor aún, los países en desarrollo reducen a menudo su gasto doméstico en salud en respuesta a una creciente asistencia internacional—el llamado “efecto sustitución”, o “fungibilidad”, o “desplazamiento”.⁴¹ Esta data sugiere que los países de bajos ingresos deberían hacer mucho más para asegurar el derecho a la salud de sus habitantes.
- b) *Los estados tienen la responsabilidad de gobernar bien.* El concepto de “buena gobernabilidad” —introducido por el Banco Mundial—establece estándares consistentes para el manejo nacional de recursos económicos y sociales para el desarrollo. Quienes ejercen autoridad para gastar recursos y hacer política tienen un deber de administración—una responsabilidad personal de actuar en nombre y en el interés de aquellos a los que sirven. Una gobernabilidad responsable es *honest*, en el sentido de que evita la corrupción, como la búsqueda de beneficios personales por parte de oficiales públicos o el desvío de fondos de sus propósitos originales. Es *transparente*, en el sentido de que los procesos institucionales y la toma de decisiones son abiertos y comprensibles para las personas. Es *deliberativo* en el sentido de que el gobierno consulta con sus accionistas y el público de manera positiva, dándoles el derecho de proveer un *input*

⁴⁰ OMS, Gastos sanitarios: ratios y niveles per cápita por el Grupo del Banco Mundial. Marzo 2010. http://www.who.int/nha/country/regional_averages_by_wb_income_group-en_2010.xls (visitado el 26 de marzo de 2010).

⁴¹ Lu C, Schneider M, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray C. Public financing of health in developing countries: impact of GDP growth, size of government and development assistance for health. *Lancet* 2010 (por publicarse).

genuino en la formación e implementación de políticas. Finalmente, una buena gobernabilidad es *responsable*, en el sentido de que los líderes dan razones para sus decisiones, asumen responsabilidad por éxitos o fracasos, y el público tiene la oportunidad para disentir y cambiar la dirección. Una buena gobernabilidad le permite a los estados formular e implementar políticas sensatas, manejar recursos y proveer servicios eficientemente.

- c) *Los estados tienen una responsabilidad de asignar justa y eficientemente recursos sanitarios.* Los estados deberían tener la autoridad y discreción para establecer sus propias prioridades sanitarias. Sin embargo, en hacerlo, tienen la responsabilidad de asignar éticamente los recursos vitales a menudo bajo condiciones de escasez. Por ende, los estados deben distribuir justa y eficientemente los bienes y servicios sanitarios para toda su población. Ello requiere prestar especial atención a las necesidades de los más desventajados en la sociedad, como los pobres, las minorías, las mujeres y los niños, las personas discapacitadas. Ello requiere que los servicios sanitarios sean accesibles y aceptables más allá de la lengua, cultura, religión o geografía.

3. ¿Qué le Deben Todos los Países a las Personas Menos Saludables del Mundo?

Hasta qué punto son los estados responsables por la provisión de bienes relacionados con la salud a los habitantes de otros estados? Las respuestas a la primera y segunda pregunta van a responder esta tercera pregunta: una vez que nos ponemos de acuerdo sobre el paquete esencial de bienes relacionados con la salud y sobre los límites de la capacidad de los estados para proveerlo, vamos a tener una imagen clara de la asistencia financiera y técnica que tendrán que proveer los estados que tienen la capacidad.

Lamentablemente, el enorme peso de la morbilidad y la mortalidad prematura yace en aquellos que tienen la menor capacidad para hacer algo al respecto. La OMS estima que un set básico de servicios sanitarios cuesta US\$40 por persona por año. George Schieber y sus colegas afirman que las políticas impositivas nacionales en los estados más pobres del mundo no pueden apuntar a un ingreso gubernamental por encima del 20% del Producto Bruto Interno (PBI).⁴² Si estos estados asignaran el 15% de su ingreso gubernamental a bienes relacionados con la salud, como lo prometieron los jefes de

⁴² Schieber G, Gottret P, Fleisher L, Leive A. Financing global health: mission unaccomplished. *Health Aff* 2007; 26: 921-34.

estado africanos en la Declaración de Abuja,⁴³ o al menos el 3% de su PBI si se combinan ambos porcentajes, solo los estados con un PBI mayor a US\$1,333 por persona por año tienen la capacidad doméstica de proveer el paquete esencial de bienes relacionados con la salud. Aproximadamente un tercio de la población mundial vive en países donde el promedio del PBI es menor a US\$1,333, lo cual demuestra que otros países van a necesitarán contribuir.

Si bien el nivel de responsabilidad financiera global por la salud global realmente importa, ésta no es la única preocupación. Una preocupación igual de importante es la seriedad a largo plazo de la responsabilidad global financiera. La asistencia financiera para la salud es típicamente provista en la forma de subvenciones con duración limitada: de 3 a 5 años. La comunidad global parece creer que esto va a incentivar a que los estados pobres se hagan cargo de su propio destino y movilicen recursos domésticos adicionales. Paradójicamente, el efecto real podría ser diferente. Como explica Mick Foster: “los compromisos del donante para con los países individuales son a corto plazo y altamente condicionales, y no llegan a reflejar estas promesas globales de asistencia, a la vez que el desembolso del donante se mantiene volátil y variable. Por ende, es entendible que los gobiernos sean reticentes a correr el riesgo de confiar en una asistencia creciente para financiar el aumento necesario del gasto público”.⁴⁴ Pero ello no significa que van a rechazar la asistencia financiera disponible. Es más probable que fallen en incrementar, o incluso disminuir, sus contribuciones domésticas a la provisión de bienes relacionados con la salud ya que es la única forma de absorber la asistencia financiera adicional sin incrementar el gasto público.⁴⁵

Desde esta perspectiva, la asistencia financiera que no está basada en el entendimiento de la responsabilidad mutua (y, por ende, poco fiable en el largo plazo) es un gasto de recursos ineficiente ya que no mejora la provisión de bienes relacionados con la salud. Esta razón debería ser suficiente para considerar un acuerdo global sobre normas que clarifiquen la responsabilidad nacional y global por la salud ya que transformaría la

⁴³ Declaración de Abuja sobre HIV/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas. Abuja: Cumbre de África sobre HIV/SIDA y Otras Enfermedades Infecciosas Relacionadas, del 24 al 27 de abril de 2001. http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf (visitado el 27 de marzo de 2010).

⁴⁴ Fiscal space and sustainability: towards a solution for the health sector. Paris: High-Level Forum on the Health MDGs, 14-15 de noviembre de 2005. <http://www.mickfoster.com/docs/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf> (visitado el 26 de marzo de 2010).

⁴⁵ Ooms G, Decoster K, Miti K, Rens S, Van Leemput L, Vermeiren P, Van Damme W. Crowding out: are relations between international health aid and government health funding too complex to be captured in averages only? *Lancet* 2010 (por publicarse).

asistencia financiera a corto plazo inefectiva en una contribución financiera efectiva sostenible.

4. ¿Qué tipo de mecanismos de gobernabilidad en salud global se requieren para hacer que los estados cumplan sus responsabilidades mutuas para proveer a todos los seres humanos bienes relacionados con la salud?

Las respuestas preliminares a las preguntas deberían ser suficientes para entender que un mecanismo mejor de gobernabilidad en salud global es necesario basado en una verdadera cooperativa global para la salud:

- Los estados donde la supervivencia de las personas está más en riesgo sólo aceptarán normas internacionales para superar los desafíos en la salud si son parte de una asociación genuina para un bien global común que confirme sus deberes para con la comunidad internacional y que también confirme los deberes de la comunidad internacional para con ellos;
- Los estados ricos individuales serán reticentes en aceptar deberes financieros para con los estados pobres, a menos que haya un acuerdo convenido para distribuir la carga equitativamente entre todos los estados ricos, y a menos que haya normas convenidas sobre cómo estos deberes financieros complementarán los deberes domésticos y para qué bienes relacionados con la salud serán usados;
- La falta de gasto adecuado en salud doméstica y uso incorrecto de recursos financieros globales por los gobiernos nacionales menoscabaría seriamente la voluntad de la comunidad internacional de cumplir con sus responsabilidades;
- La recaudación, el manejo y la coordinación de deberes financieros globales para la salud global deberá ser dirigida por un cuerpo que refleje la asociación global—asistencia financiera como contrapartida por los esfuerzos operacionales para proveer un paquete básico de bienes y servicios relacionados con la salud para todas las personas y viceversa—en la que todos los estados estén igualmente representados y en la que la sociedad de los países pobres y ricos tenga una voz.

La estructura de gobierno de salud global que pretende la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto tendrá que reforzar el liderazgo y el rol normativo de la OMS y simplificar la arquitectura actual de la asistencia financiera global para la salud. Debe tener la legitimidad o autoridad para evaluar los planes sanitarios de los países pobres y las contribuciones domésticas, así como también para apoyar a los países pobres que tengan

el nivel más alto de desarrollo en planes de salud y que hayan agotado sus recursos domésticos (ej: no deberían imponerse más condiciones).

Mientras el estado de salud global continúa luchando con una selección compleja y desordenada de actores e iniciativas, junto con recursos crecientemente limitados, es evidente la necesidad de una solución de gobernabilidad racional. La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto pregunta las preguntas vitales y construye un consenso global hacia soluciones más duraderas, como el Convenio Marco en Salud Global o un Plan de Justicia Global con recursos asignados a través de un Fondo Global para la Salud.

Lo más importante es usar el apoyo a la salud global para estimular el pensamiento actual sobre la gobernabilidad hacia una nueva y enérgica dirección. Esto requerirá la cooperación y acción deliberada de una amplia gama de accionistas. El estancamiento en salud global sólo provocará más devastación y mayores inequidades. Por ende, hay que actuar ya para reformar la gobernabilidad en salud global.