

# SARS-CoV-2: de cómo un tema de la agenda de desarrollo se convirtió en una prioridad para la seguridad internacional

## *SARS-CoV-2: How a Development Issue Became an International Security Agenda*

María Cristina Rosas

Profesora investigadora de la FCPyS de la UNAM

*mcrosas@unam.mx*



### **Resumen:**

En este trabajo se analiza la relación entre las agendas de desarrollo y seguridad a la luz de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2. Se comparan el gasto en salud y el gasto militar mundiales. Se establece una distinción en conceptos como seguridad y protección. Se hace un recuento de las responsabilidades que el mundo ha asumido al adoptar el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y el resultado de ello. Se revisa el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria y sus desaciertos a la hora de calificar a los países, presumiblemente, mejor equipados en materia de salud. El artículo termina con la aseveración de que la prevención es la mejor manera de concretar los objetivos del desarrollo a la par de la construcción de sociedades seguras.



### **Abstract:**

In this article, the author analyses the relationship between development and security due to the SARS-CoV-2 pandemic. There is a comparison between global health expenditure *versus* global military expenditure. There is also a review of what countries had agreed on the creation of the 2005 International Health Regulations. The Global Health Security Index is analyzed as well as its shortcomings in qualifying best equipped countries on health matters. The article suggests that prevention is the best instrument to achieve the development goals so that safer and more prosperous and secure communities are built.



### **Palabras clave:**

SARS-CoV-2, seguridad, desarrollo, Reglamento Sanitario Internacional de 2005, prevención, pandemia, seguridad en salud.



### **Key Words:**

SARS-CoV-2, security, development, International Health Regulations 2005, prevention, pandemic, health security.

# SARS-CoV-2: de cómo un tema de la agenda de desarrollo se convirtió en una prioridad para la seguridad internacional

*María Cristina Rosas*

## Introducción

Pocos estarán en desacuerdo con la aseveración de que la salud es uno de los temas centrales de la agenda de desarrollo. Baste mirar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde el tercero de ellos, denominado “salud y bienestar”, apunta a mejorar la salud de las sociedades, a reducir la mortalidad materno-infantil, a combatir diversas enfermedades, a mejorar los sistemas sanitarios y a procurar que el acceso de la población a servicios de salud esenciales esté garantizado. Evidentemente, la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, agente causal de la covid-19 ha impactado negativamente a éste y los restantes ODS, pero no sólo eso. La progresión de esta enfermedad en todo el mundo ha mostrado igualmente que un tema de salud puede transitar rápidamente de los terrenos de la agenda de desarrollo a los de la seguridad.

No es la primera vez que la salud es vista desde el prisma de la seguridad. Cuando tuvieron lugar los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 contra Estados Unidos, se produjo, en ese contexto, un ataque con esporas de ántrax colocadas en paquetes postales dirigidos a figuras públicas. El suceso remitió a la posibilidad de que la manipulación deliberada de virus, bacterias y toxinas con el propósito de hacer daño se reprodujera dentro y fuera de Estados Unidos, por lo que se perfiló una agenda de bioseguridad que buscaría proteger las sociedades de aquellos agentes químicos, biológicos y tóxicos *weaponizables*. Si bien es entendible

el énfasis puesto en esa posibilidad, colocar el ántrax, la viruela y otros patógenos bajo el prisma del terrorismo —concebido, desde entonces, como la mayor amenaza a la seguridad internacional en el presente siglo— limitó la cooperación internacional y, sobre todo, la capacidad de respuesta de la comunidad de naciones. La salud, como tema de seguridad, sucumbió ante la amenaza terrorista evadiendo el surgimiento de enfermedades desconocidas o el resurgimiento de otras por causas naturales y no necesariamente por la confabulación de terroristas o delincuentes.

El SARS-CoV-2 ha evidenciado dos desafíos en torno a la bioseguridad post 11 de septiembre: en primer lugar, el hecho de enfatizar el terrorismo y asumirlo como la amenaza más importante para la seguridad del mundo llevó a soslayar otros temas, como las epidemias y las pandemias surgidas por causas naturales, que han probado ser tanto o más letales para las sociedades.<sup>1</sup> En segundo lugar, produjo un sesgo respecto al potencial disruptivo de enfermedades nuevas o reemergentes como amenazas a la seguridad internacional o, dicho en otras palabras: la salud era relevante para la seguridad internacional sólo si involucraba eventos dirigidos primordialmente a hacer daño.

En el presente análisis se revisará el lugar que ocupa la salud en las agendas de seguridad y desarrollo en el mundo, para proceder a valorar cómo es que, a pesar de que el SARS-CoV-2 es la segunda pandemia del siglo XXI,<sup>2</sup> y no obstante la aparición de numerosas enfermedades nuevas o emergentes, el énfasis que la comunidad internacional dio al tema, al menos hasta diciembre de 2019, fue respecto al empleo de virus, bacterias o toxinas para hacer daño, dejando en un segundo plano la posibilidad de que una enfermedad nacida por causas naturales —por ejemplo, zoonosis— pudiera provocar la crisis más grave de que se tenga memoria en décadas recientes, a escala

<sup>1</sup> Se calcula que la mal llamada *gripe o influenza española* —que en realidad se originó en Estados Unidos— triplicó la cantidad de defunciones registradas en la Primera Guerra Mundial. Véase BBC Mundo, “La enfermedad que mató más gente que la Primera Guerra Mundial”, en BBC News, 13 de octubre de 2014, en [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141013\\_salud\\_primera\\_guerra\\_gripe\\_espanola\\_men](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141013_salud_primera_guerra_gripe_espanola_men) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>2</sup> La primera pandemia del siglo XXI fue la influenza AH1N1 que irrumpió en México y el mundo en 2009.

planetaria. Al final se propondrá cómo analizar, desde las agendas de desarrollo y seguridad internacional, las epidemias y las pandemias.

## Salud, desarrollo y seguridad

La pandemia generada por el SARS-CoV-2 ha hecho patente la poca preparación de las naciones del mundo para lidiar contra una enfermedad altamente contagiosa y potencialmente mortal. Las miradas se han dirigido de manera inevitable a los presupuestos que los países destinan a la salud, las políticas de salud pública, los recursos humanos existentes para atender a los pacientes, la cantidad de camas y hospitales disponibles, la producción de insumos médicos, al funcionamiento de los laboratorios de investigación biomédica, la generación de vacunas, etcétera. No falta quien despotrica contra el gasto militar mundial y trae de vuelta un viejo debate que tuvo una gran resonancia durante la Guerra Fría: la relación entre el desarme y el desarrollo. Conforme a esta premisa, si los países gastaran menos en armas, ello beneficiaría casi de manera automática al desarrollo y, por ende, a la salud.<sup>3</sup>

Una buena noticia es que, si bien el planeta gasta ingentes cantidades en la esfera militar, destina muchos más recursos a la salud. Así, mientras que el gasto militar mundial en 2019 fue de 1917 miles de millones (*billions*) de dólares, equivalentes a 2.2% del producto mundial bruto (PMB), o bien, 249 dólares per cápita,<sup>4</sup> el gasto en salud en 2017 —que es el año más

<sup>3</sup> Este tema se sigue debatiendo en la actualidad. En 2018, la Primera Comisión de la Asamblea General de la ONU señaló que el gasto militar global y la adquisición y modernización de armas nucleares no generaría ganadores en ninguna confrontación con armas nucleares, por lo que estos fondos se gastarían de mejor manera si se les destinara a la consecución de los objetivos vitales del desarrollo. Véase Asamblea General de la ONU, “Making Economic Case for Disarmament, First Committee Delegates Issue Calls to Trim Soaring Military Budgets, Reinvest Funds in Vital 2030 Agenda Goals”, GA/DIS/3598, 9 de octubre de 2018, en <https://www.un.org/press/en/2018/gadis3598.doc.htm> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>4</sup> Nan Tian, Alexandra Kuimova, Diego Lopes Da Silva, Pieter D. Wezeman y Siemon T. Wezeman, *Trends in World Military Expenditure, 2019*, Estocolmo, Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI), abril de 2020, p. 1, en [https://www.sipri.org/sites/default/files/2020-04/fs\\_2020\\_04\\_milex\\_0\\_0.pdf](https://www.sipri.org/sites/default/files/2020-04/fs_2020_04_milex_0_0.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

reciente analizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)— ascendió a 7.8 billones (*trillions*) de dólares, equivalentes a alrededor de 10% del PMB, o bien 1080 dólares per cápita.<sup>5</sup> Así, el mundo gasta cuatro veces más en salud que en defensa.

Con todo, gastar más en salud no significa gastar bien. Como se observa en la Gráfica 1, Estados Unidos, el país que más eroga para la defensa en el planeta, también es el que más gasta en salud a escala global. En promedio destina 11 072 dólares per cápita, alrededor del doble del dispendio de Países Bajos, Dinamarca y Luxemburgo, y dos veces y media más de lo que canaliza Japón, países, todos ellos, considerados como poseedores de sistemas de salud eficientes —al menos hasta antes de la pandemia del SARS-CoV-2.

A pesar de su cuantioso gasto en salud per cápita, Estados Unidos es el epicentro mundial de la enfermedad con 28 780 950 casos confirmados y 519 064 defunciones.<sup>6</sup> ¿Por qué si tiene un sistema presumiblemente bien financiado,<sup>7</sup> enfrenta una crisis de salud tan severa ante la pandemia? Sus números pueden llevar a no a ponderar de manera adecuada el problema. Efectivamente, Estados Unidos gasta una cifra considerable en salud, pero hay una profunda desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios para su población.<sup>8</sup> A la fecha, no hay una cobertura universal y los

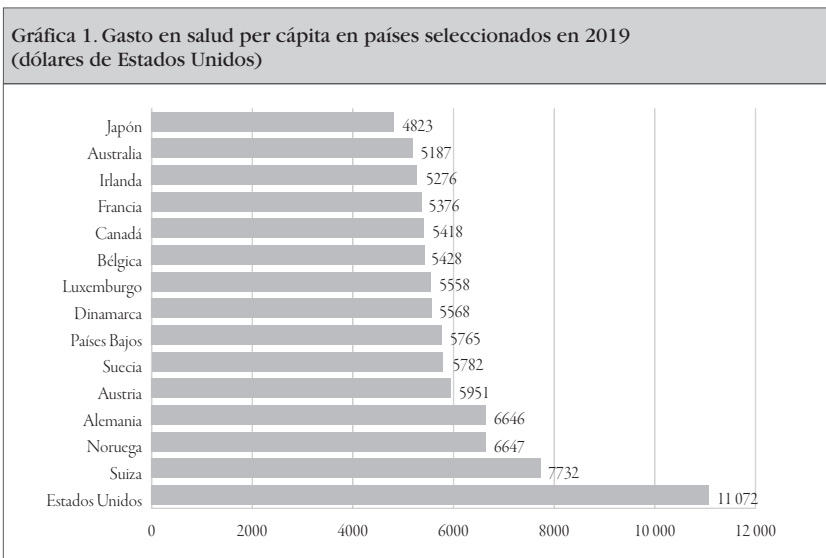
<sup>5</sup> OMS, *Global Spending on Health: A World in Transition*, Ginebra, OMS, 2009, p. ix, en [https://www.who.int/health\\_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf](https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>6</sup> Datos al 3 de marzo de 2021 a las 6: 24 pm. El primer caso de covid-19 en Estados Unidos se confirmó el 20 de enero de 2020. En el marco del primer aniversario del arribo de la enfermedad a Estados Unidos, el presidente Joe Biden afirmó que la enfermedad podría provocar hasta 600 000 defunciones. Véase “Biden advierte que covid podría dejar hasta 600 mil muertos en Estados Unidos”, *El Informador*, 22 de enero de 2021, en <https://www.informador.mx/internacional/Biden-advierte-que-COVID-podria-dejar-hasta-600-mil-muertos-en-EU-20210122-0089.html> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>7</sup> En 2017 representaba 17.1% del PIB estadounidense.

<sup>8</sup> Estados Unidos carece de un sistema de cobertura mínima asistencial, si bien, una persona, ante una emergencia, puede atenderse en un hospital público o privado, pero sólo en casos extraordinarios. A continuación, se tienen sistemas obligatorios para sectores vulnerables, entre los que figuran el Medicare, el Medicaid y el programa de seguros para la salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés). Estos tres programas nacieron en 1965, pero sufrieron importantes reformas durante el gobierno de Barack Obama a través del Acta de Acceso a Cuidados y Pro-

esfuerzos desarrollados por la administración de Barack Obama para modificar la situación han enfrentado numerosos obstáculos políticos para asentarse. Estados Unidos es considerado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como el poseedor del sistema de salud más deficiente entre las naciones altamente desarrolladas, lo que denota que no por gastar mucho, los recursos son *bien* gastados.



*Fuente:* OCDE.

La accesibilidad de la sociedad es un elemento fundamental en Estados Unidos, tema donde es superado por muchos países citados en la Gráfica 1. El gasto en salud por parte de los estadounidenses actualmente

---

tección del Paciente (ACA, por sus siglas en inglés) u Obamacare. Véase María Cristina Rosas, “Estados Unidos y el coronavirus”, en *etcétera*, 8 de junio 2020, en <https://www.etcetera.com.mx/opinion/estados-unidos-coronavirus-trump-pandemia/> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

equivale al doble de lo que se erogaba en la década de 1980.<sup>9</sup> A pesar de ello, el país tiene la esperanza de vida más baja y la mayor tasa de mortalidad infantil entre los países desarrollados.<sup>10</sup>

Hay varias razones que explican por qué el gasto en salud en Estados Unidos es tan alto. Entre ellas destacan los honorarios médicos, que son de los más onerosos del mundo —mientras que en el vecino país del norte un médico general obtiene un salario anual de 218 173 dólares, en Alemania se le pagan 154 126 dólares y en Suecia 86 607—;<sup>11</sup> el incremento en los precios de los medicamentos —en 2012, el costo de la insulina para un paciente con diabetes tipo 1 era de 2864 dólares anuales por persona, mientras que para 2016 el costo del mismo producto era de 5705 dólares—, lo que hace cada vez más difícil su accesibilidad para las personas; los precios de prácticamente cualquier paso por el quirófano son estratosféricos —una cirugía a corazón abierto se cotiza en 75 345 dólares, mientras que en Suiza cuesta 36 509, lo que explica por qué cada vez más estadounidenses deciden viajar a México, Turquía, Brasil, India, Corea del Sur, Indonesia o Tailandia para recibir tratamientos por una cantidad muy inferior a la que deben erogar en la Unión Americana.<sup>12</sup> No menos importantes son los costos administrativos y el papeleo que se requiere para atender los reembolsos y pagos de parte de las aseguradoras, lo que no sólo consume tiempo, sino también 8% del presupuesto de salud del país.<sup>13</sup>

La Gráfica 2 muestra el gasto militar como porcentaje del PIB. Contrario a lo que se podría suponer, Estados Unidos no es el que tiene el gasto

<sup>9</sup> Megan Leonhardt, “Americans Now Spend Twice as Much as they Did in the 1980s”, en CNBC, 9 de octubre de 2019, en <https://www.cnbc.com/2019/10/09/americans-spend-twice-as-much-on-health-care-today-as-in-the-1980s.html> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>10</sup> J. Andjelic, “Healthcare Spending Statistics: How Much Does America Pay to Stay Healthy?”, en Fortnly, 2 de agosto de 2019 en <https://fortnly.com/statistics/healthcare-spending-statistics#gref> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

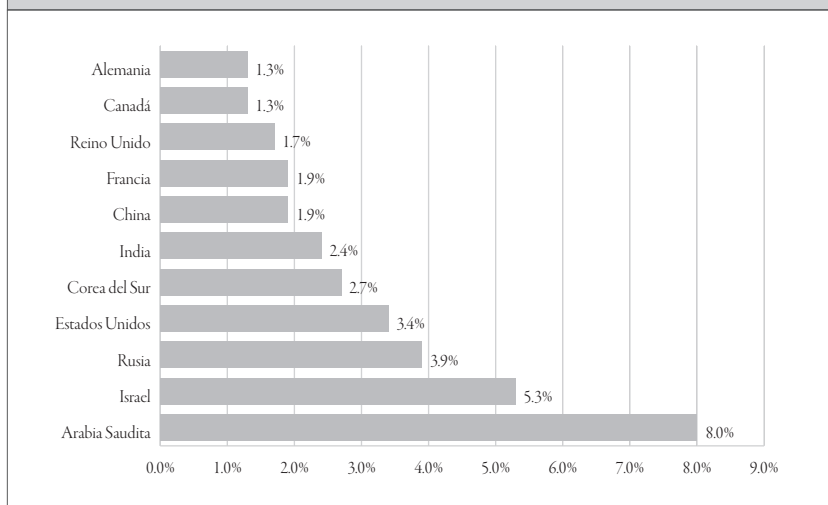
<sup>11</sup> *Idem.*

<sup>12</sup> *Idem.* Véase también Patients Beyond Borders, “Patients Beyond Borders Announces Top 10 Cities for Medical Tourists in 2020”, en Newswise, 21 de enero de 2021, en <https://www.newswise.com/articles/patients-beyond-borders-announces-top-10-best-cities-for-medical-tourists-in-2020> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>13</sup> *Idem.*

militar más alto si se le mide conforme al PIB que posee. En cambio, Arabia Saudita, que canaliza 8% de su PIB, es el que más eroga a favor de la esfera militar. De manera paradójica, el país árabe ha mostrado un desempeño sobresaliente en el combate del SARS-CoV-2, al tener 378 333 contagios y 6510 defunciones,<sup>14</sup> cifras loables considerando que alberga lugares sagrados que normalmente atraen a millones de peregrinos de todo el mundo, sin dejar de lado que el país importa mano de obra procedente de diversas naciones para sus actividades productivas.<sup>15</sup>

Gráfica 2. Gasto militar mundial como porcentaje del PIB en 2019



Fuente: SIPRI.

<sup>14</sup> Al 3 de marzo de 2021 a las 6: 24 p. m.

<sup>15</sup> También ayuda a Arabia Saudita la experiencia aprendida durante la epidemia provocada a partir de 2012 por el síndrome respiratorio agudo severo del Medio Oriente (MERS-CoV), una de las siete variantes conocidas de coronavirus que es sumamente letal y que es una enfermedad endémica en el país. Tras los desafíos que enfrentó ante el MERS-CoV es que las autoridades de Riad desarrollaron una mejor preparación ante epidemias y pandemias. Véase M. C. Rosas, "Arabia Saudita y el coronavirus", en etcétera, 2 de diciembre de 2020, en <https://www.etcetera.com.mx/opinion/arabia-saudita-y-el-coronavirus/> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).



La Gráfica 2 también permite corroborar que, salvo excepciones, los países que han hecho una gestión medianamente aceptable frente a la amenaza planteada por el SARS-CoV-2 destinan una parte pequeña de su PIB a defensa. Canadá y Alemania canalizan 1.3% de su PIB a la esfera militar. Estados Unidos, en contraste, eroga 3.4% de su PIB para defensa. De hecho, uno de los argumentos del Gobierno del entonces presidente Donald Trump contra sus aliados giró en torno a este tema: les pedía que gastaran más en defensa, según él, porque era injusto que Estados Unidos asumiera las obligaciones de “protegerlos/defenderlos” frente a... ¿Rusia? ¿Irán? ¿la República Popular China? ¿el terrorismo? ¿Corea del Norte? Evidentemente los aliados de Estados Unidos han tenido otras apreciaciones sobre las amenazas a la seguridad internacional y, si bien sancionan a Rusia e Irán, combaten el terrorismo y deploran el programa nuclear de Corea del Norte, no dejan de tener una concepción más amplia sobre las vulnerabilidades, los riesgos y las amenazas existentes en el mundo.

Con todo, es importante recordar que el gasto en defensa incluye una partida para la salud de los miembros de las fuerzas armadas y sus familias, ello sin dejar de lado que, históricamente, diversos especialistas militares han desempeñado un papel determinante para el progreso de la salud en sus sociedades y en el mundo. Sin ir más lejos, los programas militares de investigación han hecho grandes aportaciones a la medicina y la vacunación; Alphonse Laveran, médico militar francés, identificó en 1880 al protozoo causante de la malaria; William C. Gorgas, médico militar estadounidense, encontró que, para disminuir la fiebre amarilla y la malaria, las medidas de sanidad, incluyendo sistemas públicos de agua y drenaje, y el uso de mosquiteros, ayudaban a reducir la incidencia de la enfermedad, lo cual fue determinante para la construcción del canal interoceánico en Panamá. También se recuerdan los casos del español Santiago Ramón y Cajal, quien, por sus estudios sobre las neuronas, se convirtió en el primer médico militar en recibir el Premio Nobel de Medicina en 1906. A ellos se suma el afamado Francisco Javier Balmis, quien era médico militar y asistía al rey Carlos IV. A Balmis se le recuerda por las famosas expediciones que desarrolló a principios del siglo XIX para llevar la vacuna contra la viruela desarrollada por el inglés Edward Jenner a América y Asia, e inmunizar sobre

todo a los infantes.<sup>16</sup> Un recuento del papel de los médicos militares mexicanos en los tiempos de la intervención francesa en México revela que en esa comunidad se gestaron los primeros avances en materia de cardioangiología en el país.<sup>17</sup> Más tarde, en 1933, cuando se creó la Academia Mexicana de Cirugía, de los 60 médicos que la fundaron nueve eran cirujanos militares.<sup>18</sup> Por lo tanto, la ecuación desarme-desarrollo debería ponderar las contribuciones que a la medicina han realizado —y lo siguen haciendo— las fuerzas armadas.

Con todo, el argumento de que la reducción en el gasto militar mundial podría liberar recursos que eventualmente podrían ir a los terrenos del desarrollo, por ejemplo, los ODS, no debe menospreciarse. Un análisis formulado en torno a lo que en 2015 se destinaba a la esfera militar a escala global —estimado en 1676 miles de millones (*billions*) de dólares— encontraba que los ODS 1 y 3 —eliminación de la pobreza y el hambre— podrían cumplirse destinando 13% de esa cifra; que el Objetivo 2 —agricultura y seguridad alimentaria— demandaría 4%; que el ya referido Objetivo 3 —salud— requeriría 5%; que el Objetivo 4 —educación— podría ser cubierto con 12%; que los ODS 6 y 7 —agua y saneamiento, y energía, respectivamente— quedarían satisfechos con 3% y 11% respectivamente, etcétera.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Laura Tardón, “Médicos militares que han marcado la profesión sanitaria”, *El Mundo*, 10 de junio de 2014, en <https://www.elmundo.es/salud/2014/06/10/5395f4fee2704e65438b459b.html> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>17</sup> Alfredo de Micheli, “Los inicios de la cardioangiología mexicana en los albores de la Academia Nacional de Medicina”, en *Archivos de Cardiología de México*, vol. 86, núm. 3, julio-septiembre de 2016, pp. 276-281, en [http://www.scielo.org.mx/sciELO.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402016000300276](http://www.scielo.org.mx/sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402016000300276) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>18</sup> Desde 1933 hasta la fecha, 65 médicos cirujanos militares han formado parte de la Academia Mexicana de Cirugía, 5 de ellos militares asimilados, 4 egresados de la Escuela Práctica Médico Militar y 56 de la Escuela Médico Militar. Véase Antonio Moreno Guzmán y Héctor Noyola Villalobos, “Los médicos militares mexicanos y la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina de México”, en *Revista de Sanidad Militar*, vol. 73, núm. 1, enero-febrero de 2019, pp. 73-80, en <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2019/sm191m.pdf> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>19</sup> Sam Perlo-Freeman, “The Opportunity Cost of World Military Spending”, en SIPRI; 6 de abril de 2016, en <https://www.sipri.org/commentary/blog/2016/opportunity-cost-world-military-spending> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021). Otro análisis a cargo de Milante y Sullivan explica por qué financiar adecuadamente los ODS puede reducir las vulnerabilidades de las sociedades y lograr que

Es por ello que se insiste en la ecuación desarme-desarrollo, aunque, dicho sea de paso, los costos del desarme son onerosos. Cumplir con las disposiciones de desarme e inspecciones previstas en el Tratado sobre Reducción de Armas Estratégicas (START) entre Estados Unidos y la URSS se estimaba, para el caso estadounidense, entre 410 y 1.8 miles de millones (*billions*) de dólares, o bien entre 136-200 millones de dólares por año en el primer quinquenio tras la ratificación del Tratado (en dólares corrientes de 1990). De manera adicional, se calculaba que las inspecciones que había que realizar en el territorio ruso implicarían una erogación de entre 100 y 390 millones de dólares por año.<sup>20</sup> Pero el desarme de armas de destrucción en masa no es el único que resulta tan costoso. En Colombia, por ejemplo, las autoridades consideraban que la remoción de las minas terrestres anti-persona emplazadas en su territorio demandaría una inversión estimada entre 0.67% y 0.89% del PIB (en dólares corrientes de 2002).<sup>21</sup> De ahí que es menester ponderar los costos del desarme cuando se trata de los beneficios que podrían implicar para el desarrollo de las naciones. Evidentemente, el desmantelamiento de arsenales de armas de destrucción en masa —como las químicas, biológicas y nucleares— al igual que el de las convencionales —como las minas antipersonal y las municiones en racimo— es positivo para el desarrollo de las naciones —y ciertamente para su salud—,<sup>22</sup> pero entrañan costos financieros no siempre ponderados en el análisis.

---

estén en mejores condiciones para superar los flagelos que enfrentan. Véase Gary Milante y Kate Sullivan, *Against all Odds: Using the Sustainable Development Goals to Overcome Fragility*, en SIPRI, 25 de abril de 2016, en <https://www.sipri.org/commentary/essay/2016/against-all-odds-using-sustainable-development-goals-overcome-fragility> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

- <sup>20</sup> Susan Willet, *Costs of Disarmament – Disarming the costs. Nuclear Arms Control and Nuclear Rearmament*, Ginebra, United Nations Institute for Disarmament Research, 2003, pp. 25-26, disponible en <https://www.unidir.org/files/publications/pdfs/costs-of-disarmament-disarming-the-costs-nuclear-arms-control-and-nuclear-rearmament-306.pdf> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).
- <sup>21</sup> Yilberto Lahuerta Percipiano, “Impactos económicos generados por el uso de minas antipersonal en Colombia”, en *Planeación & Desarrollo*, volumen XXXV, núm. 2, julio-diciembre de 2004, pp. 603-604, disponible en [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/RevistaPD/2004/pd\\_vXXXV\\_n2\\_2004\\_art.6.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/RevistaPD/2004/pd_vXXXV_n2_2004_art.6.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).
- <sup>22</sup> El desarme tanto de armas de destrucción en masa como convencionales puede tener efectos positivos en las sociedades, al reducir la posibilidad de muerte o lesiones, envenenamiento radiactivo, traumatismos, amputaciones, y efectos psicológicos, entre otros.

## Salud, seguridad y protección

*Salud* no es la ausencia de patologías, padecimientos o achaques, no al menos para la OMS, que la caracteriza como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>23</sup> De aquí se desprende que la salud puede ser *negativa* —referida a la mera ausencia de enfermedades— o *positiva* —centrada en las causas que las generan. Es cierto que el concepto de la OMS centrado en la *salud positiva* es ambicioso y ha sido motivo de análisis recurrentes al paso del tiempo, donde hay quienes exaltan sus virtudes, pero también quienes destacan la imposibilidad de traducir en políticas públicas sus postulados, por lo que sugieren centrarse exclusivamente en la *salud negativa*.

Con todo, es imperioso destacar que el concepto está más estrechamente ligado al desarrollo que a la seguridad, si bien se reconoce el vínculo entre ambos sobre todo al amparo de nociones como *seguridad en salud* —*health security, sécurité de la santé*— y *protección en salud* —*health safety, surêté de la santé*. En español, a diferencia de las lenguas inglesa y francesa no existe una distinción entre *security/sécurité* y *safety/surêté* dado que la traducción de ambos términos a la lengua de Cervantes es *seguridad*. De ahí que se haya encontrado que una acepción aceptable para referirse a *safety/surêté* sea *protección*.

La diferencia entre *safety-surêté-protección* y *security-sécurité-seguridad* es especialmente importante. La primera es más “social”, mientras que la segunda es más “política”. La primera está mucho más centrada en el desarrollo y la segunda, más cerca de la cara más “dura” o tradicional de la seguridad.

En 2007, la OMS publicó su *Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Como se puede observar, este informe emplea en su título los términos *seguro*, como adjetivo, y *protección* como sustantivo, por lo que puede resultar confuso respecto a lo que los lectores esperan encontrar en sus

<sup>23</sup> OMS, “Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud?”, en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

páginas. En inglés, el informe lleva por título *The World Health Report 2007. A Safer Future. Global Public Safer Security in the 21st Century*. En este título aparece la palabra *safer* como adjetivo y *security* como sustantivo. Más confuso. En francés, el informe lleva por título *Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*. En este caso están la palabra *sûr* como adjetivo y *sécurité* como sustantivo.<sup>24</sup>

Las diferencias entre términos como *safety-surête-protección* y *security-sécurité-seguridad* no son sólo semánticas. En materia de salud, como se puede inferir a partir de la simple lectura del título de uno de los informes más importantes de la OMS para explicar la relevancia de la salud para la seguridad —y viceversa—, hace evidente que los países dan distintos significados a los términos citados a partir de intereses instrumentales particulares.<sup>25</sup>

Para empezar, hay una delgada línea que separa la protección de la seguridad. Por ejemplo: la liberación intencional de esporas de ántrax en paquetes postales en Estados Unidos, ¿es un desafío de protección o de seguridad? De hecho, es ambas cosas. Como se recordará, entre el 18 de septiembre y el 9 de octubre de 2001, se enviaron, desde Nueva Jersey, Estados Unidos, a través del servicio postal, cartas infectadas con esporas de ántrax a oficinas de medios de comunicación y al Congreso estadounidense. Las esporas se encontraron en Florida, Nueva York, Nueva Jersey, Connecticut y la capital estadounidense. Se infectaron 22 personas y cinco murieron. La Oficina Federal de Investigación (FBI, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) confirmaron

<sup>24</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, Ginebra, OMS, 2007, en [https://www.who.int/wbr/2007/07\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/wbr/2007/07_report_es.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021); OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*, Ginebra, OMS, 2007, en [https://www.who.int/wbr/2007/07\\_report\\_fr.pdf](https://www.who.int/wbr/2007/07_report_fr.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021); OMS, *The World Health Report 2007. A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*, Ginebra, OMS, 2007, en [https://www.who.int/wbr/2007/wbr07\\_en.pdf](https://www.who.int/wbr/2007/wbr07_en.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>25</sup> M. C. Rosas, "La seguridad humana sostenible: ¿paradigma para la seguridad nacional de México en el siglo XXI?", en M. C. Rosas (coord.), *La seguridad extraviada: apuntes sobre la seguridad nacional de México en el siglo XXI*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Centro de Análisis e Investigación sobre Paz, Seguridad y Desarrollo Olof Palme A. C., 2019, pp. 62-63.

que se trataba de un ataque terrorista —o bien, bioterrorista—, con la intención deliberada de causar daño.<sup>26</sup> Sin embargo, hoy existen dudas sobre las motivaciones y reivindicaciones que se pretendió hacer a través de estos ataques.

Evidentemente, el ambiente que prevalecía en ese entonces era de miedo e incertidumbre tras los ataques terroristas efectuados con aviones civiles secuestrados que impactaron contra las Torres Gemelas del World Trade Center en Nueva York, en el Pentágono en Washington D. C. y en Pensilvania, los cuales, posteriormente fueron reivindicados por la organización terrorista Al Qaeda. La percepción del público estadounidense ante lo sucedido era de vulnerabilidad. En ese marco se produjo el episodio del ántrax y las autoridades lo calificaron como un acto deliberado para causar daño, inicialmente atribuido a Al Qaeda, aunque, más tarde se supo que pudo haberse tratado de una dispersión deliberada de las esporas por parte de un reputado virólogo estadounidense, Bruce Edwards Ivins, quien trabajó durante 18 años en el Instituto Militar para el Estudio de Enfermedades Infecciosas del ejército estadounidense, a efecto de probar en humanos la vacuna en la que estaba trabajando. Ivins se suicidó tras ingerir una dosis de codeína y paracetamol el 29 de julio de 2008 en el momento en que era el principal sospechoso de los ataques y lo investigaba la FBI.<sup>27</sup> Este suceso fue decisivo para que los virus, las bacterias y las toxinas fueran vinculadas más al terrorismo/bioterrorismo —y por ende a la seguridad “dura”— y menos a la salud como un tema de la agenda de desarrollo, como tampoco se contempló la posibilidad de que las enfermedades surgidas de manera natural tuvieran la misma importancia que las enfermedades producidas por la liberación deliberada de patógenos. Así, la salud se transformó en un tema de bioseguridad al amparo de la lucha contra el terrorismo, descuidando en buena medida la protección, la *safety* o bien la *surêté*.

<sup>26</sup> Patricia Matey, “Diez años después del ataque de ántrax”, *El Mundo*, 3 de octubre de 2011, en <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/10/03/biociencia/1317666082.html> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>27</sup> David Alandete, “Muere el terrorista de las cartas con ántrax”, *El País*, 1 de agosto de 2008, en [https://elpais.com/diario/2008/08/02/internacional/1217628001\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2008/08/02/internacional/1217628001_850215.html) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

Un primer llamado de atención respecto al riesgo de no ponderar enfermedades surgidas de manera natural en el mundo ocurrió en 2002-2003, cuando una cepa de coronavirus, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), irrumpió en la República Popular China desde donde se propagó a otras partes del mundo.<sup>28</sup> El SARS-CoV apareció en Foshan, una ciudad al suroeste de Guangzhou, en la provincia de Guangdong, en noviembre de 2002. En ese tiempo, el sistema de salud del país asiático se encontraba muy centralizado, existía un conocimiento escaso sobre el tratamiento de enfermedades infecciosas y tampoco había una estrategia adecuada para comunicar ni informar a la población. Las autoridades centrales enfrentaron dificultades con las entidades locales, quienes no asumieron la responsabilidad para enfrentar la crisis sanitaria.<sup>29</sup>

La propagación del virus procedió con celeridad, llegó a Hong Kong en febrero de 2003 y de ahí a Singapur, Canadá —en especial Toronto— y Estados Unidos, mientras que las autoridades del gigante asiático ocultaron el desarrollo del brote, no revelaron datos veraces y afirmaron que tenían todo bajo control. Ante la falta de información creció el pánico en la población china y frente al creciente número de defunciones y la presión internacional, el Gobierno de Beijing finalmente reconoció la crisis. La capital china sufrió especialmente ante la enfermedad y se destituyó al alcalde, al igual que al ministro de salud. La economía, de todas maneras, se vio duramente golpeada y el PIB del gigante asiático perdió entre 1 y 2 puntos porcentuales en 2003 a causa de la epidemia.

El SARS-CoV afectó principalmente a los familiares de los pacientes y el personal médico. En febrero de 2003, la enfermedad se propagaba por el mundo.

<sup>28</sup> Como es sabido, hasta ahora se han identificado siete tipos de coronavirus: cuatro de ellos (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HCoV-HKU1) son muy comunes y algunos están presentes en el resfriado cotidiano junto a otros agentes patógenos como los rinovirus, por lo que se estima que una proporción muy alta de la población ha desarrollado defensas frente a ellos estando mayoritariamente inmunizados. Además de estos cuatro coronavirus, han aparecido de forma más reciente otros tres, de los que el SARS-CoV-2 es el más famoso si bien sus otros dos hermanos debutaron en el presente siglo encendiendo las alertas de la comunidad científica, debido a la incidencia y sus distintos grados de letalidad: se trata del SARS-CoV y del síndrome respiratorio agudo severo del Medio Oriente (MERS-CoV).

<sup>29</sup> M. C. Rosas, “China y el coronavirus”, en *etcétera*, 21 de diciembre de 2020, en <https://www.etcetera.com.mx/opinion/china-coronavirus-pandemia/> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

A finales de ese mes, en Hong Kong y Viet Nam había brotes del SARS-CoV. El 10 de marzo, en el Hospital Wales en Hong Kong, 18 personas del personal médico informaron de casos del SARS-CoV. A los pocos días, más de 50 personas entre médicos y enfermeras del hospital se habían contagiado. A mediados de marzo, en Singapur y Canadá se identificaron pacientes con SARS-CoV, y en esos momentos la OMS emitió una alerta sanitaria. A partir de entonces, 32 países y regiones del mundo informaron de casos confirmados por pruebas de laboratorio. De noviembre de 2002 a agosto de 2003, se notificaron un total de 8422 casos y 916 defunciones, la tasa de mortalidad promedio de los casos confirmados fue de 9,3%. Sin embargo, se registraron importantes variaciones por edad. Por ejemplo, en personas mayores de 65 años, la tasa de letalidad fue de 50% y la enfermedad tendió a afectar más a hombres que a mujeres.<sup>30</sup> De todas las defunciones registradas, 349 se produjeron en la República Popular China y 299 en Hong Kong.<sup>31</sup>

A raíz de la epidemia provocada por el SARS-CoV entre 2002-2003, sumado a los ataques con esporas de ántrax de 2001, la OMS fue configurando un nuevo Reglamento Sanitario Internacional a efecto de responder tanto a emergencias de salud pública generadas por la intención deliberada de hacer daño como también de cara al surgimiento de enfermedades nuevas y la reaparición de otras que se consideraba o extintas o bajo control. Así, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la creación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional en 2005, cuya entrada en vigor se produciría dos años después.

## El Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y la relación entre salud y seguridad

A diferencia de su antecesor de 1969 —que pedía a los Estados notificar a la comunidad internacional sólo en casos de cólera, peste y fiebre amarilla—, el nuevo Reglamento Sanitario Internacional, en vigor a partir del 15 de

<sup>30</sup> *Idem.*

<sup>31</sup> David Stanway, “La sombra del SARS: China aprendió por las malas cómo lidiar con una pandemia,” en Reuters, 22 de enero de 2020, en <https://www.reuters.com/article/china-salud-sars-idESKBNIZLL1PJ> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).



junio de 2007, es un ambicioso entramado que comprende dos vertientes: seguridad sanitaria mundial —alerta y respuesta ante epidemias y pandemias— y la respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten la salud, y otras afines.<sup>32</sup>

Es de destacar en el nuevo Reglamento Sanitario Internacional el cambio en la terminología y, más importante, en el paradigma, pues mientras que el antecesor consideraba un puñado de enfermedades, ahora incorpora todas las amenazas posibles a la salud pública; en lugar de tomar medidas preconcebidas o predefinidas, ahora las respuestas se deben adaptar al riesgo y, no menos importante, se pasa del control de las fronteras a la contención local, esto es, en el lugar en que se origina.<sup>33</sup>

El Reglamento señala que se deben notificar a la OMS todos los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, considerando las circunstancias en que se produce el evento y valorando si se trata de un suceso grave que repercute en la salud pública; si es inusitado o imprevisto; si hay riesgo de que se propague por el mundo, y si existe la posibilidad/necesidad de ejecutar medidas que restrinjan los viajes y el comercio internacional. “Para cumplir integralmente con los requisitos de advertencia y alerta tempranas del Reglamento Sanitario Internacional, es preciso fortalecer y desarrollar la vigilancia sistemática, o basada en indicadores, y la vigilancia basada en eventos”.<sup>34</sup>

En este sentido, el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 se propone llevar a cabo una visión integral amplia que incluye “enfermedades o pautas de morbilidad desconocidas, inusuales o imprevistas de todos

<sup>32</sup> Miguel Mínguez Gonzalo, “El ‘nuevo reglamento sanitario internacional’ (RSI) 2005”, en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 81, núm. 3, mayo-junio de 2007, pp. 239-246, en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272007000300001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000300001) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>33</sup> María Begoña Adiego Sancho, *El reglamento sanitario internacional*, Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2014, p. 3, en <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M3T07.pdf> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>34</sup> OMS, *Protocol for Assessing National Surveillance and Response Capacities for the International Health Regulations (2005) in Accordance with Annex 1 of the IHR: A Guide for Assessment Teams*, Ginebra, OMS, diciembre de 2010, p. 10, en [https://www.who.int/ibr/publications/who\\_hse\\_ibr\\_201007\\_en.pdf](https://www.who.int/ibr/publications/who_hse_ibr_201007_en.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

los orígenes (es decir, biológico, químico, radionuclear), así como los peligros que podrían entrañar un riesgo para la salud humana, como las olas de calor, los fenómenos naturales o los alimentos contaminados”.<sup>35</sup>

No sobra decir que, para cumplir con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, los 194 miembros de la OMS tendrían que reestructurar considerablemente sus sistemas de vigilancia de salud pública sin dejar de lado la cooperación entre todos ellos. Por la naturaleza cada vez más transnacional y global de las amenazas y los riesgos a la salud pública, se impone una colaboración estrecha entre las naciones del mundo, pero en muchos casos esto se ve obstaculizado por el predominio de la bioseguridad sobre la salud pública. Compartir información epidemiológica con otras naciones, como lo propone el Reglamento Sanitario Internacional, revela fragilidades de los Estados, que podrían ser aprovechadas por otros Estados y entidades no estatales —por ejemplo, terroristas, delincuencia organizada, lobos solitarios, entre otros— para hacer daño.

Relacionado con lo anterior, figura la crisis de las instituciones y la renuencia de los países a ser monitoreados por organismos, acuerdos o reglamentos en momentos en que, por ejemplo, el multilateralismo es denostado y la credibilidad de la OMS es puesta en duda. Además, el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 propone atajar el “evento” a nivel local. Se insiste en la contención local, esto es, en el lugar en que se origina. Antaño, la respuesta de las naciones consistía sobre todo en aplicar cuarentenas y medidas de aislamiento en cualquier lugar en que fuera necesario —generalmente cuando la enfermedad ya se había propagado a diversos entornos.

Aquí subsisten dos dificultades: cómo lidiar con un brote, un accidente de origen antrópico o un fenómeno natural si es que éste(os) se produce(n) en una localidad sin infraestructura de valoración clínica apropiada ni capacidad de respuesta ante emergencias y, no menos importante, es que muchas localidades en todo el mundo carecen de los servicios más elementales, lo que hace muy difícil que puedan emprender tareas de contención, como las que prescribe el Reglamento.

<sup>35</sup> Organización Panamericana de la Salud y OMS, *Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Versión provisional*, Washington D.C., OPS/OMS, 2014, p. 7, en [https://www.who.int/ibp/publications/WHO\\_HSE\\_GCR\\_LYO\\_2014.4.es.pdf](https://www.who.int/ibp/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4.es.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

Se aprecia también una dimensión Norte-Sur en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005, misma que ha generado controversia, toda vez que parece privilegiar los intereses de las naciones más desarrolladas frente a los de las más pobres. Por ejemplo, el reglamento plantea que se canalicen recursos materiales y humanos ante un evento de importancia internacional que llevaría a países en desarrollo a contar con menos recursos materiales y humanos para el combate de enfermedades como el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis, padecimientos que son mucho más prioritarios para la salud pública en sus sociedades.<sup>36</sup> La actual pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ilustra esta realidad: debido a la prioridad que recibe el nuevo coronavirus, se ha perdido de vista que es menester seguir atendiendo otras enfermedades y padecimientos. A mediados del año pasado, 24 países señalaban que estaban por agotarse los antirretrovirales que requieren desesperadamente para luchar contra el VIH/sida. Recientemente, las autoridades de salud de la República Democrática del Congo reportaron un nuevo caso de ébola en el norte de la provincia de Kivu, donde la enfermedad se había declarado extinta en junio de 2020. En Guinea, a mediados de febrero de 2021, se notificó también otro brote de la temida enfermedad.<sup>37</sup> La pandemia ha generado demoras en el transporte marítimo, terrestre y aéreo de medicamentos, además de que los proveedores han enfrentado problemas para el abastecimiento, sin contar la reducción de los servicios de salud para atender padecimientos distintos del SARS-CoV-2.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Kumana Wilson, Sam Halabi y Lawrence O. Gostin, "The International Health Regulations (2005), the Threat of Populism and the COVID-19 Pandemic", en *Globalization and Health*, vol. 16, núm. 70, 28 de julio de 2020, en <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00600-4> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>37</sup> OMS, "Resurgence of Ebola in North Kivu in the Democratic Republic of the Congo", 7 de febrero de 2021, en <https://www.afro.who.int/news/resurgence-ebola-north-kivu-democratic-republic-congo> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021); DW, "Ébola, el eterno retorno de la peor pesadilla", 15 de febrero de 2021, en <https://www.dw.com/es/%C3%A9bola-el-eterno-retorno-de-la-peor-pesadilla/g-56576481> (fecha de consulta: 3 de marzo de 2021).

<sup>38</sup> OMS, "OMS: el acceso a los medicamentos para el VIH está gravemente afectado por el covid-19 y la respuesta al sida se estanca", comunicado de prensa, 6 de julio de 2020, en <https://www.who.int/es/news/item/06-07-2020-who-access-to-hiv-medicines-severely-impacted-by-covid-19-as-aids-response-stalls> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

La dimensión Norte-Sur de la actual crisis sanitaria no termina ahí: el acceso a vacunas contra el SARS-CoV-2 se ha concentrado en un puñado de países altamente desarrollados, lo que plantea un escenario catastrófico no sólo para las naciones y sociedades más vulnerables, sino para el mundo.<sup>39</sup> De ahí que se piense que la atención de una emergencia de salud pública de importancia internacional como el SARS-CoV-2 está generando otras emergencias de salud pública, sólo que de enfermedades a las que se venía combatiendo con relativo éxito. El sarampión y la polio son otros dos flagelos que están resurgiendo con singular vigor y que, a diferencia del VIH/sida, pueden enfrentarse a través de la vacunación. En suma, pareciera que un tema de la agenda del desarrollo como lo es la salud importa a la agenda de seguridad siempre que cuente con una capacidad disruptiva, especialmente en los países más desarrollados.<sup>40</sup> Ciertamente, al día de hoy, la enfermedad se manifiesta en 192 países o territorios. Pero como lo demostraron los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, un tema puede transformarse en el eje de la arquitectura de la seguridad en el mundo cuando los afectados son especialmente el país o los países dominantes. De ahí que ahora la salud figure de manera prominente en la agenda de seguridad internacional.

## El Índice Mundial de Seguridad Sanitaria

El Índice Mundial de Seguridad Sanitaria dado a conocer en 2019 es un documento elaborado por el Centro de Seguridad en Salud de la Johns Hopkins University, la Nuclear Threat Initiative y The Economist Inte-

<sup>39</sup> La OMS ha criticado duramente el acaparamiento por parte de algunas naciones como Canadá, que adquirió cinco veces la cantidad de dosis necesarias. Véase Verónica Mondragón, "OMS pide acceso equitativo a vacuna: advierte riesgo países pobres", *Excélsior*, 19 de enero de 2021, en <https://www.excelsior.com.mx/nacional/oms-pide-acceso-equitativo-a-vacuna-advierte-riesgo-paises-pobres/1427824> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>40</sup> Al 6 de febrero de 2021 a las 10: 21 pm, detrás de Estados Unidos se encuentran, por casos confirmados de SARS-CoV-2, India, Brasil, Reino Unido, Rusia, Francia, España, Italia, Turquía y Alemania, todos ellos parte del Grupo de los 20, que reúne a las principales economías del planeta.

lligence Unit.<sup>41</sup> En éste se hace un recuento del estado que 195 países tienen en materia de seguridad en salud. Se busca medir e identificar sus capacidades para prevenir, detectar e informar, dar respuesta pronta, y, a partir de la fortaleza de sus sistemas de salud, cumplir con las normas internacionales y la capacidad para valorar el riesgo ante amenazas biológicas. Este índice está en sintonía con el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y reproduce sus sesgos.

El Índice Mundial de Seguridad Sanitaria considera diversos flagelos en un mismo costal, algo que, como se comentaba, no ha sido aceptado sobre todo por los países en desarrollo. Así, comienza con la aseveración de que las amenazas biológicas —naturales, intencionales o accidentales— plantean riesgos a la seguridad global, a la seguridad internacional y a la economía mundial.<sup>42</sup> Es difícil estar en desacuerdo con este postulado, pero para fines de políticas públicas, sería muy importante establecer jerarquías entre las amenazas biológicas, dado que las naturales se antojan como las más disruptivas, frente a las intencionales o accidentales, considerando que estas dos últimas son eventos con una menor recurrencia, mientras que en el caso de las enfermedades surgidas o resurgidas de manera natural, la OMS advierte que desde la década de 1970 se han identificado nuevos padecimientos a razón de uno o más por año, de manera que actualmente existen unas 40 enfermedades que eran desconocidas tan sólo una generación atrás y que se propagan con mayor rapidez.<sup>43</sup>

Lo anterior no es para decir que se deba pasar por alto el bioterrorismo o accidentes como los que se produjeron en Chernóbil y Fukushima. Sin embargo, la prevención de estos eventos no debería ocurrir a costa de aquellos que, como lo muestra el SARS-CoV-2, tienen el potencial para

<sup>41</sup> El documento también se desarrolló gracias a las aportaciones de fundaciones filantrópicas como la Bill & Melinda Gates Foundation. Véase Center for Health Security (CHS), Nuclear Threat Initiative (NTI), The Economist Intelligence Unit (EIU), *GHS Index: Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability*, Baltimore/Washington, D. C./Londres, CHS/NTI/EIU, octubre de 2019, en <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>43</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2007...*, p. x.

convertirse en catástrofes globales, entre otras razones por las características socioeconómicas del mundo de hoy, donde sobresalen cambios en la industria de los alimentos, los estilos de vida obesogénicos, el consumo de carne —que influye en padecimientos como cisticercosis, encefalopatía espongiiforme bovina, etcétera—, el comportamiento humano, los conflictos armados, el calentamiento global, las transformaciones en la industria médica y farmacéutica, el comercio, el turismo y los viajes en un mundo cada vez más globalizado, los cambios en el uso del suelo y la urbanización, elementos todos ellos que generan condiciones propicias para la propagación de enfermedades.

En el Cuadro 1 se contrasta la clasificación que presenta el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria con la información disponible acerca de casos confirmados y defunciones provocadas por el SARS-CoV-2. Este ejercicio revela que, si bien Estados Unidos es presentado como el país con el mejor Índice Mundial de Seguridad Sanitaria, es, paradójicamente, el que tiene más contagios y defunciones por la citada enfermedad. Reino Unido, que se encuentra en el segundo lugar por su seguridad en salud global, es el cuarto a nivel mundial por casos confirmados y el quinto por defunciones a causa del SARS-CoV-2. De los 15 países referidos, la correlación entre seguridad en salud y casos confirmados y defunciones por la contagiosa enfermedad parecería mostrar que el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria es un fracaso, y si en algo acertó, fue posiblemente en el caso de Tailandia (el sexto en el mundo con mayor seguridad en salud) puesto que registra 23 371 contagios y 79 defunciones a causa del SARS-CoV-2. En el resto de los países catalogados como poseedores de los mejores índices, los casos confirmados se cuentan por miles, y millones, y sus defunciones van desde cientos hasta cientos de miles.

El cuadro de referencia lleva a cuestionar qué es entonces lo que miden los índices de seguridad en salud. El Índice Mundial de Seguridad Sanitaria señala que ningún país está completamente preparado para una epidemia o pandemia, y califica al mundo con un 40.2 de 100 puntos posibles, por lo que, conforme a este planteamiento, el planeta estaría reprobado.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> CHS, NTI, EIU, *op. cit.*, p. 18.

**Cuadro 1. Índice Mundial de Seguridad Sanitaria *versus* casos confirmados y defunciones provocados por el SARS-CoV-2**

País	Lugar que ocupa en el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria	Lugar que ocupa por casos confirmados de SARS-CoV-2 a nivel mundial	Lugar que ocupa por defunciones provocadas por el SARS-CoV-2 a nivel mundial
Estados Unidos	1	1 (28 780 950)	1 (519 064)
Reino Unido	2	5 (4 207 119)	5 (124 117)
Países Bajos	3	21 (1 116 365)	27 (15 823)
Australia	4	114 (29 007)	105 (909)
Canadá	5	22 (880 835)	21 (22 105)
Tailandia	6	116 (26 108)	159 (84)
Suecia	7	29 (675 292)	31 (12 964)
Dinamarca	8	58 (213 486)	72 (2 371)
Corea del Sur	9	85 (90 816)	83 (1 612)
Finlandia	10	100 (59 442)	107 (759)
Francia	11	6 (3 843 241)	7 (87 695)
Eslovenia	12	63 (192 266)	57 (3 874)
Suiza	13	32 (559 845)	36 (10 014)
Alemania	14	10 (2 472 896)	9 (71 073)
España	15	7 (3 136 321)	10 (70 247)

*Fuente:* Elaborado por la autora con información de CHS, NTI, EIU, *op. cit.*, p. 20; y la Johns Hopkins University, "Coronavirus Resource Center", en <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (fecha de consulta: 3 de marzo de 2021 a las 6: 24 p. m.).

Lo que no deja de llamar la atención es que, según ese documento, de los 195 países analizados, Estados Unidos, pese a las ya citadas deficiencias de su sistema de salud, figura en la primera posición como el poseedor de mayor seguridad en salud y recibe una calificación de 85.3 de 100 puntos posibles. Es factible que lo sea frente a amenazas como el bioterrorismo; tras los sucesos de 2001, pareciera que la estrategia para evitar que virus, bacterias y toxinas sean empleados para hacer daño a los estadounidenses, se ha reducido de manera significativa. En cambio, no ha sido igual ante enfermedades surgidas naturalmente y que han arribado a la Unión Americana en el presente siglo, tales como el SARS, la influenza AH1N1, el ébola, el zika, el chikungunya y, ciertamente, el SARS-CoV-2. De hecho, esta aseveración se puede extender a los tiempos en que Woodrow Wilson, a sabiendas de que había un brote de influenza en sus fuerzas armadas en Fort Riley, Kansas, decidió de todas maneras su envío a Europa para que combatieran en la Primera Guerra Mundial, contribuyendo así a la propagación de la que pasaría a denominarse erróneamente influenza española.<sup>45</sup> De hecho, Estados Unidos no se ha distinguido ni en el siglo XX ni en el actual, por la gestión apropiada de epidemias ni pandemias.<sup>46</sup>

Un país que contrasta con Estados Unidos es Nueva Zelanda, que en el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria se encuentra en la posición 35, incluso por debajo de México —que está en el lugar 28— y que, pese a ello es considerado como uno de los que mejor ha gestionado la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, al contar con 2384 casos y 26 defunciones. Con estos números, está en el lugar mundial 164 por casos confirmados y en el 175 por defunciones a escala global. La clave del éxito neozelandés estriba en la prioridad que se ha dado a la salud y al bienestar social como

<sup>45</sup> Wilson mismo enfermó de influenza en Europa cuando negociaba con Francia y Reino Unido los términos de la paz con la derrotada Alemania. Wilson inicialmente se había opuesto a imponer una paz onerosa a los germanos, pero ante la enfermedad que lo aquejaba dio un vuelco a su postura y aceptó, como pedía Francia, que se impusiera una costosa paz a Alemania que, a la postre, sentaría las bases para el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial.

<sup>46</sup> M. C. Rosas, “Wilson, Eisenhower, Ford, Reagan y Obama: cómo gestionar una epidemia”, en *Globalitika*, 11 de mayo de 2020, en [https://af6f3f45-e49c-4ab5-8df6-e08f3f8d962c.usrfiles.com/ugd/af6f3f\\_0b8e569807dc42a4b57f48bdea4df70.pdf](https://af6f3f45-e49c-4ab5-8df6-e08f3f8d962c.usrfiles.com/ugd/af6f3f_0b8e569807dc42a4b57f48bdea4df70.pdf) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).



sustento para la seguridad nacional, y ello ha colocado al austral país en el mapa mundial al despertar curiosidad, pero sobre todo admiración y respeto. Con todo, hay que mencionar un antecedente importante que remite de nuevo a la relación entre seguridad y desarrollo en el caso neozelandés.

El 15 de marzo de 2019, dos atentados perpetrados por un “lobo solitario” en sendas mezquitas ubicadas en la ciudad de Christchurch, provocaron la muerte de 51 personas, 45 en la mezquita de Al Noor y siete en la mezquita de Linwood. El hecho estremeció a Nueva Zelanda. El autor, un australiano vinculado a la extrema derecha, quien abrió fuego contra mujeres, niños y hombres, transmitió en vivo las matanzas en Facebook, habiendo igualmente divulgado un manifiesto previo al atentado, en el que planteaba consignas racistas y supremacistas semejantes a las del nazismo.<sup>47</sup> Si bien la primera ministra Jacinda Ardern calificó el hecho como un atentado terrorista, hizo un respetuoso manejo de la crisis, lo que le acarrió el reconocimiento y las simpatías de los neozelandeses y de la comunidad internacional. A diferencia de la centralidad que el tema ha tenido en otras partes del mundo —por ejemplo, en Estados Unidos, España, Gran Bretaña, Francia, etcétera— desencadenando un sobredimensionamiento del terrorismo frente a otras vulnerabilidades, riesgos y amenazas, Ardern anunció en mayo de 2019, a semanas de los lamentables sucesos, el primer presupuesto en el planeta destinado mayormente al bienestar social, el cual representa una tercera parte del gasto gubernamental.

Rara vez se observa que, ante un acto terrorista, las autoridades responden atacando las raíces del problema y las dificultades estructurales que muy posiblemente lo desencadenaron. Ello sin duda ha dado frutos. A diferencia de otras naciones que miran el árbol, Nueva Zelanda no ha perdido de vista el bosque y por eso el gasto en bienestar social, sumado al presupuesto asignado a la educación y la salud representan 60% del ejercicio presupuestal del país. Un bono adicional que se ganó la primera ministra Ardern fue el de la confianza de la sociedad. Al responder con celeridad y seriedad ante los atentados terroristas, pero también, al cumplir con sus promesas de campaña, se ganó el apoyo de la población, elemento central

<sup>47</sup> “Christchurch Shootings: 49 Dead in New Zealand Mosque Attacks”, en BBC News, 15 de marzo de 2019, en <https://www.bbc.com/news/world-asia-47578798> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

ante la crisis provocada por el SARS-CoV2, puesto que cuando anunció las drásticas medidas para su contención, los neozelandeses le brindaron su aprobación.<sup>48</sup> Asimismo, en octubre de 2020, cuando se efectuaron comicios generales, Ardern y su partido, el laborista, obtuvieron una aplastante victoria que le permitió formar Gobierno sin necesidad de hacer alianzas con otras fuerzas políticas.<sup>49</sup>

En todo caso, no se debería perder de vista que, no obstante la deuda histórica con la comunidad maorí —y las políticas discriminatorias contra las comunidades chinas—, Nueva Zelanda se ha distinguido históricamente por el impulso del bienestar social; por ejemplo, fue el primero en el mundo en garantizar el derecho de voto a la mujer en 1893, en tanto que en 1898 introdujo una legislación para otorgar pensiones a los ancianos. En 1911 extendió las pensiones a viudas, en 1915 a trabajadores mineros y en 1924 a los invidentes.<sup>50</sup> La agenda de seguridad social —y de desarrollo— en el país tiene una larga historia, lo que parecería corroborar que una sociedad con esas bases cuenta con mejores condiciones para articular y construir su agenda de seguridad.

## Consideraciones finales

Si bien el gasto en salud cuadruplica al gasto militar a nivel global, eso no significa en modo alguno que está garantizado el financiamiento para los ODS ni para el tercero de ellos, a propósito del tema aquí analizado. Tampoco se puede asumir que esa ecuación no pueda cambiar para

<sup>48</sup> M. C. Rosas, “Nueva Zelanda y el coronavirus”, en *etcétera*, 1 de mayo de 2020, en <https://www.etcetera.com.mx/opinion/nueva-zelanda-coronavirus-jacinda-ardern/> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>49</sup> Redacción BBC News Mundo, “Jacinda Ardern y su partido ganan con mayoría absoluta en las elecciones de 2020”, en BBC News, 27 de octubre 2020, en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54582378> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021). En contraste, en los comicios presidenciales de noviembre de 2020, Donald Trump fue derrotado a pesar de haber logrado más votos populares que en 2016. Es razonable suponer que el deficiente manejo de la pandemia del SARS-CoV-2 pasó factura al controvertido personaje.

<sup>50</sup> M. C. Rosas, “Nueva Zelanda y el coronavirus”.

bien —reduciendo aún más el presupuesto en defensa y fortaleciendo el gasto en salud— o para mal —con un incremento de las erogaciones para fines militares y una disminución de los recursos para el desarrollo. En un mundo donde subsisten fuertes tensiones y rivalidades geopolíticas, la tentación a favorecer la seguridad sobre el desarrollo es alta.

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 es un llamado de atención al enfoque que la comunidad internacional, salvo excepciones, ha prodigado a la salud. Tanto el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 como el Índice Mundial de Seguridad Sanitaria carecen de una visión integral de la salud, por lo que sólo aquellos eventos que deliberadamente usan virus, bacterias y toxinas para causar daño, son los que mayormente reciben atención. No es la primera vez que esto ocurre. El 20 de marzo de 1995, la secta Verdad Suprema colocó en estaciones del metro de Tokio paquetes que contenían gas sarín y que provocaron la muerte de 13 personas, decenas de discapacitados y 6300 intoxicados.<sup>51</sup> A propósito del sarín, se recuerda igualmente su empleo en la guerra de Siria desde septiembre de 2013 por parte del Gobierno de Bashar al Asad.<sup>52</sup> El uso de polonio 210 para envenenar a Alexander Litvinenko en noviembre de 2006<sup>53</sup> o bien el empleo del agente nervioso novichok contra el opositor ruso Alexei Navalny, quien tuvo que recibir tratamiento médico en Alemania, son sólo muestras desafortunadas del uso, en este caso, de agentes químicos para hacer daño.<sup>54</sup> El mundo tampoco es inmune a escenarios como el de la central nuclear

<sup>51</sup> Su líder, Shoko Asahara y otros seis miembros de la secta fueron condenados a morir por ahorcamiento en 2004. La sentencia fue ejecutada el 6 de julio de 2018. Véase “Ejecutado fundador de secta y cerebro de ataque en metro de Tokio”, en DW, 6 de julio de 2018, en <https://www.dw.com/es/jap%C3%B3n-ejecutado-fundador-de-secta-y-cerebro-de-ataque-en-metro-de-tokio/a-44548040> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>52</sup> Nawal al-Mahgafi, “Investigación BBC en Siria: cómo las armas químicas tienen a Bashar al Asad a punto de ganar la guerra”, en BBC News, 17 de octubre de 2018, en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-45867618> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>53</sup> “¿Qué es el polonio 210?”, *El País*, 21 de enero de 2016, en [https://elpais.com/internacional/2016/01/21/actualidad/1453373675\\_004886.html](https://elpais.com/internacional/2016/01/21/actualidad/1453373675_004886.html) (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>54</sup> Redacción BBC News Mundo, “Alexei Navalny: el opositor ruso ‘fue envenenado con novichok’, según Alemania”, en BBC News, 2 de septiembre de 2020, en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54000515> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

de Fukushima, como tampoco a fenómenos naturales como terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, sequías, etcétera, eventos, todos ellos, con importantes impactos en la salud de las sociedades. Con todo, se requiere una visión más centrada en el desarrollo, que acompañe el tema de la seguridad en la gestión de la agenda de salud global.

¿Qué puede aportar la seguridad a la salud y a la agenda de desarrollo? Puesto que los estudios sobre seguridad se abocan a anticipar amenazas, riesgos y vulnerabilidades que puedan poner en entredicho la supervivencia del Estado y sus componentes —por ejemplo, territorio, población y gobierno—, la prevención es una de sus estrategias fundamentales. La prevención salva vidas, permite maximizar los recursos materiales y humanos existentes y posibilita tomar decisiones sin la premura de hechos consumados. La urgencia, una crisis en marcha o una mala preparación para emergencias son elementos que pueden llevar a que se tomen malas decisiones potencialmente costosas para las sociedades.

A nivel internacional, hay una constante tensión entre la OMS, organismo especializado de las Naciones Unidas en salud, y el Consejo de Seguridad de la ONU, órgano responsable del mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales. La colisión entre ambas instancias se ha producido especialmente porque mientras que en la OMS priva una visión de la salud como tema de la agenda del desarrollo, en el Consejo de Seguridad prevalece una visión política y de bioseguridad.<sup>55</sup> En este órgano se han celebrado sesiones para atender el problema del VIH/sida, del ébola y, de manera más reciente, el SARS-CoV-2. Ello no es inherentemente negativo, siempre que no se pierda de vista que, al hablar de salud, la bioseguridad es tan importante como la agenda de desarrollo.

Esta tensión que subsiste en el Sistema de las Naciones Unidas se reproduce al interior de los Estados. Muchos países han echado mano de los cuerpos castrenses, sea para vigilancia fronteriza, protección de hospitales y personal de salud, para el aprovisionamiento de asistencia a la población, la reconversión de sus instalaciones para albergar a pacientes y la producción de insumos médicos. También se han decretado en muchos lugares toques de queda y estados de excepción, todo ello en aras de mantener

---

<sup>55</sup> M. C. Rosas, "La seguridad humana sostenible...", pp. 68-70.

el orden público, garantizar que las actividades esenciales sigan operando y, en última instancia, proteger la vida humana. Queda la sensación, sin embargo, de que podría haber una mejor coordinación entre las instituciones castrenses y las de salud no sólo ante la crisis en curso, sino, especialmente, en la prevención.

Marco José y Rebeca Borgaro afirman que:

La historia de las enfermedades tiene que basarse esencialmente en los cambios en la mortalidad y esperanza de vida: la enfermedad y el sufrimiento no confieren estadísticas confiables, mientras que los nacimientos y las muertes pueden contarse. Así; es necesario tomar en consideración a la mortalidad para dilucidar cómo se conquistaron las enfermedades en el pasado [...] las enfermedades infecciosas más devastadoras fueron conquistadas no tanto por el descubrimiento de un tratamiento eficaz sino por el descubrimiento de medidas preventivas. La mortalidad inició su descenso claramente al inicio del siglo XIX, en un momento de revolución y reforma, y la disminución se aceleró cuando se descubrieron las causas de muchas enfermedades a finales del mismo siglo. Aun en el siglo XX los logros más significativos se han alcanzado gracias, sobre todo, a medidas preventivas.<sup>56</sup>

Siguiendo a José y Borgaro, la relación entre seguridad y desarrollo debe gestionarse de manera equilibrada, puesto que ambas son importantes y cada una puede contribuir a la prevención de una manera integral: tan importante es combatir el tráfico ilícito de estupefacientes, como educar en torno a los riesgos de su consumo y rehabilitar a los adictos. Tan relevante es combatir el robo de material radiactivo como mejorar las condiciones para su confinamiento —lo que evitaría el hurto.<sup>57</sup> Tan im-

<sup>56</sup> Marco José y Rebeca Borgaro, "Historia universal de la mortalidad", en *Salud Pública de México*, vol. 31, núm. 1, enero-febrero de 1989, p. 3, en <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/articulo/download/107/100/163> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

<sup>57</sup> "El extraño pero constante robo de material radiactivo en México", en Infobae, 24 de octubre de 2019, en <https://www.infobae.com/america/mexico/2019/10/24/el-extrano-pero-constante-robo-de-material-radiactivo-en-mexico/> (fecha de consulta: 12 de febrero de 2021).

portante es contar con infraestructura médica y hospitalaria, como mejorar la alfabetización en salud, la que seguramente abonará a que las personas puedan tomar mejores e informadas decisiones en la materia.

La crisis generada por el SARS-CoV-2 es una enorme oportunidad para repensar la relación entre seguridad y desarrollo. Ambos son importantes. De ellos depende el progreso social. De ahí que sea necesario evitar que el nuevo coronavirus sea sobredimensionado respecto a otros padecimientos, y, sobre todo, que genere una agenda de desarrollo y/o seguridad unidimensional. Hoy, el mundo enfrenta las consecuencias de sobredimensionar la amenaza terrorista. Es de esperar que el mundo aprenda de la crisis actual para enfrentar, en mejores condiciones, la próxima pandemia.