

¿La globalización económica perjudica la salud?

JOAN COSTA-FONT

GLORIA RUBERT*



La denominación de *globalización* (o mundialización) comprende un fenómeno multipolar sin precedente, que afecta no sólo las relaciones económicas sino también las sociales, políticas, culturales y tecnológicas. En la opinión de Bhagwati, la mundialización económica puede definirse como “la integración de las economías nacionales en la economía internacional mediante el comercio, la inversión exterior directa, los movimientos de capitales a corto plazo, los movimiento humanos y de tecnología”.¹ En el cuadro 1 se muestran varios indicadores para medir la mundialización, de lo cual es posible concluir que, en escala mundial, en los últimos decenios han aumentado enormemente los intercambios financieros—el porcentaje de activos exteriores en relación con la producción—y comerciales—el porcentaje de comercio en relación con el producto interno bruto (PIB)—, a la vez que se ha abaratado el costo del transporte, ya sea por mar o aire, y la conexión telefónica.

1. J. Bhagwati, “Anti-globalisation: Why?”, *Journal of Policy Modeling*, núm. 26, 2004, pp. 439-463.

* London School of Economics, Reino Unido <joancosta@ub.edu>, y Universidad de Barcelona, España, respectivamente.



**MEDICIÓN DE LA MUNDIALIZACIÓN
(PORCENTAJES Y COSTOS EN DÓLARES)**

	Flujos de capital Activos exteriores/PIB	Flujos comerciales Comercio/ PIB	Transporte y comunicaciones		
			Transporte marítimo (costo por tonelada)	Transporte aéreo (costo por milla)	Costo telefónico (minuto Nueva York- Londres)
1820	—	2 ^a	—	—	—
1870	6.9	10 ^a	—	—	—
1890	—	12 ^b	—	—	—
1900	18.6	—	—	—	—
1914	17.5	18 ^b	—	—	—
1920	—	—	95	—	—
1930	8.4	18 ^a	60	0.68	245
1940	—	—	63	0.46	189
1945	4.9	—	—	—	—
1950	—	14 ^a	34	0.30	53
1960	6.4	16 ^c	27	0.24	46
1970	—	22.4 ^a -20 ^b	27	0.16	32
1980	17.7	—	24	0.10	5
1990	—	26 ^{ab}	29	0.11	3
1995	56.8	—	—	—	—

a. Angus Maddison, *Monitoring the World Economy*, OCDE, París, 1995.

b. N. Crafts, *Globalization and Growth in the Twentieth Century*, IMF Working Paper, núm. WP/00/44, Fondo Monetario Internacional, Washington, marzo de 2000.

Fuente: N. Crafts, *Globalization and Growth in the Twentieth Century*, IMF Working Paper, núm. WP/00/44, Fondo Monetario Internacional, Washington, marzo de 2000, y UNDP, Human Development Report Office, 1999.

En cuanto al análisis empírico de la mundialización, son muchos los autores que se centran en su vertiente comercial, aunque aquello que en verdad distingue al momento actual de otros fenómenos anteriores es la insólita intensidad y rapidez de las comunicaciones, que ha provocado la denominada *muerte de las distancias*.

Las barreras que había en el pasado—sobre todo espaciales, temporales y cognitivas—desaparecen o se reducen de manera considerable, afectando todas las esferas de la vida económica, la organización de la política social y los sistemas de salud. En efecto, se producen cambios relevantes para la eficiencia de los diversos sectores. Uno de los ámbitos donde la mundialización puede tener un efecto importante en el bienestar es el de la salud. A raíz de la mundialización se ha pretendido igualar la atención y las tecnologías sanitarias, si bien aún no puede argumentarse que se trata de bienes estandarizados y mundiales—en cuanto al servicio se refiere—en algunas enfermedades y los riesgos para la salud, aunque sí lo puede ser en lo referente al tratamiento farmacológico.

Este artículo pretende ser una reflexión razonada, a la vez que ilustrada con información empírica, en cuanto a los efectos que una mayor mundialización económica puede tener en la distribución internacional de los recursos

sanitarios. Así, se analizan las principales implicaciones de la mundialización en los diferentes ámbitos de la industria de la salud y se examina el conflicto entre mercado e innovación, repasando las diferentes propuestas teóricas que en la actualidad están en estudio.

La estructura que se sigue en este trabajo es la siguiente. En el primer apartado se presenta la evidencia disponible acerca de los mecanismos mediante los que la mundialización afecta el nivel de salud de la población. En el siguiente se plantean los efectos de la mundialización en la industria de la salud. El tercero se centra en las que podrían considerarse las cuatro grandes áreas de influencia del proceso de mundialización sobre los recursos sanitarios y la salud. El último apartado se destina a las conclusiones principales.

**MECANISMOS DE CONEXIÓN
ENTRE MUNDIALIZACIÓN Y SALUD**
**MUNDIALIZACIÓN
Y ACCESO A LA TECNOLOGÍA**

Las transformaciones introducidas por el proceso de mundialización afectan todas las esferas de la vida económica, en particular la organización de la política social y de los sistemas de salud. Los acontecimientos recientes ponen de manifiesto que el mantenimiento de una estructura industrial basada en la protección de los derechos mundiales de propiedad en ocasiones puede estar en contradicción con el mantenimiento de sistemas de bienestar elevados en los países que no se benefician del sistema. La principal razón se encuentra en el proceso de investigación de tecnologías y su “falta de mundialidad”. En efecto, en la actualidad la investigación farmacéutica se dirige a enfermedades con alta incidencia en los países con mayores niveles de desarrollo económico y social; en ello están considerados la lucha contra la obesidad y los padecimientos que genera—diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión—y a menudo algunos problemas menores.



A raíz de ello, padecimientos responsables de la mortalidad en países más pobres (enfermedades huérfanas) no reciben cantidades comparables de recursos para su investigación. Por lo tanto, lo que se entiende por tecnología sanitaria en una parte del planeta no siempre es un concepto coincidente en otra. Como resultado, algunos países se han caracterizado por no respetar los derechos de propiedad intelectual (la India) y otros los han vulnerado bajo el supuesto de una necesidad sanitaria (Sudáfrica y Brasil). En el caso de la India, se trata de un país con una elevada población; los otros dos tienen una política comercial orientada a objetivos de desarrollo económico, que ahora pueden beneficiarse de menores barreras, y con ello de un mayor acceso a la tecnología sanitaria, y de la creciente movilidad de las personas (pacientes y profesionales) hacia países con niveles de bienestar superiores y desde ellos.

MUNDIALIZACIÓN Y SISTEMAS SANITARIOS

Los recientes debates en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC) han puesto de manifiesto los numerosos conflictos que una mayor interdependencia y liberalización económica, combinadas con una creciente desregulación, pueden traer en el ámbito de la elaboración

de los sistemas y políticas sanitarias; es decir, en la definición de las acciones encaminadas a mejorar el estado de salud de la población. Este hecho justifica la relevancia de un análisis exclusivo para la sanidad. Al menos en los países desarrollados, parece haber consenso en lo que se refiere a la necesidad de proteger la salud como un bien preferente; sin embargo, hay grandes diferencias en el marco de este sector en escala internacional. Así, mientras que a mediados de los años noventa el gasto sanitario medio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ascendía a 8% de su PIB y representaba 90% del gasto sanitario mundial, el gasto sanitario en los países en desarrollo oscilaba entre 2.9 y 6.9 por ciento de su PIB, suponiendo tan sólo el 10% restante del gasto sanitario mundial.

En este marco, el sistema sanitario de algunos países en transición, como China, ha sufrido un retraso importante. En 1980, sus gastos en sanidad representaban 2.5% del PIB, mientras que en la actualidad este porcentaje se ha reducido hasta situarse en 1.7%. La falta de inversión en salud, junto con la burocratización propia de países con un pasado reciente planificador, ha producido importantes casos de falta de calidad (como errores en la donación de sangre) y explica abundantes desigualdades internas en salud. Así, sólo 25% de la población urbana

y 10% de la rural dispone de algún tipo de seguro médico; 75% del gasto en sanidad se dirige a la China urbana, donde vive menos de un tercio de la población, mientras que el campo, con más de 60% de ésta, recibe tan sólo 25% de los recursos.

El intercambio de productos y servicios relacionados con la salud no ha sido catalogado de manera explícita como comercio; sin embargo, en el seno de organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) o las Naciones Unidas (ONU) se pone cada vez más interés en la industria de la salud, aunque con desigual éxito en su control y planificación.

Los servicios sanitarios se diferencian de otros bienes por: la naturaleza del mercado —altamente regulado e intervenido por la acción de aseguradores estatales—, la limitada capacidad de intercambio y sustituibilidad, la naturaleza de los efectos de su comercio y por ser uno de los factores determinantes del bienestar de la población.

De la observación de la producción y el comercio de bienes y servicios sanitarios se pueden extraer las siguientes características del sector:

- Se especializa en bienes de elevado costo/calidad dirigidos al sector privado, dado que éste —a diferencia del asegurador público— carece de poder de monopsonio y, por tanto, retribuye la compra a precios más altos.
- Hay una elevada competencia en el mercado de insumos de producción de los servicios sanitarios que hace que, por ejemplo, en la actualidad sea frecuente observar movilidad de profesionales sanitarios.
- El movimiento internacional de pacientes es muy limitado y se caracteriza por tener elevados costos de transporte.
- Se trata de un sector sometido a limitaciones importantes derivadas de la regulación estatal, tanto para la práctica médica como para la emisión de licencias y la autorización de hospitales.

Una mayor interdependencia trae consigo cambios en los sistemas sanitarios que exigen la creación de un sistema de incentivos adecuados, la regulación de la innovación farmacéutica y biotecnológica, la reducción de las barreras que limitan la comunicación médico-científica y el establecimiento de medidas mundiales de prevención para evitar el riesgo de transmisión internacional de enfermedades mundiales, en especial después de los hechos del 11 de septiembre de 2001.

La mundialización, por lo tanto, implica un mayor acceso a conocimientos, una mayor complejidad en la realización de algunas actividades —que quedarán estandarizadas y dirigidas a la búsqueda de una mayor ca-

pacidad de producción— y la mundialización en el origen de la producción de bienes y servicios. No obstante, la capacidad de los gobiernos nacionales para controlar la evolución de los sistemas sanitarios se complicará de manera importante, de ahí que algunos propugnen la idea del fin de la jurisdicción sanitaria. En este sentido, autores como Keating sostienen que la nueva jurisdicción estará basada en la competencia, la complejidad, la asimetría y el contexto.²

DESIGUALDAD Y MUNDIALIZACIÓN

La polémica respecto a si la mundialización aumentará o no las desigualdades tiene importantes consecuencias en los efectos que puede inducir en otros ámbitos en los que la desigualdad social es relevante, por ejemplo, mayor desigualdad y menor cohesión social se traducen en mayor probabilidad de algunos trastornos mentales, además de problemas sociales, estilos de vida menos saludables y en ocasiones efectos directos en algunas enfermedades; no obstante, la evidencia respecto a la asociación entre desigualdad y mundialización no permite conclusiones rotundas. Asimismo, aunque la salud también está determinada por el estatus social y las desigualdades sociales —como se muestra en el estudio de Van Doorsaler *et al.*³—, incluso países con elevados niveles de riqueza presentan significativas desigualdades en salud. Según los supuestos de la llamada teoría de la renta relativa de Wilkinson, mayores desigualdades incrementan el estrés de la población.⁴ En efecto, una mayor desigualdad social tiene un efecto negativo en el estado de salud de una población.

En el *World Bank's Global Economic Prospects 2002* se apuntaba que la aceleración de la liberalización comercial permitiría reducir la pobreza en 300 millones de individuos para el 2015, lo que indica que la desigualdad absoluta podría reducirse. El trabajo de Sala-i-Martin⁵ también muestra que las diferencias mundiales de renta

2. M. Keating, "Challenges to Federalism: Territory, Function and Power in a Globalizing World", en R. Young (ed.), *Stretching the Federation*, Institute of Intergovernmental Relations, McGuilly Queens University Press, Kingston, 1999.

3. E. Van Doorsaler *et al.*, "Income Related Inequalities in Health: Some International Comparisons", *Journal of Health Economics*, núm. 16, 1997, pp. 92-112.

4. R. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Afflictions to Inequality*, Routledge, Londres, 1996.

5. X. Sala-i-Martin, *The Disturbing "Rise" of Global Income Inequality*, documento de trabajo, núm. 8904, National Bureau of Economic Research, Cambridge, 2002.

se deben sobre todo a diferencias de renta entre países, más que a las diferencias dentro de éstos. Sin embargo —en contraste con el resultado del artículo citado—, en este estudio se obtiene que la desigualdad de renta entre 1980 y 1998 ha disminuido porque la reducción de las diferencias entre países ha compensado el pequeño incremento experimentado por la desigualdad dentro de éstos. Esta reducción se explica sobre todo por el espectacular incremento experimentado por la renta per cápita de China.

Por otra parte, Milanovic⁶ realiza un análisis empírico respecto a las posibles diferencias en los efectos de la mundialización sobre la distribución de la renta nacional en países pobres y en ricos.⁷ Al analizar la desigualdad mundial, es necesario distinguir entre la desigualdad entre países y la desigualdad entre individuos dentro de éstos.

6. B. Milanovic, *Can We Discern the Effect of Globalization on Income Distribution? Evidence from Household Surveys*, World Bank Policy Research Working Paper, núm. 2876, World Bank Development Research Group, 2002.

7. En su estudio se muestra cómo la apertura y la inversión extranjera directa hacen que, en los países con una renta per cápita muy baja, los beneficiados sean aquella parte de la población situada en el segmento alto de la distribución de la renta, mientras que en los países donde la renta per cápita es mayor, los efectos positivos recaen en la población con menor renta y en aquellos sectores con una renta media.

Se plantea un problema en cuanto a la medición del segundo tipo de desigualdad, dado que la información se deriva de las encuestas de presupuestos familiares, cuyo nivel de precisión no siempre es el deseable. En su mayoría, los trabajos empíricos realizados hasta la fecha muestran que la desigualdad ha aumentado tanto entre países como dentro de algunos de éstos. Así, en Milanovic⁸ se comprueba un incremento de la desigualdad entre 1988 y 1993, en un estudio realizado para 91 países, el cual se explica más por el aumento de las diferencias de renta entre países que por el de las diferencias dentro de éstos.

LAS INSTITUCIONES

Sin duda, las instituciones y las reglas de juego tienen un papel fundamental, ya que las economías funcionan dentro de un amplio marco institucional en el cual la cultura, la costumbre y la ideología pueden ayudar o bien obstaculizar el crecimiento económico. Si la mundialización supone la exportación de *instituciones de bienestar*, es posible que éste sea un mecanismo eficiente por el que la mundialización pueda tener efectos claramente

8. B. Milanovic, "The World Income Distribution, 1988 and 1993: First Calculations Based on Household Surveys Alone", *Economic Journal*, núm. 112, enero de 2002, pp. 51-92.



beneficiosos. Uno de los problemas de los países pobres está en la ausencia de instituciones que favorezcan la modernización y que impliquen un cambio de actitudes en favor de la democracia, la estabilidad política, el imperio de la ley y la igualdad de derecho, tal como se indica en los artículos de North y Rodrik *et al.*⁹

En el ámbito de los sistemas sanitarios de los países en desarrollo, se observa de manera creciente que los principales problemas se refieren a la corrupción, el ausentismo, la falta de gestión eficiente y, sobre todo, a la red de sistemas de pagos informales a proveedores. La importancia de la planeación institucional recae en que, sin el control de la eficiencia del gasto y la priorización por objetivos, en algunos países en desarrollo se producen importantes despilfarros. En relación con este problema, Lewis apunta que para mejorar la eficiencia del sistema sanitario en esos países es necesario elevar antes la “calidad del gobierno”.¹⁰ En efecto, según Filmer y Pritchett, la calidad del gobierno es el factor que puede explicar por qué no hay una asociación entre indicadores de salud —como la mortalidad infantil— y el gasto sanitario.¹¹ En la misma línea, Gupta *et al.* demuestran que, una vez que se han controlado por el nivel educativo y el gasto social, los indicadores de corrupción están asociados con la mortalidad y morbilidad infantil.¹²

Otro caso en el que se refleja el papel crucial que desempeña la buena gobernanza lo ofrece Lewis, que muestra cómo la inmunización tiene efectos altamente significativos en la salud de la población, si bien dependen de la eficiencia de la gestión pública.¹³ En efecto, la encuesta USAID 2001 sobre la percepción del nivel de corrupción indica que en los países en transición de Europa —como Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Macedonia, Rumania, Croacia y Montenegro—, 50% de la población cree que hay corrupción en la profesión médica. Resultados

similares se obtienen en otros estudios realizados por Thampi en Asia.¹⁴

Otras muestras de las dificultades que imponen unas instituciones deficientes se ofrecen en el trabajo de Lewis, en el que se calcula que en algunos países en desarrollo, entre 20 y 50 por ciento de la población realiza pagos informales para tener acceso a los servicios sanitarios, siendo éstos en ocasiones cercanos en cantidad a 90% de la renta media mensual;¹⁵ otros problemas adicionales que señala son el ausentismo laboral y la mala gestión.

ALIMENTACIÓN Y MUNDIALIZACIÓN

Además de ser uno de los pilares determinantes de la salud de la población, la industria alimentaria ilustra muy bien cómo el comercio en el ámbito mundial puede afectar la salud pública.

La incidencia de enfermedades de origen alimentario ha aumentado con rapidez en los últimos años. Se calcula que 30% de la población de los países desarrollados puede ser afectada por una de estas enfermedades en el periodo de un año. En los países en desarrollo —excluyendo China—, los cálculos son difíciles de establecer, pero la mortalidad y morbilidad asociadas con procesos diarreicos se calcula en 2 700 millones de casos y 2.4 millones de muertes por debajo de los cinco años de edad en 2001.

Ejemplos como el de la encefalopatía esponjiforme bovina, la gripe aviar y los brotes de cólera debidos al consumo de moluscos y leche de coco, o los problemas producidos por el consumo de organismos genéticamente modificados en poblaciones de animales, son tan sólo los más notorios de los muchos casos de enfermedades que afectan la salud pública en el ámbito mundial, ocasionados por el consumo de alimentos.

Es cierto que la problemática que han suscitado estos eventos ha permitido la creación de organizaciones que dedican programas a prevenir y evitar la propagación de estos problemas. Algunas de las más destacadas son la Organización Mundial de la Salud (OMS), con su Food Safety Programme,¹⁶ la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Codex Alimentarius Commission (CAC) o la OMC con

9. D. North, “Economic Performance through Time”, *American Economic Review*, vol. 84, núm. 3, pp. 359-368; D. Rodrik, A. Subramanian y F. Trebbi, “Institutions Rule: The Primacy of Institutions over Geography and Integration in Economic Development”, *Journal of Economic Growth*, vol. 9, núm. 2, 2004, pp. 131-165.

10. M. Lewis, *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*, documento de trabajo, núm. 78, Centre for Global Development, 2006.

11. D. Filmer y L. Pritchett, “The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?”, *Social Science and Medicine*, núm. 49, pp. 1309-1323.

12. S. Gupta, H. Davoodi y E. Tiongson, *Corruption and the Provision of Health Care and Education Services*, IMF Working Paper, International Monetary Fund, Washington, 2000.

13. M. Lewis, *op. cit.*

14. G.K. Thampi, *Corruption in South Asia. Insights and Benchmarks from Citizen Feedback Surveys In Five Countries*, monografía, 2002, en <www.unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPANO19883.pdf>.

15. M. Lewis, *op. cit.*

16. OMS, *Food Safety. A Worldwide Public Health Issue*, Food Safety Programme Factsheet, 2000.

En el ámbito de los sistemas sanitarios de los países en desarrollo, se observa de manera creciente que los principales problemas se refieren a la corrupción, el ausentismo, la falta de gestión eficiente y, sobre todo, a la red de sistemas de pagos informales a proveedores

su Committee on Sanitary and Phitosanitary Measures (SPS), adoptado en 1995.

OTROS EFECTOS DE LA MUNDIALIZACIÓN

La mundialización puede tener efectos directos en el bienestar, ya que una mayor apertura exterior desincentiva la corrupción, como apunta Wei.¹⁷ No obstante, estudios recientes muestran cómo una mayor apertura comercial puede suscitar también efectos cuando menos indeterminados en el crecimiento, a la vez que se destaca que los efectos expansivos básicamente se canalizan mediante mejoras en la productividad de aquellos sectores que intervienen en la producción de bienes mundiales. Por otro lado, en Rodríguez y Rodrik se indica que una mayor apertura exterior implica nuevos riesgos, en la medida en que puede llevar a un país en desarrollo a especializarse en sectores menos dinámicos —como el primario o el extractivo— y, por lo tanto, provocar un efecto contrac-

17. Shang-Jin Wei, *Natural Openness and Good Government*, Working Paper, núm. 7765, National Bureau of Economic Research, junio de 2000.

tivo en su crecimiento.¹⁸ Sin embargo, según Baldwin, el efecto de la liberalización económica es difícil de aislar, ya que por lo general se produce dentro de un conjunto más amplio de reformas.¹⁹

Finalmente, es preciso recordar que el análisis de los efectos de la mundialización debería ir más allá del examen de sus consecuencias en términos de crecimiento, para alcanzar las implicaciones en cuanto al nivel de bienestar que ésta puede imponer en algunos países, en particular en las condiciones de vida de los menores. Si se consideran estos aspectos, cabe destacar que uno de los principales argumentos en favor de la mundialización es que estandariza los precios internacionales, hecho que puede provocar el alza en el precio de determinados productos que exportan los países en desarrollo. A modo de ejemplo, el trabajo de Edmonds y Pavcnik muestra cómo en Vietnam, en el decenio de los noventa, el aumento del precio del principal producto exportado —el arroz— explicaba más de 50% de la erradicación del trabajo infantil;²⁰ por lo anterior, la aplicación de sanciones que limiten las exportaciones de estos países equivaldría a expulsarlos del sistema mundial, a la vez que supondría intensificar el trabajo infantil y la explotación.

18. F. Rodríguez y D. Rodrik, "Trade Policy and Economic Growth. A Skeptic's Guide to the Cross-national Evidence", *NBER Macroeconomics Annual 2000*, MIT Press, Cambridge, 2002, pp. 261-324.

19. Robert E. Baldwin, "Openness and Growth: What's the Empirical Relationship", en Robert E. Baldwin y L. Alan Winters (eds.), *Challenges to Globalization, Conference Report*, National Bureau of Economic Research, 2004.

20. Eric Edmonds y Nina Pavcnik, *Does Globalization Increase Child Labor? Evidence from Vietnam*, Working Paper, núm. 8760, NBER, 2002.



NUEVOS RETOS PARA LA INDUSTRIA DE LA SALUD

Los principales retos a los que se enfrenta la industria de la salud tienen gran relevancia en la determinación del nivel de salud de la población, pues implican encarar problemas como la cobertura pública, las nuevas enfermedades mundiales, los padecimientos que afectan sobre todo a los países en desarrollo y las consecuencias del incremento en la comercialización de los servicios sanitarios.

Uno de los elementos determinantes básicos de la salud es la renta, aunque su influencia depende en gran medida del grado de extensión de la cobertura pública. A partir de los análisis empíricos que se han realizado en un nivel agregado, parece haber cierto acuerdo en cuanto a la consideración de la atención sanitaria como bien de lujo; esto es, al aumentar la renta de un país, el gasto en salud crece más que proporcionalmente. De ser verdad, cabe esperar que los sistemas de bienestar social evolucionen a la par que el desarrollo económico del país.

El panorama internacional actual en cuanto a la protección social en el ámbito de la salud presenta importantes diferencias entre países. Así, se observa que el mundo desarrollado se caracteriza por una cobertura sanitaria amplia que cuenta con fuertes sistemas de protección social y pocas desigualdades sociales. Estas naciones coexisten con los países en desarrollo, donde la cobertura pública es marginal y el sector privado tiene un elevado peso, en particular mediante un sistema de seguros privados que da cobertura a lo que se puede denominar *sector mundializado* de su economía.

La mundialización puede reducir la desigualdad por medio de la importación de valores de protección social y bienestar, siendo precisamente ésta una de las principales vías por las que puede ejercer un papel positivo en el estado de salud de la población. Una posible conclusión sería que en la medida en que la mundialización aumente o reduzca las desigualdades socioeconómicas y en el acceso a la sanidad, ésta tendrá, respectivamente, un efecto positivo o negativo en la población.

Por otro lado, la mundialización plantea el desafío de hacer frente común ante enfermedades mundiales, debido al incremento de la cantidad y el objetivo de los intercambios comerciales que se ha dado en los últimos años. De manera paralela, se han producido cambios también en las emigraciones y en las pautas de la sedentariedad humana; sin embargo, éste no es un proceso novedoso sino que ya durante el siglo XIV se establecieron los primeros

esfuerzos para contener las consecuencias en el ámbito de salud pública que había provocado el comercio establecido entre Europa y Asia y después con África y América. La aparición de plagas obligó a adoptar cuarentenas en ciertas partes del mundo, pero no hubo alguna tentativa multilateral para intentar prevenir estas consecuencias sino a partir de finales del siglo XIX. Durante este periodo y el principio del siglo XX, se crearon organizaciones de carácter multilateral dedicadas de manera exclusiva a prevenir la diseminación de enfermedades infecciosas por el comercio de productos y animales. Así pues, en 1907 se creó la Office Internationale d'Hygiene Publique y en 1920 la Health Organisation of the League of Nations, organizaciones que coordinaban la recolección de datos epidemiológicos sobre enfermedades y aseguraban el intercambio de la información concerniente a los padecimientos que de manera potencial pudiesen propagarse por el comercio entre países.

La gripe es un ejemplo típico de enfermedad mundial. Históricamente su transmisión entre países ha sido lenta, pero en la actualidad, debido al aumento en la frecuencia de vuelos, puede darse en cuestión de días. El actual tipo de virus es el conocido como A/Sydney/5/97 y, de modo contrario a la cepa original —que se detectó en ciudades como Shanghai, Pekín y Hong Kong—, el tipo A tiene la particularidad de mutar con facilidad sus proteínas de superficie, haciéndose resistente al sistema inmunitario. Esto ocasiona un grave problema en personas vulnerables, ya que les puede provocar la muerte.

Sin embargo, hay otros tipos de enfermedades que son típicas de países en desarrollo, como el sida —tal como muestra el cuadro 2—, la malaria y la tuberculosis —ambas fuera de los objetivos de salud pública de los países

C U A D R O 2

PORCENTAJES DE INFECCIÓN DE SIDA EN ADULTOS

Países con alta incidencia		Países con baja incidencia	
Botsuana	35.8	Brasil	0.57
Suazilandia	25.3	Estados Unidos	0.60
Zimbabue	25.1	India	0.71
Lesotho	23.6	Tailandia	2.15
Zambia	20.0		
Sudáfrica	19.9		
Namibia	19.5		
Malawi	16.0		
Kenia	14.0		

Fuente: OMS, *Food Safety. A Worldwide Public Health Issues*, Food Safety Programme Factsheet, 2000.



en desarrollo a principios del siglo XX. La tuberculosis era una enfermedad erradicada en los países industrializados, pero debido a la incidencia del sida ha vuelto a brotar. En efecto, al estar el sistema inmunitario debilitado a causa del virus del sida, es más fácil contraer tuberculosis por simple inhalación de la bacteria al entrar en contacto con una persona o un animal infectados. Así pues, el incremento del movimiento de personas entre países ha facilitado el resurgimiento de esta enfermedad en los países desarrollados, junto con la diseminación del virus del sida. El aumento en la incidencia de sida en países del sur y el este de África —donde también hay una incidencia relativamente alta de tuberculosis— ha acelerado el proceso de contagio de esta enfermedad. Se calcula que de los 42 millones de personas seropositivas que hay en el planeta, 95% habita en países en desarrollo, proporción que se mantiene para las 15 000 personas que se infectan con sida al día. Según la OMS, el sida es ya la primera causa de muerte en África.²¹

Como ya se comentó, estas enfermedades afectan en 95% a los países en desarrollo, y de nuevo, dentro de éstos, a las capas más pobres de la población. En un estudio reciente elaborado por Gwatkin y Deveshwar-Bahl,²² se comprueba que en los países más pobres el conocimien-

to sobre el sida es significativamente mayor en las clases más pudientes. No obstante, cuando se realizan comparaciones entre países, se observaba que no hay diferencias significativas entre las clases más bajas de los países subsaharianos y las de los latinoamericanos, lo cual indica que las pautas son comunes en aquellos países que tienen un nivel de desarrollo similar.

Finalmente, dado que los individuos pueden actuar para mejorar su salud, la cantidad de información acerca de medidas higiénicas, de prevención de riesgos y de enfermedades determinará en gran parte el éxito o el fracaso de las políticas sanitarias. En la medida en que la mundialización supone un mayor acceso a la información, ha de esperarse que tenga un efecto positivo destacable mediante esta vía.

La existencia de enfermedades parecidas en países diferentes plantea la cuestión de fondo respecto a la necesidad de proteger lo que se denomina *bienes públicos mundiales*. Éste es el caso de aquellas tecnologías sanitarias que por su carácter esencial no deberían dejarse al amparo de ciertos sistemas de exclusión al acceso.²³ Así,

21. OMS, *op. cit.*

22. Davidson Gwatkin y Garima Deveshwar-Bahl, *Inequalities in Knowledge of HIV/AIDS Prevention: An Overview of Socio-economic and Gender Differentials in Developing Countries*, Discussion Paper, Banco Mundial, noviembre de 2001.

23. Según la OMS, se calcula que cerca de seis millones de personas con sida no tienen acceso a un tratamiento con antirretrovirales y sólo 5% de los afectados en los países en desarrollo recibe el tratamiento necesario. Por otro lado la OMS, junto con ONUSIDA y Unicef, hicieron un llamado a las autoridades internacionales para que multipliquen sus esfuerzos y lleven a cabo las acciones pertinentes para prevenir y curar el sida, la tuberculosis y la malaria.

enfermedades como el sida requieren de la utilización de tecnologías mundiales, como las terapias antirretrovirales, cuyo costo puede situarse cerca de los 10 000 dólares al año.

Otra consecuencia novedosa de la mundialización en el campo de la sanidad es el caso de países —como Cuba y la India— que ofrecen servicios sanitarios de calidad a consumidores extranjeros, a precios que están muy por debajo de los que se cobran en los países industrializados. Estas pautas pueden incrementarse por el desarrollo de la telemedicina y el aumento del acceso comercial de bienes y servicios sanitarios, hecho que puede convertir a estos países con una conocida oferta de profesionales sanitarios bien preparados, en paraísos del turismo sanitario.

Un fenómeno por destacar dentro de este ámbito son los problemas de equidad que está generando la creciente comercialización de algunos servicios sanitarios en países en desarrollo. El problema radica en que los profesionales más capacitados se sienten atraídos por los elevados salarios que ofrece la sanidad privada, mientras que la población es excluida del acceso a algunos servicios sanitarios por falta de medios, como muestra Hilary.²⁴

ÁREAS DE INFLUENCIA DE LA MUNDIALIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El análisis de los efectos de la mundialización en la salud se centra por lo general en cuatro grandes áreas: el comercio de productos farmacéuticos, el comercio de tecnologías sanitarias, el comercio de productos relacionados con el tabaco y la movilidad de los profesionales sanitarios.

FARMACIA

El comercio de productos farmacéuticos fue la categoría cuyas importaciones experimentaron un mayor crecimiento, respecto al total de importaciones, entre 1991 y 1995; por ejemplo, la importación de estos productos supuso más de 2.5% del total de las importaciones de África en ese último año. El comercio de productos farmacéuticos en relación con la mundialización plantea un sinnúmero de problemas, como la clasificación de los fármacos en categorías: esenciales o no, preventivos o curativos, tradicionales o biomedicamentos, entre otras. En este proceso

de clasificación, y dependiendo del país, son los gobiernos, los propios laboratorios o incluso los profesionales médicos quienes deciden al respecto, y en ocasiones según su propio interés.

La apertura de los mercados, o la liberalización total de éstos, supondría la entrada masiva en los países del sur de los productos fabricados en el norte, ya que en la actualidad las empresas farmacéuticas más poderosas son estadounidenses y, en menor medida, europeas. La entrada de medicamentos sería muy beneficiosa para aquellos países sin industria farmacéutica, al posibilitar el acceso de su población a nuevos fármacos. Pero para aquellos países con una incipiente industria en el sector, este comercio supondría una seria amenaza para la supervivencia de su industria nacional, aunque el efecto beneficioso para la población se mantendría. Si bien es cierto que el desarrollo industrial en la fabricación de nuevos productos farmacéuticos en determinados países del sur se beneficia por la ventaja que tienen en salarios y materias primas, no lo es menos que, en la mayoría de los casos, la producción está en manos de empresas multinacionales, que rara vez se sitúan en países en desarrollo.

Otros aspectos relacionados con el comercio de productos farmacéuticos entre el norte y el sur, que plantean en ocasiones problemas éticos, son la venta por parte de las empresas de países en desarrollo de productos con escaso margen de caducidad, o ya caducados, y la comercialización de productos nuevos en esos países para observar la evolución en las ventas, a la espera de obtener el permiso de los países del norte, más exigentes y con estándares de aceptación establecidos.

Un claro ejemplo del trato discriminatorio que reciben los países por parte de la industria farmacéutica, en función de su situación económica, es que después de años de discutir acerca de la necesidad de elaborar medicamentos genéricos más baratos para el tratamiento del VIH/sida en los países en desarrollo —en particular en África—, o de llegar a acuerdos internacionales con las farmacéuticas para que esos fármacos les lleguen, no se han conseguido resultados satisfactorios, a pesar de las impresionantes cifras de defunciones causadas cada año por esa enfermedad.

Mientras, el gobierno canadiense, ante la amenaza —un tanto remota— de ataques terroristas con ántrax, anunció que encargaría al laboratorio nacional Apotex la fabricación de un millón de cápsulas del genérico del ciprofloxacina —bajo patente de la compañía alemana Bayer—, con el objetivo de proteger la seguridad nacional. Una semana más tarde el gobierno dio marcha atrás

24. J. Hilary, "The Wrong Model: GATS, Trade Liberalisation and the Children's Right to Health", Conference Save the Children, Londres, 2001.



en su decisión, anunciando que sólo compraría el genérico a la empresa canadiense si Bayer no podía hacer frente a una hipotética demanda masiva del medicamento contra el ántrax. A cambio, la compañía alemana se comprometió al suministro gratuito de 200 000 cápsulas al gobierno canadiense y garantizó la posibilidad de suministrar un millón de éstas en 48 horas si fuera necesario, al precio de 1.3 dólares canadienses cada una. Una vez más el problema no radica en qué se demanda, sino en quién lo necesita.

El elevado número de controversias que hay en el ámbito de la industria farmacéutica pone de manifiesto la relación entre el crecimiento de la industria farmacéutica mundial y el avance de la ciencia y la tecnología en los países en desarrollo. Dentro del ámbito de la protección de los derechos de patentes²⁵ de productos farmacéuticos destaca la posibilidad de solicitar patentes de proceso, ya que son fáciles de adquirir y permiten desarrollar productos parecidos a empresas con recursos limitados.

25. Los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS, por sus siglas en inglés), cuyo cumplimiento total no entró en vigor hasta 2005, se basaban en tres elementos esenciales: una protección mínima de 20 años desde la fecha de solicitud, el derecho a proveer al mercado con importaciones del producto patentado y la existencia de licencias obligatorias en los casos establecidos por el acuerdo.

TECNOLOGÍAS SANITARIAS

La importación de tecnologías sanitarias está adquiriendo una importancia creciente en determinados países, como en América Latina, donde están siendo incorporadas las que tienen finalidades diagnósticas.

Estas transferencias de tecnología siguen planteando problemas para los países en desarrollo; el principal sigue siendo el elevado costo que suponen. Otra dificultad es que, aun cuando tengan acceso a tecnologías sanitarias novedosas, no siempre pueden aprovecharlas de manera adecuada, dado que no cuentan con profesionales con la capacidad técnica para utilizarlas. Además, en la mayoría de los casos la importación de tecnologías sanitarias agudiza el desequilibrio entre la dotación de que disponen los centros hospitalarios urbanos y la de los pequeños y mal dotados centros médicos rurales, siendo éste un problema recurrente en países en desarrollo, en particular en África.

En principio, la aplicación de criterios de prioridad en cada país debería conducir a dar respuesta a las necesidades de la mayoría de su población. Sin embargo, esto no siempre es fácil de llevar a cabo, pues en países en desarrollo es frecuente encontrar grupos minoritarios con gran poder político o económico, con intereses en el comercio de este tipo de productos de alto costo y que buscan su propio beneficio. Asimismo, es conocida

la existencia de mayor corrupción y gran vulnerabilidad a fuertes grupos internacionales en países con gobiernos débiles y necesitados de la ayuda internacional.

No obstante, la mundialización tiene efectos positivos también en este ámbito, dado que permite y potencia el desarrollo de medicamentos muy costosos—como aquellos obtenidos por medio de ingeniería genética—, que resultan rentables tan sólo en el marco de un mercado mundial de fármacos, para los que la dimensión del mercado es suficientemente importante.

EL TABACO

Es un dato conocido que el tabaco empeora los indicadores de salud de los países donde es consumido. No obstante, la estrategia actual de las empresas tabaqueras es dirigir su mercado hacia países en desarrollo, en los que las limitaciones para la ampliación de la demanda de este producto son menores. En este contexto, nos encontramos con casos en los que determinados países—como Tailandia— han intentado limitar la entrada de tabaco, pero con el objetivo de preservar el monopolio del Estado; o como el de Estados Unidos, donde de manera paradójica en 1997 se invirtieron más recursos en investigación para la mejora de la producción tabaquera (680 millones de dólares en contraste con los 500 millones de dólares destinados al control de su consumo). Finalmente, cabe destacar que la OMS intenta presionar a la OMC para que excluya al tabaco de la categoría de los principales productos comercializables, con base en sus conocidos efectos negativos para la salud. La intención de la OMS es contrarrestar la presión ejercida por la industria tabaquera en los países en desarrollo.

MOVILIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

Uno de los aspectos más importantes del proceso de mundialización es el incremento de la movilidad de la población, así como el aumento de las interacciones transfronterizas.

En este contexto, aquellos profesionales que en sus países de origen no obtienen una percepción salarial ajustada a su formación, tienen incentivos a la movilidad, al ser atraídos por los sueldos más altos de otros países, por lo general más desarrollados. Según la OMS, se calcula que 56% del total de los médicos desplazados proviene de países en desarrollo.

La mundialización también ha facilitado los desplazamientos masivos de población en busca de un mejor nivel de vida, lo que ha ocasionado serias dificultades en



la planificación sanitaria. La inmigración afecta sobre todo a la estructura de los sistemas sanitarios, así como a la planificación de las necesidades de servicios y en general a la regulación del sistema; por ejemplo, en España, los inmigrantes no comunitarios no están cubiertos por la red sanitaria pública.

Asimismo, se producen muchos desplazamientos de personas para hacer turismo, lo que genera nuevos retos para la organización del sistema sanitario, como el dar respuesta a las necesidades de salud que se derivan de aquellos que visitan países exóticos. Finalmente, dentro de la corriente de población que se desplaza por motivos relacionados con el sector sanitario, cabe destacar los movimientos de pacientes que viajan fuera de su país en busca de un tratamiento especializado, que en unos casos implica la utilización de tecnología más avanzada; en otros, menores costos e incluso para acceder a medicina especializada—como la china. El gasto en viajes relacionados con enfermedades—también llamado *turismo sanitario*—supone ya 1.5% de los gastos de transporte totales en Estados Unidos; 1.3% en Italia, Bélgica y Luxemburgo; 1.4% en México; asciende a 2.4% en Rumania y escasamente supera 0.4% en países más pobres, como Brasil, según se muestra en el trabajo de Hilary.²⁶

26. J. Hilary, *op. cit.*



A MODO DE CONCLUSIÓN

La mundialización puede plantear importantes implicaciones en cuanto al desarrollo y la reducción de los problemas de salud en el mundo. No obstante, se debe recordar que, si bien existe la OMS, no se cuenta con una verdadera política sanitaria mundial, ni siquiera con una política sanitaria europea. Los efectos de la mundialización en la salud se dan mediante los cambios que ésta provoca en la renta —hay una elevada correlación entre renta y salud— y, puesto que en los últimos años se ha producido un incremento en la desigualdad en la renta per cápita, cabe esperar que en el ámbito de la salud la mundialización tenga efectos negativos.

Una de las vías por las que la mundialización puede generar bienestar —y de modo indirecto salud— es mediante el acceso que genera a las nuevas tecnologías de la información, lo cual propicia la importación de instituciones que hacen síntesis con la cultura autóctona, siendo en particular beneficiosos los efectos de la adopción de la cultura democrática. Lee reflexiona respecto a cómo la manera de interactuar de los individuos, sea cual sea su objetivo, se amplía más allá de las fronteras físicas e ideológicas.²⁷

La resolución del principal conflicto que se le plantea a la industria de la salud en la actualidad pasa por la armo-

La existencia de enfermedades parecidas en países diferentes plantea la necesidad de proteger lo que se denomina bienes públicos mundiales. Éste es el caso de aquellas tecnologías sanitarias que por su carácter esencial no deberían dejarse al amparo de ciertos sistemas de exclusión al acceso

nización de la protección de los derechos de propiedad industrial —en particular el mantenimiento de los incentivos a la innovación por la vía del sistema de patentes de tecnologías sanitarias—, con la necesidad de garantizar el acceso a estas tecnologías para toda la población, con independencia del nivel de desarrollo económico del país donde vivan.

En cuanto a algunas de las enfermedades mundiales, suele ocurrir que al principio su origen es local, pero después se extienden a un ámbito más amplio, como es el caso del sida en África. Si bien en el este del continente esta enfermedad no presenta tasas de incidencia comparables con las del África subsahariana, también es cierto que el riesgo de que se extienda es cada vez mayor.

Por último, cabe destacar que el proceso de mundialización plantea diversos interrogantes en lo que se refiere a la gobernabilidad y la protección de los llamados *bienes públicos mundiales*. La respuesta a estos cuestionamientos tan sólo puede pasar por la protección de estos intereses como derechos globales de carácter fundamental, mediante el establecimiento de entidades de regulación, control y sanción, con potestad regulatoria en todo el mundo. Ante problemas mundiales se necesitan respuestas mundiales. 

27. K. Lee, "The Global Dimensions of Health", ponencia, London School of Hygiene and Tropical Medicine <www.ukglobalhealth.org>, 2002.