

# Libre comercio para mejor salud

Philip Stevens

Prefacio por Dr Rigoberto Stewart, Director del Instituto  
para la Libertad y el Análisis de Políticas, Costa Rica



# Libre comercio para mejor salud

Philip Stevens

Prefacio por Dr Rigoberto Stewart,  
Director del Instituto para la Libertad y el Análisis de Políticas, Costa Rica

## Libre comercio para mejor salud

Por Philip Stevens, Director, Programa de Salud

International Policy Network  
Third Floor, Bedford Chambers  
The Piazza  
London WC2E 8HA UK  
t: +4420 7836 0750  
f: +4420 7836 0756  
e: [info@policynetwork.net](mailto:info@policynetwork.net)  
w: [www.policynetwork.net](http://www.policynetwork.net)

Diseñado y diagramado en Latin 725 by MacGuru Ltd  
[info@macguru.org.uk](mailto:info@macguru.org.uk)

Diseño de tapa por Sarah Hyndman

Impreso en Hong Kong

Publicado por International Policy Press, una division de  
International Policy Network

© International Policy Network 2005

Todos los derechos reservados. Sin limitar los derechos de propiedad mencionados, prohibida su reproducción total o parcial, o su archivo o ingreso en un sistema de búsqueda, o su transmisión, de cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopias, grabación y demás) sin previa autorización escrita del dueño de los derechos y de la editorial.

## Publicado por:

CEDICE, Venezuela  
CEPPRO, Paraguay  
Círculo Liberal, Uruguay  
CISLE, México  
FULIDE, Bolivia  
Fundación Atlas 1853, Argentina  
Fundación Libertad, Panamá  
INLAP, Costa Rica  
Instituto de Libre Empresa, Perú  
Instituto Ecuatoriano de Economía Política, Ecuador  
Instituto Liberdade, Brasil  
Instituto Libertad y Progreso, Colombia  
Instituto Libertad, Chile

## International Policy Network

International Policy Network (IPN) es una organización sin ánimo de lucro en el Reino Unido, y una organización sin fines de lucro (501 c3) en Estados Unidos. Es una organización no gubernamental, educativa y no partidista que depende de donaciones de individuos, fundaciones y empresas para llevar adelante su trabajo. No acepta dinero de gobiernos.

IPN busca fortalecer a los individuos y promover el respeto por la gente y la propiedad para eliminar la pobreza, mejorar la salud humana y proteger el medio ambiente. IPN promueve el entendimiento público acerca de la importancia de esta visión para todos.

IPN pretende lograr su visión promoviendo el rol de las instituciones de mercado en los debates claves de políticas internacionales: desarrollo sustentable, salud, globalización y comercio. IPN trabaja con académicos, centros de estudio, periodistas y responsables de políticas públicas en todos los continentes.

## Prefacio

Por causa de un imperativo natural, el ser humano necesita consumir bienes para poder subsistir (como mínimo, alimentos, aire, agua); es decir, la naturaleza creó para el hombre necesidades de consumo. Al principio, el ser humano resolvía esas necesidades en autosuficiencia; lo cual implica que cada unidad familiar se proveía de todo lo necesario para sobrevivir. Luego, en esa lucha constante por la supervivencia, el hombre descubre el *principio de especialización e intercambio*, con base en el cual Juan se especializa en la producción de granos, y Pedro, en la de leche, e intercambian. Al hacerlo, ambos obtienen, con los mismos recursos, mucho más leche y granos que en autosuficiencia. Cuando miles de individuos aplican este principio, se forma una intrincada red de interrelaciones e interdependencias conocida como el *sistema de especialización e intercambio* (SE&I), en el cual cada individuo se especializa en la producción de uno o pocos bienes o servicios, y obtiene todo lo demás por medio del intercambio con otros individuos. La cantidad de bienes y servicios que esos individuos logran disponer para su consumo (la riqueza generada) a través de este sistema suele ser exponencialmente mayor que la cantidad que se obtendría con los mismos recursos, pero en autosuficiencia. Ahora, el intercambio de bienes y servicios es lo que conocemos como *comercio*; sin embargo, cualquier calificación o valoración del comercio es, en realidad, una calificación o valoración del SE&I, ya que sin especialización no hay intercambio.

El principio de especialización e intercambio y el sistema que resulta de su aplicación generalizada antecede (y trasciende) cualquier noción de unidades políticas, como países. Las fronteras políticas llegaron mucho después de ese descubrimiento. En el caso americano, podemos imaginar a los nativos intercambiando bienes y servicios en forma amplia a través de todo el continente antes de

la llegada de los españoles. Después de ese evento, se inició la partición política del continente y la superposición de límites o fronteras sobre el sistema de intercambio que ya existía, lo cual generó subsistemas de especialización e intercambio, basados no en realidades económicas, sino políticas.

Un subsistema de especialización e intercambio cuenta con solo dos mecanismos para, con los mismos recursos, incrementar la riqueza generada: 1) el ingreso de nuevos actores (de otros subsistemas) con mejores soluciones para las necesidades de consumo de los participantes; y 2) el descubrimiento, por parte de esos participantes, de las mejores soluciones. No hay más. Cada vez que ingresa un actor de otro subsistema (de otro país) con una mejor solución para las necesidades de consumo de los participantes en el subsistema A, ocurre mayor especialización y un incremento de la riqueza generada en esta última, con los mismos recursos. Es decir, todo incremento del comercio entre individuos de dos subsistemas \_esto es conocido como comercio internacional\_ lleva consigo un incremento de la riqueza generada en cada uno de ellos.

El tema del presente documento es el *libre comercio para una mejor salud*. Para abordarlo, el autor se concentra en el comercio internacional, es decir, en el intercambio de bienes y servicios entre individuos de distintos países; particularmente, entre individuos de países donde existe mucha pobreza con individuos de países donde la riqueza abunda. Ahora, ese comercio impacta positivamente la salud de los individuos de dos formas: indirectamente, a través de la riqueza que genera, y, directamente, mediante los bienes y servicios que se intercambian.

Primero, la indirecta. Las evidencias confirman que existe una relación positiva entre el libre comercio y el

crecimiento económico que tiende a desembocar en menos pobreza y estándares de vida más elevados. En la medida que se incrementan los ingresos en una sociedad, así se aumenta la demanda de mejor salud y medioambiente, o por “servicios” de salud y ambientales, si se quiere. Por consiguiente, cuanto más rica sea una sociedad (los individuos), mayor es la oferta y demanda de alcantarillados, agua potable, vacunas, energía limpia, ambiente libre de enfermedades y de contaminación. Los pueblos más pobres son los que tienen peores condiciones ambientales y de salud.

Segundo, la directa. Además del efecto indirecto del comercio sobre la salud, vía mayor prosperidad y riqueza, el comercio tiene un efecto directo: cuanto más libre sea el comercio entre individuos de un país pobre e individuos de otros países, especialmente los ricos, mayor será la disponibilidad de bienes y servicios para el consumo de los habitantes del primero (por ser más baratos y más abundantes). Nos referimos a bienes y servicios que inciden directamente sobre la salud, tales como alimentos, medicinas, pesticidas que erradican agentes patógenos; equipo médico para diagnosticar, prevenir y curar enfermedades; servicios médicos como telemedicina, turismo medicinal y seguros. Igualmente, al forzar mayor competencia, el libre comercio propicia un mayor flujo de ideas \_como efectos del fumado y del ejercicio\_, tecnologías e información.

A pesar de la lógica del sistema de especialización e intercambio y de la abrumadora evidencia que da respaldo a la correlación positiva entre el libre comercio y la salud de los individuos, especialmente en sociedades pobres, muchos gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) se oponen al libre comercio, so capa de que tiene el efecto contrario: causa pobreza y bajos niveles de salud. Al amparo de este argumento y de la convicción de que es necesario proteger a los productores nacionales de alimentos y de bienes farmacéuticos, los gobiernos de los países con más pobreza acostumbran erigir barreras al intercambio de bienes entre sus ciudadanos y los de sociedades más ricas. Las consecuencias de esta acción, como es de esperar, son el encarecimiento de los alimentos, medicinas y servicios de salud, pobreza, y bajos estándares de vida y de salud de los individuos. Aunque sea solo parcialmente, la evidencia de estos efectos

negativos ha motivado cierta liberalización comercial en muchos de estos países, por medio de los Tratados de Libre Comercio. Esta liberalización ha sido fuertemente criticada por muchas ONG, las cuales ven en ella una pérdida de soberanía nacional y un menoscabo de la salud. Su preocupación está basada en varias nociones totalmente equivocadas. La primera consiste en creer que los individuos participan en el SE&I con el fin de satisfacer los intereses de los productores \_lo cual acabaría en escasez y precios elevados\_ cuando, en realidad, lo hacen para satisfacer sus necesidades de consumo \_lo cual provocaría abundancia de alimentos y medicinas, a precios bajos. La segunda, en materia de salud, consiste en concentrarse en la imposibilidad de seguir manufacturando medicinas genéricas sin que se haya vencido la patente en el país de origen, lo cual encarecería dichas medicinas. Este documento demuestra que el 95 por ciento de las medicinas esenciales no son afectadas por esos tratados y que, para los habitantes de esas sociedades pobres, son inmensas las ventajas de tener un sistema de protección de la propiedad intelectual.

El presente documento es muy rico en explicaciones, argumentos y ejemplos bien documentados, que no dejan lugar a dudas en cuanto a que el mejor aliado de la salud de los seres humanos pobres de este mundo es el libre comercio; el libre intercambio de bienes y servicios entre individuos, con independencia de su nacionalidad o ubicación geográfica. Felicito al International Policy Network y a Philip Stevens por ofrecer este producto al mundo.

Rigoberto Stewart, Ph.D  
*San José, Costa Rica, 2006*

## Resumen

El libre comercio es un mecanismo poderoso para mejorar la salud humana por dos grandes motivos. El primero y más importante, es que liberar el comercio entre los individuos y los países es una forma probada de aumentar la prosperidad y la riqueza.

La riqueza es importante para la salud ya que permite que la gente pueda mejorar sus condiciones de vida. La prosperidad trae consigo una sanidad decente, agua no contaminada y combustibles domésticos limpios y eficientes. La carencia de estos elementos es directamente responsable por una gran parte de la mortalidad y morbilidad en los países más pobres del mundo. En tanto, la gente de los países más ricos tiene los recursos para asegurarse de que estén todos bien nutridos y vivan una vida en condiciones higiénicas. Así es que la esperanza de vida ha aumentado en estas regiones desde que comenzó el crecimiento económico moderno en la época de la Revolución Industrial.

El segundo motivo por el cual el comercio mejora la salud se relaciona con la llamada “transferencia de tecnología”. Antes de fines del siglo XIX, el comercio a través de las fronteras estaba restringido a un puñado de naciones. Hoy, todos los países comercian internacionalmente, incluso los países de menor ingresos que recientemente han visto aumentar significativamente su participación en el comercio mundial.

Como resultado de este creciente intercambio internacional de bienes y servicios, el conocimiento y las tecnologías vinculadas a la salud que se originan en los países ricos se han diseminado por el resto del mundo. En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la propagación global de drogas como la penicilina – un medicamento descubierto y desarrollado en Gran Bretaña – tuvo un impacto masivo en la reducción de

mortalidad en muchos países pobres. De forma similar, la distribución de otras tecnologías desarrolladas en países ricos, como el DDT, redujo de manera importante la incidencia de paludismo en el mundo. Algunos economistas consideran que la propagación de tecnología, facilitada por el libre comercio, es la razón principal por la cual la esperanza de vida ha crecido sostenidamente en la mayor parte del mundo durante los últimos 50 años.

De todas formas, algunos han sostenido que la liberalización del comercio y especialmente los acuerdos comerciales, como los administrados por la Organización Mundial del Comercio (OMC), son perjudiciales para los pobres. La evidencia no respalda esas opiniones.

Uno de los principales acuerdos de la OMC, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS, concido también como GATS) ha sido acusado de socavar la soberanía y forzar la privatización de servicios sanitarios, cuando en realidad el GATS le permite a los firmantes un alto grado de flexibilidad. Además, como todos los acuerdos comerciales, el GATS es voluntario y se apoya en la mutua aceptación, no en la coacción. Más aún, el GATS puede actuar como un estímulo significativo para la transferencia de tecnología y conocimiento ya que crea incentivos para el desarrollo de servicios beneficiosos como la telemedicina, el turismo médico y aseguramiento en salud. También puede ayudar a superar la llamada “fuga de cerebros” de personal sanitario del Sur al Norte, al promover mejores oportunidades de carrera en los países de origen.

Otro acuerdo de la OMC, el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS), se ha visto acusado, entre otras cosas, de impedir la transferencia de conocimiento del “Norte” al “Sur”. En realidad, sucede lo contrario.

India reformó recientemente su legislación para que esta cumpla con el ADPIC, y el resultado fue una masiva afluencia de conocimiento y capital extranjeros, en el área de Investigación y Desarrollo. Los primeros indicios muestran que la adherencia al ADPIC creará un ambiente que permitirá a la India desarrollar una amplia gama de drogas nuevas, para las enfermedades que afectan a su población.

Mientras tanto, los diversos Tratados de Libre Comercio (TLC) firmados entre Estados Unidos y socios bilaterales forman parte igualmente acusados de retrasar la transferencia de tecnología al fortalecer la protección de la propiedad intelectual. La verdad es que la mayoría de los TLC conservan las flexibilidades del ADPIC, y existen "cláusulas al margen", vinculantes para los demás. Pero al proteger la propiedad intelectual, estos TLC permiten a los fabricantes locales desarrollar sus propios productos sin la amenaza de la piratería, la cual reduce sus ganancias. En forma similar, las empresas multinacionales sabrán que su propiedad y sus inversiones estarán seguras en un país signatario, cosa que resultará en mayor inversión extranjera y en transferencia de tecnología.

Dado que el libre comercio tiene un impacto positivo sobre la salud, es reprobable que los gobiernos continúen imponiendo restricciones al intercambio comercial. Resulta particularmente abominable que las drogas y los elementos sanitarios continúen sujetos a una serie de barreras de importación en la mayoría de los países de bajos ingresos, con el resultado de que mucha gente enferma no pueda recibir un tratamiento médico asequible. La eliminación de estas restricciones intolerables sobre el comercio debería ser la prioridad de los negociadores, quienes dicen interesarse en la salud de los más pobres.

Además, desde el punto de vista moral, es imperativo eliminar inmediatamente las barreras que restringen el flujo de tecnologías para el saneamiento del agua, y la generación limpia de energía. El agua no potable, y los combustibles muy contaminantes, son las dos principales causas de enfermedad en los países de bajos ingresos, que producen más de cuatro millones de muertes anuales, de mujeres y niños en su mayoría. La eliminación de estos obstáculos puede y debe realizarse lo antes posible. Si no resulta políticamente aceptable la

eliminación unilateral, entonces será necesario obtenerla dentro del contexto de las negociaciones sobre el acceso a bienes y servicios ambientales en la ronda multilateral de Doha.

Por último, hay un imperativo moral absoluto de eliminar las barreras al comercio de alimentos, porque la desnutrición continúa siendo uno de los más agobiantes males en muchas partes del mundo. Esto es el caso en muchas naciones de África, las cuales mantienen aranceles sobre los productos agrícolas de estados vecinos.

# Libre comercio para mejor salud

## Riqueza, comercio y salud

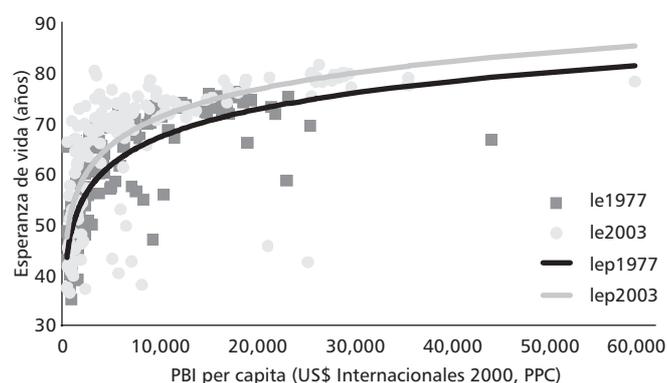
La historia de la humanidad demuestra que la forma más segura y sostenible de mejorar la salud del hombre es aumentando la prosperidad individual y la riqueza. En 1996, un trabajo crucial, de los economistas Lant Pritchett y Lawrence Summers, demostró el impactante efecto que puede tener sobre la salud el aumento en los ingresos. Se halló un sólido efecto causal del ingreso sobre la mortalidad infantil, y se demostró que si la tasa de crecimiento del mundo en desarrollo hubiese sido 1,5 puntos porcentuales mayor en la década de 1980, se habrían evitado medio millón de muertes de niños.

De hecho, la salud de la población mundial ha venido mejorando desde el inicio del crecimiento económico moderno con la Revolución Industrial. Las tasas de mortalidad infantil y de esperanza de vida al nacer han mejorado drásticamente en todo el mundo. Los alimentos nunca han sido tan abundantes y económicos en la historia. Estos indicadores de bienestar humano mejoraron significativamente en los países ricos entre mediados y fines del siglo XIX, a medida que se trataban los suministros de agua y se instauraban medidas de salud pública básicas, como saneamiento, pasteurización y vacunación. Luego, en la primera mitad del siglo XX, se agregaron a esto los antibióticos, los pesticidas como el DDT, y una serie de vacunas, que complementaron el arsenal de armas contra las enfermedades. Una vez que se avanzó hacia la derrota de las infecciones tradicionales y las enfermedades parasitarias, los países ricos dirigieron su ingenio y riqueza a las llamadas enfermedades de la opulencia: cáncer, enfermedades coronarias y paros cardíacos (además del VIH/SIDA, una enfermedad infecciosa no tradicional). Si bien estas aún no han sido derrotadas en su totalidad, ahora existe una vasta variedad de tratamientos, drogas y tecnologías nuevas para mitigar sus efectos.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la propagación de tecnología de los países ricos a los de menor ingreso, así como también el aumento de la riqueza en los países más pobres, llevó a lo que ha sido descrito como la tercera gran ola de caída en la mortalidad (Gwatkin, 1980). Durante este período se vio un incremento en el acceso al agua potable y a servicios de saneamiento en los países de ingresos bajos. Esto, junto con el aumento en el índice de alimentos per capita, en los servicios públicos de salud básicos, el mayor conocimiento de la higiene básica, y las nuevas armas contra las enfermedades (como los antibióticos y los exámenes para diagnósticos tempranos), fueron factores clave en la reducción de las tasas de mortalidad.

Como resultado de estos avances, la esperanza de vida se prolongó mundialmente, no sólo en las naciones más ricas. La esperanza de vida promedio a nivel global pasó de 46,6 en 1950–1955 a 66,8 años entre 1950–1955 y

Gráfico 1 **Esperanza de vida vs. Ingreso**  
1977–2003



Fuente: Goklany, I. sin publicar

2003, a medida que la tecnología, incluyendo los avances en conocimiento, se propagó alrededor del mundo (Banco Mundial, 2005). El Gráfico 1 ilustra la correlación existente entre riqueza y salud, demostrando que la esperanza de vida al nacer aumenta junto con el PIB per capita.<sup>1</sup>

## Comercio y salud

Resulta claro que la humanidad debe la buena salud de que goza a la creciente prosperidad y a la difusión de los avances en conocimiento. Dicho conocimiento no sería de mucha utilidad, si careciéramos de los recursos económicos para implementarlo: los sistemas de alcantarillado, por ejemplo, son muy costosos, al igual que los programas masivos de vacunación o la construcción de viviendas higiénicas.

Pero gran parte de este crecimiento económico, y de la propagación del conocimiento, sanitario no habrían podido realizarse sin el drástico incremento en el comercio internacional que caracterizó el fin del siglo XIX y la segunda mitad del siglo XX. Antes del siglo XIX, las transacciones a través de las fronteras estaban confinadas a un puñado de naciones. Hoy, todos los países comercian a nivel internacional y, con pocas excepciones como Corea del Norte, el comercio es una proporción significativa y creciente de su PIB. Si bien en 2000 los países de mayores ingresos aún representaban tres cuartas partes del comercio mundial, los países de menores ingresos recientemente han visto aumentar su participación en un tercio, a medida que reducen sus aranceles y desmantelan otras barreras. El arancel promedio en los países de bajos ingresos cayó del 25 % a fines de la década de 1980 al 11 % en la actualidad (Banco Mundial, FMI, 2005). Según la OMC, los países de bajos ingresos ahora representan el 31 % del comercio de mercancías, el nivel más alto desde la década de 1950 (OMC, 2005).

## Barreras a los mercados abiertos

Los países de menores ingresos han comenzado a participar exitosamente en los mercados globales, en parte gracias a abandonar las antiguas políticas proteccionistas del período de posguerra. Entre éstas, la principal fue la Industrialización por Sustitución de

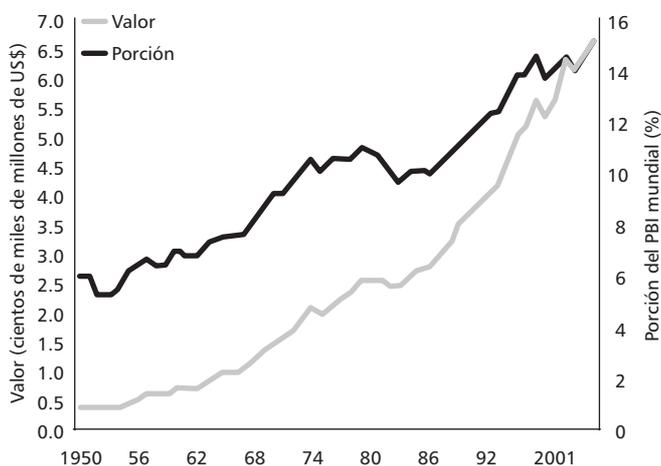
Importaciones (ISI), ampliamente promovida luego de la Segunda Guerra Mundial e implementada de forma agresiva y entusiasta en muchos países de bajos ingresos, especialmente en África tras la independencia.

Las justificaciones para esta política fueron dos. Por un lado, se presumía que el desarrollo requería de industrialización. Segundo, se suponía que los gobiernos podían acelerar este proceso impidiendo la importación de bienes industriales, y dando incentivos al desarrollo de una industria local.

Siguiendo el consejo de los defensores de la ISI, Brasil y otras economías latinoamericanas impusieron cuantiosas restricciones (cuotas, aranceles, y prohibiciones) sobre la importación de bienes industriales. Como resultado, se produjo un aumento temporal de la producción industrial. Esto no debería sorprendernos: si se restringe la importación de bienes que la gente tradicionalmente importaba, entonces la producción local en cierta medida lo compensará.

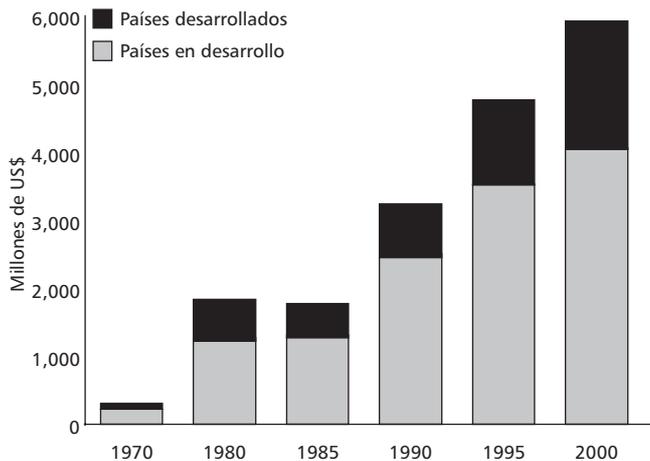
Sin embargo, el costo inicial fue una reducción en la producción agrícola, ya que los factores de producción se fueron de la agricultura hacia la industria, y la gente migró del campo a las ciudades. Luego de cierto tiempo, la producción industrial comenzó a aminorar. Esto se

Gráfico 2 **Exportaciones mundiales de bienes**  
1950–2003



Fuente: OMC

Gráfico 3 **Comercio Internacional**  
Países en desarrollo y desarrollados, 1970–2000



Fuente: OMC

debió principalmente a que ya no era competitiva. Y como ya no era fácil adquirir en el extranjero los insumos esenciales para la producción, disminuyó la eficiencia de esta. Logicamente, los productores extranjeros lograban ser más competitivos, a medida que los costos de los insumos subían.

Para salvar a las industrias que habían sido promovidas por las políticas de sustitución de importaciones, los gobiernos comenzaron a subsidiarlas. Para pagar estos subsidios, aumentaron los impuestos sobre la agricultura, y la deuda gubernamental empezó a convertirse en inflación. El resultado final fue la hiperinflación, combinada con desempleo y crecimiento negativo.

En suma, se generó un caos social. Esto se debe a que muchas personas que habían migrado hacia las ciudades perdieron sus empleos. Si hubiesen estado desempleadas en el campo, habrían tenido sus redes de apoyo social, desarrolladas a lo largo de décadas. Pero los nuevos inmigrantes carecían de esas redes en las ciudades.

### El libre comercio mejora la salud

Afortunadamente, hacia el cierre de la Ronda de Negociaciones de Uruguay en 1994, la mayoría de los

países habían acordado alejarse de esta estrategia contraproducente y bajar significativamente sus aranceles proteccionistas. En muchos países, esto sentó las bases para un rápido crecimiento económico y la profundización de la integración en la economía global.

Así como fue un período de creciente comercio y actividad económica globales, la segunda mitad del siglo XX también vio importantes mejoras de salud en la mayoría de los países de bajos ingresos. Entre 1950–55 y 2003, por ejemplo, la mortalidad infantil de India cayó de 190 a 63 por 1.000. De hecho, la esperanza de vida en países de bajos y medianos ingresos aumentó sostenidamente desde mediados del siglo XX, con la excepción del África Sub-Sahariana en la década de 1990. Este progreso sucedió en medio de un aumento en el comercio internacional.

¿Se puede establecer algún vínculo entre la creciente importancia global del comercio y la mejora en la salud del mundo en desarrollo? Podría ser que, aumentar la riqueza nacional gracias al comercio internacional, los individuos y los gobiernos adquieren más fácilmente tecnologías propicias para la salud. Un amplio y creciente cuerpo teórico demuestra que el aumento en el volumen del comercio está asociado causalmente con un robusto crecimiento económico (por ejemplo, Dollar, 1995; Dollar & Kraay, 2001; Frankel & Romer, 1999; Sachs & Warner, 1995). Y, como hemos visto, el aumento en los ingresos deriva en mejores condiciones de salud, principalmente debido a que permite que la gente acceda a mayor salud pública, combustibles más limpios, y tecnologías de salud más avanzadas.

De esta forma, la apertura de un país al comercio es una forma efectiva de mejorar la salud de su población. Esta tesis queda confirmada por la literatura sobre la relación entre apertura comercial y salud. En su estudio de 219 países, Owen y Wu (2004) hallaron que, a mayor apertura comercial, hay menores tasas de mortalidad infantil y mayor esperanza de vida, especialmente en países de bajos ingresos. Wei y Wu (2002) también muestran que una mayor apertura comercial está asociada a una mayor esperanza de vida y una menor tasa de mortalidad infantil. Las experiencias recientes de países como China, India y Vietnam, cuyos indicadores de salud han mejorado a medida que siguieron políticas

comerciales más liberales, brinda una confirmación importante y tangible de este punto.

Las generaciones futuras en los países de bajos ingresos podrán acumular mayores beneficios financieros y de bienestar si se aumenta la liberalización. Según un estudio reciente del Banco Mundial, la eliminación de aranceles, subsidios y programas de apoyo doméstico estimularía el bienestar global en alrededor de US\$300.000 millones por año hacia 2015. Cerca de dos tercios de esas ganancias vendrían de la reforma del comercio agrícola, porque la agricultura está mucho más distorsionada que otros sectores. Más aún, los países de bajos ingresos recibirían 45 por ciento de los beneficios globales por liberar totalmente el intercambio de mercancías. Como los países más pobres tienen una porción mucho menor de la riqueza global, sus ganancias potenciales de la liberalización del comercio son desproporcionadamente grandes, y suman más de dos veces su porción del producto bruto doméstico global (Martin & Anderson, 2005).

## La dispersión del conocimiento: un saludable efecto colateral del libre comercio

Hemos visto que los efectos económicos del comercio explican la relación que hay entre apertura comercial y mejoría en los indicadores de salud. Sin embargo, hay otras maneras en las cuales el libre comercio se relaciona con un mejoramiento en las condiciones de salud. De hecho, algunos economistas consideran que la propagación del conocimiento relacionado con la salud, el cual acompaña la apertura comercial, es uno de los principales determinantes de la salud en los países de bajos ingresos (Deaton, 2004; Owen & Wu, 2004; Jamison, Sandhu & Wang, 2001). Esto se debe a que gran parte del conocimiento acerca del mejoramiento de la salud humana,— desde las vacunas hasta la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, ha sido ampliamente distribuido por todo el mundo desde los países ricos, donde fue primero desarrollado.

Cuando se reducen los costos del comercio, resulta más fácil diseminar el conocimiento, las técnicas y los productos medicinales, desde los países que los desarrollaron hacia otros países. Por ejemplo, el

descubrimiento de John Snow en Londres en 1854, de que el cólera se propaga a través del agua contaminada, tuvo consecuencias significativas en la prevención de enfermedades infecciosas en todo el mundo. Este conocimiento se filtró gradualmente desde Londres hacia toda Europa, haciendo que las autoridades urbanas mejoraran sus sistemas de agua potable y de cloacas para poder impedir que los desechos humanos contaminaran el suministro de agua (Williamson, 1990). Hoy, la teoría germinal es ampliamente comprendida y reconocida por las autoridades de salud pública en todo el mundo, y es una herramienta importante para luchar contra la enfermedad (aunque no siempre existan los recursos para construir y mantener sistemas efectivos de administración de aguas).

En forma similar, reducir los costos de transacción puede acelerar la tasa mediante la cual otros países pueden adoptar tecnologías médicas probadas. Algunas de las medicinas más efectivas y sencillas, como los antibióticos y las vacunas, fueron desarrolladas originalmente en países ricos, pero la manufactura y el comercio internacional de ese tipo de tecnologías les permitió convertirse en elementos de rápida disposición en casi todo el mundo. Es probable que la adopción de dichas tecnologías en los países pobres de Asia durante los años de la posguerra, sea en gran parte responsable por las drásticas reducciones en su tasa bruta de mortalidad en ese período.

En la década de 1940, Asia puso fin a varias décadas de relativo aislamiento económico y cultural, y comenzó a integrarse a la economía global. Esto trajo consigo una masiva transferencia y expansión de programas de salud pública, tecnologías y técnicas que se habían originado en los países más ricos. Entre 1920 y la década de 1940 se vieron grandes avances en descubrimientos medicinales, incluyendo la penicilina, las sulfadrogas, la bacitracina, estreptomycinina y cloroquina. Con la llegada a Asia de estas y otras drogas, se hacían disponibles tratamientos para enfermedades que en otro tiempo habían matado a millones de personas. Más aún, la invención del DDT en 1943 le dio a las autoridades un arma enormemente poderosa en la lucha contra la malaria, la cual permitió erradicar la enfermedad en EE.UU. y Europa, y reducirla en cerca del 99 % en partes de Sri Lanka e India (Gramiccia & Beales, 1988). Como

resultado de su creciente disponibilidad y la caída en los costos de la utilización de estos tratamientos, lo cual fue posible gracias a una mayor libertad de comercio, las tasas brutas de mortalidad cayeron fuertemente, en particular en Asia oriental, a fines de la década de 1940. Hacia los años 50 y 60, cada vez menos niños y jóvenes sucumbían a enfermedades fácilmente prevenibles, las cuales históricamente habían deprimido los indicadores sanitarios de la región. La esperanza de vida aumentaba en toda el área (Bloom & Williamson, 1998).

Este proceso continúa en la actualidad, a medida que las nuevas drogas que se inventan en un lugar se hacen disponibles en otro, por medio de los mercados internacionales. Si bien casi todas las drogas comienzan su vida protegidas por patentes, estas eventualmente expiran, abriendo el mercado para la competencia genérica. Como resultado, muchas medicinas sin patente están disponibles en todo el mundo a precios muy bajos, haciendo que la gente de los países más pobres se beneficie del conocimiento y la innovación que se produce en otros lugares del mundo más opulentos. Ejemplos más recientes incluirían a las drogas antirretrovirales y estatinas, como también equipos de cuidado intensivo neonatal, equipos de diálisis renal, dispositivos de monitoreo y una miríada de equipos médicos modernos. Por supuesto, muchas drogas que tienen patentes también están sujetas a la competencia con otras alternativas de la misma clase. Más aún, con la diferenciación de precios de las drogas patentadas (precios más bajos en países más pobres), estas pueden encontrarse a costos incluso cercanos al de producción.

### **Los impuestos y los aranceles retrasan la transferencia de tecnología**

Los beneficios de la transferencia de tecnología serían aún mayores si los países de menores ingresos abolieran los muchos aranceles e impuestos que imponen a los medicamentos. Los aranceles por lo general inflan significativamente el precio al consumidor final en los países de bajos ingresos, y actúan como barreras para la distribución efectiva de drogas y de tecnología médica. En 2003, un estudio de 57 países, realizado por auspicio de la Comisión Europea, halló que los países de menores ingresos gravan con impuestos y aranceles significativos a las drogas importadas. Un caso es India, donde se

impone una tasa combinada de 55 %; en Nigeria son de 34 % y en Pakistán de 33 % (Comisión Europea, 2003). Por lo general, los gobiernos sostienen que esos impuestos son necesarios para proteger la industria farmacéutica local, pero en realidad sencillamente sirven para negarle a los pacientes una mejor calidad de medicamentos a menores precios.

La evidencia sugiere que las empresas extranjeras interesadas en exportar a India dispositivos medicinales, como los marcapasos, se enfrentan con aranceles de alrededor de 50 %, a pesar de que las enfermedades cardíacas representan una quinta parte de las muertes en India, y de que la Organización Mundial de la Salud estima que hacia 2010, 60 % de los pacientes cardíacos del mundo serán indios. Más aún, en India no hay fabricantes locales de marcapasos. Como resultado, los pacientes indios tienen que arreglárselas con marcapasos de menor calidad, viejos o reparados, si es que tienen los recursos económicos para conseguir uno (Anilkumar & Balachander, 2004).

### **Otras tecnologías**

A pesar del desalentador efecto de los aranceles sobre la difusión de medicinas y otras tecnologías sanitarias, el argumento de la “dispersión del conocimiento” gana aún más apoyo en un estudio conducido por los economistas Angus Deaton y Christina Paxson en 2004. Ellos demostraron que las tendencias de mortalidad de los niños y de las personas de mediana edad tienden a aparecer antes en EE.UU. que en el Reino Unido, con una diferencia de 4 a 5 años. Esto puede explicarse porque el sistema de salud en EE.UU., un sistema más basado en el libre mercado, permite más rápidamente la adopción de nuevas tecnologías que el sistema estatal del Reino Unido, aún si esas tecnologías no son inventadas originalmente en EE.UU. El libre comercio permite que los proveedores del mercado de salud de EE.UU. adopten esas nuevas tecnologías y drogas tan pronto como sea posible, para mantener una ventaja competitiva. Esto es obviamente beneficioso para los pacientes.

De forma similar, la reducción de los costos de transacción cuasó, tanto en países ricos como en países pobres, una masiva adopción de tecnologías de

comunicación como la televisión, la radio e Internet. Esto permitió mejorar la salud global, al facilitar la divulgación de conocimiento útil; este es el caso, por ejemplo, de las consecuencias que fumar tiene para la salud, o las ventajas de hacer ejercicio físico. Por último, existe cierta evidencia de que el aumento del comercio tiene un efecto positivo en la calidad de las instituciones de gobierno, llevando así a un contexto de políticas conducentes a una mejor salud (Owen & Wu, 2004). Este estudio demostró que el mejoramiento las políticas de salud, causado por los mayores volúmenes de comercio, se sintió con más fuerza en los países pobres.

## Los tratados comerciales y la salud

El resurgimiento del libre comercio, tras el desastre económico de la Gran Depresión y de la Segunda Guerra Mundial, se benefició mucho del desarrollo de un régimen de comercio mundial, y especialmente, de la creación del Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT) en 1947. Esta institución tenía la ilusión de promover la sencilla idea, según la cual si una persona en un país produce bienes y servicios en otros países desean comprar, entonces deberían tener el derecho de vendérselo sin interferencia del estado. Desde este origen, el régimen mundial de comercio hoy ha evolucionado convirtiéndose en el ejemplo más destacado de cooperación internacional. Las sucesivas rondas de liberalización comercial han visto caer los aranceles y normalizar las prácticas comerciales. Muchos más países se han unido al sistema de comercio mundial.

Hoy el GATT ha quedado enmarcado dentro de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que funciona bajo la premisa, ampliamente aceptada, de que el bienestar humano aumentará a través del crecimiento económico basado en la apertura comercial, en un marco

de reglas no discriminatorias, de reciprocidad, de justicia y de transparencia. Mientras que la cámara de resolución de disputas del GATT original tenía poderes limitados, las decisiones del organismo de arbitraje de la OMC son automáticamente vinculantes y aplicables, principalmente mediante sanciones.

Sin embargo, el surgimiento de un régimen comercial más vinculante enfrenta una fuerte oposición, particularmente de los activistas de ONG que dicen representar los intereses de la salud pública. Gran parte de esto surge de los detalles de Tratados de Libre Comercio Multilaterales (TLCM). Si bien los TLCM tienen la intención de facilitar el libre comercio y la transferencia de conocimiento, los activistas afirman que estos son perjudiciales para la salud pública, en particular en los países de menores ingresos. El objetivo principal de los activistas ha sido el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC, TRIPS en inglés) de la OMC, el cual discutiremos más adelante. Pero puede ser que el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) sea de igual o mayor importancia para la salud pública.

El GATS, firmado por unos 120 países, entró en vigor en 1995, y apunta a la creación de un clima favorable para el comercio de servicios bajo condiciones de transparencia y liberalización progresivas.<sup>2</sup> Para tal efecto, permite que los países realicen compromisos vinculantes para reducir las barreras comerciales. En lo relacionado con los servicios de salud, el acuerdo cubre las áreas indicadas en la tabla subsiguiente.

Los críticos del GATS, sin embargo, lo interpretan como un acuerdo que implica la privatización de los servicios de salud, y una reducción de la capacidad de los gobiernos para regular a sus propios proveedores de salud, y de determinar la forma de sus sistemas de

### *Modos de transacción*

Comercio con el exterior

Consumo en el exterior

Presencia comercial

Presencia de personas naturales

### *Servicios de salud*

Telemedicina

Pacientes que buscan tratamiento en el exterior ("turismo médico")

Presencia comercial extranjera en sectores hospitalarios o de seguro de salud

Traslado temporal de profesionales de la salud para brindar servicios en el extranjero

asistencia sanitaria (Sinclair, 2000; Pollock & Price, 2003). Por ejemplo, los críticos sostienen que los servicios estatales de salud no fueron explícitamente eximidos en la redacción del GATS (Krajewski, 2001). Otro punto de controversia es qué tanto permite el GATS que los gobiernos regulen a los proveedores de asistencia sanitaria. Algunos argumentan que este “prohíbe el uso de mecanismos que no sean de mercado, como las subvenciones, la unificación del riesgo, la solidaridad, y la rendición pública de cuentas sobre el financiamiento y la provisión de servicios” (Pollock & Price, 2000). Finalmente, los críticos sostienen que el AGCS es democráticamente ilegítimo, ya que sacrifica parte de la soberanía nacional sobre la política sanitaria general a un régimen comercial, sujeto a fuerzas y actores externos (Sinclair, 2000).

Una evaluación del GATS realizada por Leah Belsky *et al* en 2004, demuestra que la mayor parte de estos temores carecen de fundamento. Si bien existe preocupación de que las reglas del GATS sean muy vagas y no excluyan específicamente a los servicios de salud públicos (Krajewski, 2001), esto es irrelevante, porque de todas las partes mantienen su derecho a regular a todos los proveedores, tanto públicos como privados. Más aún, si bien los países quedan limitados en sus políticas hacia los sectores que han incluido en el GATS, cada país puede elegir si participa o no, y es libre de seleccionar los sectores que incluye en el tratado. Por ende, es inexacto manifestar que el GATS socava la soberanía nacional, porque es algo que un país se impone a sí mismo. Más aún, resulta difícil sostener que el GATS represente un ejemplo particularmente escandaloso de ilegitimidad democrática; sostener esto sería argüir que todas las decisiones de política comercial son sospechosas desde el punto de vista democrático. Y si agregamos que los acuerdos comerciales dentro del marco de la OMC sólo se concretan con el consentimiento de los legisladores de los estados miembros, estos son en muchas maneras más democráticos que cualquier cuerpo supranacional como la ONU o la UE.

Dejando estas preocupaciones de lado, vale la pena destacar los efectos positivos sobre la salud pública de un acuerdo como el GATS. El GATS puede traer beneficios generales, principalmente porque ayuda a acelerar la “dispersión de conocimiento” y la

transferencia de tecnología, la cual ya hemos visto es imprescindible para mejorar la salud. También permite a los países obtener ingresos importantes por medio de exportaciones, contribuyendo así a su crecimiento económico.

Los países que disfrutan de una ventaja comparativa en la provisión de servicios de salud obviamente se beneficiarían de la apertura; mientras que esto se aplica fundamentalmente a los países más ricos, algunos países de bajos ingresos, como la India, están desarrollando rápidamente especializaciones y capacidades de nivel mundial en toda una serie de disciplinas médicas.

### Telemedicina

La telemedicina es el área de servicios médicos que más obviamente podría sobrepasar las fronteras. Si bien la provisión de telemedicina aún es embrional, su futuro potencial es enorme. Los decrecientes costos de comunicación están ampliando la posibilidad de que los médicos puedan examinar con rayos X, o incluso realizar una telecirugía, a un paciente en otro país. La información clínica, de control y epidemiológica, también podría diseminarse a través de tecnologías de comunicación como Internet. Estas innovaciones modernas hacen que los médicos puedan mantenerse actualizados sobre la literatura y el conocimiento, de forma mucho más fácil que en el pasado, incluso en las regiones más remotas del mundo.

Las tecnologías de comunicación tienen el poder de reducir los costos, ya que los hospitales podrán contratar los servicios del proveedor con precio más competitivo, y ya no tendrán que limitar su elección por ubicación. La telemedicina puede ayudar a los profesionales en áreas remotas a consultar a especialistas en centros urbanos, reduciendo de esta forma en gran parte la necesidad de consultas costosas. La telemedicina podría ayudar a extender la esfera de pruebas clínicas, agregando el potencial de incluir a participantes rurales, por ejemplo, o una serie más amplia de razas y etnias. Para el paciente, la telemedicina puede eliminar la necesidad de viajes costosos y complicados, y reducir las demoras entre consulta y tratamiento (Hailey, Roine & Ohinmaa, 2002).

También existe evidencia de que la telemedicina puede tener un beneficio directo para los países de bajos

## Entrenamiento en telemedicina para médicos en sitios con bajos recursos

La Facultad de Medicina de Johns Hopkins estableció un nuevo centro, diseñado para brindar entrenamiento clínico a proveedores de cuidado sanitario en partes del mundo donde los recursos y la infraestructura son limitados o inexistentes. El Center for Clinical Global Health Education (CCGHE) busca utilizar los avances de la tecnología de telemedicina, y a los mismos expertos de Johns Hopkins, para brindar entrenamiento clínico a trabajadores de la salud en todo el mundo de forma eficiente y efectiva desde el punto de vista del costo. “Recientemente, muchos donantes han hecho posible la obtención de medicamentos para el VIH/SIDA para algunos de los adultos y niños infectados que carecen de recursos,” manifestó Robert Bollinger, director del nuevo centro.

ingresos. Un estudio descubrió que un proyecto de teleoftalmología entre Reino Unido y Sudáfrica, ayudó a los profesionales a mejorar su limitado conocimiento oftalmológico, y también a reducir el peso de las enfermedades oculares (Johnston et al, 2004). De hecho, posiblemente los países de bajos ingresos puedan obtener mayores beneficios de la telemedicina que los países ricos. Por mucho tiempo, los expertos en salud pública han reconocido que la falta de acceso a cuidados médicos calificados y a una infraestructura adecuada, son una de las principales barreras a la buena salud en los países pobres. Otro gran problema, relacionado con este, es el de atraer especialistas a las áreas rurales y suburbanas. Por lo tanto, sería mucho más fácil construir y mantener la infraestructura de comunicación necesaria para la telemedicina, en lugar de tener que llevar médicos especialistas, cuyos servicios son muy costosos, a todas las áreas rurales.

“Desafortunadamente, estos remedios ayudan sólo a una porción de la población infectada. Estos países carecen de trabajadores de la salud experimentados y capacitados para formular las drogas en forma efectiva y segura.”<sup>3</sup>

## Consumo en el exterior

Existe una creciente tendencia de los pacientes a viajar internacionalmente en busca de una atención de mejor calidad, a menor costo y con el menor tiempo de espera. En la actualidad, los “turistas médicos” viajan en grandes cantidades a India, el Sudeste Asiático, Latinoamérica y Sudáfrica, donde existen muchas instituciones de salud de alta calidad. Muchos turistas médicos provienen de regiones del mundo donde casi no existen estructuras sanitarias modernas; otros provienen de países como Reino Unido y Canadá donde los sistemas de salud pública están tan sobrecargados, que puede llevar años recibir la atención necesaria. Otro impulsor del turismo médico es el costo: en India, Tailandia o Sudáfrica una cirugía puede costar una tercera parte menos que en Estados Unidos o en Europa Occidental, y a veces incluso menos. El GATS ayuda a crear el marco mediante el cual los pacientes pueden acceder a estos servicios.

Hace diez años, los niveles de turismo médico eran insignificantes. Hoy, más de 200.000 pacientes visitan todos los años Singapur, y cerca de la mitad de ellos proviene de Medio Oriente.<sup>4</sup> Se calcula que durante el año 2005, aproximadamente medio millón de pacientes extranjeros viajarán a India en busca de atención médica, mientras que en 2002, el número era sólo de 150.000. Esto, en cierta forma, sirve para aliviar la carga sobre los sistemas de salud mundo desarrollado, cada vez más deficitarios. Además, se crean mayores incentivos para que el personal médico altamente formado se quede en su país de origen, en lugar de llevarse su experiencia más allá de las fronteras. Más aún, el GATS brinda un mecanismo mediante el cual los países pueden intercambiar estudiantes de medicina, aumentando así la tasa de transferencia de conocimiento.

La atracción de pacientes extranjeros también puede ser una fuente considerable de comercio exterior para los países de bajos ingresos. El turismo médico podría generarle a India alrededor de US\$2.200 millones por año hacia 2012, según un estudio de la firma consultora McKinsey y la Confederación Industrial de India. Argentina, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Sudáfrica, Jordania, Malasia, Hungría, Letonia y Estonia han ingresado en este mercado, o lo están intentando, y cada vez más países se suman a esta lista año tras año.

## Presencia comercial

El GATS brinda un mecanismo basado en reglas mediante el cual pueden operar, en un país extranjero, proveedores comerciales de servicios de salud, como hospitales, o firmas de aseguramiento en salud. Mientras que países como EE.UU. y Reino Unido se abren cada vez más a inversiones extranjeras privadas en salud, países pobres como India, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y Tailandia también empiezan a abrirse igualmente en ese sector (WHO, 2002). Por varias razones, este tipo de comercio es importante para acelerar la “dispersión de conocimiento”, la cual, como hemos visto, mejora la salud pública.

Primero, la presencia de capital extranjero adicional acelerará la velocidad de adopción de nuevas tecnologías medicinales. Los proveedores extranjeros también traerán consigo técnicas de investigación avanzadas, las cuales mejorarán la eficiencia de los hospitales locales.

En segundo lugar, el desarrollo de servicios médicos de alta calidad brindará empleo adicional a profesionales de la salud, y por ende ayudará a retenerlos en el país. Suele suceder que los médicos dividan su tiempo entre el sector privado y el público. Si sus opciones de trabajo quedan limitadas al sector público, tendrán pocos incentivos para quedarse en el país. La presencia de proveedores comerciales extranjeros puede así ayudar a superar la llamada “fuga de cerebros” que ha venido afectando a los servicios médicos en algunos países de bajos ingresos.

Tercero, los proveedores y el capital privado extranjeros dentro de un país en cierta forma también pueden ayudar a mitigar la carga de los servicios públicos deficitarios, al reducir el número de pacientes en busca de tratamiento.

Finalmente, también puede suceder que el GATS acelere la introducción de seguros de salud privados en países pobres, lo cual también sería un desarrollo positivo para quienes no tienen acceso a la atención de monopolios públicos ineficientes e injustos. Esto sólo puede mejorar el acceso generalizado.

## Presencia de personas naturales

El GATS brinda el marco legal mediante el cual los profesionales médicos pueden desplazarse entre países

para ejercer su profesión. Este es un asunto que genera discusión, ya que, en mayor grado, el movimiento de profesionales de la salud ocurre de países de pobres a países ricos, donde los salarios son más altos y las condiciones laborales son mejores. En muchos países pobres, a los profesionales de la salud les resulta difícil conseguir empleo en sus profesiones, y muchas veces recurren a empleos de baja calificación.

En los medios populares, este fenómeno es descrito como una “fuga de cerebros”, algo totalmente negativo que drena de capacidad y recursos a los sistemas de salud de los países de menores ingresos. Sin embargo, la llamada “fuga de cerebros” del personal médico puede, de hecho, hacer algunas contribuciones positivas para la dispersión de conocimiento, y contribuir al intercambio extranjero de un país gracias a las remesas. Muchos profesionales médicos adquieren habilidades que sería imposible de adquirir en sus países, y en cierta forma se llevan esos conocimientos de regreso cuando vuelven a sus países. En una investigación sanitaria, los científicos que migran de países de bajos ingresos pueden promover actividades de desarrollo en áreas prioritarias relevantes para sus países, ayudando así a mejorar la asignación de fondos de investigación sanitaria hacia esas áreas. Más aún, permitir la libre circulación de las personas asegura que el potencial humano no sea inútil. Cabe tener en cuenta, por ejemplo, que Albert Einstein hubiera sido incapaz de desarrollar sus teorías si se hubiese quedado en la Alemania Nazi en la década de 1930.

Desde una perspectiva filosófica más amplia, la idea de que algunas clases de individuos deberían tener su libertad de circulación restringida por los gobiernos, es terriblemente autoritaria. Quienes reclaman una legislación que detenga el flujo internacional de profesionales de la salud parecen insinuar que estas personas son propiedad financiera de los gobiernos. Es profundamente anti-progresista querer restringir a las personas en sus aspiraciones y en la realización de su potencial.

## El ADPIC y la transferencia de tecnología – el caso de India

La postulación de cuestiones de propiedad intelectual en la regulación del comercio internacional ha sido

controversial desde el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) firmado en el marco de la OMC en 1994. Gran parte del debate subsiguiente se ha centrado en si la aplicación o no de patentes sobre productos farmacéuticos dificulta el acceso a medicamentos en países pobres. El acuerdo intenta equilibrar la necesidad de asegurar el acceso a medicinas con la necesidad de proteger la inversión de los innovadores. Sin esa protección, resulta poco probable que el sector privado invierta las considerables sumas que son necesarias para desarrollar nuevas drogas.

Sin embargo, este trabajo no pretende lidiar demasiado con estos aspectos del debate sobre el ADPIC el cual ahora resulta familiar a cualquiera que se interese en salud pública. En su lugar, sería más interesante examinar cómo el ADPIC puede afectar la transferencia de tecnología y conocimiento.

India es un ejemplo que vale la pena analizar. Para poder cumplir con el ADPIC, India promulgó una ley de patentes a comienzos de 2005. Los primeros signos muestran que esto ha llevado a un aumento de las inversiones en investigación y desarrollo (I&D) en drogas por parte de empresas locales y multinacionales, lo cual a su tiempo debería generar drogas más baratas, y más específicamente adecuadas a las necesidades de la población india. De esta forma, India no sólo está a la espera de los beneficios del conocimiento farmacéutico que traen con ellas las multinacionales, sino también de un incremento de los niveles de inversión extranjera directa que ayuda a propulsar a la economía. También existe cierta evidencia de que las nuevas leyes están creando un clima que tienta a los científicos e investigadores indios capacitados a regresar a su país, provenientes de EE.UU. y Europa.<sup>5</sup>

Sin embargo, esta jugada del gobierno indio ha enfrentado una fuerte oposición de varios activistas y de autodenominados “grupos de interés público”, que creen que el hecho de que India cumpla con el ADPIC pondrá fin a la mayor fuente mundial de medicinas baratas, ya que las empresas de genéricos de India ya no podrán copiar los remedios vitales patentados en otras partes.

Pero este argumento carece de sentido. De las medicinas producidas por las empresas de genéricos indias, 97 %

no tienen patente, por ende la ley afectará, como mucho, a tres % de todas las drogas producidas en el país. Más aún, menos de dos % de los remedios en la lista de medicinas esenciales de la Organización Mundial de la Salud tienen actualmente patentes (Attaran, 2004), por lo cual no es posible que la nueva ley de patentes de India tenga un impacto significativo en el acceso a remedios en otras partes de Asia y África.

Antes de la implementación del ADPIC, había aproximadamente 20.000 empresas productoras de fármacos en India, algunas de las cuales aún tienen patentes en otros países. De todas formas, en 1999 se estimaba que menos de 40 % de la población tenía acceso a algún tipo de remedio (Lanjouw, 1999). La implementación de la ley de patentes, en concordancia con el ADPIC, sin duda ha reducido el número de empresas que produce copias de drogas (las estimaciones calculan alrededor de 9.000) pero no ha tenido ningún impacto claro sobre las tasas de acceso a medicamentos, que continúan siendo deplorablemente bajas. El hecho es que hay problemas mucho más serios que impactan sobre el acceso a los medicamentos, más que los derechos de propiedad intelectual, como poseer una infraestructura sanitaria totalmente inadecuada.

De todas formas, los recientes cambios en la ley de propiedad intelectual de India ya están estimulando a las empresas indias a investigar y desarrollar drogas, para enfermedades que afectan en forma predominante a la población local. Por ejemplo, la empresa Nicholas Piramel recientemente inauguró un centro de investigación y desarrollo de US\$20 millones en el centro de Bombay, para llevar adelante investigaciones básicas sobre una serie de enfermedades que van desde el cáncer hasta la malaria. Al menos 600 millones de personas contraen esta última enfermedad por año, predominantemente en países pobres, incluyendo India. Ranbaxy, la empresa farmacéutica más grande de India, y otra llamada Dr. Reddy también están llevando a cabo similares proyectos de I&D. Actualmente India tiene el mayor número de empresas fabricantes de fármacos aprobados fuera de EE.UU., y ha doblado sus gastos en I&D de 4 % hace cinco años, a 8 % en la actualidad.<sup>6</sup>

El cambio en la ley de patentes también está atrayendo una masa significativa de inversión extranjera. Empresas farmacéuticas multinacionales como Merck y Bristol-

Meiers Squibb ahora ven a India como el lugar principal donde instalar centros de investigación. India resulta atractiva no sólo porque tiene costos más bajos, sino también por los investigadores bien capacitados que pueden llevar adelante pruebas clínicas de capital intensivo, y formas más complicadas de desarrollo avanzado de drogas. La consultora McKinsey estima que hacia 2010, las empresas farmacéuticas de EE.UU. y Europa habrán gastado US\$1.500 millones anuales en India sólo en pruebas clínicas (Padma, 2005).

Muchas empresas occidentales también están buscando asociarse con expertos locales. Un reciente ejemplo es la cooperación entre la empresa danesa Novo Nordisk y Dr. Reddy para crear un nuevo tratamiento para la diabetes. Algunas empresas japonesas también han expresado su interés en invertir sumas sustanciales en proyectos indios de I&D. En lugar de imponer barreras prohibitivas como antaño, el gobierno indio ha atraído activamente estas inversiones extranjeras brindando incentivos, como por ejemplo una exención impositiva durante diez años a empresas farmacéuticas que se involucren en investigación y desarrollo.

Esos desarrollos significan que una empresa india bien puede desarrollar una vacuna contra el paludismo y mejorar las terapias actuales de tuberculosis, un mal que sólo en India contribuye a la muerte de más de 1.000 personas por día. Las inversiones incluso se están dirigiendo a I&D en vacunas contra el VIH/SIDA. Ya están en curso las pruebas sobre humanos de la segunda vacuna preventiva del VIH producida en India.

En un período relativamente corto, la nueva ley de patentes de ese país también está acelerando la cooperación entre el sector de tecnología informática y las industrias farmacéuticas y biotecnológicas. Hasta hace poco, los sectores basados en investigación biotecnológica y farmacéutica dependían del patentamiento en EE.UU. y Europa. También enfrentaban dificultades para realizar fusiones con empresas de tecnología informática, debido a que las leyes de patentes eran débiles, y a la renuencia de las empresas extranjeras a asumir compromisos prolongados y riesgosos. Ahora, en lugar de exportar materias primas e ingredientes activos básicos destinados a genéricos baratos, las empresas en India tienen la capacidad de competir globalmente

produciendo medicamentos de alto valor agregado y que salvan vidas. Esto también contribuirá al continuado crecimiento económico del país que ha visto incrementar su tasa de esperanza de vida de 36 años en 1951 a su actual nivel de 61 años.

### Tratados de Libre Comercio

La creciente tendencia de Estados Unidos a firmar Tratados de Libre Comercio (TLC) bilaterales y regionales, al igual que el ADPIC, dio lugar al temor de que los acuerdos comerciales pueden afectar la salud pública, al dar prioridad a consideraciones de derechos de propiedad por encima del acceso a medicamentos. Actualmente EE.UU. tiene TLC con Jordania, Chile, Singapur, Marruecos, Australia, Bahrein y un grupo de seis países de América Central (el Tratado de Libre Comercio de Centroamérica – República Dominicana). EE.UU. se encuentra en negociaciones avanzadas con Tailandia, los países andinos, cinco países dentro de la Unión Aduanera del África Meridional (SACU por sus siglas en inglés), y con algunos países de Suramérica como Perú y Colombia, ha firmado TLC que deben ser ratificados. Así, al igual que el ADPIC, estos TLC pueden mejorar la salud pública al promover la transferencia de tecnología y enriquecer a los países firmantes.

Existe cierto escepticismo acerca de los TLC. Por ejemplo, algunos grupos activistas sostienen que, en los TLC, hay ciertas reservas de propiedad intelectual que impedirán a los países utilizar las salvaguardas provistas en la Declaración de Doha sobre el ADPIC y la Salud Pública. Firmada por todos los países miembros de la OMC, esta declaración volvió a postular las flexibilidades del ADPIC, las cuales permiten a los países tomar las medidas necesarias para proteger la salud pública, incluso el licenciamiento obligatorio de medicamentos. Una aclaración posterior en agosto de 2003 aseguró que terceros países también podían aplicar licencias obligatorias para la exportación a países pobres carentes de capacidad de producción.

Pero el reclamo de los activistas, según el cual los TLC “matan” al inclinar el equilibrio de “la salud pública versus la propiedad intelectual” en favor de los intereses comerciales de las empresas farmacéuticas estadounidenses, es sencillamente una mentira. Todos

los TLC tienen palabras que declaran expresamente que el TLC no restringirá ninguna flexibilidad permitida bajo el ADPIC o la Declaración de Doha, para proteger la salud pública. Cuando estas expresiones no aparecen en el acuerdo principal, es porque EE.UU. y sus países asociados firmaron “cartas de compromiso” con el mismo efecto.

En su campaña en contra de los TLC, muchos activistas enarbolan el espectro de que los términos de las patentes van más allá del mínimo de 20 años del ADPIC, sugiriendo así una situación donde los pobres tendrían que esperar 20 años o más, antes de poder acceder a drogas genéricas. Pero, como hemos visto, 95 por ciento de las drogas que integran la lista de medicinas esenciales de la Organización Mundial de la Salud, no poseen patentes y seguirán así (Attaran, 2004). En forma similar, las drogas patentadas en EE.UU., pero no en otros países, incluyendo muchos antirretrovirales, no pueden obtener la patente ahora.

En cualquier caso, ninguna droga tiene una patente *de facto* de 20 años. Generalmente lleva entre 10 y 12 años tomar una molécula para las pruebas y la aprobación regulatoria, lo cual sucede luego de que se otorgó la patente, ya que ninguna compañía invertiría en una molécula sin patentar. Entre tanto, puede llevar entre uno y tres años obtener una patente luego de la presentación. Entonces, la mayoría de las drogas tienen un término efectivo de patentamiento de seis a diez años, y muchas veces menos. Según la Administración de Alimentos y Drogas de EE.UU., la vida promedio de una patente luego de su aprobación para la venta en 2001 era de 7,8 años, cuando la protección original era de 20 (FDA, 2002). Por contraste, otros sectores industriales disfrutaban de un promedio de vida de la patente de más de 18,5 años. Algunos TLC proveen un término de restauración de la patente, pero sólo en el caso de demoras innecesarias durante la aprobación para mercadeo. En EE.UU., donde existe esa legislación, este término extra por lo general no excede los dos años. En otras palabras, la mayoría de las drogas aún tienen mucho menos de 20 años de exclusividad.

Mientras el ADPIC permite que los gobiernos protejan la salud pública, también está diseñado para que ofrezca incentivos a los países para respetar la propiedad intelectual, tratando de prevenir la copia de drogas

existentes, como el Viagra y otras “drogas de estilo de vida”. Al hacerlo, los países atraen inversiones y también ayudan a crecer a sus propias industrias innovadoras. Esto les permitirá mayor transferencia de tecnología y de conocimiento, ya que las compañías multinacionales sentirán que pueden operar en un país donde su propiedad no les será violada. Al proteger la propiedad intelectual, los TLC promueven lanzamientos de productos innovadores por parte de la industria farmacológica local. Desde 2000, cuando se firmó el TLC entre EE.UU. y Jordania, por ejemplo, ha habido más de 32 lanzamientos de nuevos productos en Jordania (USTR, 2004).

Se puede estar seguro que los TLC son una buena alternativa para el libre comercio, si bien no la mejor. De todas formas, son un avance ante la situación existente para liberar el comercio y mejorar el bienestar económico. Esto permitirá que los países puedan gastar más en atención sanitaria, como así también que los individuos mejoren sus condiciones de vida y mejoren así su salud. También promueven la transferencia de conocimiento y tecnología al mejorar las condiciones para el funcionamiento de empresas farmacéuticas innovadoras.

## Conclusión

Si bien resulta claro que el libre comercio estimula dos de los determinantes más importantes de la salud, el crecimiento económico y la transferencia de tecnología, aún tiene que enfrentar mucho escepticismo proveniente de una diversa serie de personas. Entre éstas se encuentran los *lobbies* o grupos de presión de industriales locales, quienes temen la competencia internacional; los activistas que buscan reducir la libertad del sector privado, y los gobiernos que dictan políticas según los deseos de grupos de interés. Los opositores sostienen que el libre comercio es malo y pretenden que por cada ganador hay un perdedor. A pesar de la considerable evidencia empírica que demuestra lo contrario, también hay una fuerte antipatía hacia la idea de que el crecimiento económico puede de hecho mejorar el bienestar humano. Con frecuencia, estas opiniones disidentes son articuladas como voz oficial de organismos como la ONU y sus agencias, que parecen pensar que preocuparse por la desigualdad es una

prioridad más importante que promover el crecimiento económico.

Un documento que se aferra a esta postura es el Informe de Desarrollo Humano 2005 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que argumenta que se necesita más ayuda extranjera para enfrentar las crecientes desigualdades que considera son la principal barrera para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El documento también es escéptico frente al poder del libre comercio para mejorar la condición humana. Sugiere que el libre comercio puede acentuar las desigualdades en salud, educación e ingreso en países de bajos recursos. Esta postura también forma la base de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, y también es discutida en el Informe de Desarrollo Mundial 2006 del Banco Mundial.

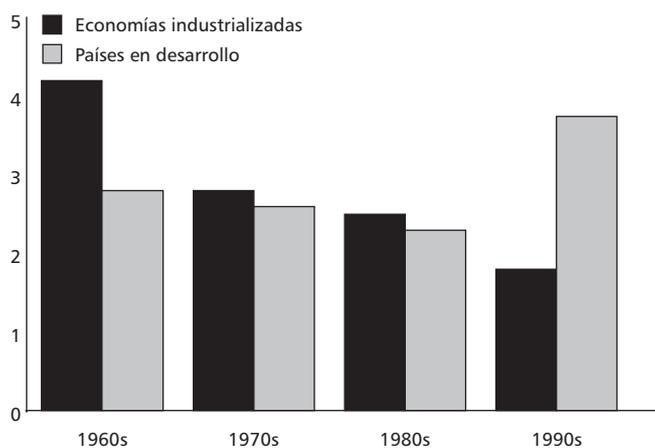
La obsesión global por eliminar la “desigualdad” deja abiertos muchos de los problemas relacionados con la salud. El crecimiento económico muchas veces va acompañado de una creciente desigualdad sanitaria, pero es importante reconocer que el crecimiento económico rara vez, si es que sucede, perjudica la salud general de la población. De hecho, la evidencia empírica demuestra que sucede lo contrario. En su análisis de datos de 42 países, Adam Wagstaff (2002) encuentra que, tanto en países ricos como pobres, las desigualdades sanitarias de hecho aumentan junto con el crecimiento de los ingresos per capita. Esto se debe en parte a la mejorada disponibilidad de la nueva tecnología sanitaria que acompaña el crecimiento económico, la cual puede ser aprovechada más rápidamente por los ricos que por los pobres. Sin embargo, es importante destacar que la gente más pobre no recibe *menos* salud a medida que los elementos más ricos de la sociedad aumentan su riqueza. Por el contrario, también se hacen más saludables, pero a una tasa un poco más lenta que los relativamente más ricos. Pero si los países de bajos ingresos desean superar estas desigualdades mediante la administración de políticas de sustitución de importaciones y similares, es probable que se retrase el crecimiento económico y se perpetúe la pobreza, dejando a la gente en incapacidad de acceder a combustibles limpios, a una salubridad adecuada y a condiciones de vida saludables.

Para quienes se preocupan por la desigualdad desde un punto de vista normativo, también es importante recordar que los sorprendentes aumentos en la prosperidad individual vividos recientemente en India y China han contribuido enormemente a la reducción de las desigualdades sanitarias y educacionales a nivel global. Si bien los ingresos globales son divergentes (en gran parte como resultado del fracaso de África en permitir el crecimiento económico), los indicadores de desarrollo humano han venido convergiendo rápidamente en todo el mundo durante la última mitad del siglo XX. El economista Charles Kenny señaló hace poco que, si bien las diferencias de ingresos entre los países más ricos y los más pobres se están ampliando, la mayoría de los países están convergiendo rápidamente en indicadores de desarrollo tales como educación y salud (Kenny, 2005). Esto en parte se debe a que los procesos de apertura comercial y globalización económica han permitido una transferencia de tecnología y conocimiento mucho más veloz que en siglos anteriores, de los países ricos a los pobres. Un estudio del economista del Banco Mundial David Dollar demostró que la aceleración de la globalización económica y de los flujos comerciales en las últimas etapas del siglo XX, también permitió que la tasa de crecimiento económico en los países de menores ingresos supere la de los países ricos por primera vez en la historia (ver Gráfico 4). Más aún, el número de personas pobres en el mundo está cayendo en 375 millones desde 1981, aún cuando la población mundial aumentó alrededor de 1.600 millones en el mismo período.

Por contraste, los opositores al libre comercio no reconocen su impacto altamente beneficioso para la humanidad. Lo ven como un juego de suma cero, en el cual los países de más altos ingresos y las empresas multinacionales explotan a los pobres y a los marginados. Los activistas contra la pobreza constantemente promueven el mensaje de que la apertura comercial es mala para los pobres, ya que estos son presuntamente incapaces de competir contra la superioridad financiera y tecnológica de los productores más ricos.

Muchas veces los opositores al libre comercio confunden “libre comercio” con lo que en realidad es comercio

Gráfico 4 Tasa de crecimiento del PBI per capita %



Fuente: adaptado de Dollar, 2004

administrado. Una campaña anti-libre comercio reciente encabezada por la ONG británica Christian Aid promulga, de forma para nada ingenua, la noción de que los agricultores africanos sufren debido al libre comercio con los países ricos,<sup>8</sup> cuando el conocimiento más superficial de los hechos revela que en verdad sufren por los generosos subsidios y las barreras arancelarias proteccionistas de la Política Agrícola Común (CAP) de la Unión Europea. Claramente esto no es libre comercio, y es obviamente malo tanto para los agricultores de los países pobres como para los consumidores y contribuyentes en los países ricos. Pero, cuando el impacto del libre comercio genuino sobre la salud de la población es medido por economistas, la evidencia sugiere que se trata de una fuerza positiva, que ayuda a mejorar la esperanza de vida y la mortalidad infantil (Wei & Wu, 2004).

Los países que se aferren al libre comercio y rechacen las políticas de sustitución de importaciones no sólo mejorarán la salud mediante un mejor desempeño económico, sino que también le permitirán a los consumidores adquirir bienes de mayor calidad y más económicos, que contribuyen a la salud humana. La mortalidad y la morbilidad en los países de bajos ingresos, por ejemplo, aumentan sustancialmente con la contaminación del aire hogareño que surge de quemar

combustibles biológicos primitivos, como estiércol vacuno. El libre comercio haría que combustibles importados más limpios, como el gas y el querosén, sean más baratos y fáciles de adquirir, y en forma indirecta presionaría a los gobiernos a reformar sus sectores energéticos. Del mismo modo, una gran parte de la carga de las enfermedades en los países más pobres se puede atribuir directamente al agua contaminada, por lo tanto el libre intercambio de tecnologías de purificación de agua y relacionadas, también sería extremadamente beneficioso. Por último, el libre comercio de comestibles permitiría un mejor equilibrio entre oferta y demanda en varias partes del mundo, y ayudaría a combatir la desnutrición, un determinante significativo de la salud. Esto es particularmente cierto en varios países africanos, que imponen innecesariamente barreras arancelarias entre sí para poder proteger sus sectores agrícolas locales. El resultado es comida más cara, escasez y, en ciertas ocasiones, hambrunas.

## Bibliografía

- Anilkumar, R., & Balachander, J., (2004), "Refurbishing Pacemakers: A Viable Approach", *Indian Pacing and electrophysiology Journal*, 4(1):1-2
- Attaran, A., (2004), "How Do Patents and economic policies affect access to essential medicines in developing countries?" *Health Affairs*, 23(3), 155-166
- Belsky, L., et al (2004), "The General Agreement on Trade in Services: Implications for Health Policymakers" *Health Affairs* (23): 137-145.
- Bloom, D., & Williamson, J., (1997), "Demographic change and human resource development", In Asian Development Bank, *Emerging Asia*, Manila
- Chanda, R., (2002), "Trade in Health Services", *Bulletin of the World Health Organization* 80(2): 158-163
- Deaton, A., (2004), "Health in an age of globalization", trabajo presentado ante el Brookings Trade Forum, Brookings Institution, Washington DC 13 de mayo de 2004.
- Deaton, A., & Paxson, C., (2004), "Mortality, income, and income inequality over time in Britain and the United States", in *Perspectives on the economics of ageing*, ed

- Wise, D., Chicago: University of Chicago Press Dollar, D., (1995), "Outward-oriented developing countries really do grow more rapidly: evidence from 95 LDCs, 1976–85", *Economic Development and Cultural Change* 523–44.
- Dollar, D., (2004), "Globalization, Poverty, and Inequality since 1980", World Bank Policy Research Working Paper 3333
- Dollar, D., & Kraay, A., (2001), *Trade, growth, and poverty*, Policy Research Working Paper No 2199, Washington DC: World Bank
- European Commission, (2003), *Working document on developing countries' duties and taxes on essential medicines used in the treatment of the major communicable diseases*, Directorate-General for Trade: [http://europa.eu.int/comm/trade/issues/global/medecine/docs/wtosub\\_100303.pdf](http://europa.eu.int/comm/trade/issues/global/medecine/docs/wtosub_100303.pdf)
- Federal Drug Administration, (2002), "The Drug Development Process: How the Agency Ensures that Drugs are Safe and Effective," Publication FS 02–5, U.S. Department of Health and Human Resources
- Frankel, J., & Romer, D., (1999), "Does trade cause growth?" *American Economic Review* June:379–99
- Golkany, I (forthcoming), "Health, wealth and the cycle of progress", in *Fighting the Diseases of Poverty*: ed. Stevens, P., International Policy Press
- Gramiccia, G., & Beales, P., (1988), "The recent history of malaria control and eradication," in Wersdorfer, W., & McGregor, I., eds. *Malaria: principles and practice of malariology*. New York: Churchill Livingstone
- Gwatkin, F., (1980), "Indications of change in developing country mortality trends: the end of an era?" *Population and development review*, 6(4), 615–44
- Hailey D., Roine, R., Ohinmaa, A., (2002) Systematic review of evidence for the benefits of telemedicine, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (1) 1–7
- Irvine, B., (2004), *Death and taxes*, Campaign for Fighting Diseases briefing paper, available at <http://www.fightingdiseases.org/pdf/taxes-tariffsaccess.pdf>
- Jamison, D., Sandbu, M., Wang, J., (2001), "Crosscountry variation in mortality decline, 1962–1987: the role of country specific technical progress", Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series, World Health Organization WG1:4
- Johnston, K., Kennedy, C., Murdoch, I., Taylor, P., Cook, C., (2004), "The cost-effectiveness of technology transfer using telemedicine", *Health Policy and Planning*, 19: 302–309
- Kenny, C., (2005), "Why are we worried about income? Nearly everything that matters is converging", *World Development*, 33(1), pp1–19
- Krajewski, M., (2001), "Public services and the scope of the GATS", Center for International Environmental Law, [www.ciel.org/Publications/PublicServiceScope.pdf](http://www.ciel.org/Publications/PublicServiceScope.pdf)
- Lanjouw, J., (1999), "The Introduction of Pharmaceutical Product Patents in India: Heartless Exploitation of the Poor and Suffering?" NBER Working Paper no. 6366, Washington DC: Martin, K., & Anderson, W., (2005), *Agricultural trade reform and the Doha development agenda*, World Bank Trade and Development Series, World Bank
- Owen, A., & Wu, S., (2004), "Is trade good for your health?" Hamilton College, Clinton NY
- Padma, T., (2005), India's drug tests, *Nature* 436, 485 (28 de Julio de 2005)
- Pollock A., & Price D., (2000), "Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health care systems by undermining the voluntary basis of the GATS". *The Lancet*, 356: 1995–2000
- Pollock, A., & Price, D., (2003), "The public health implications of world trade negotiations on the GATS", *The Lancet*, 362: 1072–1075
- Pritchett, L., & Summer, L., (1996), "Wealthier is Healthier", *Journal of Human Resources*, 31(4): 841–868
- Sachs, J. & Warner A., (1995), "Economic reform and the process of global integration", *Brookings Papers on Economic Activity* (1):1–118
- Sinclair, S., (2000), "GATS: How the WTO's new 'services' negotiations threaten democracy", Canadian Center for Health Policy Alternatives, Ottawa USTR, (2004), U.S.-Morocco Free Trade Agreement: Access to

Medicines, available at [http://www.ustr.gov/Document\\_Library/Fact\\_Sheets/2004/US-Morocco\\_Free\\_Trade\\_Agreement\\_Access\\_to\\_Medicines.html](http://www.ustr.gov/Document_Library/Fact_Sheets/2004/US-Morocco_Free_Trade_Agreement_Access_to_Medicines.html)

Wagstaff, A., (2002), "Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide?", World Bank Policy Research Working Paper 2795

Wei, S-J., & Wu, Y., (2002), *The Life and Death implications of globalization*, IMF Working Paper (Washington: International Monetary Fund)

Williamson, J., (1990), *Coping with city growth during the industrial revolution*, Cambridge, UK: Cambridge University Press

World Bank, 2005. *World Development Indicators* available at <http://devdata.worldbank.org/dataonline/>

World Bank and IMF, (2005), *Global Monitoring Report 2005: Millennium Development Goals: From Consensus to Momentum*. Washington, DC, available at <http://siteresources.worldbank.org/GLOBALMONITORINGEXT/Resources/complete.pdf>. May 2005

WTO, (1998), "Health and social services", *Background note by the secretariat*, S/C/W/50, 18 September 1998, Council for Trade in Services, WTO, Ginebra

WTO, (2005), "Developing countries' goods trade share surges to 50-year peak", WTO press release, 14 April 2005, [http://www.wto.org/english/news\\_e/pres05\\_e/pr401\\_e.htm](http://www.wto.org/english/news_e/pres05_e/pr401_e.htm)

## Notas

1. Las curvas suaves en este gráfico se basan en análisis de regresión loglineales.  $N = 268$  para 1977 y 2003 acumulativamente;  $R^2$  ajustado = 0,56. El aumento en esperanza de vida debido a un incremento en el ingreso y el paso del tiempo son ambos significativos en un 99,9 %.

2. Del preámbulo del GATS, disponible en [http://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26-gats.pdf](http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats.pdf)

3. <http://www.jhu.edu/~gazette/2005/31oct05/31center.html>

4. <http://www.expresshealthcaremgmt.com/20050731/medicaltourism01.shtml>

5. <http://www.sciencemag.org/cgi/content/full/307/5714/1415?ijkey=iuKl6W4vRIE3.&keytype=ref&siteid=sci>

6. [http://www.businessweek.com/magazine/content/05\\_16/b3929068.htm](http://www.businessweek.com/magazine/content/05_16/b3929068.htm)

7. [http://www.advocate.com/news\\_detail\\_ektid19293.asp](http://www.advocate.com/news_detail_ektid19293.asp)

8. <http://www.pressureworks.org/dosomething/act/votefortradejustice.html>

# Libre comercio para mejor salud

Philip Stevens

El libre comercio es un poderoso mecanismo para mejorar la salud de los pobres del mundo. Este conduce a una mayor competencia, la cual lleva a la mejora de los productos y los procesos, llevando así al crecimiento económico. También permite la “transferencia de tecnología”, y asegura que los avances que se realizan en un mercado se hagan rápidamente disponibles en cualquier parte.

Como resultado, el libre comercio produce una mayor prosperidad, y mejora el acceso a aguas potable, energía limpia, bienes alimenticios, sanitarios y todos los demás necesarios para la salud. Esto ha contribuido a producir drásticos incrementos en la esperanza de vida a nivel mundial durante los últimos cincuenta años.

El ascenso del régimen de comercio multilateral, bajo los auspicios del GATT y más tarde de la OMC, ha contribuido a una masiva liberalización del comercio global, que ha propiciado la propagación de nuevos conocimientos, tecnologías sanitarias y riqueza, a casi todos los rincones del mundo.

De todas formas, los acuerdos comerciales multilaterales del ADPIC y hasta del GATS fueron recibidos con escepticismo por parte de los activistas de la salud, quienes los acusan de impedir la transferencia de tecnología e incluso de quitar soberanía comercial a los pobres.

¿Tienen estas acusaciones algún fundamento? Una revisión de la evidencia sugiere que no. Estos acuerdos por lo general han contribuido en forma significativa a la transferencia de tecnología y conocimiento, lo cual ha beneficiado enormemente a los pobres.

