

El Área de Libre Comercio-ALCA y el Sector Salud en América Latina

Álvaro Franco G.

Médico, Especialista en Administración de Hospitales, M. Sc. Salud Pública. Ph. D (candidato).
Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante. Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia. E-mail: alvarofrancogiraldo@hotmail.com

RESUMEN

El Área de Libre Comercio para las Américas-ALCA que se debe implementar a partir de 2005 es la expresión más cercana que tendremos de la globalización económica. En este artículo se considera el debate acerca de la tendencia neoliberal de la globalización: de un lado, los defensores de la comercialización, la competencia y la liberalización de mercados; de otro, quienes claman por una justicia social global, por una globalización alternativa, por alcanzar el ideal de justicia en el planeta, seriamente afectado en razón de los tratados de libre comercio, ante la ausencia de un poder político mundial con capacidad de distribuir la riqueza. El debate anima permanentemente este ensayo sobre el ALCA, que parte de las propuestas gubernamentales y del alcance que tiene la intervención de los Estados Unidos de Norteamérica y de las transnacionales en las decisiones de nuestros países. Señala, además, los efectos nocivos que para la salud ha tenido el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica; de su análisis y de las nuevas relaciones impuestas por el comercio mundial, mediante organismos como la Organización Mundial del Comercio-OMC, se derivan muchas de las aseveraciones que se discuten en torno al ALCA y su impacto sobre la salud.

Palabras claves: globalización, salud, comercio, sistema de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Globalization and the health sector in the FTAA frame

The Free Trade Area of the Americas-FTAA, which will be implemented in 2005, is the closest expression of economic globalization we will have. In this paper the debate about the neo liberal tendency of globalization is considered: on one side are the defendants of trade, competition and market liberalization; on the other side, those who claim for global social justice, for an alternative globalization, for reaching the ideal of justice in the planet, seriously affected by the free trade agreements, in the absence of a global political power capable of distributing richness. The debate permanently animates this essay on the FTAA which starts with the government proposals and the scope that the interventions of the U.S.A. and the trans-nationals have on the decisions of our countries, besides pointing out to the negative effects that the North American Free Trade Agreement-NAFTA has had on health. Most of the affirmations on the FTAA and its impact on health are derived from its analysis and the new relationships imposed on world trade through organisms as the World Trade Organization-WTO.

Keywords: globalization, health, commerce, healthcare system (*source: MeSH, NLM*).

Hoy toma fuerza el debate sobre salud y mercado. Aunque los medios en América Latina le han dedicado más espacio al uso de las patentes, la propiedad intelectual y los medicamentos, nos refieren de alguna manera a tópicos relacionados con el Área de Libre Comercio para las Américas -ALCA. En Colombia, en particular, la discusión salud y comercio se ha tornado muy importante, dadas las condiciones de la Ley de preferencias Arancelarias Andinas-ATPA y del mercado común de las Américas. “El gran reto es diseñar una estrategia para proteger la salud de los colombianos sin sacrificar los aspectos comerciales” reza la gran prensa de este país (1), al referirse al tema. La presión del comercio internacional sobre el sector salud es evidente.

Empezaríamos por preguntarnos si ¿El tema es salud o comercio? ¿Quién debe dirimir esta confrontación en un mundo globalizado y tan interesado en tratados de libre comercio? Otro dilema importante se presenta entre el derecho a los servicios de salud y la capacidad de pago, en un escenario condicionado por el comercio internacional.

El debate acerca de la tendencia neoliberal de la globalización no termina: de su lado están los defensores de la comercialización, la competencia y la liberalización de mercados; de otro, quienes claman por una justicia social global, por una globalización alternativa (2), “...una de las estrategias para intentar alcanzar el ideal de justicia en el planeta (...) con capacidad de distribuir la riqueza.” según recalca uno de los tratadistas europeos, Van Parijs, quien desarrolla su tesis en su obra “Hacia una concepción de la justicia social global”(3).

Esta controversia estará influyendo permanentemente en el análisis que hagamos de los problemas transnacionales suscitados alrededor de los tratados de libre comercio, como en el presente artículo dedicado al análisis del Área de Libre Comercio de las Américas: Inicialmente, parte de la revisión del papel de algunas instancias transnacionales, en el contexto de la globalización económica y describe el mercado de las Américas, puntualizando en el interés que puede tener Colombia en esta alianza. Seguidamente, se considera la relación de la globalización con el sector salud, haciendo hincapié en la transnacionalización de los servicios de salud, sin que sea el interés de este ensayo analizar en profundidad los hilos conectores entre salud y globalización (se puede consultar en otros artículos del mismo autor). Al explorar un tema novedoso, salud y comercio, se tratan con más detenimiento los problemas relacionados con la liberalización del comercio y el sector salud, que resultan básicos para entender lo que pasará en las relaciones comerciales del ALCA. Más adelante, se analizan las implicaciones sobre el sector salud del Tratado de Libre Comercio de Norte América-NAFTA, para tener una base de comparación y se vislumbran algunos hechos que incidirán con mayor fuerza sobre los servicios de salud de los países latinoamericanos, por hallarse inferioridad de condiciones frente a los vecinos del norte. Finalmente se retoma parte del debate internacional azuzado de manera muy intensa por los sectores sociales latinoamericanos, en franca rebeldía contra el ALCA.

LIBRE COMERCIO EN LAS AMÉRICAS

La primera iniciativa del ALCA se dio en Washington en 1990, por parte de los Estados Unidos de América, con el propósito, según ellos, de reforzar el crecimiento y la estabilidad política de América Latina; lo fundamental era la liberalización de las economías y el aumento del flujo comercial. La Cumbre de los presidentes de los 34 estados que integrarían el ALCA, celebrada en Miami en 1994, resultó clave para el devenir de la propuesta: “Proceso de integración del ALCA”. Los principios que se plantean en esta cumbre están bien concebidos en el campo de los deseos, como se puede ver a continuación: fortalecer la democracia en las Américas, promover la prosperidad, erradicar la pobreza y la discriminación, garantizar el desarrollo sostenible y conservar el medio ambiente.

Esta Área fue lanzada, más tarde, en la II cumbre de las Américas de 1998 y deberá iniciarse a partir del 1° de enero de 2005, integrando los diferentes mercados regionales (CARICOM, MCCA, CAN, MERCOSUR, NAFTA). Su eje de desarrollo está dado por la liberalización comercial y la apertura económica, que no son temas nuevos entre nosotros, dado que fueron impulsados durante los años 90 en la mayoría de nuestros países; la que sí toma mayor fuerza ahora es la transnacionalización de los servicios, una estrategia neoliberal de la globalización económica, que se impondrá con mayor ímpetu al hacerse la integración de los mercados americanos.

Para varios analistas resulta atractivo un mercado que se expande de manera notoria en todo el continente y que en concreto es lo que interesa a los países que defienden esta nueva área comercial. Las cifras siguientes, provenientes de varias fuentes servirán para ponderar el tamaño de esta iniciativa: El mercado del ALCA aglutinará a 34 países, con una población de 800 millones de consumidores que corresponde al 13,4 % de la población mundial, 528 millones pertenecen a Latinoamérica y de ellos la población colombiana representa el 5 %. El movimiento económico estaría dado por US \$ 11 709 trillones equivalentes al 20 % del comercio mundial (4), con una capacidad de importación de US \$ 1,6 billones; de ellos las exportaciones del NAFTA corresponden al 88 % y su participación global se aproxima al 90 %. Entre tanto la participación económica global colombiana es sólo del 0,78 % del ALCA, en exportaciones apenas llega al 0,85 %, y en importaciones alcanza el 1,03 % (5). El mercado de servicios de salud, de otra parte, estaría representado por 1,2 trillones de dólares en las Américas (6), de ellos, 115 000 millones corresponden a América Latina y El Caribe¹.

El interés colombiano en el ALCA

No obstante, la situación de Colombia frente a este mercado y su capacidad de negociación es de inferioridad notoria; se suma a esto la incertidumbre por la violencia y demás problemas que internacionalmente se le endilgan al país. Así y todo, las instancias gubernamentales y empresariales insisten en la urgencia de participar desde un principio en el tratado de libre comercio para las Américas.

El tema de la apertura económica, de interés particular para el ALCA, desvela a muchos en Colombia: Homes (7), muy cercano al actual gobierno colombiano, plantea que “en el siglo XXI, [no podemos cerrar la economía] porque dependemos del cambio internacional para crecer y literalmente para sobrevivir” y se pregunta por la suerte del acuerdo de libre comercio en Canadá y EE.UU. y enfatiza que para ellos es claro que sin comercio internacional, integración andina y acceso libre a los mercados de los Estados Unidos, México y Canadá, “no hay la menor posibilidad de que Colombia se desarrolle”.

¹ Nota del Editor: Todas las cifras corresponden al sistema de numeración norteamericano.

Por el contrario el economista Sarmiento al referirse a su obra “El modelo propio-teorías económicas e instrumentos” y recordando al premio Nobel Stiglitz y al economista Krugman, plantea que “... no es cierto que el libre mercado conduzca a las soluciones más adecuadas en América Latina (...) la teoría de la ventaja comparativa no es válida en Colombia y si nosotros nos confiamos en ella nos vamos a seguir llenando de importaciones, nos vamos a sobre endeudar y vamos a continuar destruyendo la agricultura y la industria” (8). De igual manera, otros analistas destacan los riesgos del ALCA para los intereses nacionales: “...tendrá efectos desastrosos para la economía colombiana si el gobierno y los empresarios no replantean el esquema productivo...”, anota Ramírez (4); al citar el estudio de la Cámara de Comercio de Medellín, llama la atención sobre el riesgo para el aparato empresarial y los mercados internos y, sobre todo, para las pequeñas empresas.

Para empezar, en el Tratado de Preferencias Arancelarias para los Países Andinos-ATPA, Colombia se ve presionada por el gobierno de los Estados Unidos y las compañías multinacionales, para reducir el mercado de genéricos. Frente al ALCA las exigencias pueden ser mayores, y surgirán temas aún más polémicos. Alrededor del ATPA, el principal requisito se relacionaba con las normas de propiedad intelectual (protección de las multinacionales farmacéuticas frente a la competencia de los medicamentos genéricos) que son amparadas por el registro sumario ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos en Colombia-INVIMA. No hay duda, el gobierno debió expedir rápidamente una norma para mantener contentas a estas agencias: El decreto 2085 de 2002, emanado de la Presidencia de la República y del Ministerio de Salud, establece que “...la protección al uso de la información no divulgada (...) para la comercialización de una nueva entidad química...” será hasta por cinco años (9). Reconociendo así a las transnacionales de medicamentos, el derecho de propiedad sobre los genéricos.

En otro sentido, una visión más optimista, según cifras de la Comisión Económica para América Latina-CEPAL y el Departamento Nacional de Planeación de Colombia-DNP, destaca que: Colombia es el tercer país más grande de América Latina y el Caribe, con 90 % de la población menor de 50 años y el 71 % asentada en área urbana; tiene núcleos de desarrollo importante en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Hace parte de un importante mercado latinoamericano, que corresponde a la población señalada arriba, de los cuales 107 millones pertenecen a la región Andina, incluida Colombia, 37 a la América Central y 40 al área del Caribe. Consecuente con esto, el DNP considera que la participación en el ALCA tiene una importancia extraordinaria, consagrada no sólo en los objetivos que se plantea sino también en las oportunidades que genera y en la ampliación de los mercados. Según el DNP, son sus objetivos: Promover el libre comercio y la eliminación de barreras en bienes, servicios e inversión extranjera. Integración para aumentar el nivel de desarrollo de las economías del hemisferio. Además ven la participación como una oportunidad en la cual todos ganan a través de la división del trabajo especializado y la eficiencia, la reasignación de recursos productivos, el aumento y la diversificación de la oferta exportable de bienes y servicios, la importación de productos a precios competitivos y el incremento de la inversión extranjera (10).

EL ENTORNO DE LA GLOBALIZACIÓN Y EL SECTOR SALUD

Se han descrito diferencias entre globalización y neoliberalismo, restringido éste a la racionalidad económica internacional (11); también cabe diferenciar globalización e internacionalización. La globalización no es solo internacionalización; según Stark, citado por Godue (12), “...globalización hace referencia tanto a la comprensión del mundo como a la percepción del mundo como un todo [cosmovisión] (...). Es un proceso social mediante el cual las limitaciones de la geografía, sobre los arreglos y las prácticas sociales, económicas, políticas y culturales retroceden y por el cual la gente está más consciente de que disminuyen.” De ahí se desprenden cuatro áreas de la globalización: 1. Económica, 2. información y comunicaciones, 3. consumo global y; 4. cultural.

De otro lado, si seguimos a Fidler y Godue (12), se puede definir internacionalización como "...la voluntad de cooperación entre los Estados soberanos para enfrentar problemas comunes o que escapan a la capacidad de control de un Estado, solo dentro de sus propias fronteras." Podemos interpretarlo solo como uno de los aspectos de la globalización.

Las políticas neoliberales resumen gran parte de las tendencias (13): apertura económica, aumento de exportaciones, liberación comercial y de importaciones, disminución del gasto público y social, desregulación de la economía, flexibilización laboral, disminución del Estado central y del componente público por medio de la privatización y la descentralización; fortalecimiento de los tratados de integración supranacional, determinantes para la ampliación del mercado mundial; y la aplicación del concepto de seguridad nacional, impartido especialmente por países centrales, como Estados Unidos, que obedece a intereses guardados muy sigilosamente, los cuales no podríamos explorar fácilmente con una primera indagación. No parece ser un problema de democracia universal, de seguridad de las gentes y de paz, que hoy no se logra en el mundo.

En resumen, los tratadistas consideran cinco grandes fuerzas o sectores de cambio en el contexto internacional: globalización, libre comercio, políticas neoliberales, procesos de integración supranacional y seguridad nacional.

Transnacionalización de los servicios de salud

Se entiende como la internacionalización de la producción y del consumo de bienes y servicios de salud. En ella entran en juego varias instancias interrelacionadas (6): las supranacionales, las subnacionales, el Estado, el mercado y la sociedad civil.

Este proceso ha llevado a la penetración del capital financiero internacional en los sectores sociales de nuestros países, a través de empresas de seguros extranjeras (estadounidenses y europeas), o mediante la colocación de los fondos de salud o pensiones en cualquier sector de alta rentabilidad económica, expandiendo así los negocios a partir de la seguridad social y de la atención de salud pública. Igual que ocurre en algunos sectores de la economía, un mecanismo frecuente es la asociación o el establecimiento de alianzas estratégicas entre empresas nacionales y transnacionales en el campo de los seguros. También la transnacionalización del sector salud se acompaña de exigencias a los países y a las empresas nacionales acerca de la reducción de costos de producción y de flexibilización del mercado laboral; se recomienda el equilibrio financiero en los sistemas de salud y la autoresponsabilidad en la protección de la salud, para ampliar los mercados.

Aparecen nuevos fenómenos: movimiento de pacientes, movimiento de prestadores, prestación transfronteriza, incremento comercial, empresas extranjeras posicionadas en nuestros mercados de seguros y servicios. A su vez, el impulso a la atención gerenciada, que penetra poco a poco en los servicios de manera subrepticia y silenciosa, mediante la gerencia de las finanzas para controlar costos, ampliar los mercados y garantizar la presencia transnacional. Tiene serias implicaciones sobre la práctica clínica, al tomar las instituciones públicas y ponerlas al servicio del capital internacional, subordinando la práctica clínica al control administrativo de los organismos financieros tanto de orden nacional como internacional. Estos fenómenos, sin duda, se acentuarán con los TLC y el funcionamiento del ALCA.

De acuerdo con Bettcher (14) "...la globalización del comercio, de la mercadotecnia y de las inversiones tiene repercusiones considerables, tanto negativas como positivas, en la salud pública..."

Labonté y Wise (15), por su parte, después de considerar algunas premisas suficientemente estudiadas como la relación ingreso y salud, la distribución equitativa de la riqueza en un país

como indicador de salud poblacional y la pobreza como mayor determinante de la enfermedad, postulan que el comercio puede impulsarse hasta donde pueda aliviar la pobreza, aunque lo condiciona en función de que la riqueza sea distribuida equitativamente entre países y poblaciones. De ahí la controversia frente al globalismo y el papel de la Organización Mundial del Comercio-OMC, ya que priman los acuerdos de inversión y comercio por encima de los sociales y ambientales. Aún más, se insiste en que "...aquellos países que invierten en programas públicos y ambientales y en infraestructuras reguladoras que mitigan los determinantes de la salud, presentan un mejor perfil económico..."(15) y como consecuencia habría que darle prioridad al tema sanitario, que se convierte en insumo para el crecimiento económico.

El papel de la OMC

La forma como participan los países en la OMC, mediante los acuerdos internacionales sobre el comercio, tienen profundas implicaciones sobre las economías de todo el planeta, pero también sobre los sectores sociales y sobre las relaciones laborales y sindicales (16).

La participación en la OMC significa abrirse a la competencia. Paradójicamente, la competitividad y el libre comercio se ven afectados por los Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio-TRIPS (16); éstos constituyen una amenaza para la salud de los pueblos, que se ven impelidos a hacer concesiones sociales y sanitarias para poder participar en el juego del comercio desigual. El ejemplo descrito atrás, de lo sucedido en Colombia con los medicamentos genéricos y las patentes, para acceder a la protección arancelaria del ATPA, es suficientemente previsible del escenario futuro.

Es el escenario de la guerra comercial y de la competencia, en el cual los más pobres pierden por doble vía; de una parte, por el subdesarrollo de su infraestructura empresarial que no logrará poner sus productos en el medio; y de otra por tener que pagar por las innovaciones tecnológicas. Peor aún, dada la concentración mundial de las patentes, las innovaciones y los TRIPS, que les permite a unos pocos controlar la salud, el desarrollo tecnológico, la producción mundial, la agricultura, la industria y el bienestar social. Otra cosa sería si pusiéramos en práctica el pensamiento que sobre el tema plantean los países africanos, al anotar que "...las sustancias encontradas en la naturaleza son un descubrimiento y no un invento y por lo tanto no son patentables"(17).

El tema de los medicamentos, encuentra su principal problema en las dificultades de los países pobres o menos desarrollados para acceder a ellos; los precios de los medicamentos, los derechos de propiedad, las patentes, el libre comercio se constituyen en fuente de conflicto cuando pensamos en integración de mercados entre países ricos y pobres, como ocurrirá en las negociaciones alrededor del ALCA. De otro lado encontramos los monopolios farmacéuticos que aducen argumentos a favor de obtener privilegios, derechos y patentes para garantizar los beneficios económicos que permitan a la industria farmacéutica promover la investigación, motor de la misma (18). Se trata, entonces, de dirimir la cuestión de "acceso a medicamentos de bajo precio" frente a "la eliminación de trabas o conflictos en el comercio" (18). Al respecto Rojo (19), señala que cada año mueren 13 000 000 de personas por enfermedades infecciosas, la mayoría en países pobres carentes del acceso a los medicamentos. Según la OMS 2 000 millones de personas carecen de acceso a medicinas esenciales. Esta situación se agrava por la aplicación de nuevas normas sobre patentes, llevando sanciones a países productores de genéricos como India y Brasil y también a importadores como Kenia y Sur África.

Los TRIPS, sin embargo, tienen limitaciones que no se cumplen, como las cláusulas que autorizan a los estados miembros, a aplicar regulaciones "para proteger la salud pública". La OMC ha reconocido que la salud humana es "de la mayor importancia" y brinda la posibilidad de importar

productos patentados a precios más bajos, o autorizaciones para conceder licencias obligatorias para fabricar genéricos (por motivos de salud pública o emergencia) sin consentimiento del poseedor de la patente (19). Aunque, haciendo uso de estas salvaguardas en relación con los medicamentos contra el SIDA, Brasil y Sur África han tenido que padecer un gran debate con los Estados Unidos y las empresas farmacéuticas que compiten con ellos.

Los principales acuerdos de la OMC relacionados con la salud y las políticas sanitarias son: el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio-OTC, el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias-MSF, el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio-TRIPS o ADPIC, y el Acuerdo sobre el Comercio de Servicios-AGCS (20). Por ejemplo, "...desde el establecimiento del GATT hace más de 50 años, su artículo XX garantiza el derecho de los Miembros a adoptar medidas para restringir las importaciones o exportaciones de productos cuando esas medidas sean necesarias para proteger la salud y la vida de las personas y de los animales o para preservar los vegetales" (20). Se reconoce que hay casos en que los Miembros pueden optar por subordinar las consideraciones relacionadas con el comercio a otros objetivos legítimos de política, como la salud. Esa flexibilidad fue reafirmada por los Miembros de la OMC en la Conferencia Ministerial de Doha. Así y todo, las grandes transnacionales y los estados miembros de la OMC, que ostentan mayor poder, hacen caso omiso e imponen sólo las medidas que eviten restricciones al comercio.

El manejo internacional de esta situación no ha sido fácil: la Ronda de Uruguay (14) que propició la protección de la propiedad intelectual por algunos países como Estados Unidos y las multinacionales, también implicó una fuerte controversia y la separación Norte-Sur. Sin embargo, en la mayoría de los encuentros internacionales se han eludido los problemas y repercusiones del comercio sobre la salud pública. Ni la reunión de la OMC en Seattle, en diciembre de 1999, ni otras lograron corregir los vacíos de la Ronda de Uruguay. Muchos claman por nuevas negociaciones comerciales multilaterales que asuman otros aspectos como darle prelación a la salud pública.

DEBEMOS APRENDER DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL NAFTA

El impacto de los tratados de libre comercio sobre el sector salud se puede ver mejor al revisar el NAFTA que opera entre México, Estados Unidos y Canadá (21). Se ha evidenciado que los acuerdos de liberalización de comercio han traído fuertes consecuencias en la agricultura y en la provisión de alimentos de los países pobres, aunque también se describe en los países firmantes del NAFTA, con problemas de inseguridad alimentaria e incremento del hambre en el mundo globalizado, variables éstas, que influyen en la situación de salud sin pasar por los servicios, aún con un efecto mayor como sucede también con otros determinantes macroeconómicos. Sin embargo, la descripción que sigue apunta a explorar la relación del TLC con los servicios de atención de salud.

Los propios canadienses han comprendido que el TLC les resta posibilidades de acceso a los servicios de salud, en un país modelo o prototipo de accesibilidad y distribución equitativa de los mismos. Canadá es un país que propende por la igualdad en salud, más que por la igualdad de acceso a los servicios; los países desarrollados han logrado superar las barreras de acceso a la atención médica y pueden trabajar más directamente sobre los aspectos sociales y culturales de la salud. Esto llama la atención sobre las dificultades, que serían mayores, para países con escaso desarrollo en un Tratado de Libre Comercio. Aún Estados Unidos muestra paradojas, mientras se incrementan los recursos y nuevas oportunidades para los viajeros de negocios, se deprimen y decrecen los recursos para la población vulnerable. México, por su parte, tiene que hacer énfasis en el control de costos para no afectar los intereses del TLC (competitividad), más aún cuando está interesado en extender los tradicionales servicios de la seguridad social a los informales, a las familias y a los campesinos.

Los efectos varían en cada país de acuerdo con el modelo de salud imperante y los ajustes que deben hacer en función de su adaptación a las exigencias del TLC, así: Méjico, parcialmente se aproximaba a los modelos de servicios nacionales de salud, aunque su historia es la de un modelo segmentado (22); Canadá, al modelo de seguro público de salud y Estados Unidos al modelo empresarial de fuerzas del mercado (23), siendo para éste último más fácil su adaptación, como se puede ver en los cuatro puntos siguientes:

1. Una situación que preocupa a los países signatarios del NAFTA es la atención de salud de los inmigrantes. En Canadá estas demandas se resuelven así: El gobierno provincial cubre el gasto total de quienes requieren una atención especial en el extranjero, pero solo parcialmente para quienes por iniciativa propia optan por recibir tratamientos electivos fuera del país (23). Llama la atención, sin embargo, que en estos casos la cobertura es solo sobre la base de las tarifas propias y el usuario debe cubrir el excedente, para lo cual debe recurrir a otros seguros privados y suplementarios; hoy a los Canadienses les alcanzaría para pagar la atención en México, pero no en los Estados Unidos. De cualquier forma, la condición migratoria se impone como barrera para el acceso a los servicios de la seguridad social. Para los mejicanos, la situación es más complicada.

2. Igual ocurre con la responsabilidad de la atención cuando los extranjeros visitan otro país y requieren el servicio; en general dependerá de quien asegura y como está asegurado, usualmente son los seguros privados los que responden. Los países industrializados y desarrollados tienen dificultades en ese sentido, peor aún en los países con fuertes restricciones económicas, que son asediados por mayores demandas en salud.

3. Otro eje de análisis lo constituye la presencia de empresas multinacionales, las cuales introducen mecanismos de pago privado a los servicios de salud y aumento de las tarifas en el sistema de seguridad social, como ha ocurrido en el NAFTA; dando pie a que otros países se interesen en penetrar los mercados de salud nacionales. Viéndose amenazados los sistemas de salud cuya base no sea el modelo empresarial de fuerzas de mercado; se afectan el seguro nacional de salud, la política nacional de salud y los modelos basados en esquemas nacionales de salud. Las empresas de salud basadas en las fuerzas del mercado y en la atención gerenciada, también presionan los sistemas de salud nacionales. En el TLC Norteamericano, muy a pesar del ideario del libre comercio, hay cláusulas que restringen la participación de empresas extranjeras en la prestación de servicios de salud con fines de lucro; en Canadá, por ejemplo, que ha protegido su sistema de salud frente al TLC; igualmente se impide que los programas sociales con “fines comerciales”(23) sean objeto de la apertura económica. Aunque lo cierto es que el paso a un sistema libre de comercio y mercado propugna por una paulatina privatización de los servicios de salud y las medidas protectoras de tipo social se interpretarán como competencia desleal dentro del TLC.

4. Finalmente, los efectos indirectos del crecimiento económico en Norte América se sienten en el empleo, en el ingreso, en los cambios del perfil epidemiológico, en la demanda de servicios de salud y en el acceso, entre otros. De acuerdo con González (24) el acceso a los servicios de salud en México se ve modificado por la fuerza del mercado de servicios médicos, dadas las presiones ideológicas y organizacionales ante una demanda más exigente en términos de competencia y eficiencia de los servicios. Por su parte, la Academia Nacional de Medicina, en México, al analizar el tratado de libre comercio y los servicios médicos (24), concluye que hay mejoría de acceso a los servicios y en las transferencias tecnológicas, pero señala otros problemas, tales como predominio de la medicina curativa, incremento de costos de la atención, uso exagerado de la tecnología, expansión de formas de financiamiento institucional, aumento de la inequidad en atención de

servicios de salud; también se destacan los efectos negativos sobre el ambiente con la introducción de nuevos agentes nocivos, aumentando riesgos para la salud de los trabajadores y del ambiente.

VOCES DESFAVORABLES

Al principio de este ensayo se expusieron algunos puntos favorables o ventajas del ALCA, contenidos en la posición oficial colombiana y en algunos lineamientos de los Estados Unidos de América. La presentación que se ha hecho sobre comercio y salud y la experiencia sanitaria en el NAFTA, dejan sentir problemas delicados para el aseguramiento de la población y los sistemas de salud, que denotan falencias en la atención de salud y en los programas de salud pública. Pero el debate ha sido más intenso en otros sectores. Algunos medios sociales latinoamericanos se vienen pronunciando abiertamente contra el ALCA y lo señalan como un invento de los sectores empresariales y gubernamentales de los Estados Unidos "... para ampliar y reforzar el dominio sobre los pueblos y países del hemisferio y a la vez, consolidar la hegemonía en el ámbito mundial..."(25,26).

Diversos países se expresan también en vía contraria al ALCA, así: en Brasil, sectores de la sociedad civil reunidos en la II Convención en contra del ALCA, señalan que el sistema de comercialización sin fronteras implica "perder la soberanía nacional"; los bolivianos elaboran un plan de acción del movimiento de lucha contra el ALCA, destacando algunas posiciones en torno a mantener el agua por fuera de todo acuerdo comercial; coinciden en que los acuerdos medioambientales y de derechos humanos deben estar "por encima de cualquier acuerdo comercial"(26). El Frente Continental de Organizaciones Comunes, celebrado en La Habana en septiembre de 2002, enfrenta sus propósitos anexionistas en el contexto del modelo neoliberal. El movimiento sindical mejicano, que vivió de cerca el NAFTA expresa que "...ocho años después, (...) las grandes ganadoras han sido las transnacionales, (...) conduciendo a una distribución inequitativa de las riquezas y a la degradación del medio ambiente". La Alianza Social Continental, rescata temas cruciales, que no reconoce el ALCA, como el trabajo, el medio ambiente, derechos humanos y género (27).

Será importante considerar nuevas alternativas, para incluir en los tratados de libre comercio. La propuesta de "una dimensión social de la integración", defiende al contrario del ALCA, participación amplia y plural de los pueblos, respeto y mejoramiento de los derechos económicos y sociales, la no explotación de los trabajadores, protección y mejoramiento del medio ambiente, el respeto a los derechos de los inmigrantes, la soberanía alimentaria, fomento y protección de la pequeña industria.

Queda el sinsabor en el mundo de hoy, de que lo comercial y la liberalización del mercado constituyen un polo en oposición al de las ideas sociales, ambientales y de salud; será necesaria una instancia mundial o internacional que dirima la diferencia y regule las relaciones de intercambio, con respecto a la sostenibilidad ambiental y la justicia (equidad) social. El incremento del comercio mundial y su liberalización debe pensarse en función de la sostenibilidad del desarrollo y en brindar medidas de protección a las economías menos desarrolladas y a la calidad de vida de sus poblaciones.

Aunque existen estudios económicos que sostienen que la apertura comercial acelera el desarrollo y aumenta el ingreso de los pobres y, como consecuencia, el descenso de la mortalidad infantil, mejoras en la nutrición, la salud materna, entre otros indicadores de salud (28), los ejemplos corresponden a países desarrollados y a otros del sudeste asiático. No se podría hablar igual de los latinoamericanos y menos después de la crisis que azota a la gran mayoría de este continente en los últimos años. Más aún cuando se reconoce por los más proclives a la liberación

del comercio que ésta repercute en la distribución dentro de los propios países, mayor desigualdad entre las familias y entre grupos sociales (28).

La Unión Internacional de Promoción de la Salud-UIPES, en otro sentido, plantea algunos puntos alrededor del tema del comercio y la salud (29). Sus tesis expuestas en el seno de la OMC, son enfáticas en afirmar que la liberalización del comercio tiene serios efectos sobre la salud de los individuos, las comunidades y las naciones. La aplicación de políticas de liberalización del comercio deben evaluarse entre países en razón de las “desigualdades de salud” y del impacto ambiental (30).

En el centro del análisis deben estar la salud y las grandes diferencias en la situación de salud de los países signatarios de un tratado de libre comercio. Convencidos de que resolver las condiciones de desigualdad y salud para nuestros países debe resultar más oneroso que para los más avanzados que participan en el NAFTA. Si los fines fueran sociales, los TLC favorecerían el intercambio de experiencia y estrategias no tanto para la atención en salud como en la vía de enfrentar retos comunes, prevenir enfermedades y promocionar la salud y elevar la calidad de vida de las gentes. Una prioridad en el ALCA, en tal sentido estaría dada por la construcción de un sistema de vigilancia en salud pública único para la región de las Américas con un sistema de información de base, soportado en estudios epidemiológicos de investigación, acciones conjuntas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y formulación de políticas de salud de carácter continental. En concreto, habría que tomar medidas muy serias en torno a la protección de los servicios sociales de “interés público” y la salud pública y dejarlos por fuera de la injerencia del ALCA, del libre mercado y de la competencia.

Los Estados Unidos tienen todo el interés de incluir en los TLC, la exportación de servicios privados de salud, educación y ambientales, afianzando la privatización mediante la internacionalización que desencadenaría ineficiencias, deseconomías de escala e inequidades en los países receptores. En la otra perspectiva, se ubican la defensa de la autonomía de los países pobres y el respeto de los recursos naturales, no bien considerados en el esquema del globalismo económico y las inversiones. Alrededor de este tema se han levantado los movimientos antiglobalización en varias partes del mundo, Praga, Génova, Seattle y tantos otros, como los mencionados en este ensayo.

CONCLUSIONES

El Área de Libre Comercio para las Américas se implementará a partir del 2005 y en Febrero de 2003 debe haber una propuesta de salud por parte del grupo de trabajo de servicios del ALCA. Lo cierto es que el sector salud tiene que decir muchas cosas en ese ámbito.

Ante la presión de la apertura económica y la liberalización de los mercados, muchos sectores esperan consecuencias negativas como la precarización del empleo, la desregulación del trabajo, la pérdida de derechos laborales como la salud y la seguridad social. Efectivamente, el deterioro de las condiciones de vida y de la relación salarial cada vez se hace más evidente en Latinoamérica.

La liberalización progresiva de los servicios y de otros bienes de la economía trae, sin duda, efectos notorios sobre la forma de vida, condiciones de salud y oferta de los mismos servicios; más aún, sobre el acceso a ellos. La comercialización de los servicios de salud es deseable más para el ejercicio de la medicina que de la salud; algunos aspectos deben interesarle al subsector médico: visas de trabajo, homologación de títulos profesionales, estrategias de exportación de servicios, entre otros. En contraste, esta comercialización tendrá implicaciones graves no sólo sobre los servicios de salud sino sobre la salud de la población que vive en países en desarrollo.

La garantía de patentes de medicamentos en los TRIPS, descritos atrás, empeora aún más los inconvenientes que recaen sobre la salud de la población.

Los acuerdos de liberalización de comercio traen consecuencias en la agricultura y en la provisión de alimentos de los países, por falta de regulación y aplicación de aranceles a los productos. El efecto también se siente en los países ricos.

El NAFTA, ha mostrado algún impacto negativo sobre la salud, el ambiente y la sociedad, a pesar de ciertos logros destacados atrás. No puede hacerse extrapolación de las evidencias pero se suponen efectos más nocivos para los más pobres. Se recomienda una fuerte regulación sobre estas áreas prioritarias, ambiente y salud. No obstante la principal consecuencia descrita en el capítulo del NAFTA tiene que ver con limitaciones en el acceso a los servicios y presiones sobre los seguros de salud, tanto para los nacionales como para los extranjeros.

Sería aceptable brindar la oportunidad para que los tratados, que no pueden ser de igual a igual, logren transferencias de tecnologías e ingresos de países ricos a pobres, con mutua confianza y no bajo la suspicacia que debilita al mundo actual. En igual sentido deben apuntar las medidas proteccionistas sobre los servicios sociales, los cuales deben ser regulados sin transarlos en el libre juego del comercio internacional. Las alternativas al ALCA, no preconizan el aislacionismo sino la búsqueda de alianzas más favorables, en igualdad de condiciones, fortaleciendo la capacidad de las naciones y de los gobiernos para regular mercados y lograr la justicia social ♠

REFERENCIAS

1. Medicamentos, Patentes y Salud. El Espectador 2002, septiembre 8; Sec. A: 20 (columnas. 1-3).
2. Van PP. Por una globalización alternativa. Periódico Alma Mater, Universidad de Antioquia 2002, septiembre; No. 503: 4.
3. Van PP. Hacia una concepción de la justicia social global. Medellín: Fundación Confiar; 2002. p. 148.
4. Ramírez GL. El ALCA despierta a los empresarios. El Colombiano 2002, agosto 18; Sección B: 2 (columnas 1-6).
5. Duque M. E. ¡Urgente! Preparar el sector salud para el ALCA. El Pulso 2002 Julio; No. 46:11 (columnas 1-6).
6. Vieira C. Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11(5/6): 425-429.
7. Homes R. Cambio de modelo. El Colombiano, 2002. Septiembre 15; Sección A: 4 (columna 1-2).
8. Sarmiento HM. Un cruzado contra el neoliberalismo. El Colombiano, 2002. Septiembre 15; Sección B: 4 (columnas 1-5).
9. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2085, por el cual se reglamentan aspectos relacionados con la información suministrada para obtener registro sanitario respecto a nuevas entidades químicas en el área de medicamentos. Bogotá; 2001: artículo 3º.
10. Departamento Nacional de Planeación de Colombia. ¿Estamos preparados para el ALCA? Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2002 Mayo 2.
11. Franco A. La globalización de la salud entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana (II parte). Rev Fac Nac Salud Pública 2002 diciembre; 20 (2): 103-119.
12. Godue Ch. La salud internacional. En: Pontificia Universidad Javeriana. Foro Internacional. Memorias: Relaciones Internacionales, política social y salud. Bogotá: Universidad Javeriana; 2000. p 29.
13. Franco A. La globalización de la salud entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana (I parte). Rev Fac Nac Salud Pública 2002 diciembre; 19 (2): 46-49.
14. Bettcher D, Yach D, Guindon E. Global Trade and Health: Key Linkages and Challenges. Bull WHO 2000; 78(4): 521-533.

15. Labonté R, Wise M. Comercio y salud. Documento para la Mesa de negociaciones Organización Mundial del Comercio de Seattle. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2002; 20 (1): 145–148.
16. Molina OA. Estructura y definiciones de OMC y ALCA. Implicaciones sociales y laborales. En: Seminario–Colombia ingresa en el área de libre comercio de las Américas, ALCA. Medellín 8 y 9 de agosto de 2002.
17. Grupo africano de la OMC. The TRIPS Agreement. Organización Mundial del Comercio; 1999 august.
18. Antoñanzas F. El acceso de los países menos desarrollados a las innovaciones terapéuticas. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15(6):538–539.
19. Rojo P. El acceso a los medicamentos esenciales en los países pobres. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15(6): 540–545.
20. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial del Comercio. Los acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la secretaría de la OMC. Ginebra: OMC/OMS; 2002. p 27– 56.
21. Bolis M. (Editora), Arboleda J, Stuart HL, Freeman P, González MA. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington D.C. OPS/OMS; diciembre 1999.
22. Frenk J, Londoño JL. El costo de no reformar. *Cuestión Social* 1998; (42): 27.
23. Arboleda Julio. Una prospectiva Canadiense sobre el acceso a los servicios de salud en el marco del tratado de libre comercio de América del Norte. En: Bolis M. (Editora), Arboleda J, Stuart HL, Freeman P, González MA. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington D.C. OPS/OMS; diciembre 1999. p 1-158.
24. González M A. Acceso a los servicios de salud en México en el contexto del tratado de libre comercio de América del Norte. En: Bolis M. (Editora), Arboleda J, Stuart HL, Freeman P, González MA. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington D.C. OPS/OMS; diciembre 1999. p 159-163.
25. Periódico Caja de Herramientas. Avanza lucha contra el ALCA. Caja de Herramientas. 2002, octubre; (87):1.
26. Transparencia en las negociaciones del ALCA. [Internet]. Alianza Social Continental. Disponible en: <http://www.asc.hsa.org>. Acceso noviembre 18 2002.
27. Construyendo la Alianza Social Continental frente al libre comercio (Declaración) [Internet]. Alianza Social Continental. Belo Horizonte 1997. Disponible en: www.developmentgap.org/belospn.html. Acceso noviembre 18 2002.
28. Dollar D. ¿Es la globalización buena para la salud? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2002; (6):16–19.
29. Labonte R. Healthy public policy and the world trade organization: A proposal for an international health presence in future World Trade. *Health promotion international* 1998 September; 13(3): 245–256.
30. Acheson D. (Chair). Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: The Station Office; 1998. Informe Acheson sobre Desigualdades en Salud del Reino Unido.
Rev. salud pública. 5 (1):1-17, 2003