

Para citar este capítulo de libro:

Vargas-Chaves, I. (2015). *Política de reconocimiento, deber de asistencia y acciones positivas-negativas: tres pilares para la cimentación de un derecho global al acceso a los medicamentos*. En G.A. Rodríguez & I. Vargas-Chaves (Eds.) *Políticas de igualdad e intereses colectivos* (pp. 115-135). Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez.

GLORIA AMPARO RODRÍGUEZ

IVÁN VARGAS-CHAVES

Editores Académicos

POLÍTICAS DE IGUALDAD E INTERESES COLECTIVOS

REFLEXIONES
Y NUEVOS RETOS


IBAÑEZ



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA

DOCTORADO EN ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES
DE GÉNERO Y POLÍTICAS DE IGUALDAD

POLÍTICA DE RECONOCIMIENTO, DEBER DE ASISTENCIA Y ACCIONES POSITIVAS-NEGATIVAS: TRES PILARES PARA LA CIMENTACIÓN DE UN DERECHO GLOBAL AL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

IVÁN VARGAS-CHAVES¹

INTRODUCCIÓN

El acceso a los medicamentos aún no alcanza a erigirse como un objetivo prioritario en las políticas de salud pública de la gran mayoría de países, y ello se ve reflejado en una evidente desatención de cientos de millones de pacientes, quienes al no lograr acceder o culminar un tratamiento o cura prescrita, quedan en un grave estado de vulnerabilidad. Por fortuna, esta no es una realidad generalizada. Existen países que cuentan con sistemas robustos que asumen el costo de los medicamentos prescritos o con ciudadanos capaces de asumir por su cuenta el valor de los mismos.

Como sociedad, hemos sido testigos de una industria farmacéutica lo suficientemente consolidada y empoderada, a tal punto de influir en la redacción de normas a su favor², aun

¹ Abogado de la Universidad del Rosario y Magíster en Derecho de la Universidad de Génova, Italia. Investigador en formación doctoral en la Universidad de Barcelona.

² Véase, al respecto, el estudio presentado por la Comisión Federal de Comercio (FTC) de los Estados Unidos. FTC (2003). *Generic Drug Entry Prior to Patent Expiration*. El cual es quizás la única fuente de carácter oficial en dicho país, donde se evidencia la fuerte influencia de la industria farmacéutica en la estructuración de políticas públicas a su favor. En este sentido, es de entender que muchos de los países que han suscrito acuerdos de libre comercio con Estados Unidos, se han comprometido a importar este esquema favorable con la industria. Resulta, por

cuando éstas vayan en contra del derecho a la salud y la vida de millones de pacientes olvidados. Esta consolidación encuentra su razón de ser en una rentabilidad generada, a partir de las ganancias obtenidas en los países industrializados, de allí que la estrategia de esta industria ha estado y seguirá enfocada en la investigación, desarrollo y marketing de nuevos medicamentos para los ciudadanos de estos países.

No obstante, creemos que más allá de culpar a una industria por cumplir su finalidad, que es la de producir ganancias para sus accionistas y así, seguir creciendo; son en realidad los gobiernos quienes deben responsabilizarse por actitudes tales como mantener una reprochable permisividad con esta industria; no invertir en infraestructuras que permitan el desarrollo, la distribución y la conservación de nuevos medicamentos; o por no controlar otros problemas que impiden el acceso a los medicamentos, tales como la falsificación y la comercialización de productos homeopáticos³ o sub-estándar⁴, como sustitutos de tratamientos o curas probadas científicamente.

otra parte, errada la creencia que tienen muchos defensores del proteccionismo de la propiedad intelectual, quienes asumen que lo que ha funcionado para los países ricos también habría de funcionar para los países pobres. Cfr. Ortún-Rubio, V. (2004). Patentes, regulación de precios e innovación en la industria farmacéutica. *Cuadernos económicos de ICE*, 67, p. 195; Eisenberg, R. (2001). The shifting functional balance of patents and drug regulation. *Health Affairs*, 20 (5), p. 119. Esta problemática supone, por ejemplo, que en muchos de los países con acuerdos vigentes de libre comercio con Estados Unidos, la inflación de los precios de los medicamentos sea el resultado de políticas desregulatorias de la industria farmacéutica. Cfr. Tobar F (2008). Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 23(1), p. 67.

³ Sobre el debate que genera la homeopatía como una práctica rechazada por la comunidad científica, véase, BELLAVITE, P., Betti, L. (2012). Homeopathy and the science of high dilutions: when to believe the unbelievable. *International Journal of High Dilution Research*, 11 (40); Posadzki P., Alotaibi A., Ernst E. (2012). Adverse effects of homeopathy: a systematic review of published case reports and case series. *International Journal of Clinical Practice*. 66 (12), pp. 1178-1188.

⁴ Estos productos suelen ser ofertados por ejercientes de la medicina sin una formación previa, a base de fórmulas derivados de plantas escogidas sin un rigor científico, muchas veces al azar. Ello no sólo privará a los pacientes de un tiempo

En el caso de este último fenómeno, debe comprenderse que es un recurso al cual recurren muchos pacientes quienes no pueden acceder a un medicamento, bien por sus elevados costos o por la escasa cobertura de su seguridad social, o bien porque éste no está disponible en los lugares donde viven. Incluso si éstos están disponibles, una inadecuada conservación es también un factor de no-acceso. Lo anterior, sin pretender dejar a un lado otros problemas de acceso, como los inexistentes o escasos incentivos⁵ asignados a los laboratorios farmacéuticos locales que producen medicamentos genéricos.

Y es que pretender que con la sola estabilización de precios –o con la concesión de licencias obligatorias– el problema del acceso a los medicamentos se solucionará, equivale a omitir toda una cadena de eslabones en un “eje de la muerte”, por cuanto es el derecho a la salud, y por consiguiente el derecho a la vida, el que no se está garantizando.

Se hace por tanto necesario exigir a los gobiernos locales, que cuenten con políticas públicas donde se incluyan bases o lineamientos para la estructuración de un derecho global, en donde los demás actores involucrados (industria farmacéutica, organismos internacionales y la sociedad civil de los países desarrollados) estén conscientes y comprometidos con el acceso a los medicamentos. Así pues, a través del presente texto nuestra intención no es otra que importar, a manera de pilares, tres planteamientos desde la óptica de la justicia global, los cuales consideramos pueden acoplarse a esta problemática.

Proponemos en este sentido, que a través de esta óptica el derecho al acceso a los medicamentos fortalezca sus cimientos a la vez que adquiera una connotación global, y se erija como un

crucial para tratar o curar su enfermedad, sino que los expondrá a sustancias que pueden llegar a ser perjudiciales para su salud.

⁵ Para analizar el caso de Latinoamérica, véase, TOBAR F (2008). Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. Ob. cit., pp. 63 y siguientes.

objetivo prioritario de toda política pública. En todo caso, ello no tiene por qué sugerir una lectura utópica de estos planteamientos, ya que somos ante todo conscientes que los obstáculos siguen siendo numerosos, especialmente en lo que respecta a la regulación del monopolio de la patente, pues no hay que desconocer que gracias a la industria farmacéutica la expectativa de vida en nuestra sociedad ha aumentado, pese a que en no todos los rincones del planeta pueda afirmarse lo mismo⁶.

1. RECONOCIMIENTO

El gran aporte de la política del reconocimiento⁷ de TAYLOR puede, para algunos, ser significativo en la construcción de un

⁶ De hecho este es uno de los principales retos que enfrentaría uno de estos tres pilares: el deber de asistencia a partir de la concepción de justicia que propone CAMPBELL, toda vez que éste debe residir en un trato humanitario y justo, sin distinción alguna. El resultado como se concluirá, será que todo acto tendiente a proveer medicamentos, aplicando el principio de distribución, y como una manera de reducir la pobreza, dejará de ser visto como un acto de beneficencia. Véase, CAMPBELL, T. (1974). *Humanity before justice. British Journal of Political Science*, 4 (1).

⁷ La política del reconocimiento plantea la existencia de una estrecha relación de la identidad del ser humano como su reconocimiento. Al tenor de lo anterior, por identidad podemos entender que es una interpretación que nosotros hacemos acerca de quiénes somos, y de cuáles son aquellas características fundamentales que nos pueden identificar del resto de personas; y por reconocimiento, aquella percepción, distorsión o ausencia de percepción que creamos respecto de nosotros y de los demás. En el ámbito del acceso a los medicamentos, según se analizará, podemos ver cómo una negativa autopercepción de los países en situación de pobreza y en vías de desarrollo, ha generado una resignación respecto del rol de la participación ciudadana frente a sus propios gobernantes, y a su vez frente a los acuerdos comerciales que éstos suscriben con los países desarrollados, donde muchas veces priman más las imposiciones de éstos últimos, que la salud misma de toda la población. Se asume por tanto erróneamente, que la globalización es un proceso impositivo e irreversible, en donde no cabe como una opción oponerse a acuerdos p.ej. de derechos de propiedad intelectual; resignándose ante su avance, y tratando de amoldar las condiciones particulares de sus economías locales, a unas condiciones en donde sólo se benefician quienes son titulares de los derechos de las invenciones farmacéuticas.

escenario de igualdad⁸. En nuestro caso, creemos también lo es en el panorama de los países productores y receptores de medicamentos, o más bien, entre los países industrializados o países ricos, y los países usualmente ignorados por éstos. No en vano, nuestro primer planteamiento coincide con el del propio TAYLOR⁹ al concebir una política del reconocimiento aplicable a cuestiones de cualquier índole (1992: 50).

Y es justamente dentro de este marco donde ubicamos la desigualdad generada por la falta de acceso a los medicamentos en aquellos países¹⁰, en los que sus ciudadanos asumen, como propio de su identidad, un permanente estado de resignación permitiendo que incluso les sean impuestas condiciones desfavorables. Los ejemplos que nos trae TAYLOR (1992: 26) al respecto son contundentes, al comparar esta situación con la de los conquistadores europeos y los nativos americanos a partir de 1492¹¹, o con las mujeres que en sociedades patriarcales han sido inducidas a adoptar una autoimagen despectiva.

⁸ Para efectos de una acertada integración de la política del reconocimiento en el diseño de políticas globales de acceso a los medicamentos en condiciones de igualdad, conviene apartarnos -siguiendo a Taylor- de la política de dignidad igualitaria de ROSSEAU, toda vez que el enfoque de un reconocimiento igualitario no debe reposar en la rigurosa exclusión de toda diferenciación de roles en un estado libre, porque ello necesariamente incluirá poder o dominación.

⁹ Incluyendo aquellos que autores como Correa-Molina al estudiar la figura de la política del reconocimiento, denominan como casos límite a aquellos en los cuales la posibilidad misma del reconocimiento debido parece estar clausurada. Cfr. CORREA-MOLINA, M. (2009). Sobre Charles Taylor y algunos problemas relativos a la política del reconocimiento. *Revista Ars Boni et Aequi*, 5, pp. 178 y siguientes. De hecho la tesis desarrollada por Correa-Molina a partir de la teoría de TAYLOR, se basa, de una parte, en el reconocimiento mismo de una comunidad por parte de otra, y, de otra parte, del respeto generado a partir de dicho reconocimiento por medio de un “intercambio de trasfondos de interpretación”, esto es, por medio de un punto de vista que concibe como una pugna o confrontación de horizontes.

¹⁰ Cfr. CALLEJÓN, M., & ORTÚN, V. (1990). Los medicamentos en España: Mercado único y utilidad social. *Economía industrial*, 274, pp. 191-206.

¹¹ En nuestra opinión, éste quizás es el estudio de caso más relevante de la teoría de la política de reconocimiento, pues yace no sólo en la distorsión de la imagen creada por los colonizadores europeos a los nativos americanos, sino en la resignación que éstos asumieron. Prueba de ello es la decadente percepción de la sociedad

Habría quienes calificarían esta situación como un mero conformismo, sin embargo, sea cual sea la causa que les lleve a aceptar tales imposiciones, lo que en realidad hacen es asumir un permanente estado de sometimiento, de tal suerte que al presentárseles oportunidades para romper brechas, serían incapaces de aprovecharlas (TAYLOR, 1992: 25). De otro lado, entender los motivos de la resignación como la manifestación de la ausencia de igualdad, permite también entender que el impacto que genera la pobreza¹² en el mundo es tal, que los ciudadanos de los países desfavorecidos ante una grave enfermedad que es tratable o curable, sólo esperan la muerte como único desenlace.

Ahora bien, vale la pena preguntarnos lo siguiente: ¿debería existir un derecho humano a no estar en condición de extrema pobreza¹³, o a tener un acceso básico a los medicamentos?, y si así fuese ¿deberían ser los países desarrollados los encargados de velar por la efectividad de estos derechos?, formulando a su vez políticas públicas globales que conduzcan al mejoramiento de las condiciones básicas y, especialmente sanitarias, de todos

española hacia los inmigrantes latinoamericanos que llegaron en la última década a desempeñar labores serviles propias de los nativos americanos en época de la colonia. Véase, en este sentido, RUIZ COLLANTES, X., et al (2006). La imagen pública de la inmigración en las series de televisión españolas. *Revista Política y Cultura*, 26, pp. 93-108, donde se discuten los efectos de este encuadre en el ámbito de los medios de comunicación.

¹² Al respecto, en la Declaración del 4 de mayo de 2001 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el organismo encargado de la supervisión del *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, se puede leer lo siguiente: “La pobreza puede definirse como una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.” Para los efectos de este texto, e intentando plantear un alcance, por “pobreza extrema” entenderíamos la ausencia de recursos para optar por una calidad y un bienestar de vida mínimo o vital.

¹³ Una válida reflexión en este sentido, se puede encontrar en CUELLAR-ÁLVAREZ, M., MONTIEL-ROMERO, L., NAMNUM, S. (2004). *La pobreza. Una reflexión desde la perspectiva de los derechos humanos*, en: AUPING, J. *El análisis económico de los derechos humanos*. México: Plaza y Valdés, p. 125 y siguientes.

aquellos individuos que por falta de recursos no pueden tenerlas. Son dos preguntas que van ligadas a la potestad intervencionista de los gobiernos sobre los mercados de medicamentos, que guían tanto el futuro de este sector como las condiciones de acceso de sus destinatarios finales.

Por ejemplo, las políticas regulatorias que aumentan las exigencias en la investigación de nuevos fármacos, hacen al sector más intensivo en tecnología, como ha ocurrido en las últimas décadas¹⁴; sin embargo, al no incentivar plataformas biotecnológicas en el eje Universidad-Empresa-Estado, la investigación encarece los productos finales, pues no todas las patentes farmacéuticas o biotecnológicas provienen del ámbito privado (DUETSCH, 1998: 187), sin tener en cuenta¹⁵ la condición de pobreza extrema asociada al acceso a medicamentos.

Al analizar el enfoque que propone POGGE, advertimos que el reconocimiento del derecho humano a no estar en condiciones de pobreza extrema¹⁶ –acompasable con el derecho a acceder a los medicamentos–, parte de un principio global y local de justicia,

¹⁴ Véase, BARRUTIA, X., ZABALO, P. (2004). *Sector farmacéutico, patentes y acceso a medicamentos en el sur*. Ob. cit., p. 3 y siguientes. Adicionalmente a las políticas públicas, estos autores resaltan las diferencias regulatorias existentes entre países, que hacen que el sector farmacéutico tenga estructuras multidomésticas, en las cuales “las multinacionales realizan las actividades de conversión final, empaquetamiento y presentación en cada mercado”, incluyendo actividades de manufactura dirigidas a los mercados de los países industrializados, bajo una normatividad muy estricta. En este sentido, véase también, OTERO, C. (2006). *El comercio internacional de medicamentos*. Madrid: Editorial Dykinson, p. 204 y siguientes.

¹⁵ Creemos que aunque el derecho humano a no estar en situación de pobreza extrema tiene usualmente un destacado lugar en los discursos, los gobiernos de los países desarrollados se excusan en su reconocimiento no es posible, toda vez que, o aún no hay consensos sobre un significado de pobreza extrema que enmarque la realidad, o aún no se ha estructurado un alcance real que de razón de su impacto negativo.

¹⁶ En este sentido, es recomendable consultar, POGGE, T. (2003) *Severe Poverty as a Human Rights Violation*, en: UNESCO Poverty Project. *Ethical and human rights dimensions of poverty: towards a new paradigm in the fight against poverty*, Oxford: Philosophy Seminar-All Souls College, pp. 1-38.

teniendo en cuenta los valores razonablemente asimilados por la sociedad. Estamos, pues, ante lo que se denomina justicia social (POGGE, 2010: 16)¹⁷, un concepto que además de ser amplio¹⁸, tiene su razón de ser en que todos los seres humanos tengan asegurado el acceso a los recursos necesarios para un mínimo vital básico.

La garantía del mínimo vital es un objetivo que debe ser materializado por las instituciones estatales, más allá de una mera enunciación como ideal o como una mera aspiración, ya que si se llegase a asumir como un derecho humano, requeriría entonces de acciones inmediatas. No obstante, esta es una obligación que para la doctrina poggiana conlleva una acción negativa, pues la sociedad, y en particular los países desarrollados, deberían evitar a toda costa que los individuos no tengan un acceso a los medicamentos, entendidos éstos como recursos que garantizan el cumplimiento de un derecho humano básico; a diferencia de Shue, quien opina que se trata de una acción positiva¹⁹, pues son los países industrializados quienes sí deben tomar acciones²⁰ para la erradicación de todos los focos de pobreza extrema (1996: 18).

En cualquier caso, insistimos en que una solución válida a toda esta problemática reposa en una política del reconocimiento que tome en consideración la resignación de los ciudadanos de los

¹⁷ Véase, además, POGGE, T. (2008). What is Global Justice?, *Revista de Economía Institucional*, 10 (9), p. 102.

¹⁸ POGGE no duda en señalar que “esta innovación terminológica se arraigó ampliamente, al menos en la filosofía de habla inglesa, de modo que el concepto de justicia hoy se utiliza predominantemente en la valoración moral de las normas sociales (leyes, prácticas, convenciones sociales e instituciones), y raras veces en la valoración moral del comportamiento y el carácter de los agentes individuales y colectivos.” *Ídem*.

¹⁹ De hecho este autor al estudiar la pobreza extrema, reconoce que debe haber un derecho básico a la subsistencia, y le da toda la importancia del caso, pues entiende que de la satisfacción de éste, es que los individuos pueden disfrutar de sus demás derechos.

²⁰ *v.gr.* Acciones para que el acceso de medicinas esté a disposición de todos.

países pobres, para de esta manera instar²¹ a un reconocimiento de su identidad de parte de aquellos industrializados, sin que éstos impongan directa o indirectamente sus intereses a costa del estado de vulnerabilidad en el que se encuentran cientos de millones de pacientes en el mundo.

2. DEBER DE ASISTENCIA

Si trasladásemos el planteamiento de la omisión de socorro de SINGER (1993: 222) al acceso a los medicamentos, podríamos afirmar que son los países industrializados quienes al no involucrarse en mejorar las condiciones de acceso a los medicamentos contribuyen a la materialización de un homicidio, al dejar morir a quienes no pueden iniciar o continuar con sus tratamientos o curas prescritas. Reconocemos que aunque ésta sea una afirmación polémica, es plausible cuanto menos entrever que la capacidad que tienen estos países de ayudar a aquellos desfavorecidos, más allá de ser una cuestión de filantropía, es en realidad una obligación moral que no se cumple como consecuencia de la falta de voluntad de muchos.

Son también criticables las actitudes de los ciudadanos de los países desarrollados, quienes suelen desentenderse de la asistencia farmacéutica²² arguyendo que es responsabilidad del Gobierno y que, cómo sujetos que son, si deciden prestar asistencia a quienes la necesitan, entonces estarían acolitando el desentendimiento de sus gobernantes. No en vano es una indiferencia que genera un grave malentendido, pues los gobernantes por su parte entenderán que si no hay muchos ciudadanos-electores dispuestos a ayudar,

²¹ O en otras palabras, lo que Taylor pretende es que como sociedad no nos quedemos “impávidos cuando comunidades de seres humanos no encuentran alguna vía de reconocimiento distinta a ésta”. CORREA-MOLINA, M. (2009). *Sobre Charles Taylor y algunos problemas relativos a la política del reconocimiento*, Ob. cit. p. 160.

²² En este sentido, VELÁSQUEZ, F., GONZÁLEZ, E. (2003) *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Universidad de los Andes y Fundación Corona, p. 24.

en realidad es su deseo no aliviar las necesidades de aquellos desfavorecidos, y por ello en el planteamiento y ejecución de sus planes de gobierno obrarán en tal sentido, creyendo que hacen lo correcto.

Si bien comprendemos que en muchos casos el desentendimiento de gobernantes y electores se da por su indiferencia²³, en otros casos sí cabe una explicación racional de tal actitud. Por ejemplo, habrá quienes se excusen en que los medicamentos enviados a zonas pobres son cuidados paliativos, no una solución a largo plazo. En otras palabras, es una prórroga que pospone una desgracia que persistirá, convirtiendo a los países necesitados en un gasto más. Ante ello, Singer propone una solución que gira alrededor del control de la población (1972: 240) en dichos países, como condición previa a la generación de la obligación de asistencia²⁴. Como es de suponer, no nos referiremos a esta propuesta, pues lo que debatimos no es la relación entre

²³ Véase, SINGER, P. (2012). *Salvar una vida: cómo terminar con la pobreza*. Buenos Aires: Katz Editores, pp. 41-62.

²⁴ Sobre esta propuesta en particular, la cual destacamos por su utilidad práctica, conviene mencionar que se trata de una decisión –que aunque muy cuestionable– puede llegar a suponer la correcta transición entre generaciones, esto es, la llegada a buen término de los relevos generacionales que tendrá nuestra especie en el planeta, máxime si no olvidamos que los recursos naturales son limitados y que poco a poco se agotan, pudiendo afectar directamente en un futuro a los nacionales de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Es la diferencia entre evitar preventivamente unos embarazos, a cambio de salvar a toda una especie en el futuro. Respecto a la utilidad marginal, si nos proyectamos a un futuro quizás no tan lejano, en el que la superpoblación se acompasa con una pobreza global, todos los bienes estarían sujetos a una escasez que generaría guerras, muertes y desolación por los pocos recursos restantes. Todo esto quizás podría estar muy contrapuesto a una imparcialidad moral, vista como un derecho que tenemos todos a tomar decisiones libremente, e incluso a equivocarnos, pues la oposición a este tipo de prácticas de control de natalidad sería férrea y en masa, llevando en un principio a las naciones pobres a una condena, que al final abarcaría todo el globo terráqueo.

crecimiento demográfico y pobreza, sino al propio deber de asistencia como un asunto de justicia global²⁵.

A través del deber de asistencia es como CAMPBELL propone que la justicia sea concebida (1974: 1), esto es, como un proyecto asociativo capaz de aterrizar en el principio de distribución, quedando la reducción de la pobreza, en una cuestión de humanidad y deber de asistencia²⁶. A partir de esta visión, la concepción romana de justicia caería en desuso, pues de tomarse como cierta, nos encontraríamos con que el único fundamento de las interpretaciones no sería otro distinto a que los desfavorecidos reciben lo poco que tienen porque se lo merecen, con lo cual, la pobreza no vendría a ser estrictamente una cuestión de justicia.

Por el contrario, la justicia al estar ideada como el espíritu de los derechos, permitiría forjar las bases de una nueva sociedad, en la cual el deber de asistencia resida en un trato justo y humanitario a los nacionales de los países pobres. El resultado se verá reflejado en un nuevo esquema de pensamiento, en el que todos los actos tendientes a reducir la pobreza dejen de ser vistos como meros actos de beneficencia.

²⁵ Naturalmente en esta concepción tampoco cabe el argumento de la proximidad, pues aunque los países industrializados tuviesen algún tipo de empatía, traducida en lazos comunes, territoriales o históricos con algunos países pobres, no resultaría idóneo inferir que: Si X situación, le ocurrió a los habitantes del país que considero afín, es muy probable que ello me hubiese tocado a mí, y por ende es mi deber actuar con la misma reciprocidad con la cual me hubiese gustado ser tratado. En este sentido, aunque este argumento pudiese tener antes cierto grado de validez, al estar hoy en día inmersos en una “aldea global” resultaría una reflexión muy egoísta y totalmente abstraída de la obligación moral de prestarnos asistencia unos con otros, indistintamente de nuestra ubicación geográfica. Véase, CHOMSKY, N., DIETERICH, H., STEFFAN, H. (1997). *La aldea global*. Tafalla: Txalaparta, pp. 86, 113, 127 y 169; SELEME, H. (2007). El peso del deber de asistencia a pueblos foráneos frente a las exigencias de justicia doméstica. *Revista Diánoia*, 52 (59), pp. 97-126.

²⁶ En suma, Campbell reconoce que la justicia puede llegar a ser interpretada como un criterio en el cual se incluye la distribución, e incluso determinados principios sociales-morales, lo cual en realidad no es ni siquiera equivalente ni a la distribución ni a todos los principios.

Efectivamente, si pretendiésemos buscar un enfoque para materializar el acceso a los medicamentos como un acto de reducir la pobreza, resultaría sin duda interesante remitirnos al consecuencialismo sistemático imparcial²⁷ de FISHKIN, para establecer las obligaciones individuales que tendrían los agentes involucrados (1986: 74). Y es que toda contribución se reflejaría en un mejoramiento gradual pero contundente del problema en el número de las situaciones, en donde se determina una obligación (refiriéndose a todos y cada uno de nosotros), o lo que es lo mismo, en iguales condiciones de cooperación moral imperfecta.

Para explicar lo anterior, nos valemos del siguiente ejemplo utilizado por el propio FISHKIN: “Si tuviera que dar, pongamos, la mitad de mis ingresos para la lucha contra el hambre, todavía ocurriría que otra pequeña contribución de 5 o 10 dólares sería pequeña, incluso en este nivel acumulativo de sacrificio, en sus efectos comparativos sobre mí –en la medida en que tales efectos pueden ser comparados, con estricta imparcialidad, con los beneficios de aquellos a los que se ayuda. Por tanto, mediante una consideración estrictamente imparcial de los intereses, podemos como sociedad razonablemente enfrentarnos a nuevas exigencias para contribuir y con nuevas exigencias para actuar. Estas exigencias se seguirían de la condición de los (por ejemplo) innumerables refugiados que esperan ser ayudados por alguien.” (1986: 75).

Al final, FISHKIN concluye que si hubiese alguien dispuesto a dar por lo menos la mitad de sus ingresos, esa persona ya habría logrado detonar cualquier construcción plausible de los límites

²⁷ En este sentido FISHKIN asume que “cualquier consideración plausible de exigencias o intereses lleva rápidamente a conclusiones que rebasan los dos límites que he definido de manera simple. Cuando el estado del mundo es tal que una consideración estrictamente imparcial de todas las exigencias o intereses relevantes lleva a la necesidad de que un determinado agente actúe, podemos llamar a esto una situación que determina una obligación.” FISHKIN, J. (1986). *Las fronteras de la obligación*. *Doxa*, 3, p. 74.

del heroísmo. La pregunta entonces es, cómo agentes del cambio que somos, ¿cuánto o qué estamos dispuestos a aportar los más o medianamente afortunados²⁸ para ayudar a aquellos que por falta de estos medicamentos, no pueden ser tratados o curados?²⁹

Lo anterior, claro está, en un escenario en el que ni las personas ni los gobiernos aportan lo suficiente³⁰ para facilitar un acceso básico a los medicamentos esenciales en los países pobres. Y por facilitar no nos referimos únicamente a suministrar medicamentos, también pueden ser actos de facilitación la inversión en vías de transporte a través del capital público y privado para mejorar los canales internos de distribución; las labores de control fronterizo de medicamentos falsificados de parte de los estados vecinos que tienen la capacidad para hacerlo, previo acuerdo con las autoridades del país en cuestión; o incluso, una actitud tolerante de parte del gobierno y los electores hacia los inmigrantes sin

²⁸ No debemos olvidar que iniciativas como Médicos sin Fronteras o Cruz Roja, entre otras organizaciones, constantemente realizan campañas de recolección de fondos, de apoyo logístico o de incorporación de voluntarios, promoviendo entre muchos otros canales de ayuda.

²⁹ Creemos que una respuesta consecuente, no debería ser aquella en la que los ciudadanos se limitaran a dar solamente una porción igual y equitativa a la de los demás, pues por más que éste sea un argumento poderoso, y Singer lo reconoce así, terminaría por resignar a los ciudadanos ante el hecho de que otros no van a aportar su parte y, por tanto, los enfermos de estos países que podrían curarse, seguirían falleciendo, pudiéndose esto evitar. Véase, SINGER, P. (1999-09-05). *The Singer Solution to World Poverty. The New York Times Magazine*, pp. 60-63.

³⁰ Y es que tal y como lo señala SINGER: “Por el momento se ha transferido muy poco. Sólo Suecia, Holanda, Noruega, y algunos de los países árabes exportadores de petróleo han alcanzado el modesto objetivo, establecido por las Naciones Unidas, del 0,7 por ciento del producto nacional bruto (PNB). Gran Bretaña cede el 0,31 por ciento de su PNB en ayuda oficial al desarrollo y una pequeña cantidad adicional en ayuda extraoficial de organizaciones voluntarias. El total supone alrededor de 2 libras (Unas 400 pesetas) mensuales por persona, comparado con el 5,5 por ciento del PNB que se gasta en alcohol y el 3 por ciento en tabaco. Otras naciones, incluso más ricas, aportan poco más: Alemania, el 0,41 por ciento, y Japón, el 0,32. Los EEUU dan tan sólo el 0,15 por ciento de su PNB.” SINGER, P. (2009). *Ética Práctica*. Trad. de Herrera-Bonet, R. Madrid: Akal, p. 225.

permiso de residencia, quienes en los países industrializados son los grandes olvidados³¹ por los sistemas de salud.

3. ACCIONES POSITIVAS O NEGATIVAS

Una última, pero no menos importante situación que se da en el acceso a los medicamentos, es la vulnerabilidad sobrevenida de las enfermedades evitables. De hecho hay quienes afirman que los ciudadanos de países pobres extremos, más allá de ser vulnerables, son en realidad vulnerados en su condición humana al tener una calidad de vida muy por debajo de lo deseable (LEÓN-CORREA, 2011: 19). Como es de esperarse, esta vulnerabilidad se traduce en muertes por enfermedades no tratadas, o indebidamente tratadas como consecuencia de la interrupción de las dosis, o de la mala calidad –o falsificación– de los fármacos suministrados.

Se trata de una realidad que además de reflejar la baja producción de medicamentos en países en vía de desarrollo o en extrema pobreza, la cual apenas llega al 10% (European Observatory on Access to Healthcare, 2011: 15), refleja también otro desfavorable indicador: sólo un tercio de la población mundial puede acceder a los medicamentos regularmente³², teniendo la posibilidad de finalizar el tratamiento prescrito por el médico.

Al mismo tiempo y mientras la industria farmacéutica fija su norte de inversión, son los gobiernos de los países vulnerables quienes fracturan aún más el derecho fundamental a la salud y,

³¹ Al respecto pueden consultarse los dos siguientes informes: HUMA (2009). *El acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes sin permiso de residencia y solicitantes de asilo en diez países de la Unión Europea*. Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers Network., 198 págs; European Observatory on Access to Healthcare (2011). *Access to Health care for Undocumented Migrants in 11 European Countries*. Paris: Médecins du Monde / EOA.

³² Cfr. SIURANA, J.C. (2007). Bioética del desarrollo y justicia global en el acceso a medicamentos. *Revista Laguna*. 21, p. 109. Otro a tener muy en cuenta, es que 3/4 partes de las personas en situación de vulnerabilidad, logran abastecerse apenas el 8% de la producción mundial de medicamentos.

por tanto, el derecho a la vida de sus nacionales pues, no cabe duda que es el Estado el primer llamado a garantizar unas condiciones básicas en materia de salud. Esto, para la problemática que nos atañe, se podría reorientar, según SIURANA, limitando el espectro de exclusividad en las patentes farmacéuticas o, generando espacios de colaboración con la misma industria.

La primera alternativa no nos parece afortunada pues, una limitación en los derechos conferidos a las patentes, traerá como consecuencia una menor actividad en investigación y desarrollo para la búsqueda de nuevos medicamentos, inclusive en aquellos países donde ésta es mínima. De hecho, el incentivo de la exclusividad de producción y comercialización ha sido el mejor aliciente para que al día de hoy contemos con una amplia gama de fármacos para muchas enfermedades que otrora causaban millones de muertes, acrecentándose –como ya lo indicábamos– nuestra expectativa de vida, y mejorando la calidad de vida y el tiempo de supervivencia de muchos pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal.

La otra propuesta en cambio, nos lleva a forzar a los gobiernos a cumplir con su rol de garantes de la salud, y por consiguiente de la vida. Aunque es de aclarar que no necesariamente la mejora en el acceso a los medicamentos esenciales va a significar que éstos estén cumpliendo con su obligación, ya que a lo anterior debe añadirse la mejora sustancial en la atención primaria a través de políticas públicas que, por ejemplo exijan altos estándares en los programas académicos de medicina en las universidades; instituyan la permanente actualización a través de capacitaciones a los profesionales en salud; o amplíen la cobertura de los centros de salud.

En efecto, otra manera en la que puede desplegarse una política del reconocimiento dirigida a erradicar el foco de la pobreza, es materializar en acciones positivas o negativas, el derecho humano a la vida, si, y solo si, no hubiese consenso en la asimilación del

derecho humano a no ser pobre en extremo; en conexidad con el derecho de acceso a un sistema básico de tratamiento y cura de enfermedades. En este sentido, el reconocimiento en sí consistiría en tratar a los individuos desfavorecidos con la misma dignidad que son tratados los nacionales de los países desarrollados³³.

Aceptamos que aunque este es un ideal que enmarca deberes asociados de carácter correlativo, como la acción negativa de impedir toda privación en el acceso a los medicamentos o la acción positiva de permitir el acceso a los medicamentos, a través de la reducción del precio de venta, o suprimiendo la patente; lo que en realidad ocurre es un fallo social, consistente en las preferencias que las organizaciones internacionales encargadas del diseño y ejecución de políticas públicas globales tienen a favor de un grupo de países desarrollados, en menoscabo de los intereses de los demás países³⁴. Nos referimos a las organizaciones que STIGLITZ (2013: 1) identifica como aquellas que pretendían imponer su propio régimen de propiedad intelectual.

El problema de esta inclinación está en que al impedir el acceso a los medicamentos, se presenta una situación de inequidad que, vista desde una lupa poggiana, atenta contra los derechos humanos; salvo que se haga todo lo posible por minimizar el daño causado, a través de estrategias eficaces de ayuda humanitaria. En otros términos, el impacto se minimizaría si se actuase en

³³ Lo cual podría ser también explicado a través de la metáfora del mosquito o de la polilla: “Tal reconocimiento es el que se da cuando nos relacionamos con un mosquito o una polilla dado que nos resulta imposible darle a entender al insecto que su aleteo o su picada nos afecta (o, más bien, nos molesta), lo aplastamos con la mano y de paso, por un breve instante, el bicho no puede evitar reconocernos ni nosotros a él.” *Ídem*. De hecho para Correa-Molina resulta absurdo ver cómo la relación entre ciertas comunidades se asemeja a la forma en cómo se suelen tratar a los insectos.

³⁴ Véase, CORTÉS-RODAS, F. (2010). Una Crítica a las Teorías de Justicia Global: al Realismo, a Rawls, Habermas y Pogge. *Revideva* 59 (142), pp. 5 y siguientes.

concordancia a un nuevo humanitarismo³⁵, respetuoso de la identidad y con vocación distributiva³⁶.

Notemos que para POGGE este es un deber conexo a la erradicación de la pobreza extrema, a ejecutarse preferiblemente a través de acciones negativas, no como una opción que los países industrializados pueden o no tomar. De hecho, la importancia que tienen este tipo de acciones como eje estabilizador en la brecha se encuentra plasmada en GILABERT (2004: 538), quien invoca su rol fundamental para la construcción de una verdadera justicia global, aunque por otra parte, insta a ir más allá de los derechos negativos cruciales³⁷, pues no son los únicos que afectan a los pobres.

En definitiva, la erradicación de toda brecha –bien sea a través de acciones positivas o negativas– es un asunto que le compete a organizaciones internacionales y a países industrializados en cumplimiento de un deber de justicia global, consonante a un orden institucional en el que primen los intereses humanos fundamentales, desde el punto de vista moral. (POGGE, 2008: 109). Respeto al cómo, creemos es un asunto que debe extenderse más allá de un comportamiento consciente y garantista de estos actores, en tanto se requiere reformas institucionales que sean capaces de enaltecer el comportamiento de los gobiernos, transformando sus opciones y los incentivos que enfrentan.

³⁵ Véase, BELLI, L., QUADRELLI, S. (2011). Ética y humanitarismo: dimensiones morales de la ayuda humanitaria desde la perspectiva de Thomas Pogge. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31, p. 7.

³⁶ Cfr. FOX, F. (2001) *The new humanitarianism: does it provide a moral banner for the 21st century?*, *Revista Disasters* 25 (4).pp. 275-289 Véase, además, JAGGAR, A. (2010). *Thomas Pogge and His Critics*. Londres: Polity, pp. 107 y siguientes, POGGE, T. (2007). *Freedom from Poverty As a Human Right: Who Owes What to the Very Poor?*, Oxford: Oxford University Press, p. 69.

³⁷ En su línea argumentativa, la invocación de algunos deberes de carácter positivo y general no sólo es acertada en la construcción de un correcto comportamiento individual y social por parte de las instituciones, es además relevante para la estructuración de una concepción robusta de solidaridad cosmopolita, acorde a la justicia global.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRUTIA, Xavier, ZABALO, Patxi. (2004). Sector farmacéutico, patentes y acceso a medicamentos en el sur. *Revista Cidob d' Afers Internacionales*, 64.
- BELLAVITE, Paolo, BETTI, Lucietta (2012). Homeopathy and the science of high dilutions: when to believe the unbelievable. *International Journal of High Dilution Resarch*, 11 (40).
- BELLI, Laura, QUADRELLI, Silvia (2011). Ética y humanitarismo: dimensiones morales de la ayuda humanitaria desde la perspectiva de Thomas Pogge. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31.
- CALLEJÓN, María, ORTÚN, Vicente. (1990). *Los medicamentos en España: Mercado único y utilidad social. Economía Industrial*, 274.
- CAMPBELL, Tom (1974). Humanity before Justice. *British Journal of Political Science*, 4 (1).
- CHOMSKY, Noam, DIETERICH, Heinz, STEFFAN, Heinz Dieterich (1997). *La aldea global*. Tafalla: Txalaparta.
- CORREA-MOLINA, Matías (2009). Sobre Charles Taylor y algunos problemas relativos a la política del reconocimiento. *Revista Ars Boni et Aequi*, 5.
- CORTÉS-RODAS, Francisco (2010). Una Crítica a las Teorías de Justicia Global: al Realismo, a Rawls, Habermas y Pogge. *Revideva*, 59, (142).
- CUELLAR-ÁLVAREZ, Miriam, MONTIEL-ROMERO, Lucía, NAMNUM, Samantha (2004). *La pobreza. Una reflexión desde la perspectiva de los derechos humanos*, en: AUPING, John. *El análisis económico de los derechos humanos*. México: Plaza y Valdés.
- DUETSCH, Larry (1998). *Pharmaceuticals. The critical role of innovation*, en: DUETSCH, Larry. *Industry Studies*, London: M.E. Sharpe Inc.

- EISENBERG, Rebecca (2001). The shifting functional balance of patents and drug regulation. *Health Affairs*, 20 (5).
- European Observatory on Access to Healthcare (2011). *Access to Health care for Undocumented Migrants in 11 European Countries*. Paris: Médecins du Monde / EOA.
- FISHKIN, James (1986). Las fronteras de la obligación. *Doxa*, 3 (74).
- FOX, Fiona. (2001) The New Humanitarianism: Does It Provide a Moral Banner for the 21st Century?. *Revista Disastersm*, 25 (4).
- GILABERT, Pablo (2004). The duty to eradicate global poverty: ¿positive or negative? *Ethical Theory and Moral Practice*, 7.
- HUMA (2009). *El acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes sin permiso de residencia y solicitantes de asilo en diez países de la Unión Europea*. Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers Network.
- JAGGAR, Alison (2010). *Thomas Pogge and His Critics*. Londres: Polity.
- LEÓN-CORREA, Francisco Javier. (2011). Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: Retos para la bioética. *Acta bioethica*, 17 (1).
- ORTÚN-RUBIO, Vicente (2004). Patentes, regulación de precios e innovación en la industria farmacéutica. *Cuadernos económicos de ICE*, 67.
- OTERO, Carmen (2006). *El comercio internacional de medicamentos*. Madrid: Editorial Dykinson.
- POGGE, Thomas (2003) *Severe Poverty as a Human Rights Violation*, en: UNESCO Poverty Project. *Ethical and human rights dimensions of poverty: towards a new paradigm in the fight against poverty*, Oxford: Philosophy Seminar-All Souls College.
- POGGE, Thomas (2007). *Freedom from Poverty As a Human Right: Who Owes What to the Very Poor?*, Oxford: Oxford University Press.

- POGGE, Thomas (2008). *Whatis Global Justice? Revista de Economía Institucional*, 10 (19).
- POGGE, Thomas (2010). *Politics as Usual: What Lies Behind the Pro-Poor Rhetoric*, Londres: Polity, 2010.
- POSADZKI, Paul, ALOTAIBI, Amani, ERNST, Edzard (2012). Adverse effects of homeopathy: a systematic review of published case reports and case series. *International Journal of Clinical Practice*, 66 (12).
- RUIZ COLLANTES, Xavier, FERRÉS, Joan, OBRADORS, Matilde, PUJADAS, Eva, & PÉREZ, Oliver. (2006). La imagen pública de la inmigración en las series de televisión españolas. *Revista Política y Cultura*, 26.
- SHUE, Henry (1996) *Basic Rights: Subsistence, Affluence, and U.S. Foreign Policy*. Princeton: Princeton University Press.
- SELEME, Hugo. (2007). El peso del deber de asistencia a pueblos foráneos frente a las exigencias de justicia doméstica. *Revista Diánoia*, 52 (59).
- SINGER, Peter (1972). Famine, Affluence, and Morality. *Philosophy and Public Affairs*, 1 (3).
- SINGER, Peter (1993). *Practical Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- SINGER, Peter (1999-09-05). The Singer Solution to World Poverty. *The New York Times Magazine*.
- SINGER, Peter (2009). *Ética Práctica*. Traducción de HERRERA-BONET, Rafael. Madrid: Akal.
- SINGER, Peter (2012). *Salvar una vida: cómo terminar con la pobreza*. Buenos Aires: Katz Editores.
- SIURANA, Juan Carlos (2007). Bioética del desarrollo y justicia global en el acceso a medicamentos. *Revista Laguna*, 21.
- STIGLITZ, Joseph (2013-07-14). How Intellectual Property Reinforces Inequality. *The New York Times*.

- TAYLOR, Charles (1992) *The Politics of Recognition*, en: GUTMANN, Amy. *Multiculturalism and the Politics of Recognition*. Princeton: Princeton University Press.
- TOBAR, Federico (2008). Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 23(1).
- VELÁSQUEZ, Fabio, GONZÁLEZ, Esperanza. (2003) *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Universidad de los Andes y Fundación Corona.