

EDITORIAL

POLÍTICAS SANITARIAS GLOBALES: ¿UN TALLE SIRVE PARA TODOS?

AUTORES:

Hirsch, Roberto R. y Carvallo, Héctor E.

Editores en Jefe

doi.org/10.55634/5.1.1

Sacrificar el derecho a diseñar políticas sanitarias propias y adoptar un enfoque de “un modelo sirve para todos” puede generar riesgos importantes para la soberanía, especialmente si esas políticas internacionales son rígidas o no contemplan adaptación local.

Entre esos riesgos, destacan:

1. Pérdida de autonomía decisional

El Estado puede quedar subordinado a lineamientos definidos por actores externos —por ejemplo, World Health Organization, organismos financieros, bloques regionales o incluso empresas transnacionales— aunque esos lineamientos no respondan a su demografía, epidemiología o capacidades institucionales.

Esto puede erosionar una función central de la soberanía: decidir políticas públicas según prioridades nacionales.

2. Desajuste entre política y realidad local

Un protocolo diseñado para países con determinada infraestructura, carga de enfermedad o estructura social puede fracasar en otros contextos.

Ejemplos:

- Países con alta ruralidad pueden necesitar modelos distintos de acceso.
- Regiones con enfermedades endémicas específicas pueden requerir prioridades propias.
- Estados con restricciones presupuestarias pueden necesitar secuencias graduales de implementación.

Si no hay adaptación, la política puede volverse técnicamente inapropiada.

3. Dependencia externa

Cuando la política sanitaria queda atada a estándares, financiamiento, insumos o autorizaciones externas, puede crecer la dependencia en:

- cadenas globales de suministro,
- farmacéuticas multinacionales,
- plataformas de datos sanitarios,
- financiamiento condicionado.

Esto puede reducir el margen de maniobra ante crisis.

4. Riesgo de “captura regulatoria”

Si normas internacionales son moldeadas por intereses de potencias o actores corporativos, el país puede terminar incorporando reglas que favorecen agendas externas más que necesidades propias.

Esto puede ocurrir en temas como:

- propiedad intelectual sobre medicamentos,
- vigilancia digital,
- protocolos de emergencias,
- regulación de biotecnologías.

Un ejemplo histórico debatido en este campo es el impacto del acuerdo World Trade Organization y el régimen TRIPS Agreement sobre acceso a medicamentos.

5. Debilitamiento democrático interno

Si decisiones sanitarias pasan a percibirse como “obligaciones externas” más que decisiones debatidas por instituciones nacionales, puede reducirse:

- el control parlamentario,
- la rendición de cuentas,
- el debate público,
- la legitimidad social.

Eso puede trasladar poder desde instituciones representativas hacia estructuras tecnocráticas externas.

6. Vulnerabilidad geopolítica

La salud puede volverse instrumento de influencia.

Un país que no controla su estrategia sanitaria puede quedar expuesto a presiones mediante:

- acceso a vacunas,
- insumos críticos,
- certificaciones sanitarias,
- restricciones comerciales o movilidad internacional.

En conflictos o crisis, eso puede transformarse en una cuestión estratégica.

7. Pérdida de capacidad estatal a largo plazo

Si el diseño de políticas se externaliza, puede atrofiarse la capacidad nacional para:

- producir evidencia propia,
- planificar respuestas,
- sostener instituciones sanitarias robustas.

Eso afecta soberanía no solo jurídica, sino capacidad real de gobernar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. World Health Organization. WHO Pandemic Agreement [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Apr 24]. Available from:
3. Jiang SJ, Kumah EK. Strategizing global health governance: unpacking opportunities and challenges for least developed nations within the WHO pandemic treaty framework. *Front Public Health*. 2023;11:1321125.
4. Halmai G. The pandemic and constitutionalism. *JusCogens*. 2022;4(2):123–145.
5. Dixon R, Landau D. Transnational constitutionalism and a limited doctrine of unconstitutional constitutional amendment. *Int J Const Law*. 2021;19(5):1498-1526. (Relevant to emergency powers and constitutional constraints).
6. Gorodensky A, Kohler JC. State capture through indemnification demands? Effects on equity in the global distribution of COVID-19 vaccines. *J Pharm Policy Pract*. 2022;15:50.
7. 't Hoen EFM. Private Patents and Public Health: Changing Intellectual Property Rules for Access to Medicines. Amsterdam: Health Action International; 2016.
8. World Trade Organization. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). Marrakesh: WTO; 1994.
9. Gostin LO, Klock KA, Finch A. Global health governance and the WHO Pandemic Agreement: a scoping review of challenges and analysis of reforms. *Global Health Governance*. 2025.
10. Greer SL, King EJ, da Fonseca EM, Peralta-Santos A. The comparative politics of COVID-19: the need to understand government responses. *Glob Public Health*. 2020;15(9):1413-1416.
11. Sá M, Mounier-Jack S. Governance and public health decision-making during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Public Health Rev*. 2024;45:1606095.
12. Herrera V, Costa D, Rocha R. The analytical framework of governance in health policies in the face of health emergencies: a systematic review. *Front Public Health*. 2022;10:628791.
13. Stigler GJ. The theory of economic regulation. *Bell J Econ Manag Sci*. 1971;2(1):3-21. (Foundational source on regulatory capture.)
14. Dal Bó E. Regulatory capture: a review. *Oxford Rev Econ Policy*. 2006;22(2):203-225.
15. Jones DS, Smith M. Sovereignty scripts and regional governance: ASEAN's response to the COVID-19 pandemic. *Rev Int Stud*. 2023.