

Seguridad internacional y diplomacia para la salud global

International Security and World Health Diplomacy

Walter Astié-Burgos

Embajador de México

astieburgos@hotmail.com



Resumen:

El ensayo trata la problemática de la seguridad internacional a partir de la Guerra Fría considerada como la “época dorada” de las teorías de la seguridad internacional. Se hace especial referencia a las diversas doctrinas que se fueron diseñando durante la misma, hasta llegar al nuevo orden mundial del siglo XXI en el que surgió el novedoso concepto de la ONU de la seguridad humana, y el difícil debate respecto a las amenazas tradicionales y las nuevas amenazas. Entre las nuevas amenazas se destaca la de las pandemias y el concepto de la diplomacia para la salud global impulsado por la Organización Mundial de la Salud, explicándose en qué consiste y la forma de implementarla, tema que ha cobrado mayor importancia con la actual crisis del virus del Ébola en África.



Abstract:

The essay deals with the problems of international security since the cold war, which is considered to be the “golden years” of international security theories. Special mention is made to the different doctrines designed during such war, until the arrival of the new world order of the XXI st century when the UN novel concept of Human Security was born, as well as the acute debate regarding the traditional and the new threats. Among the new menaces to international security, the emphasis is made on the subject of the global pandemics and the concept of World Health Diplomacy promoted by the WHO, explaining its main characteristics, goals and ways to implement it; issue that has become more relevant due to the present Ebola crisis in Africa.



Palabras clave:

Seguridad internacional, teorías, doctrinas, seguridad humana, ONU, OMS, amenazas globales, pandemias.



Key words:

International security, theories, doctrines, human security, UN, WHO, global threats, pandemics.

Seguridad internacional y diplomacia para la salud global*

Walter Astié-Burgos

Durante el largo periodo de la Guerra Fría florecieron las doctrinas, teorías, ideas, estrategias, etc., sobre la seguridad internacional, razón por la que se le considera la “época dorada de las doctrinas de la seguridad estratégica”. Si bien las amenazas, peligros, desafíos, riesgos o retos a la seguridad de los países han sido una constante en la historia, no pasaron a formar parte de los conceptos de seguridad nacional e internacional sino hasta finales de la Segunda Guerra Mundial y principios de la Guerra Fría. Sin embargo, la realidad fue que a partir de 1945 la seguridad internacional se comenzó a estructurar de acuerdo con dos conceptos contradictorios, que tuvieron vigencia simultánea durante toda la Guerra Fría.

Por una parte Estados Unidos y la Unión Soviética convinieron en revivir la “seguridad colectiva” en la que se había sustentado la fracasada Sociedad de las Naciones, mediante la creación de una nueva organización mundial que, recogiendo las experiencias y fallas de su antecesora, fuera más eficaz para mantener la paz y la seguridad internacionales. Sin embargo, al tiempo que las superpotencias acordaron que en la ONU se dirimieran

* (N. del E.) La epidemia actual causada por el virus del Ébola ha generado diversas preguntas y cuestionamientos sobre el tema de la bioseguridad internacional y la urgente necesidad de cooperación epidemiológica, económica y científica para afrontar esta enfermedad. De ahí la pertinencia de publicar este documentado y revelador ensayo.

y solucionaran, de acuerdo con los criterios de la seguridad colectiva, aquellos problemas no decisivos para sus respectivos intereses nacionales, los que sí lo fueran serían abordados bilateralmente al margen de la organización mundial. Como dicha relación fue de rivalidad, antagonismo y de lucha por la hegemonía, la seguridad internacional también se hizo depender del “equilibrio del terror”.

En efecto, dado que a partir de 1945 los antiguos aliados que lucharon contra la Alemania nazi pasaron a ser mortales enemigos, fue necesario definir nuevas estrategias para confrontarse. Washington tomó la iniciativa al expedir la primera acta de seguridad nacional, crear el Consejo de Seguridad Nacional (NSC, por sus siglas en inglés) como órgano coordinador directamente dependiente del presidente de la nación, la Agencia Central de Inteligencia (CIA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Defensa, y formular la primera doctrina de seguridad estratégica que fue la de la contención (*containment*), que automáticamente asimilaba la seguridad nacional de Estados Unidos a la seguridad internacional como si ambas fueran la misma cosa, perseguía el objetivo de “contener” al enemigo comunista dentro de los límites geográficos que ocupó en la pasada guerra mundial, y evitar su mayor expansión.

Sin embargo, como el ejército rojo era más numeroso y geoestratégicamente estaba mejor situado, fue necesario respaldar la contención con la disuasión nuclear (*nuclear deterrence*), misma que advertía a Moscú que si atacaba a algún aliado estadounidense, automáticamente se haría acreedor a una represalia nuclear. Como en 1949 la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) detonó su primera bomba atómica y Estados Unidos perdió el monopolio nuclear, se tuvo que formular otra doctrina complementaria de seguridad que fue el *first strike* (primer golpe), según el cual argüían que, en caso de desatarse una guerra, Washington debería tener una capacidad tecnológica superior para asestar al enemigo un primer golpe nuclear que fuera devastador. Como Moscú se aprestó a adquirir dicha primera capacidad destructiva, se diseñó la estrategia del *second strike* (segundo golpe), a fin de poder soportar y sobrevivir el primer golpe, y estar en aptitud de dar un segundo que ya fuera definitivo. Merced a la desenfrenada carrera armamentista que se condujo para respaldar estas doctrinas de

seguridad llamadas “espejo”, puesto que un contrincante automáticamente replicaba lo que el otro anunciaba, se alcanzó la Mutual Assured Destruction (MAD), ya que se llegó a contar con capacidad nuclear suficiente para destruir al enemigo, pero de paso a todos los demás.

A raíz de la crisis de 1962 suscitada por la instalación de misiles soviéticos en Cuba, tanto se inició el periodo de *détente* caracterizado por una mayor distensión entre Washington y Moscú y la conducción de las negociaciones SALT 1 y SALT 2 (Strategic Arms Limitation Talks), como se puso en práctica una nueva doctrina de seguridad, la de *flexible responses*. Como tras dicha crisis, que fue el momento más cercano al estallido de la Tercera Guerra Mundial, ya fue impensable la confrontación nuclear, el gobierno estadounidense, considerando que los únicos conflictos posibles eran de tipo convencional, debería estar preparado para una guerra nuclear o convencional, es decir, para dar una respuesta flexible en ambos casos. De esta manera se llegó a los años ochenta del siglo pasado cuando fue electo Ronald Reagan, quien argumentando que la *détente* sólo había servido para que la Unión Soviética se armara y expandiera mayormente, suspendió las negociaciones de desarme en curso, incrementó el presupuesto de defensa, y desarrolló un nuevo sistema de armamento de alta tecnología en el espacio: la Strategic Defense Initiative (SDI), popularmente conocida como “guerra de las galaxias”. Esta nueva doctrina de seguridad estratégica consistía en instalar satélites en el espacio capaces de destruir los misiles soviéticos portadores de cabezas nucleares (ICBM) antes de que impactaran territorio estadounidense, con lo que el armamento enemigo prácticamente se volvía obsoleto. En atención a que la URSS —ya en franca descomposición económica y política— no poseía la tecnología para enfrentar el nuevo desafío, para Michael Gorbachov la SDI se volvió una verdadera obsesión, por lo que, en los diversos encuentros que sostuvo con Reagan, trató infructuosamente de que abandonara el proyecto. El episodio final de la Guerra Fría fue la reunión que los dos líderes sostuvieron en Washington en 1987, donde firmaron un tratado para la eliminación de misiles de corto y mediano alcance que, por primera vez, disponía la gradual destrucción de los respectivos arsenales nucleares. Lo anterior, aunado a que Moscú retiró a sus tropas de Afganistán en 1989, que en ese mismo año

se comenzó a derribar el muro de Berlín y se inició la reunificación de las dos Alemanias, que en 1990 terminó la ocupación vietnamita de Camboya, que en 1991 las tropas cubanas salieron de Angola e igualmente cayó el régimen comunista de Etiopía, etc., condujo a Gorbachov a precisarle al nuevo presidente de Estados Unidos, George Bush, que “bajo ninguna circunstancia la Unión Soviética iniciará una guerra”, y que no consideraba ya a “Estados Unidos como un adversario”.¹ De esta inesperada y poco previsible manera concluyó la Guerra Fría, puesto que su origen había sido la rivalidad surgida entre las dos superpotencias en 1945.

La seguridad en la Posguerra Fría

Al terminar la prolongada Guerra Fría, las anteriores doctrinas y estrategias dejaron de ser válidas y operantes, puesto que fueron formuladas para confrontar a un enemigo que había desaparecido. Consecuentemente se desató un intenso debate para determinar cuáles eran las nuevas amenazas, y cuáles deberían ser las doctrinas de seguridad que se ocuparan de ellas. Dicho debate se dividió en dos grandes corrientes de opinión: la de los ampliacionistas, y la de los tradicionalistas o unilateralistas.

Los ampliacionistas sostuvieron que se estaban confrontando un gran número de amenazas, no necesariamente de carácter estatocéntrico como en el pasado, denominadas como “nuevas amenazas”, que deberían incluirse en la agenda de la seguridad en la Posguerra Fría. Varias de éstas eran verdaderamente nuevas, tales como el narcotráfico o el crimen organizado internacional, pues aunque ya existían desde tiempo atrás, sólo hasta ahora habían alcanzado una alta peligrosidad como para representarle un reto a la seguridad nacional e internacional. Otras más tenían largo tiempo de existir, pero habían permanecido relegadas, ocultas o disimuladas ante el peso abrumador de la confrontación bipolar de la Guerra

¹ María Cristina Rosas y Walter Astié-Burgos, *El mundo que nos tocó vivir. El siglo XXI, la globalización y el nuevo orden mundial*, México, Miguel Ángel Porrúa, 2005, p. 50.

Fría, tales como los desastres naturales, las pandemias, o los problemas del medioambiente.

Los tradicionalistas, por su parte, sostenían que si bien estaban presentes diversas amenazas, de cualquier forma la principal continuaba siendo la tradicional, es decir, la amenaza militar contra el Estado. Desde su punto de vista, elaborar una agenda de riesgos que incluyera todas o la mayor parte de las amenazas implicaría distraer recursos y esfuerzos que debilitarían la indispensable defensa del Estado frente a una posible amenaza tradicional; es decir, de un ataque militar proveniente de otro agente o actor estatal.

En el contexto de ese debate, las Naciones Unidas continuó siendo el gran centro del sistema de la seguridad colectiva destinado a garantizar la paz y la seguridad internacionales cuando sus Estados Miembros se lo permitieran,² pero igualmente hizo una importante contribución para lidiar con las amenazas de la Posguerra Fría. Teniendo en cuenta que los grandes problemas internacionales se habían desplazado del eje Este-Oeste, al Norte-Sur, que muchas de las nuevas amenazas ya no tenían un carácter “estato-céntrico”, y que la raíz de ellas era la pobreza y la marginación en que vivía la mayor parte de la humanidad, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) propuso el novedoso concepto de la *seguridad humana*. Así, por primera vez en la historia de las relaciones internacionales, se sugirió que la agenda de la seguridad internacional debería centrarse en las personas, para librarlas del miedo y el temor (*freedom from fear*), y de las necesidades más apremiantes (*freedom from want*); ello bajo la lógica de que sólo era posible crear un mundo más pacífico y estable, cuando se redujeran los niveles de pobreza, de hambre, de marginación, de enfermedades, de atraso, de ignorancia, etc., que padece la mayor parte de la humanidad.

Sin embargo y en el mejor de los casos, los criminales ataques terroristas contra Estados Unidos del 11 de septiembre de 2001 avalaron los

² Un buen ejemplo de ello fueron las dos guerras de Iraq; la primera contó con el aval del Consejo de Seguridad y fue conducida de acuerdo con los criterios de la seguridad colectiva de la ONU. Sin embargo, la segunda fue conducida unilateralmente por Estados Unidos al margen de la ONU.

postulados de quienes sostenían que la amenaza tradicional contra el Estado continuaba siendo la principal. En el peor, dichos actos terroristas tan sólo sirvieron a quienes, por razones políticas, económicas, ideológicas, estratégicas, hegemónicas, geopolíticas, energéticas, etc., requerían de un pretexto visible y políticamente correcto para volver a militarizar la agenda de la seguridad e iniciar una nueva campaña de expansión hegemónica bajo la bandera de la lucha antiterrorista. A partir de ese momento, todas las demás amenazas pasaron a un segundo plano, y su debida atención quedó pospuesta al privilegiarse, como siempre ha ocurrido a lo largo de la historia, la seguridad militar del Estado.

Seguridad y subjetividad

Lo anterior nos remite a uno de los principales problemas de la seguridad, que es el de la subjetividad. En efecto, tanto en el caso de las personas como en el de los países o los gobiernos, la seguridad es un concepto altamente subjetivo, puesto que lo que constituye, o es percibido como una amenaza para uno, no lo es para otro y viceversa. En vista de la imposibilidad de ponerse de acuerdo en una agenda de seguridad uniforme o común, cada quien formula la propia de acuerdo con sus criterios, intereses y percepciones. Así, por ejemplo, las principales amenazas que prevalecen en el siglo XXI para los países desarrollados —especialmente para Estados Unidos— son las siguientes:

Agenda de países desarrollados

- Militares-terrorismo internacional.
- Proliferación de armas nucleares.
- Competencia por recursos escasos.
- Crecimiento demográfico.
- Pandemias/bioterrorismo.
- Cambio climático.

Para las naciones en vías de desarrollo las principales amenazas son distintas, pues si bien se coincide con algunas de las naciones desarrolladas, como las relativas a la competencia por los recursos naturales cada vez más escasos, o el cambio climático, la agenda de seguridad es completamente diferente. Aunque problemas como los del crimen organizado, los desastres naturales o de la salud también afectan a los países ricos, éstos cuentan con mayores recursos para confrontarlos y evitar que se conviertan en amenazas para su seguridad nacional, lo que no es el caso de los menos avanzados:

Agenda de países en vías de desarrollo

- Pobreza-marginación-enfermedades.
- Estallidos sociales.
- Crimen organizado.
- Competencia por recursos escasos.
- Desastres naturales.
- Salud-pandemias.
- Militarización global.
- Cambio climático.

Para otros, las actuales amenazas son de tal magnitud y peligrosidad, que ya no deben contemplarse como privativas del mundo desarrollado o en vías de desarrollo, sino como un problema planetario, por lo que su combate debe ser global. Desde este punto de vista las principales amenazas son:

Agenda global

- Cambio climático.
- Competencia por recursos escasos.
- Marginación de la mayoría de la población mundial.
- Crimen organizado.
- Militarización global.

En lo tocante a México, la percepción de la opinión pública³ es que las principales amenazas son las siguientes, que si bien en mucho coinciden con las de las naciones en desarrollo, obviamente responden más a la problemática propia del país:

Agenda de México

- Narcotráfico y crimen organizado.
- Calentamiento global.
- Inseguridad alimentaria.
- Desastres naturales.
- Proliferación de armas nucleares.
- Crisis económicas en el mundo.
- Epidemias.
- Violación de derechos humanos.
- Terrorismo internacional.
- Pobreza y desigualdad.

Los problemas de la salud como amenazas a la seguridad

Aunque los problemas de la salud siempre han incidido en la prosperidad, desarrollo, avance, riqueza, fortaleza, poderío, etc., de una nación, su vínculo con la seguridad sólo se estableció hasta la Primera Guerra Mundial, cuando surgió el concepto de *seguridad sanitaria*. Lo anterior fundamentalmente se debió a los efectos colaterales de la guerra sobre la salud, pues al margen de los muertos y heridos causados por el enfrentamiento bélico, el masivo desplazamiento de tropas, las condiciones de hacinamiento de las mismas, su mala nutrición, las malas condiciones sanitarias, el excesivo estrés de los soldados, la falta de atención médica

³ Guadalupe González González, Jorge A. Schiavon, Gerardo Maldonado, Rodrigo Morales Castillo y David Crow, *México, las Américas y el Mundo 2012-2013. Política exterior: opinión pública y líderes*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2013.

inmediata, etc., desataban epidemias y pandemias que podían ser más letales que las propias armas del enemigo. El ejemplo más ilustrativo de lo anterior fue la mal llamada *influenza española*⁴ que aniquiló a más de cincuenta millones de personas, aunque algunos estiman que los muertos pudieron haber llegado hasta los cien millones.

En virtud de lo anterior, finalmente se estableció el nexo entre salud y seguridad, máxime que como estalló una segunda guerra mundial de mayores proporciones, se temió otra gran pandemia de consecuencias aún más catastróficas. Ello no ocurrió gracias a las precauciones sanitarias que se tomaron, así como a los avances de la medicina. Pero quizás el propio mérito de haber evitado que ocurriera condujo a la complacencia y a la arrogancia, ya que teniéndose en cuenta los grandes avances de la medicina en Occidente —que dominaba al planeta—, ilusamente se pensó que “el mundo se estaba encaminando hacia una etapa en la que las enfermedades infecciosas eventualmente llegaría ser controladas gracias a una serie de importantes descubrimientos científicos, médicos y farmacológicos”.⁵ Dos años después de que fuera creada (1948) la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los organismos especializados de la también recién fundada Organización de las Naciones Unidas (ONU), el general George Marshall, héroe de la guerra que en la posguerra fue nombrado secretario de Estado y lanzó el famoso programa para la recuperación de Europa que llevó su nombre, declaró que “la conquista de todas las enfermedades infecciosas ya era inminente”.⁶ De acuerdo con esa visión, las enfermedades dejaron de ser consideradas como amenaza para la seguridad nacional e internacional, y pasaron a ser problemas más relacionados con los derechos humanos y los programas de cooperación para el desarrollo.

⁴ Extrañamente se le llamó *influenza española* cuando se originó en una base militar de Estados Unidos. Aunque la Primera Guerra Mundial no fue causante de la misma, sí creó las condiciones propicias para que se convirtiera en la más expandida y devastadora pandemia de la historia.

⁵ Stefan Elbe, “Global Health Security: Towards the Medicalization of Security?”, ponencia presentada en ISA Annual Convention, Nueva Orleans, 20 de febrero de 2010, p. 1.

⁶ *Ibid.*, p. 2.

Sin embargo, a escasos cincuenta años esa percepción cambió radicalmente ante las graves amenazas a la civilización por parte una gran variedad de “agresivos virus”,⁷ que nos hicieron ingresar en una nueva era de “intranquilidad microbiana”.⁸ En efecto, en enero de 2000 el National Intelligence Council de Estados Unidos desclasificó el documento “The Global Infectious Disease Threat and its Implications for the United States”, en el que, por una parte, reveló que, desde 1973, al menos treinta anteriormente desconocidas enfermedades se habían registrado, y que no existía cura para muchas de ellas, tales como el VIH, el ébola, la hepatitis C y el virus Nipah. Por la otra, que en el mismo periodo reaparecieron más de veinte enfermedades que se habían hecho resistentes a los antibióticos y los tratamientos, como la tuberculosis, la malaria y el cólera.⁹ En respuesta a lo anterior, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó, en mayo de 2001, la resolución WHA 2001:1 sobre “Seguridad Sanitaria Global”:

La globalización de enfermedades infecciosas no es un fenómeno nuevo. Sin embargo, el aumento del movimiento de la población, bien sea por el turismo o la migración o como resultado de catástrofes; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y de productos biológicos; los cambios sociales y medioambientales ligados a la urbanización, deforestación y las alteraciones del clima; y los cambios en los métodos de procesamiento de los alimentos, de su distribución y de los hábitos de consumo, han confirmado que la ocurrencia de enfermedades infecciosas en un determinado país, es potencialmente amenazante para el mundo entero.¹⁰

En ese mismo tenor, entre 1990 y 2000 la CIA reconoció que las enfermedades infecciosas, exacerbadas por la globalización y el acelerado mo-

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹⁰ *Ibid.*, p. 4.

vimiento de mercancías y personas, constituían una amenaza para la seguridad nacional, para la estabilidad internacional y el crecimiento económico global. Por su parte, el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos (USJFCOM, por sus siglas en inglés) precisó que:

Las implicaciones para las fuerzas conjuntas de la dispersión de una pandemia, tan peligrosa como la de 1918, serían profundas, ya que tanto las capacidades médicas de Estados Unidos, como las globales, rápidamente serían rebasadas. Si una pandemia afectara a Estados Unidos, las fuerzas conjuntas tendrían que conducir múltiples operaciones distintas a las relacionadas con la aplicación de la ley y el mantenimiento del orden público.¹¹

Entre el gran número de misiones que las Joint Forces se verían obligadas a desempeñar y que las distraerían de los objetivos militares para los que fueron creadas, figurarían las destinadas a preservar la salud de sus propios soldados, así como proteger al “personal médico y sus facilidades del pánico y la dislocación del público”.¹²

Si se considera que las enfermedades infecciosas tienden a afectar a todos los países y pueblos en general, y de que todas las demás amenazas —guerras, terrorismo, crimen organizado, narcotráfico, desastres naturales, cambio climático, etc.—, necesariamente tienen como destinatario final la salud del hombre, bien sea física o mental, pueden ser consideradas como la *madre de todas las amenazas*. Teniendo en cuenta la forma como los problemas de la salud pueden representar una amenaza para la seguridad nacional de los países, o para la internacional, puede dividirse en dos grandes rubros,¹³ a saber: los índices de la salud global y las epidemias/pandemias.

¹¹ United States Joint Forces Command (USJFCOM), *Joint Operating Environment 2008: Challenges and Implications for the Future Joint Force*, Norfolk, USJFCOM, 2008, p. 22.

¹² *Idem*.

¹³ Existe un tercer gran rubro que es el del “bioterrorismo”: es decir el uso deliberado de agentes patógenos vivos como armas biológicas, que son armas de destrucción masiva. Esos agentes pueden ser bacterias, virus, rickettsias y toxinas como las del carbunco (ántrax), el ébola, el

Los índices de la salud global

En términos generales, se puede afirmar que los índices de salud de la población mundial son lamentables, inaceptables, y especialmente peligrosos para la seguridad. Nunca antes se habían alcanzado los niveles de desarrollo y de riqueza que existen actualmente y, en forma paralela, y como consecuencia de ello, el combate a las enfermedades nunca había logrado los progresos de hoy día. Sin embargo, el problema estriba en que esa riqueza y esos progresos no están al alcance de todos porque, de la misma forma, se ha agudizado la mala distribución de la riqueza. De los 7000 millones de personas que había en 2013, la ONU estima que 1500 vivían en la pobreza, pero un estudio de la Universidad de Oxford reveló que en realidad sumaban 1700. El World Institute for Economic Development Research, con sede en Helsinki, estima que, como consecuencia de la globalización, de las políticas neoliberales y de la eliminación de regulaciones en los mercados, 40% de la riqueza global se ha concentrado en tan sólo uno por ciento de la población mundial, lo que quiere decir que el restante 60% se tiene que distribuir entre 99% de los habitantes del planeta. También cabría señalar que de las cien principales economías del mundo, 51 no son países, sino grandes corporaciones transnacionales que tienen un poderío superior al de la inmensa mayoría de las naciones, siendo que, cuando mucho, esas empresas tienen que hacerse cargo únicamente de las necesidades de 0.78% de la fuerza laboral del planeta. Las ventas combinadas de las 200 principales corporaciones del mundo (casi 50% de ellas son estadounidenses) equivalen a 18 veces el ingreso anual de 1200 millones de personas que viven en condiciones de pobreza “severa”.¹⁴

virus de Marburgo, el cólera, la tularemia, la brucelosis, el muermo, la melioidosis, la shigella, el tifus, la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, la viruela, etc. Aunque la utilización de este tipo de armas está prohibida por el Protocolo de Ginebra de 1925 y la Convención de Armas Biológicas de 1975, más de diecisiete países las fabrican, otros 22 las poseen, y han sido empleadas en conflictos recientes como en la guerra entre Iraq e Irán (1983-1988), o en actos terroristas como el ocurrido en Estados Unidos en 2001 mediante el envío de cartas con ántrax. Por lo limitado del espacio para el presente artículo, este tema no se aborda con mayor detalle.

¹⁴ Sarah Anderson y John Cavanah, “Top 200: The Rise of Global Corporate Power”, Washington D. C., Institute for Policy Studies, diciembre de 2000.

La trágica realidad de un mundo de pocos supermillonarios (se calcula que existen 10 000 familias que poseen más de 100 000 millones de dólares cada una) y de muchos millones de pobres obviamente se refleja en los bajos niveles de salud de la mayoría de la población mundial, puesto que obviamente existe una estrecha relación entre pobreza, ignorancia y enfermedad. De acuerdo con datos de la OMS, anualmente fallecen 17 millones de personas como consecuencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, que aunque son perfectamente curables, quienes las adquieren en los países atrasados no tienen acceso ni a servicios médicos adecuados ni a medicamentos. De la misma forma cada año mueren cuatro millones de personas por desnutrición, problema que afecta a más de la mitad de la población mundial. También mueren alrededor de dos millones de personas por falta de micronutrientes básicos como hierro, zinc o vitamina A. Cada día fallecen un promedio de 100 000 personas por hambre. Cada año perecen 3.5 millones como consecuencia del VIH/sida; se calcula que el número de infectados a nivel global es de alrededor de cuarenta millones, principalmente en el África subsahariana. De igual manera, al año mueren 11 millones de niños por diversas causas que son evitables, y cada 30 segundos, uno por paludismo.

El gasto en salud pública en el mundo es tan desigual como la propia distribución de la riqueza y del progreso: en los países ricos; dicho gasto es de alrededor de seis mil dólares por persona, en tanto que en los pobres es de tan sólo 20 dólares. En las naciones desarrolladas existe un médico por cada 400 personas, en las pobres, uno por cada 7000 habitantes, y en el África subsahariana hay uno por cada 36 000 personas, lo que quiere decir que en esa parte de nuestro planeta mucha gente nace, medio vive y muere sin nunca haber visto a un médico o haber tomado un medicamento. Consecuentemente, la diferencia en la esperanza de vida entre los países ricos y los más pobres es de 40 años, siendo el promedio de vida en algunas naciones africanas, como Botswana, de tan sólo 35 años. Viene al caso recordar que, cuando en 1848 se desató una grave epidemia de tifus en la Alta Silesia (Prusia), el célebre doctor Rudolf Virchow —padre de la patología moderna— precisó que la prin-

principal causa de la misma no era tanto biológica, sino más bien la desigualdad social, económica y política que prevalecía.¹⁵ De la misma forma hoy podemos afirmar que la actual crisis de salud a nivel planetario no se debe tanto a razones de tipo biológico, sino a la terrible inequidad socioeconómica que priva en el orbe.

El argumento que siempre se esgrime para no atender debidamente esos graves problemas es el de la falta de recursos. Por ejemplo, el PNUD calcula que para las necesidades más apremiantes de la educación básica en los países menos favorecidos se requieren 6000 millones de dólares (MDD) anuales; para los del agua potable y sanidad básica, 9000 MDD; para los de la salud reproductiva de la mujer, 12 000 MDD, y para los de la salud y nutrición básicas, alrededor de 13 000 MDD. Todo lo cual suma la aparentemente descomunal cifra de 40 000 MDD, que en realidad no lo es tanto si consideramos que cada año se gastan 8000 MDD en cosméticos en Estados Unidos; en la Unión Europea, 11 000 MDD en *ice cream*; en armamento en el mundo, 780 000 MDD; que la actual guerra en Irak ya ha costado al contribuyente estadounidense la estratosférica cifra de más de dos millones de millones de dólares, y que el presupuesto de defensa de la superpotencia ya ha rebasado los 700 000 MDD anuales. Lo anterior deja ver que el dinero no es el problema, sino más bien la voluntad política, puesto que las prioridades para utilizarlo son otras muy distintas. En nombre de la sacrosanta seguridad se destinan mucho más recursos a las cuestiones bélicas, pero como bien nos lo recuerda la directora general de la OMS, Margarete Chan:

El mundo está más desequilibrado que nunca en materia de salud. Y no debería ser así. La salud constituye el fundamento mismo de la productividad y la prosperidad económica. Una población próspera y estable es un activo para cualquier país. La estabilidad, la

¹⁵ David P. Fidler, "The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy", en *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, núm. 9, septiembre de 2001, p. 843.

cohesión social y *la seguridad nacional e internacional están en riesgo por la eterna trampa de la pobreza*.¹⁶

Muchos, sin embargo, prefieren no ver esa evidente realidad, porque así conviene a sus intereses políticos, ideológicos y económicos.¹⁷

Las pandemias

Las epidemias y las pandemias¹⁸ no son nada nuevo en la historia, puesto que se tiene registro de ellas desde tiempo inmemorial. Durante las guerras del Peloponeso (alrededor del año 430 a. C.) una epidemia aniquiló, en sólo cuatro años, a un cuarto del ejército ateniense y de la población de Atenas. La “peste antonina” mató a más de cinco millones de personas entre los años 165 y 180, y la “peste negra” asoló a la Europa medieval repetidas veces, matando en el siglo XVI a más de veinte millones de personas. El descubrimiento y la conquista de América propagó pandemias de viruela y sarampión que acabaron con millones de nativos, descubriéndose recientemente que, paralelamente y por las condiciones creadas por la propia conquista y quizás también por cambios ambientales, se desató

¹⁶ Margaret Chan, “Global Health Diplomacy: Negotiating Health in the 21st Century”, discurso pronunciado en el *Second High-level Symposium on Global Health Diplomacy*, Ginebra, Suiza, 21 de octubre de 2008.

¹⁷ En 2001 tan sólo en Estados Unidos murieron por terrorismo menos de tres mil personas, pero la gran prioridad fue la lucha antiterrorista, a pesar de que, en ese mismo año, murieron en ese país: 3500 personas por desnutrición, 14000 por sida, 20000 por homicidio, 30 000 por suicidio, 62 000 por neumonía y 700 000 por afecciones cardíacas. Lo anterior sin mencionar que en el mundo fallecieron 17 millones de personas por simples enfermedades infecciosas y parasitarias. Obviamente la guerra es un negocio mucho más redituable que el de la salud.

¹⁸ El término epidemia suele emplearse para referirse a la propagación de una enfermedad dentro de un mismo país; cuando pasa a otro país o a otro continente, se considera que ya se trata de una pandemia. Sin embargo, frecuentemente los medios de comunicación suelen calificar a una epidemia de grandes proporciones dentro de un mismo país como pandemia, aunque es más correcto utilizar el término para el caso del contagio de un país a otro u otros.

en la Nueva España una epidemia de “cocoliztli” (que se cree fue ébola) que mató a más de diecisiete millones de personas. La más catastrófica del gran número de epidemias y pandemias que se han desatado a través de los siglos, como ya se indicó, fue la de la influenza española¹⁹ que, entre 1918 y 1919, arrasó con más de cincuenta millones de seres (perros y gatos también) en todos los continentes; hay desde entonces el temor de que se repita algo semejante, o de mayores proporciones.

Afortunadamente no se ha vuelto a registrar una de esa magnitud, pero sí han sido recurrentes diversas epidemias y pandemias de cólera, malaria, paludismo, dengue (clásico y hemorrágico), tifus, SARS, fiebre de Lassa, ébola, y de diferentes variedades de la gripe aviar y porcina. Diversos factores, como la globalización que con lleva un constante flujo y movimiento de personas, productos y mercancías por todo el orbe, las grandes concentraciones urbanas, los altos índices de pobreza, la desnutrición e ignorancia, la estrecha convivencia de los seres humanos con otras especies que facilita la transmisión y mutación de agentes patógenos (“zoonosis”), la resistencia a los medicamentos de dichos agentes patógenos, el deterioro del medioambiente, los desastres naturales, los conflictos bélicos, los desplazamientos forzados de personas, los experimentos erróneos que se han salido de control, etc., etc., han creado el caldo de cultivo propicio para las pandemias. Como son de varios tipos y tienen el potencial de tener alcance global, se habla del peligro de una “pandemia de pandemias” que pueda ser más devastadora que la de la influenza española. Por ello, la OMS, tanto ha creado un sistema de monitoreo permanente de brotes infecciosos en todo el planeta, como ha establecido las siguientes seis fases de alerta pandémica:

- *Fase 1.* No se ha detectado ningún virus de origen animal que haya infectado a humanos.
- *Fase 2.* Se ha detectado la infección de virus de origen animal (zoonosis) en algunos humanos.

¹⁹ El causante fue un virus del subtipo A/H1N1 semejante al que provocó la pandemia de México.

- *Fase 3.* Se ha detectado que varios grupos humanos han sido infectados por algún virus de origen animal, pero el contagio de humano a humano no se ha registrado.
- *Fase 4.* Transmisión comprobada del virus de humano a humano.
- *Fase 5.* Propagación del virus de persona a persona en al menos dos países de una misma región de las seis en que la OMS tiene dividido al planeta.²⁰
- *Fase 6.* Propagación del virus de persona a persona hacia un país perteneciente a otra región sanitaria.

México y la influenza A/H1N1

Como se indicó, en México han ocurrido epidemias desde la época prehispánica y colonial. En fechas más recientes y al margen de las recurrentes epidemias de influenza estacionales, se recuerda, por su letalidad, la de 1890 que fue denominada como “fiebre roja” o “fiebre polka”, que dio origen a la aprobación del Código Sanitario de 1891.²¹ En el presente siglo tuvo lugar “el gran susto” de la influenza A/H1N1 que se desató en abril de 2009. El fallecimiento de una mujer en Oaxaca el día 13 de dicho mes convenció a las autoridades de la necesidad de informar a la oficina regional de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con sede en Washington, sobre la sospecha de un brote epidémico. Tras realizarse pruebas a las secreciones de las vías respiratorias de 51 enfermos, se confirmaron los peores temores:

Se trataba de un nuevo subtipo de virus H1N1, cuyo comportamiento a esas alturas difícilmente podrá predecirse. La OMS declaró

²⁰ Las regiones donde se ubican las seis oficinas regionales de la OMS son: América, Europa, África, Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental.

²¹ Ana María Carillo, “La pandemia de influenza de 1889-1890 en México”, en *El Faro. La luz de la ciencia*, año 9, núm. 98, 14 de mayo de 2009, pp. 10-11.

que estábamos frente “a una emergencia de salud pública de trascendencia internacional” y fijó en tres el nivel de la alerta pandémica, que supone la trasmisión de persona a persona de un virus capaz de provocar una pandemia global.²²

La mayoría de los casos, y de las defunciones, se registraron en el Distrito Federal, y de acuerdo con las investigaciones que se llevaron a cabo en México, Estados Unidos y Canadá, se pudo comprobar que en nuestro país estaba circulando una nueva cepa H1N1 que contenía genes de origen porcino, aviar y humanos.²³ Los más optimistas calcularon que la mortandad por el nuevo tipo de virus podría llegar a los dos millones de personas, en tanto que los más pesimistas llegaron a pronosticar hasta 180 millones,²⁴ es decir, más que la población total del país. Al final del mes la epidemia ya se había convertido en pandemia al registrarse casos en Estados Unidos, Canadá, España, Israel, Nueva Zelanda y Reino Unido (afectó a 33 países), lo que hizo que la OMS elevara la alerta pandémica al nivel 5.

Las medidas que el gobierno mexicano tuvo que adoptar fueron bastante drásticas: se suspendieron todas las clases en las escuelas de la ciudad capital, se cancelaron los eventos públicos, se ordenó el cierre de museos, teatros y cines, se distribuyeron ampliamente los antivirales, y se pidió a todos los ciudadanos que permanecieran en sus hogares durante el periodo de asueto comprendido entre el primero y el cinco de mayo. Gracias a lo anterior, a finales de la primera semana de mayo disminuyeron los temores de que se registrara una catástrofe de consecuencias insospechadas.

El número de casos confirmados en México ascendió a 2446, y a pesar de que la cifra en Estados Unidos fue mayor (3352), del total de los 65 falleci-

²² Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, “Saldos de la influenza mexicana”, en *Letras Libres*, núm. 126, junio de 2009, p. 20.

²³ Carlos F. Arias y Susana López, “Epidemia de influenza: ¿qué es y qué hacer?”, en *El Faro. La luz de la ciencia*, año 9, núm. 98, 14 de mayo de 2009, pp. 6-7.

²⁴ J. Frenk y O. Gómez Dantés, *op. cit.* p. 21.

mientos, la mayoría ocurrieron en México entre adultos que tenían entre 20 y 54 años.²⁵ A pesar del número de enfermos, de muertos, de afectados por las medidas tomadas, y del costo que todo ello tuvo para la economía del país —especialmente para la de la Ciudad de México—, las consecuencias no fueron todo lo desastrosas que pudieron haber sido. De cualquier forma fue un recordatorio de que, a nivel mundial, “los seres humanos estamos de nuevo en peligro y que es indispensable movilizar el poder de la ciencia para defendernos. Estamos frente a un desafío global”,²⁶ además de que la Ciudad de México es una verdadera “bomba de tiempo biológica”, pues, por la cantidad de habitantes, los niveles de pobreza que privan en la misma, la contaminación que la afecta, las deficiencias de sus servicios de salud pública, etc., una crisis similar puede estallar en cualquier momento.²⁷

La diplomacia para la salud global

La *diplomacia para la salud global* (DSG) surgió desde el siglo XIX, específicamente en 1851 cuando representantes de diversas naciones europeas se congregaron en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, cuyo propósito fue crear mecanismos de cooperación para combatir las pandemias de cólera, plaga y fiebre amarilla. A partir de ese momento:

El control de las enfermedades pasó a ser un tema de la agenda diplomática; ello como consecuencia de la epidemia de cólera que asoló a Europa en la primera mitad del siglo XIX. Las políticas nacio-

²⁵ *Ibid.*, p. 22.

²⁶ *Ibid.*, p. 23.

²⁷ Cabe recordar que México enfrenta un reto aún más complicado, puesto que no sólo se trata de los problemas que puedan derivarse de su crecida población y del impacto de la globalización, sino igualmente del hecho de que los miles de cruces fronterizos diarios y el constante flujo migratorio Sur-Norte y Norte-Sur tienen serias implicaciones para la salud pública. Entre otros, está bien documentado el contagio de sida en las zonas rurales por parte de trabajadores migratorios que regresan de Estados Unidos.

nales para prevenir su propagación no sólo fallaron, sino que crearon gran malestar entre los empresarios, puesto que como tuvieron que cargar con el peso de la cuarentena que se impuso, exigieron a sus gobiernos adoptar medidas de carácter internacional.²⁸

En lo sucesivo se celebraron otros encuentros similares, se crearon instituciones multilaterales, se negociaron tratados internacionales, se intensificó la cooperación entre los gobiernos, etc., todo lo cual finalmente condujo a la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948 como el gran centro, tanto de la cooperación internacional en materia de salud, como de la diplomacia para la salud global. Aunque no existe una definición precisa sobre lo que es la DSG, se considera que es una “actividad política para el cambio que persigue el doble propósito, tanto de mejorar la salud global, como las relaciones internacionales, principalmente en áreas de conflicto o en las que los recursos son escasos”. También se le define como la actividad destinada a “ganar las mentes y corazones de la gente de los países pobres mediante la exportación de tratamientos médicos, pericia profesional y personal sanitario para ayudar a los que más lo necesitan”. La OMS cuenta con una oficina de DSG, y define su tarea como la actividad que “aglutina a las disciplinas de salud pública, asuntos internacionales, administración, derecho y economía, y se enfoca en las negociaciones que dan forma y manejan el ambiente político mundial para la salud. La relación entre salud, política exterior y comercio es la pieza central de la diplomacia para la salud global”.

Los logros en este campo han sido muchos, puesto que de las acciones para el control de las enfermedades infecciosas se pasó a los problemas de las adicciones, a los riesgos y accidentes laborales y a los derivados de la contaminación ambiental. Igualmente la cooperación intergubernamental se amplió a los organismos internacionales y a los actores no estatales, y se aprobó una impresionante legislación internacional en materia sanitaria. Pero incluso así los enormes desafíos que se están confrontando en el siglo XXI no pueden ser

²⁸ D. P. Fidler, *op. cit.*, p. 842.

atendidos adecuadamente con “las herramientas para la gobernanza sanitaria global que básicamente han permanecido sin cambios sustanciales desde el siglo XIX y principios del XX”.²⁹ Ante la realidad de que:

Un creciente número de problemas y temas de la salud ya trascienden las fronteras nacionales, se hace indispensable la actuación de las fuerzas globales que inciden en la salud de la gente. Las enormes implicaciones políticas, económicas y sociales de los problemas de la salud están atrayendo a más diplomáticos a los temas de la salud, y a más especialistas en salud pública al mundo de la diplomacia.³⁰

Obviamente no se trata de que los diplomáticos se conviertan en médicos, y éstos en diplomáticos, pero sí de que se establezca una mayor interrelación entre ambos campos profesionales para que unos aprendan de otros. Por ejemplo, es sumamente conveniente que los agentes diplomáticos tengan un mejor conocimiento sobre los ya mencionados problemas de la salud a nivel mundial, respecto a los peligros que entrañan las pandemias, las implicaciones que la salud tiene para el bienestar, prosperidad, desarrollo y conflictos de los países, sobre la forma como la seguridad, nacional e internacional, puede ser afectada por las cuestiones sanitarias, etc. De la misma manera, en un mundo altamente globalizado, los profesionales de la salud necesitan tener un mayor conocimiento sobre los grandes problemas políticos, económicos, sociales, económicos, militares del mundo que inciden en la salud, así como adquirir ciertas habilidades diplomáticas para poder participar en los múltiples foros internacionales que, en forma directa o indirecta, inciden en la temática de la salud, y para poderse relacionar adecuadamente con otras culturas. Muchas bien intencionadas misiones o esfuerzos de cooperación y asistencia han fracasado porque sus responsa-

²⁹ *Ibid.*, p. 848.

³⁰ Ilona Kickbusch, Gaudenz Silberschmid y Paulo Buss, “Global Health Diplomacy: The Need for New Perspective, Strategic Approaches and Skills in Global Health”, en *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, núm. 3, marzo de 2007, p. 230.

bles no han contado con ciertas “habilidades diplomáticas”, o por no haber poseído un adecuado conocimiento del contexto en el que van a prestar sus servicios o colaboración: “la capacitación en diplomacia sanitaria debe incluir los determinantes sociales de la salud, proporcionándose para ello el contexto político, histórico, económico, religioso, ético y cultural necesario para que los programas de ayuda sanitaria puedan ser exitosos”.³¹

Sin embargo, la magnitud de los problemas contemporáneos hace necesario que la DSG tenga una dimensión mucho mayor que la de la mera interrelación entre diplomáticos y médicos, pues obviamente ésta debe contemplarse dentro de un esquema de colaboración política, profesional e interdisciplinaria mucho más amplia y de más largo aliento. Es sumamente importante, por ejemplo, que los gobiernos y la opinión pública cobren conciencia de la gravedad de los problemas de la salud mundial para que el tema forme parte de la política exterior. Ya existen valiosos ejemplos de países que han hecho de la salud un objetivo de su política exterior; entre otros, Suiza, Reino Unido, Brasil, Cuba y Estados Unidos. En el caso de Suiza, a fin de coordinar las responsabilidades que en materia de salud tienen distintas dependencias gubernamentales y poder adoptar una “estrategia nacional de salud global”, el Departamento del Interior y el de Relaciones Exteriores suscribieron un acuerdo sobre los objetivos de la política externa de salud. Con ello no sólo se reiteró el tradicional apego de Suiza al respeto y protección de los derechos humanos, sino que igualmente se fijaron cinco prioridades para la política externa de salud: fortalecer la salud del pueblo suizo, dar coherencia a las políticas nacional e internacional en materia de salud, incrementar la cooperación internacional para la salud, contribuir a mejorar la salud global, y refrendar el compromiso de Suiza como país sede de la OMS y de muchas de las más importantes industrias farmacéuticas del mundo.³² Reino Unido, por su parte, ha dado mayor

³¹ Thomas E. Novotny y Vincanne Adams, “Global Health Diplomacy: A Call for a New Field of Teaching and Research”, en *San Francisco Medicine*, vol. 80, núm. 2, marzo de 2007, pp. 22-24.

³² I. Kickbusch, G. Silberschmid y P. Buss, *op. cit.*, p. 231.

coherencia a sus políticas de salud al implementar una estrategia común para todas las dependencias del gobierno británico que actúan en el campo de la salud global, ello partiendo del principio de que la salud es un derecho humano fundamental y un bien global común. El principal propósito es coordinar eficientemente las políticas en materia de relaciones externas, de cooperación para el desarrollo, de comercio y de inversión que tengan algún tipo de impacto en la salud global.³³

A partir de que la salud es un derecho constitucional y una obligación del Estado, el gobierno brasileño considera que “la salud de la población debe ser el centro de atención de la diplomacia”.³⁴ En esa virtud se ha estrechado la cooperación entre los ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores para hacer efectivo el principio de que “la salud es clave para el propio desarrollo, como para la cooperación Sur-Sur”.³⁵ Por lo anterior, sus diplomáticos han abogado en las negociaciones multilaterales de comercio, de propiedad intelectual, del medioambiente, para el control del tabaco, etc., por que se tenga debidamente en cuenta el impacto que dichas negociaciones tienen sobre la salud. De la misma manera han venido prestando sus servicios en forma regular en otros ministerios —principalmente en el de salud— para estructurar una política coherente y uniforme de todo el gobierno en lo tocante a los temas de la salud global.³⁶

Quizás Cuba es uno de los mejores ejemplos del vínculo que se ha logrado establecer entre salud y política exterior, lo que, en última instancia y en forma válida, tanto “utiliza las cuestiones de la salud para alcanzar objetivos nacionales”,³⁷ como para apuntalar la actuación externa, adquirir

³³ I. Kickbusch, T. E. Novotny, Nico Drager, G. Silberschmidt y Santiago Alcázar, “Global Health Diplomacy: Training Across Disciplines”, en *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, núm. 12, diciembre de 2007, p. 971.

³⁴ I. Kickbusch, G. Silberschmidt y P. Buss, *op. cit.*, p. 230.

³⁵ I. Kickbusch, T. E. Novotny, N. Drager, G. Silberschmidt y S. Alcázar, *op. cit.*, p. 971.

³⁶ *Ibid.*, p. 972.

³⁷ *Idem.*

prestigio, ganar simpatías, forjar adeptos y alianzas, etc. La reconocida alta calidad de los servicios de salud pública para el pueblo cubano se hizo acompañar, desde 1962, de un exitoso programa de cooperación médica y sanitaria con otros países, que se institucionalizó mediante el Programa Integral de Salud (PIS), que incluyó la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina con sede en La Habana, donde han estudiado miles de latinoamericanos. Esta cooperación se inició como un gesto solidario en los casos de desastres naturales ocurridos en otras naciones en vías de desarrollo, pero se transformó en un programa de asistencia médica y sanitaria permanente que se ha desarrollado en 31 países de América Latina, el Caribe, Asia y África. Una más reciente vertiente de esa efectiva “diplomacia sanitaria” es la “Misión Milagro” conducida conjuntamente con Venezuela, consistente en el envío de brigadas especializadas para realizar cirugías oculares en varios países, que ha beneficiado a más de un millón y medio de personas con problemas de la vista.

En Estados Unidos, cuyo Departamento de Estado cuenta con una oficina responsable de la DSG, el presidente George Bush implementó la Iniciativa para la Diplomacia Sanitaria en las Américas, que invirtió casi mil MDD en programas de salud para América Central. El gobierno de Barak Obama, por considerar que “la inversión en la salud global es en el interés nacional”,³⁸ lanzó la Global Health Initiative que coloca “la salud global como una pieza clave de la seguridad nacional, de la diplomacia y de los programas de cooperación para el desarrollo que se conducen todo el mundo”.³⁹ Tommy Thompson, secretario de Salud, precisó claramente cuál es el objetivo de la diplomacia sanitaria:

¿Qué mejor manera de derribar el odio, las barreras étnicas y religiosas de aquellos grupos que temen a los Estados Unidos y que lo odian, que ofreciéndoles una buena política médica y de salud? La di-

³⁸ Kelley Lee y Richard Smith, “What is Global Health Diplomacy? A Conceptual Review”, en *Global Health Governance*, vol. 5, núm. 1, otoño de 2011, p. 5, disponible en http://blogs.sbu.edu/ghg/files/2011/11/Lee-and-Smith_What-is-Global-Health-Diplomacy-Fall-2011.pdf (fecha de consulta: 8 de octubre de 2014).

³⁹ *Idem*.

plomacia médica es una buena manera de hacer avanzar las causas de Estados Unidos en el mundo. Si en lugar de preocuparnos por cualquier tipo de guerra, pudiéramos integrar la política de salud a nuestra política general de Estado, creo que lograríamos mucho más.⁴⁰

En el campo multilateral y al margen de lo mucho que ya se ha hecho en la OMS, se han emprendido nuevas acciones como la de la “Iniciativa de Seguridad Sanitaria Global” (Global Health Security Initiative) destinada a fortalecer la capacidad preventiva y de respuesta frente a amenazas pandémicas, biológicas, químicas o nucleares. Esta iniciativa, que cuenta con el respaldo técnico y científico de la OMS, fue aprobada en 2001, tras los ataques terroristas contra Estados Unidos, por Canadá, la Comisión Europea, Francia, Alemania, Italia, Japón, México, Reino Unido y Estados Unidos.⁴¹

Otra importante herramienta para hacer la DSG más efectiva es la de los “agregados de salud” en las embajadas. De la misma forma que en años pasados se hizo indispensable crear posiciones de agregados militares, culturales, de prensa, comerciales, para el medioambiente, etc., hoy día es necesario contar con un responsable de la cooperación en materia de salud. Es interesante señalar que, desde hace muchos años, México conduce un amplio programa de cooperación y asistencia en materia sanitaria en las naciones de América Central y, sin embargo, en ninguna de nuestras embajadas en esa región se cuenta con un representante de la Secretaría de Salud. Cuando el autor de este artículo llegó a Honduras como embajador de México en 2001, de inmediato tuvo que confrontar una severa epidemia de dengue (clásico y hemorrágico),⁴² que ya había causado varios

⁴⁰ *Ibid.*, p. 4-5.

⁴¹ I. Kickbusch, T. E. Novotny, N. Drager, G. Silberschmidt y S. Alcázar, *op. cit.*, p. 972.

⁴² Aunque el dengue es un problema básicamente de las zonas tropicales que tradicionalmente ha afectado a los estados de Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Veracruz, Tabasco, Nayarit y Colima, en los últimos años se han reportado casos en la Ciudad de México, en los estados del norte del país e incluso en Texas y todavía más arriba, lo que se atribuye al cambio climático que ha permitido que su transmisor (vector), el mosquito *aedes aegypti*, se traslade más al norte. Igualmente es un problema de educación, puesto que la mejor forma de combatirlo es haciendo que,

muerdos. Como es transmitido por un mosquito (*aedes aegypti*) tuve que gestionar el traslado de las brigadas de fumigación de la Secretaría de Salud que estaban operando en El Salvador, lo que constituyó mi primer e inesperado contacto directo con la DSG. Si hubiéramos contado con un agregado de salud, anticipadamente se hubiera previsto dicha epidemia, se habría realizado una mejor planeación de nuestra labor sanitaria, reducido los costos de la misma, evitado fallecimientos, etc. Obviamente, con mucha mayor razón es necesario contar con un agregado de salud en Washington para atender los infinitamente mayores problemas sanitarios que se presentan en nuestra frontera norte, ello independientemente de que en esa ciudad se encuentra la sede de la OPS.

Como se puede deducir del citado ejemplo, los beneficios de la DSG son dobles. Por una parte, la eficaz actuación de las brigadas mexicanas logró que se detuviera la epidemia de dengue, impidió que se registraran más enfermos y muertos, y que el brote epidémico pudiera trasladarse a México. Por la otra, redundó en una gran popularidad para nuestro país en esa nación centroamericana con la cual, por diversas razones, no siempre hemos tenido muy buenas relaciones. Lo anterior, aunado a la oportuna y generosa ayuda que México prestó al pueblo hondureño en 1998 cuando sufrió la más grave catástrofe natural de su historia provocada por el huracán Mitch (nivel 5 que es el más alto),⁴³ generó un enorme agradecimiento y simpatía hacia México,⁴⁴ que mucho facilitó mi labor diplomática y el que pudiera hacer avanzar los intereses nacionales en aquella república. A pesar de que estos ejemplos y muchos otros más —incluyendo la asis-

en la época de lluvias, la gente no deje ningún tipo de recipiente al aire libre que se llene de agua y pueda servir para que el mosquito se reproduzca.

⁴³ Murieron 5657 personas, otras 8050 desaparecieron, un millón y medio fue damnificada y se destruyó 60% de la ya de por sí escasa y raquítica infraestructura del país.

⁴⁴ Una patente muestra de ese agradecimiento lo recibimos Martha Sahagún de Fox y el que suscribe. En la ceremonia de toma de posesión del nuevo presidente Ricardo Maduro, tuvimos que cruzar a pie el estadio de fútbol de Tegucigalpa donde se celebraba la ceremonia, y el nutrido público que se encontraba en las gradas, espontáneamente comenzó a corear: “¡México!, ¡México!, ¡México!”. Fuimos la delegación extranjera más aplaudida, lo que provocó que a la señora de Fox le brotaran lágrimas de emoción.

tencia sanitaria que prestamos a Estados Unidos cuando fue afectado por el huracán Katrina de 2005, o a Japón cuando sufrió los estragos de un terremoto y tsunami en 2011— demuestran que México, desde hace tiempo, ha recurrido a la DSG, pero ni en la Secretaría de Relaciones Exteriores ni en la de Salud existe una oficina responsable de ella.

Independientemente de la relevancia de crear dicha oficina, también debe desarrollarse una más estrecha cooperación entre la Cancillería y la Secretaría de Salud. Si bien la cooperación en diversos renglones ya existe, como en nuestra actuación conjunta en la OMS, debe ampliarse más allá de los tradicionales parámetros institucionales a efecto de que, por ejemplo y como en el caso de Brasil, se facilite que miembros del Servicio Exterior trabajen por algún tiempo en dicha dependencia.

Todo lo anterior también deja ver la necesidad de que, en el ámbito académico se comiencen a impartir materias o cursos sobre DSG que, por ser una nueva asignatura en proceso de desarrollo, “requiere de nuevos métodos pedagógicos y de investigación, que incluyan perspectivas sobre la globalización, competencias culturales, formas de transferir la investigación a los países en vías de desarrollo, macroeconomía y negociaciones políticas”.⁴⁵ El *syllabus* respectivo obviamente debe incluir materias propias de las relaciones internacionales y de la diplomacia para capacitar a los profesionales de la salud en las complejidades del mundo contemporáneo, como pueden ser: política y economía mundiales, escenarios regionales, geopolítica, principales zonas de conflictos, seguridad internacional, organismos internacionales dedicados a la salud (ONU, OMS, UNICEF, ONUSIDA, etc.), negociaciones internacionales, trato y protocolo intercultural, etc. De la misma forma debe contener materias relativas a la medicina para capacitar a los diplomáticos, como pueden ser: sistema de salud en México, enfermedades transmisibles, epidemias/pandemias, vectores, epizootias, nutrición, enfermedades crónico-degenerativas, tendencias demográficas, etc. Igualmente se deben incluir otros temas novedosos que aún no se enseñan en ninguna de esas dos carreras, como salud global, diplomacia sanitaria, salud y política exterior,

⁴⁵ T. E. Novotny y V. Adams, *op. cit.*, p. 23.

gobernanza de la salud global, negociaciones internacionales en materia de salud, actores gubernamentales y no gubernamentales en la salud global, bioterrorismo, etc. Lo anterior se podría llevar a cabo —como el autor de este artículo lo ha recomendado infructuosamente a varias instituciones de educación superior— mediante programas conjuntos de las facultades o escuelas de relaciones internacionales y las de medicina, en las modalidades de diplomados, especialidades, cursos de verano, seminarios, talleres, etc. Ello ya se realiza desde tiempo atrás en el Instituto de Estudios Internacionales de Ginebra, la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, la Universidad George Washington, la Universidad de San Diego, la de California, etc. La única institución que en México se ha ocupado del tema es el Instituto Nacional de Salud Pública⁴⁶ de la Secretaría de Salud, que tiene su sede en Cuernavaca, aunque cabe destacar que sus cursos principalmente son para profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, activistas en el campo de la salud, etc., y no han incluido a internacionalistas o diplomáticos.

Consideraciones finales

Sin lugar a dudas, uno de los más grandes problemas que estamos confrontando en el nuevo siglo es el de la seguridad, bien sea nacional o internacional. El número y la magnitud de las amenazas a la misma son abrumadores, y obviamente, como ya tienen una dimensión global, la cooperación internacional es imprescindible para poder enfrentarlas. El especialista estadounidense en seguridad, Michael E. Brown, nos recuerda al respecto que “aquellos que traten de enfrentar los problemas de la seguridad global por sí mismos, simple y sencillamente serán rebasados.

⁴⁶ Hasta donde sé, soy el único diplomático mexicano que se ha ocupado del tema al impartir clases, conferencias, pláticas, etc., sobre el particular en el citado instituto, en los seminarios sobre seguridad nacional e internacional del Centro de Estudios Navales Superiores (Cesnav), y en los diplomados sobre seguridad internacional de la Universidad Anáhuac del Sur.

En el complejo y crecientemente interconectado mundo del siglo veintiuno, el multilateralismo no es una opción... es una necesidad".⁴⁷

Una de las tantas amenazas que nos asechan está relacionada con la problemática de la salud, pues, como se ha destacado en el presente artículo, tanto los pésimos índices de la salud a nivel global, como las epidemias/pandemias, tienen el potencial de afectar y desequilibrar la ya de por sí siempre precaria paz y seguridad internacional. Si bien la diplomacia para la salud global tiene una larga trayectoria y ha demostrado su gran eficacia, de cara a la creciente globalización que está acentuando los problemas sanitarios a nivel planetario, es indispensable dinamizarla y revitalizarla. Algunos pasos que podrían tomarse para ello, tal como se ha señalado en las páginas anteriores, serían incorporar la temática de la salud a la política exterior de los países, nombrar agregados de salud en embajadas claves, estrechar la colaboración entre los ministerios de Relaciones Exteriores y los de Salud, tomar en cuenta los temas de la salud en las negociaciones internacionales de todo tipo, impartir cursos sobre la DSG en las instituciones universitarias, etc. Si bien desde tiempo atrás México ha desarrollado algunas actividades que encajan dentro del concepto general de las tareas de las que se ocupa la DSG, ello no se ha institucionalizado debidamente, ni se le ha dado la importancia que debería tener para la política exterior. Por lo anterior y en comparación con otros países como los ya citados, nos encontramos rezagados en este campo de gran relevancia para las relaciones internacionales del siglo XXI.

Finalmente y a mayor abundamiento, la actual crisis de la enfermedad del Ébola surgida en África no ha hecho más que recordarnos, de manera muy dramática y trágica, que en nuestro globalizado entorno planetario estamos confrontando graves amenazas sanitarias que igualmente ya son de dimensiones globales, por lo que son indispensables esfuerzos multilaterales a través de mecanismos como el de la diplomacia para la salud global, para poder enfrentar este tipo de desafíos a la seguridad internacional y nacional.

⁴⁷ Michael E. Brown, "Introduction: Security Challenges in the Twenty-first Century", en *Grave New World: Security Challenges in the 21st Century*, Washington D. C., Georgetown University Press, 2003, pp. 4-5.