

# Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud

Cesar Vieira<sup>1</sup>

**Palabras clave:** equidad en salud, comercio internacional, globalización.

<sup>1</sup> Programa Regional de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

<sup>2</sup> Este concepto trata de resumir la visión que organismos internacionales como la CEPAL, el Banco Mundial, el BID, la UNESCO y la propia OPS tienen de la globalización.

<sup>3</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa. Marzo de 2001 (Notas de la CEPAL # 15).

Entendida como la internacionalización de la producción y el consumo, así como de valores y costumbres —a través del movimiento de capital, trabajo, tecnología e información—, la globalización<sup>2</sup> encierra importantes desafíos y oportunidades para el sector de la salud.<sup>3</sup> Entre los desafíos se encuentran los riesgos de importar productos y hábitos nocivos para la salud de las poblaciones que habitan en los países importadores. El aumento del consumo de drogas y de la incidencia del sida son ejemplos elocuentes de estos riesgos. Entre las oportunidades figuran la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y tecnologías para combatir problemas de salud que antes no se podían controlar. Otra es la posibilidad de concebir y promover la salud como un derecho de todo ser humano, facilitando así la lucha de los grupos sociales que buscan mejorar la atención de su salud.

El comercio internacional, un aspecto clave de la globalización, tiene vinculaciones cada vez más estrechas y relevantes con la salud. El caso más evidente es, posiblemente, el de los alimentos y productos para consumo humano, componentes importantes del comercio internacional de los Estados Miembros de la OPS. El mejoramiento progresivo de la higiene de estos alimentos y productos puede acarrear beneficios económicos y sanitarios tanto para los países exportadores como para los importadores. Los países exportadores se benefician con el acceso a nuevos mercados y una protección más eficaz de la salud de su propia población. Mientras tanto, los países importadores cuentan con nuevas opciones de consumo de igual calidad pero a precios reducidos.

Diferencias de puntos de vista entre los sectores del comercio y la salud han resultado a veces en una falsa oposición entre ambos. Proteger la salud de la población es, naturalmente, un argumento legítimo para restringir la importación de ciertos productos o alimentos. El problema es que esa misma precaución no siempre se observa en relación con los mismos productos o alimentos de origen nacional. Por esta razón, las normas sanitarias muchas veces dan la impresión de ser “barreras técnicas” que obstaculizan el comercio.

Hay varios ejemplos, sin embargo, que apuntan hacia la posibilidad de una cooperación eficaz entre la salud y el comercio con saldos positivos para ambos sectores. La creación de la OPS hace un siglo tuvo entre sus factores determinantes la necesidad de controlar las enfermedades, como la mala-

ria y la fiebre amarilla, y de sanear puertos y medios de transporte, justamente para facilitar el comercio en las Américas. Gracias a la acción conjunta de sus ministerios de agricultura y salud, los Gobiernos de los países americanos han acumulado una larga experiencia en la coordinación de políticas intersectoriales para proteger la sanidad animal y de los alimentos, actividad crucial ante los brotes recientes de fiebre aftosa y de la enfermedad de la “vaca loca”.<sup>4</sup> De la misma manera, el *Codex Alimentarius*, fruto de la colaboración entre la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha recibido una acogida muy favorable como norma reguladora en el ámbito de la Organización Mundial del Comercio (OMC).<sup>5</sup>

Aunque permitan ganancias recíprocas a ambos sectores, los ejemplos anteriores no llevan necesariamente a un incremento de la equidad en el campo de la salud. Como la América Latina es la región del mundo con las inequidades más marcadas, las ganancias generadas por la globalización y la apertura comercial están beneficiando a grupos privilegiados en detrimento de la mayoría de la población. De hecho, la “brecha digital” y la concentración del ingreso observadas en la Región sugieren que las disparidades sociales entre nosotros han crecido, por lo menos al inicio de la actual etapa de globalización y apertura comercial.

Para evitar que esas disparidades sigan aumentando, se requiere una distribución más equitativa de las ganancias comerciales y sanitarias obtenidas como resultado de la inserción de nuestros países en un mundo globalizado y abierto al comercio internacional. En este caso, cuidar de la calidad sanitaria de productos importados es tan imprescindible como lograr que las exportaciones no afecten a la canasta básica de consumo doméstico. Además, ambas políticas deberían encaminarse específicamente a aportar mayores beneficios a los grupos humanos postergados de nuestra Región.

## COMERCIO INTERNACIONAL Y EQUIDAD

Un aspecto todavía poco explorado de la relación entre los sectores del comercio y la salud, pero que cada día adquiere mayor relevancia, es el comercio internacional de bienes y servicios de salud. Este campo requiere una atención especial, no solo por sus implicaciones sanitarias, sino también

por su creciente importancia económica, si bien se trata de una dimensión menos conocida del comercio internacional.

A fines de la década pasada, las Américas gastaban anualmente cerca de US\$ 1 185 000 millones en productos y servicios de salud, cifra cercana a la mitad del gasto mundial (1). A América Latina y el Caribe corresponden \$115 000 millones de este gasto —7,3% del PIB o \$240 per cápita—, de los cuales 41% son financiados por recursos públicos y 59% por recursos privados. El gasto per cápita variaba entre \$795 en Argentina y \$9 en Haití. Mientras tanto, Estados Unidos gastaba \$3 858 y Canadá \$1 899 por habitante. Además de la extremada diferencia entre países, algunos estudios han demostrado grandes disparidades en el gasto de salud entre grupos sociales y distintas áreas de un mismo país (2).

Todavía no se conoce precisamente qué proporción del mercado regional de productos y servicios de salud corresponde a transacciones internacionales, pero se sabe que una gran parte de los medicamentos, equipos y otros insumos utilizados por el sector de la salud son importados de otros países de América Latina y de fuera de la Región. Quizá se puedan estimar y monitorear estas transacciones mediante la utilización de las excelentes bases de datos sobre el comercio regional que han desarrollado entidades como la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), la Organización de los Estados Americanos (OEA), el Banco Interamericano de Desarrollo/Instituto para la Integración de América Latina y el Caribe (BID/INTAL) y el Departamento de Comercio de los Estados Unidos.<sup>6</sup>

Los medicamentos, que a mediados de la década pasada consumían anualmente \$18 000 millones en América Latina y el Caribe, constituyen sin duda un campo que ha exigido la cooperación entre los sectores de la salud y el comercio (1). Los gastos en medicamentos por lo general tienen menos cobertura que otros gastos de salud, sea por el sector público o por los seguros de salud públicos o privados, particularmente en los países en desarrollo. Por tal motivo, el gasto en medicamentos representa una sobrecarga desproporcionadamente grande al presupuesto doméstico de las familias más pobres.

Actualmente acerca de 90% de la inversión mundial en el desarrollo de nuevos medicamentos se hace para combatir enfermedades que afectan a menos de 10% de la población del mundo (3).

Debido a la falta de medicamentos para tratar las enfermedades comunes en los países en desarrollo, como la tuberculosis y la malaria, y al alto

<sup>4</sup> Pan American Health Organization. Report on the XII RIMS Meeting, at the Ministerial Level, on Health and Agriculture, 2001. (CD43.R5).

<sup>5</sup> World Trade Organization. Report (2001) on the activities of the Committee on Sanitary and Phytosanitary Measures. October 2001. (G/L/485).

<sup>6</sup> ALADI: <http://www.aladi.org/NSFALADI/SITIO.NSF/INICIO>; OEA/SICE: <http://www.oas.org/defaultesp.htm>; BID/INTAL: <http://estadisticas.sieca.org.gt/dataintalweb/>; US Dept. of Commerce: <http://www.ita.doc.gov/td/industry/otea/>; <http://www.ita.doc.gov/td/industry/otea/>

costo de los medicamentos contra las enfermedades de distribución mundial, como el sida, esos medicamentos están empezando a considerarse “bienes públicos mundiales”. En consecuencia, la comunidad internacional está creando un Fondo Global de Salud para facilitar tanto el desarrollo de nuevos medicamentos contra esas enfermedades como el acceso a ellos (4).

El debate sobre el acuerdo de protección de la propiedad intelectual (TRIPS) en la reciente Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio en Doha, Qatar, ilustra claramente el impacto de las patentes sobre el precio de los medicamentos. Hubo mucha expectativa en torno a las conclusiones de la Conferencia sobre este tema, que se debatió por primera vez en 50 años de negociaciones comerciales multilaterales. Afortunadamente, la Declaración Ministerial de la Conferencia de Doha reconoció la importancia de ejecutar e interpretar el TRIPS “de una manera que apoye el derecho de los Miembros de OMC a proteger la salud pública y, en particular, promover el acceso a los medicamentos de toda la población”.<sup>7</sup> Como consecuencia, políticas comerciales derivadas del TRIPS, como la fijación negociada de precios escalonados, la concesión obligatoria de licencias en el caso de emergencias sanitarias, y la transferencia de tecnologías a países como menor capacidad productiva pueden ayudar a reducir las brechas en el acceso a medicamentos que hoy se observan entre países desarrollados y en desarrollo.

Hasta hace poco tiempo, los expertos en comercio internacional consideraban a los servicios en general, incluso los de la salud, como bienes no transables. También nosotros, los representantes del sector de la salud, considerábamos la prestación de servicios asistenciales como una actividad estrictamente local e interna. Sin embargo, poco a poco nos hemos dado cuenta de que esto es un error, debido a que el desarrollo tecnológico y organizacional del sector de la salud va permitiendo cada vez más que los servicios de salud sean transables a escala internacional. De hecho, un estudio pionero realizado por la OPS y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) ha revelado que el comercio internacional de los servicios de salud se observa en nuestra Región en sus cuatro manifestaciones principales: el movimiento transfronterizo de consumidores de servicios, el movimiento de los prestadores de servicios, la presencia comercial de prestadores extranjeros y la prestación transfronteriza del propio servicio (5).

Varios países de la Región atraen pacientes extranjeros, quienes acuden para ser tratados en los

respectivos territorios. Pacientes de América Latina y el Caribe van a tratarse en países vecinos o en los Estados Unidos, donde el sector de la salud se encuentra entre los ocho sectores que más exportan servicios comerciales, profesionales y técnicos (6). Otro estudio más reciente, realizado también por la OPS, ha detectado la presencia comercial de empresas extranjeras de seguros y servicios de salud en muchos países de América Latina (7). La utilización cada vez mayor de tecnologías de telecomunicación e informática ha posibilitado la expansión acelerada de los servicios transfronterizos de telemedicina y gerencia de servicios de salud.

Profesionales de la salud latinoamericanos y caribeños emigran a otros países de la Región o a Estados Unidos, Canadá o Europa, donde la fuerza de trabajo sectorial depende cada vez más de trabajadores extranjeros.<sup>8</sup> Hasta la fecha no ha sido posible establecer si esta migración constituye una ganancia neta para los países exportadores, por la remesa de divisas que los inmigrantes mandan a su país de origen, o si representa más bien un subsidio a los países importadores, que tuvieron que asumir los altos costos de la formación de estos profesionales. Es muy probable que en muchos de los países de origen del personal de salud inmigrante las inequidades en la atención de salud se hayan agravado debido a esa exportación.

Aunque todavía se desconoce el impacto económico o sanitario de estas modalidades del comercio de servicios en la Región, se pueden formular algunas hipótesis. Una posibilidad es que la presencia de profesionales o empresas de salud del extranjero aumente la disponibilidad de los recursos de salud en los países importadores, permitiéndoles una mejor cobertura de sus respectivas poblaciones. No obstante, también es posible que los recursos adicionales se estén concentrando en los segmentos privilegiados de la población, sin que se incremente la cobertura de los sectores carentes. Algo semejante podría estar pasando con la exportación de pacientes que desean recibir atención de salud en el exterior, principalmente cuando está financiada por recursos del sector público o de la seguridad social.

Por otra parte, es posible que los países exportadores de servicios de salud en la Región estén recibiendo más ingresos y fortaleciendo sus economías. Habría que preguntar, sin embargo, si los servicios exportados constituyen realmente un excedente frente a la demanda doméstica, o un factor que limita aun más la cobertura de los servicios en el nivel nacional. Según el estudio de la OPS, parece haber dos

<sup>7</sup> World Trade Organization, Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, Doha, Qatar Ministerial Conference, 2001.

<sup>8</sup> Según la Asociación Médica Estadounidense, en 1999 25% de los médicos en Estados Unidos se habían formado en el exterior. (AMA Physicians Statistics, 2001. [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org)).

casos bien distintos entre los países exportadores de servicios de salud en América Latina y el Caribe. El primer caso es el de Cuba, cuya capacidad de atención es tan extensa que le permite exportar servicios sin afectar al nivel de cobertura nacional. El caso opuesto es el del Brasil, cuyas marcadas disparidades en la cobertura de la atención podrían verse agravadas por la exportación de servicios. Para evitar este problema, es preciso buscar una definición equilibrada de la oferta exportable de productos y servicios de salud frente a las demandas insatisfechas de las poblaciones carentes de nuestros países con respecto a dichos productos y servicios.

## INTEGRACIÓN REGIONAL Y EQUIDAD

Finalmente, debemos reflexionar sobre las consecuencias que tienen para la equidad en salud los diferentes acuerdos de integración que actualmente se negocian e implementan en la Región. Mediante este proceso, que es bastante complejo y se basa en decenas de acuerdos regionales, subregionales y bilaterales, los países buscan fortalecerse mutuamente para mejor aprovechar las oportunidades y enfrentar los desafíos de la globalización y la apertura comercial. El “regionalismo abierto”, como la CEPAL ha denominado el proceso de integración en la Región de las Américas (8), exige de los países americanos una gran capacidad negociadora para poder participar en diferentes foros de negociación que se celebran sobre cada tema en diferentes instancias. En el sector de la salud, por ejemplo, esto puede observarse con respecto a los medicamentos, tema que los países miembros de ALADI han estado discutiendo simultáneamente en seis instancias en los últimos 2 años.<sup>9</sup>

Pese a su complejidad y aparente ineficiencia, el “regionalismo abierto” ofrece a nuestros países una rara oportunidad para perfeccionar su capacidad reguladora en el ámbito de la salud y, al mismo tiempo, armonizarla en el marco de los acuerdos de integración en que participan. Mientras que en los países europeos ambos procesos han tomado demasiado tiempo y esfuerzo por haberse realizado por separado, en el caso de América Latina y el Caribe parece haber la posibilidad de realizar simultáneamente ambas tareas de una manera mucho más rápida y coordinada. Por otra parte, experiencias como la de la Agencia Europea de Medicamentos pueden ofrecer opciones interesantes para la regulación del consorcio del mercado de estos insumos en América Latina y el Caribe. Asimismo, los es-

fuerzos realizados en relación con los medicamentos por los países de la Comunidad Andina constituyen otra experiencia digna de ser estudiada y reproducida en toda la Región.

El sector de la salud debe insertarse activamente en la negociación de los acuerdos de integración en que participan los países de las Américas, primero, para lograr que estos acuerdos otorguen prioridad a la equidad en salud y, segundo, para tratar de un modo adecuado los intereses comerciales del sector de la salud de los países que participan en dichos acuerdos. El SGT-11 del MERCOSUR—dedicado a productos, servicios y programas de salud—sirve para ilustrar que esta estrategia es políticamente viable y técnicamente factible.

Sin embargo, el sector de la salud carece de muchos de los atributos necesarios para interactuar con buenos resultados con la globalización, el comercio internacional o la integración. Por esta razón, es necesario que el sector se capacite a fin de tener una participación más fructífera en los procesos de integración y apertura comercial. También sería ventajoso buscar nuevas alianzas y formas de cooperación e integración con el sector comercial que puedan apoyar al sector de la salud, teniendo presente que en una alianza tal este último también puede hacer aportes que permitirían que la globalización, el comercio y la integración logran también objetivos sociales, como una mayor equidad en salud, además de sus objetivos económicos.<sup>10</sup>

## ACCIONES DE LA OPS EN TORNO A LA GLOBALIZACIÓN, AL COMERCIO Y A LA INTEGRACIÓN

Desde hace algún tiempo, la OPS ha venido analizando las implicaciones que tienen para la salud la globalización, el comercio y la integración, y también ha estado promoviendo la participación del sector de la salud en las negociaciones del ALCA, el MERCOSUR, la Comunidad Andina, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y la Asociación de Estados Caribeños (AEC). Ha mantenido relaciones de trabajo en torno a estos temas con la OMC, la UNCTAD y la Unión Europea. Ha participado en las conferencias ministeriales de Denver, Colorado (Estados Unidos), Belo Horizonte (Brasil), San José (Costa Rica) y Seattle, Washington (Estados Unidos). Está ayudando al sector de la salud a de-

<sup>9</sup> Dichas instancias son el Mercosur o la Comunidad Andina, la ALADI, el Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), la OMC, la UNCTAD, la OPS y la OMS.

<sup>10</sup> Un buen ejemplo de esa colaboración es la incorporación en la pauta del MERCOSUR de los temas del trabajo y la salud, que no fueron contemplados en el marco inicial del acuerdo debido a la presión de ONG y de los ministerios de trabajo y salud de esa subregión.

sarrollar su capacidad para participar en la negociación de acuerdos de comercio e integración. Ha acompañado muy de cerca el diálogo entre gobiernos y entidades privadas interesadas en el comercio internacional de productos y servicios de salud. Sus expertos en medicamentos, vacunas, alimentos, tecnología, informática, recursos humanos, servicios de salud, saneamiento y protección ambiental participan cada vez más en actividades similares dentro de sus respectivos campos. Ha acumulado una larga experiencia con la compra de insumos de salud para sus Estados Miembros.

Se espera que mediante estas actividades los acuerdos de comercio e integración incorporen las prioridades de salud en sus planes de trabajo y garanticen que se tomarán en cuenta los aspectos comerciales que afectan al sector de la salud. Durante los próximos años se perfilarán planes para fomentar la colaboración entre los sectores de la salud, el comercio y la integración, con el propósito de beneficiar a la población de todas las Américas, particularmente a sus estratos menos privilegiados. Entre las medidas proyectadas se encuentran las siguientes:

- producir estadísticas sobre el mercado regional de productos y servicios de salud;
- regular el comercio de alimentos, medicamentos, vacunas y servicios de salud;
- comprar insumos para el sector de la salud por cuenta del Estado y
- eliminar la gravación arancelaria de las vacunas, los medicamentos y otros insumos de salud.

Por último cabe preguntarse qué puede y debe hacer el sector de la salud. Si se tiene presente que la globalización y el aumento del comercio de productos y servicios de salud son procesos inevitables, al sector de la salud no le resta otra opción que encarar activamente este proceso, tratando de

reducir a un mínimo los riesgos e incrementar a un máximo las oportunidades que él mismo propicie para que haya equidad en materia de salud. Asimismo, el sector de la salud debe abandonar su posición tradicional, que siempre ha sido la de imponer barreras técnicas al comercio internacional, convirtiéndose más bien en un aliado del sector comercial. En este caso, la protección de la salud de las poblaciones, especialmente de sus segmentos más vulnerables, redundará en una ganancia tanto sanitaria como económica para los países importadores y exportadores.

---

#### SYNOPSIS

### **Globalization, international trade, and health equity**

*Globalization and international trade are having an increasingly evident impact on the day-to-day duties of the health sector, and the phenomenon has aroused a great deal of interest among governments, nongovernmental organizations, international organizations, and the mass media. Up to this point the heated and polemical debate on the subject has seriously hindered objective discourse on the health implications of globalization and international trade. This piece examines the possible impact of the two processes on health in the Region of the Americas, in order to foster policies for equity that are adopted within the framework of public health in the Americas. The piece considers the relationships among globalization, trade, and health in general and then focuses on the special case of trade in health goods and services. The piece looks at the possible impact on health equity of the agreements for integration and free trade that are being negotiated in the Americas. The piece concludes with a summary of the activities that the Pan American Health Organization has been carrying out in this area.*

---

#### REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1998.
2. Pan American Health Organization. Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C.: PAHO; 2001. (Technical Publication 582).
3. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: WHO, Commission on Macroeconomics and Health; 2001.
4. World Health Organization. Global fund to fight AIDS, Tb, and malaria: update on recent developments. Geneva: WHO; 12/3/01.
5. Díaz D, Hurtado M. Comercio internacional de servicios de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Políticas Públicas y de Salud; 1995.
6. United States Trade Representative. Approaching a new round: American goals in services trade. Washington, D.C.: Senate Finance Committee on Trade. October 21, 1999.
7. Wasserman E. Trade in health services in the Region of the Americas. En: Drager N, Vieira C, eds. International trade in health services. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. (Forthcoming).
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe: la integración económica al servicio de la transformación productiva con equidad; síntesis y conclusiones. En: Naciones Unidas, CEPAL. Cincuenta años del pensamiento de la CEPAL: textos seleccionados. Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica, CEPAL; 1998.