

Miércoles, 18 de abril de 2001

La globalización en el espejo de la salud

MARIANO AGUIRRE

Mariano Aguirre es director del Centro de Investigación para la Paz (Madrid).

El juicio entre el Gobierno de Suráfrica y 39 empresas fabricantes de medicamentos sobre el derecho del primero a autorizar la importación de medicinas contra el sida es un ejemplo -con el caso Pinochet o los acuerdos medioambientales de Kioto- de la crucial tensión entre los intereses particulares y los universales que atraviesa el sistema internacional. La clave es si múltiples actores estatales y no estatales pueden alcanzar y hacer efectivos pactos para proteger los derechos humanos, la salud o el medio ambiente, o si prevalecerán los intereses particulares sobre el bien común.

Lo primero que está en juego en el caso de los laboratorios y el Gobierno surafricano es la posibilidad de que los aproximadamente 4,2 millones de personas infectadas por el virus del VIH / sida en Suráfrica puedan alargar su vida, sufrir menos antes de su muerte y evitar ser transmisores. Luego emerge el choque entre mercado y salud. Los pobres no pueden comprar las medicinas esenciales (contra el sida o los antibióticos y los antipalúdicos). Un tratamiento así cuesta en Europa o EE UU de 10.000 a 15.000 dólares anuales. Muchos Estados carecen de recursos para financiar ese gasto. Sin embargo, India, Brasil y otros países están fabricando las mismas medicinas genéricas, pero mucho más baratas (desde un 70% hasta un 300% menos). Esto ha llevado a que algunos grandes laboratorios estén bajando los precios, al tiempo que un estudio de la Universidad de Harvard indica que puede llevarse a cabo el tratamiento por 1.100 dólares.

El suministro de los medicamentos requiere también infraestructuras sanitarias, que en algunos casos nunca fueron creadas y en otros han sido parcial o totalmente desmanteladas por guerras, corrupción local y ajustes económicos estructurales impuestos por el Banco Mundial. Pero hay excepciones notables: el Gobierno de Brasil puso en marcha un programa sanitario, sus laboratorios producen la medicina genérica un 80% más barata y los resultados son positivos. Pese a ello, el Gobierno de EE UU le ha demandado en la OMC por fabricar esas medicinas.

Los laboratorios investigan y producen mirando hacia las poblaciones con capacidad adquisitiva. Alegan que el coste medio de la investigación de una medicina es de 500 millones de dólares, aunque en el caso del sida se han beneficiado de inversión pública y de la libertad de precios en

EE UU. El resultado: hay menos investigación sobre enfermedades como la leishmaniasis, las respiratorias agudas, la tuberculosis y otras que producen diarreas. No hay salud pública global porque depende de la demanda, y no de las necesidades de 2.000 millones de personas que viven en la exclusión social.

Cuando un ciudadano no puede pagar un tratamiento de sida, en Europa tiene posibilidades de que se lo financie el sistema público de salud. Pero si Estados periféricos carecen de recursos, y dado que la cifra de enfermos de VIH / sida en el mundo es de 36 millones (de los que el 95% no recibe tratamiento) y cada día se infectan aproximadamente otros 15.000, ¿debe dejarse librada la situación a los gobiernos locales y a la mano invisible del mercado? ¿O la igualdad y protección que rigen en los Estados democráticos deberían ser extensivas a todos los sujetos del sistema internacional?

El problema es moral y práctico. Es improbable que la parte democrática y rica del sistema internacional pueda vivir como si no existieran las zonas sometidas a enfermedades, guerras internas y regionales, crisis medioambientales y catástrofes naturales. El sida es sólo un ejemplo. En África subsahariana, el 8,8% de la población entre 15 y 49 años está infectado por el VIH. La epidemia está arrasando sectores claves; entre otros, médicos y educadores. India tiene oficialmente 3,7 millones de infectados, pero la cifra real puede ser el doble.

En las ciudades de la miseria, las élites viven entre guardias armados, cercas electrónicas y coches blindados, pero en el sistema global las fronteras son porosas. Aproximadamente un millón de personas cruzan alguna frontera del mundo cada día. El Gobierno de EE UU exige que los alrededor de 500.000 inmigrantes y refugiados que llegan cada año pasen una revisión médica, pero 45 millones de turistas entran en el mismo periodo a ese país sin control. ¿Cerrarán EE UU y la Unión Europea sus puertas a los inmigrantes, los refugiados; prohibirán el turismo y los viajes comerciales?

En un estudio de Naciones Unidas (Global public goods, Oxford University Press, 1999), el vicepresidente de la Fundación Rockefeller, Lincoln Chen, y los expertos Tim Evans y Richard Cash indican que la salud es un bien común de la humanidad. Algunas enfermedades eran tratadas hasta ahora como parte de la esfera privada (por ejemplo, un ataque al corazón), pero la globalización ha hecho que la salud forme parte de la esfera pública mundial. El estudio muestra la correlación entre los planes de ajuste estructural y la ruptura de las redes de protección social y mayor exclusión; la exportación legal o ilegal de bienes como drogas y tabaco y el aumento de enfermedades; el movimiento de personas y la transmisión de enfermedades; la degradación ambiental y el deterioro de la salud, y el abismo entre la política de patentes de las

nuevas medicinas y la incapacidad económica de millones de personas para acceder a ellas.

Si la salud es un bien común, entonces es indivisible y la equidad acerca de ella significa que el acceso a ella será universal. Pero, según Chen, 'la dispersión de los mercados privados globales ha acelerado la privatización de los servicios médicos y la comercialización del conocimiento sobre la salud. Los mercados privados son inherentemente injustos: sin poder de compra, los pobres están excluidos de los servicios comerciales y las tecnologías de la salud'.

Bernard Pécoul, Patrice Truiller y Jacques Pinel, de Médicos sin Fronteras (ONG que hace campaña por el acceso a medicamentos esenciales al igual que Intermón-Oxfam), proponen: a) formar un Observatorio de Calidad de los Medicamentos (contra las falsificaciones); b) crear fondos de compras centralizados y financiados por los sectores públicos y privados que garanticen la venta a los productores y el acceso a los necesitados; c) introducir y fomentar criterios de salud pública en los programas de investigación y desarrollo; d) la cooperación entre la Organización Mundial de la Salud, organizaciones multilaterales, el Banco Mundial y el sector privado para que la industria mantenga sus investigaciones y desarrolle medicamentos esenciales contra enfermedades que están erradicadas en los países centrales; e) que los países que pueden producir genéricos aprovechen las limitadas oportunidades que ofrece la OMC. A la vez, que se respete la legalidad de los que investigan y se establezca una política de diferenciación de precios en países ricos y pobres.

El sistema público de salud se encuentra amenazado, cuando no deteriorado, en los países más ricos y en colapso en los países pobres. Sin pasos urgentes (los precios y revisar la normativa de la OMC sobre propiedad intelectual) y medidas estructurales (reconstruir los sistemas sanitarios) pactados entre todos los actores -Estados, sector privado, ONG, organizaciones multilaterales, asociaciones de personal sanitario y de enfermos, y los medios periodísticos-, la situación será irreversible. Que haya Gobiernos corruptos o casi inexistentes en las zonas vulnerables no debe ser excusa para limitar el esfuerzo. Las catástrofes humanas producen masivas emociones circunstanciales. La falta de un sistema global de salud debería generar una crítica sostenida y una demanda racional para que todos seamos ciudadanos, y no sólo personas divididas en víctimas o consumidores.