

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO

RESTRICTED

S/C/W/50

18 de septiembre de 1998

(98-3558)

Consejo del Comercio de Servicios

SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

Nota documental de la Secretaría

I. INTRODUCCIÓN

1. La presente nota forma parte del programa de intercambio de información que está llevando a cabo en la actualidad el Consejo del Comercio de Servicios. Concebida para complementar notas similares relativas a otros sectores, ofrece una perspectiva de la evolución económica y normativa reciente, sin olvidar los compromisos contraídos dentro del marco del AGCS, en los sectores de los servicios médicos, sociales y de salud. Se recomienda a las delegaciones que simultaneen su lectura con la de estudios más detallados publicados por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la UNCTAD, el Banco Mundial y la OCDE.

2. Muchos debates de última hora sobre la evolución de las políticas sectoriales se han centrado en la necesidad de poner coto a la espiral de crecimiento de los gastos de asistencia sanitaria, sin sacrificar los objetivos fundamentales de calidad y equidad. Un motivo especial de preocupación para los países industrializados ha sido la repercusión negativa de los gastos en continuo aumento de la asistencia sanitaria sobre el logro de otros objetivos de política relacionados con el crecimiento, el empleo y/o el recorte del sector público. En muchos países en desarrollo, grandes sectores de la población carecen de los servicios básicos más elementales y sus consecuencias en el plano social y en el desarrollo plantean retos políticos muy graves.

3. Las consideraciones de tipo comercial no se han convertido en ejes prioritarios de la política, salvo las cuestiones relacionadas con la migración internacional del personal. Incluso en los países más avanzados desde el punto de vista de la economía, el sector de los servicios de salud, gigante empresarial a escala nacional, que representa, por ejemplo, cerca del 6 por ciento del PIB en los Estados Unidos, continúa aportando una contribución marginal al comercio, lo que no es sino un reflejo, al parecer, de los efectos combinados de las restricciones normativas que impiden el movimiento de profesionales y pacientes, de las limitaciones institucionales (monopolios y acuerdos de exclusividad) que tienen un efecto disuasor sobre la presencia comercial extranjera, así como de los obstáculos relacionados con la tecnología, que inhiben el suministro transfronterizo de muchos servicios sociales y de salud. Sin embargo, el panorama parece irse aclarando poco a poco, debido en concreto a dos fenómenos complementarios: en primer lugar, los regímenes normativos de diversos países están adoptando un enfoque cada vez más orientado hacia el mercado, creando espacios para incrementar la participación privada, tanto nacional como extranjera; y, en segundo lugar, los cambios técnicos están facilitando gradualmente la transmisión electrónica de ciertos servicios, o al menos de subsegmentos, entre países y continentes.

4. La próxima ronda de negociaciones dentro del marco del AGCS ofrece una oportunidad a los Miembros de la OMC para replantearse el alcance y profundidad de sus compromisos en materia de servicios sociales y de salud, que andan ahora muy a la zaga de otros sectores importantes. Un aumento de la liberalización puede contribuir a respaldar los cambios enumerados *supra*, al tiempo que permitiría a los países en desarrollo, en un entorno adecuado, consolidar la capacidad nacional en materia de servicios y aprovechar mejor sus ventajas competitivas. Aunque la presente Nota puede servir para estimular el debate sobre esos temas, sería preciso complementarla mediante el intercambio de datos más específicos entre los Miembros en cada uno de los sectores concretos.

5. La parte principal de esta Nota está estructurada de la siguiente manera: la sección II ofrece cierta información nacional sobre el papel económico del sector de la salud y la importancia del comercio con arreglo a los distintos modos de suministro. En la sección III se examinan los enfoques institucionales y normativos básicos en los sectores de la atención de salud y seguros médicos, el papel de la actividad normativa de los países y del reconocimiento, así como las repercusiones consiguientes en lo tocante a la entrada en los mercados y a la competencia. El sector IV analiza el nivel y estructura de los compromisos actuales dentro del marco del AGCS.

6. En función de la disponibilidad de información, la nota abarca todos los servicios sociales y de salud tal como se definen en la división 93 de la Clasificación Central/Provisional de Productos de las Naciones Unidas (CPC). Ello significa que la cobertura es más amplia que el esquema que figura en la Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios (MTN.GNS/W/120), que los Miembros han utilizado habitualmente a los efectos de consignación en listas con arreglo al AGCS. La definición que figura en esta Lista de los Servicios Sociales y de Salud no incluye los servicios médicos ni los dentales, los de veterinaria ni los servicios proporcionados por parteras, enfermeras, etc. que se han agrupado por separado bajo el epígrafe de Servicios Profesionales. Desde un punto de vista económico y comercial, esta separación no resulta, sin embargo, enteramente convincente. Hace caso omiso de los fuertes lazos de complementariedad que pueden existir, por ejemplo, entre los servicios médicos, por una parte, y los servicios de hospital, por otra. Además, los criterios utilizados para asignar ciertas actividades y, en especial, los servicios sociales y de veterinaria, bien a los servicios de salud o bien a los servicios profesionales, dejan bastante que desear por su falta de coherencia (Anexo).

II. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

A. OBJETIVOS Y RESTRICCIONES QUE RIGEN LA PRODUCCIÓN Y EL COMERCIO

7. Los servicios médicos, sociales y de salud pueden desempeñar un sinnúmero de funciones diferentes, de desarrollo, distribución, sociales y de otra índole. Si bien cabe considerar que todas ellas revisten un alto interés e importancia, en términos relativos, su peso específico puede variar con el tiempo y según los países, dependiendo de parámetros como los ingresos, la edad, la tecnología, y el grupo de objetivos económicos y sociales (equidad) seleccionado en cada momento. Por ello, cabe considerar a esos servicios como instrumentos básicos para el logro de una justicia social y distributiva o como una contribución valiosa al desarrollo económico o incluso como condiciones *sine qua non* para éste. Por otra parte, los investigadores pueden analizarlos como actividades reales por derecho propio, centrarse en su repercusión sobre los recursos y consecuencias presupuestarias, o tratar de arrojar luz sobre las relaciones de oferta y demanda con otros sectores de la economía. Así pues, en pocas palabras, los servicios sociales y de salud están vinculados a una amplia gama de objetivos, influencias y restricciones de tipo económico y no económico.

8. Si existe un denominador común a todos los debates que se están celebrando en la actualidad, es la preocupación por la eficiencia. Presionados por las limitaciones presupuestarias y/u obstrucciones de la oferta en ciertos sectores, incluidos los sectores profesionales especializados, los gobiernos de todo el mundo están siendo cada vez más conscientes de la necesidad de aprovechar mejor los recursos. Entre las iniciativas pertinentes adoptadas en este contexto hay que mencionar los cambios estructurales destinados a conseguir economías de escala y de alcance, la introducción de incentivos monetarios en esferas sometidas hasta ahora a normativas muy estrictas (comercialización de las funciones hospitalarias) o reformas en los regímenes de seguridad y subsidios públicos para fomentar un uso más razonable de los recursos. Si bien muchas de esas iniciativas pueden contribuir a una mayor orientación hacia los mercados, diversos países han aplicado también controles administrativos y otras medidas de reglamentación y vigilancia a fin de obstaculizar la entrada de nuevos miembros, reducir una demanda "excesiva" de productos farmacéuticos o de camas hospitalarias, o influir en las pautas geográficas de la oferta (Recuadro I).

9. La apertura al exterior puede desempeñar un papel apreciable en cualquier estrategia de reforma basada en el mercado. A pesar de que durante mucho tiempo los servicios sociales y de salud se han considerado a) no comerciables a cargo de b) instituciones públicas, en una serie de países se

ha producido un cambio en ese enfoque político. La mayor eficacia de las tecnologías de transporte y comunicación ha potenciado tanto la movilidad de los profesionales como la de los consumidores, y facilitado la utilización de nuevas modalidades de suministro (telemedicina), que han hecho saltar los esquemas tradicionales de espacio y distancia. Al propio tiempo, nuevas formas de implicación del sector privado han abierto la vía para incrementar la participación nacional y extranjera.

B. SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD: CONTRIBUCIÓN AL PIB Y AL EMPLEO

10. Muchos analistas, especialmente en los países de la OCDE, pueden sentirse inclinados a considerar al sector de la salud no tanto como una "contribución" al PIB sino como un lastre para la expansión económica. En todo el ámbito de la OCDE, durante los dos últimos decenios, los gastos en materia de salud han mostrado una tendencia al alza, absorbiendo cuotas cada vez mayores del consumo privado y, en especial, de la inversión estatal (Cuadro 1), lo que ha ido restringiendo gradualmente el campo para otras iniciativas de política, entre las que se incluirían posiblemente rebajas fiscales y reformas más amplias del sector público, que cabría calificar de tareas de máxima prioridad para los gobiernos que están tratando de luchar contra el aumento del desempleo y un crecimiento económico deficitario.¹

11. A mediados del decenio de 1990, los países de la OCDE invertían al año unos 2.000 millones de dólares EE.UU. en salud, cifra que se aproxima al 90 por ciento del total de los gastos mundiales en esa esfera. En la mayoría de las economías de la OCDE, los desembolsos en materia de salud representan en la actualidad más del 8 por ciento del PIB (frente a un 1,5 – 5,5 por ciento a comienzos del decenio de 1960), comparados con un 5 por ciento en los países en desarrollo.² Aquí se engloban las inversiones tanto públicas como privadas en el sector de bienes y servicios. (Por gastos en materia de sanidad se entienden los gastos ordinarios y de capital con cargo a los presupuestos públicos, el endeudamiento exterior y las subvenciones, incluidas las donaciones, así como los gastos en seguros médicos de carácter social u obligatorio.) Aunque existen muchas diferencias entre los países, en la OCDE los servicios de hospital tienden a constituir entre un 40 y un 50 por ciento de los gastos totales en materia de salud, los productos farmacéuticos entre un 30 y un 40 por ciento, correspondiendo el resto principalmente a servicios de carácter médico y paramédico³ destinados a pacientes ambulatorios.

12. A nivel mundial, los gastos de salud per cápita registran diferencias espectaculares, que oscilan entre los 5 dólares EE.UU. al año en algunos países menos adelantados, incluidos el Bangladesh, Ghana y Nigeria y los 3.500 dólares o más en Suiza y los Estados Unidos.⁴ Resulta difícil evaluar, no obstante, hasta qué punto se traducen de hecho, esas diferencias en la cantidad y calidad de suministros médicos y, por ende, posiblemente, en el estado de salud de la población. Por

¹ Salvo indicación contraria, los datos mencionados en los siguientes párrafos se basan en OCDE (1995), *New Directions in Health Care Policy*, París; y Schierber, George (1997), *The Social, Economic, and Institutional Context of Health Care Financing Reforms*, documento presentado en una conferencia patrocinada por el Banco Mundial sobre "Innovaciones en la Financiación de la Asistencia de Salud", Washington D.C.

² Vale la pena señalar que los gastos en atención de salud, que incluyen los insumos aportados por otros sectores, son bastante más elevados que la contribución real del sector sanitario al PIB. Las estimaciones sobre la base de un valor añadido bruto indican que la cuota que correspondió en 1994 a los servicios de salud en el PIB fue del 5,6 por ciento en los Estados Unidos (servicios privados relacionados o no con el mercado), del 3,6 por ciento en Francia, del 2,4 por ciento en Alemania y del 2,1 por ciento en Canadá (servicios relacionados con el mercado exclusivamente). Según la OCDE (1997), *Services Statistics on Value Added and Employment*, París.

³ Estas cifras deben ser manejadas con sumo cuidado, ya que existen muchos problemas sobre su definición.

⁴ Promedio anual correspondiente al período 1990-95, tomado del Banco Mundial (1998), *Indicadores del Desarrollo Mundial*, Washington D.C.

ejemplo, Sri Lanka tenía en 1996, según las estimaciones, una esperanza de vida de 73 años, lo que excede con mucho de la de otros países que invierten de 20 a 30 veces más en salud.⁵

13. Los gastos relacionados con la salud en los Estados Unidos tienden a superar el 14 por ciento del PIB. Sólo Medicare, el régimen de seguros sanitarios para ancianos y discapacitados, representa un 2,5 por ciento del PIB. Desde 1970, las inversiones necesarias se multiplicaron por 30 o más hasta alcanzar en 1997 200 mil millones de dólares EE.UU. Sin embargo, la participación pública en los gastos totales de salud, del orden del 45 por ciento, se ha mantenido más baja en los Estados Unidos que en ningún otro país industrializado. El promedio en la OCDE ronda el 75 por ciento, en comparación con el 50 por ciento en los países en desarrollo.

14. Los estudios realizados por expertos de la OCDE han atribuido un porcentaje significativo de los gastos estadounidenses en salud a los precios excepcionalmente altos de los insumos. Entre los países de la OCDE, los Estados Unidos son los que muestran el mayor desfase entre los precios nacionales en general que, a los tipos de cambio actuales, son comparativamente bajos allí y los precios de los insumos de salud. Lo contrario puede decirse del Japón que, tras un ajuste de los efectos relativos de los precios, se puso a la cabeza de los países de la OCDE⁶ por el "volumen" de gastos globales per cápita en salud. (En las diferencias de precios entre los servicios de salud/médicos y otros componentes del consumo nacional pueden influir, no obstante, factores de calidad. Cabe la posibilidad de que los servicios médicos y de salud que se exigen y se ofrecen en los Estados Unidos revistan sencillamente una calidad más alta de lo que cabría esperar normalmente de otros bienes y servicios, lo que no sería sino un reflejo de la reglamentación pública y/o de los juicios de valor privados.)⁷ Los precios de la atención de salud parecen ser relativamente bajos también en Turquía y el Reino Unido.

15. A la par del incremento general de los gastos, el empleo en el sector de la salud ha ido creciendo de forma sostenida a lo largo del tiempo. Se calcula que, en el conjunto de la Unión Europea, el sector supone más del 8 por ciento de los efectivos laborales. De esta cifra, las enfermeras y las parteras constituyen, según las estimaciones, más de la cuarta parte y los médicos alrededor de una octava parte (1991).⁸

16. En la Unión Europea, los expertos apuestan por una expansión sostenida de la demanda a un ritmo próximo o ligeramente más elevado que el PIB real (entre el 3,5 y el 4 por ciento anual). Sin embargo, con arreglo a las previsiones, quedará muy poco margen para seguir aumentando los precios. Ello puede contribuir a estabilizar los gastos totales en materia de salud en torno a un 7,5 por ciento del PIB a largo plazo, aunque con una participación cada vez menor de la financiación pública.⁹

Teniendo en cuenta las cantidades invertidas en atención de salud en algunos países, podría plantearse la cuestión de si ofrecerían mejores resultados otros enfoques alternativos destinados a potenciar el panorama de la salud (inversiones en medidas ambientales, en medidas de seguridad para la circulación, campañas antitabaco y antidrogas, etc.) Además, los impuestos y gravámenes crecientes, incluidas las contribuciones a los regímenes de seguros obligatorios, pueden influir en los estilos de vida en una forma que no favorezca necesariamente la salud. Los esfuerzos por mantener ingresos reales de libre disposición pueden incrementar el estrés en el lugar de trabajo.

⁵Se estima que los gastos de salud per cápita en Sri Lanka ascienden a 12 dólares al año. En el cuadro 2 se ofrece una perspectiva de los indicadores relacionados con la salud para grupos amplios de países.

⁶ OCDE (1995), *New Directions in Health Care Policy*, París.

⁷ A comienzos del decenio de 1990, los Estados Unidos disponían de menos de cinco camas de hospital por cada 1.000 habitantes, en comparación con más de 15 en el Japón. Sin embargo, la proporción de personal asistencial por cama era de 3,5 en los Estados Unidos frente a 0,8 en el Japón (OCDE, 1995).

⁸ Comisión Europea (ed., 1997), *Panorama of EU Industry*, Luxemburgo.

⁹ Comisión Europea (1997).

17. La tendencia al crecimiento de los gastos reales en atención de salud se ha atribuido a una gran variedad de factores. Cabe citar, por parte de la demanda:

- a) la difusión cada vez mayor de los regímenes de seguro obligatorios, a medida que se va generalizando la percepción de que la asistencia de salud, como la educación, es un derecho social básico (con excepción de los Estados Unidos, todos los países de la OCDE han logrado la cobertura universal);
- b) la elevación de la edad de la población en muchos países (los gastos de asistencia sanitaria de las personas de más de 65 años tienden a ser cuatro veces mayores que en los grupos de edad inferiores);
- c) la emergencia y/o descubrimiento de nuevas enfermedades, así como la tendencia a la cronicación y a la superposición de varias patologías; y
- d) la carencia de incentivos para que los pacientes ahorren, ya que el costo del tratamiento queda (casi) totalmente cubierto por los regímenes de seguro.

Por la parte de la demanda, los expertos han observado desde hace tiempo:

- a) una ausencia similar de incentivos que vinculen el costo del tratamiento con el beneficio previsto;
- b) la introducción y, a veces, el uso precipitado de tecnologías cada vez más complejas y costosas;
- c) una planificación y coordinación de la atención de salud insuficientes, que se traducen, por ejemplo, en una dotación "redundante" y en un exceso de capacidad de los hospitales y consultorios; y
- d) tratamientos no específicos aplicados por los médicos ("protocolos variables"). Se ha calculado que los países pueden desperdiciar entre un 30 y un 60 por ciento de sus gastos en asistencia sanitaria en tratamientos ineficaces o inadecuados.¹⁰

C. COMERCIO DE SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD: PRUEBAS EMPÍRICAS

18. Las pruebas empíricas apuntan a que el volumen del comercio internacional de servicios médicos y de salud sigue siendo relativamente modesto. Por ejemplo, las "exportaciones" estadounidenses de servicios de atención de salud, que abarcan las actividades en el extranjero de los proveedores con participación mayoritaria de la empresa matriz de ese país y los servicios prestados en los Estados Unidos a los extranjeros, ascienden, según los cálculos, a menos del 2 por mil de los gastos totales de asistencia sanitaria nacional.

19. Una publicación reciente de la OMS pone de relieve la importancia cada vez mayor del suministro transfronterizo de servicios médicos. Por ejemplo, los proveedores de los Estados Unidos ofrecen servicios comerciales de telemedicina a clientes de varios países del Golfo Árabe; y Jordania se ha conectado con las Clínicas Mayo en los Estados Unidos para beneficiarse de los servicios de telemedicina. Existe también un cierto grado de comercio de servicios de telediagnóstico entre las provincias costeras de China (República Popular) y los pacientes en el Taipei Chino, Macao

¹⁰Abel-Smith, Brian (1996), *The escalation of health care costs: How did we get there?*, en OCDE, Health Care Reform – The Will to Change, París.

y otras economías del Sudeste de Asia; y varios países de Centroamérica han empezado a enviar muestras biológicas para el diagnóstico médico a los hospitales públicos de México.¹¹

20. Hasta ahora, la telemedicina se había usado sobre todo, al parecer, para sortear el obstáculo de las barreras geográficas dentro de los países y mejorar la atención de salud en regiones remotas, por ejemplo, de Noruega y Australia. Sin embargo, los ejemplos anteriores abren perspectivas considerables de comercio transfronterizo. Ese comercio podría trascender los límites de la atención de salud propiamente dicha y hacerse extensivo a las funciones de gestión hospitalaria, recopilación de datos con fines estadísticos o de educación y servicios de apoyo al personal local destacado en el extranjero. No todas estas actividades pueden clasificarse en la categoría de servicios médicos y de salud, sino, según los casos, de servicios de bases de datos, servicios de consultores en administración o servicios de enseñanza. El Anexo del AGCS sobre telecomunicaciones obliga a los Miembros que se han comprometido a tales actividades a garantizar el acceso de sus redes y servicios públicos de telecomunicaciones en términos y condiciones razonables y no discriminatorios.

21. Aunque no se dispone de estimaciones globales, no parece aventurado asumir que el consumo de servicios de salud en el extranjero sigue siendo un modo de suministro más significativo desde el punto de vista económico. El comercio puede llevarse a cabo como movimiento de pacientes que se trasladan a) de países en desarrollo a países desarrollados, por ejemplo, lo que permite a las personas más acomodadas encontrar un acceso rápido a servicios de alta calidad en el exterior; b) de países desarrollados a países en desarrollo, con arreglo al cual los pacientes van en busca de terapias "exóticas" o, sencillamente, de tratamientos menos costosos cuando éstos no están cubiertos por los seguros médicos (por ejemplo cirugía estética), así como c) entre dos grupos de países, en aquellos casos en que, por ejemplo, los proveedores nacionales no pueden proporcionar el servicio exigido a tiempo o competir eficazmente en términos de precio o de calidad. Además, cada país, ya sea en desarrollo o desarrollado, puede sacar partido de sus recursos naturales y de su clima.

22. Un estudio citado por expertos de la OMS indica que la India cuenta con un potencial considerable para atraer a pacientes extranjeros, tanto de países vecinos como de toda la región Asia-Pacífico. Según los informes, los centros indios están en condiciones de ofrecer tanto un tratamiento sofisticado, que incluye la cirugía cardiovascular, como terapias de rutina y especializadas a precios que oscilan, con arreglo a las previsiones, entre una quinta y una décima parte de los percibidos en los países industrializados por intervenciones similares. En este mismo orden de cosas, un organismo cubano –Servimed– trabaja con agencias de viaje y mayoristas del sector en el extranjero para promover la venta conjunta de programas de tratamiento médico y estancias en lugares turísticos y balnearios.¹² Sin embargo, los países industrializados y, en particular, especialmente los Estados Unidos han seguido siendo los principales proveedores de servicios de salud a los pacientes extranjeros.

23. En 1996, las exportaciones estadounidenses de servicios de atención de salud, especialmente en su modalidad de turistas extranjeros que reciben un tratamiento durante su estancia en el país, ascendieron, según se ha calculado, a 872 millones de dólares EE.UU. De conformidad con las estimaciones, las importaciones estadounidenses de dichos servicios se elevaron a unos 550 millones

¹¹ Grupo especial de la OMS sobre Economía de la Salud (1997), *Health Economics – Technical Briefing Note – Measuring trade liberalization against public health objectives: the case of health services*, Ginebra; y Mandil, Salah H. (1998); *Telehealth: What is it? Will it propel cross-border trade in health services?* en Zarrilli, S., y C. Kinnon (ed), "International trade in health services: a development perspective", Ginebra (UNCTAD/OMS).

También puede ser de utilidad a las delegaciones el análisis que figura en la Nota de Información Técnica de la OMC acerca de consideraciones más amplias en materia de equidad, calidad y eficiencia en relación con la introducción y proliferación de la telemedicina.

¹² Entre las especialidades que se ofrecen figuran, al parecer, la cirugía cardiovascular y oftalmológica, el tratamiento de la retinosis pigmentaria y el vitíligo, servicios de ortopedia, de rehabilitación de toxicomanías, terapias antiestrés y cirugía estética. Véase Grupo Especial de la OMS sobre Economía de la Salud (1997).

de dólares, lo que arroja un superávit importante.¹³ Los canadienses representaron el 50 por ciento aproximadamente de los extranjeros tratados en los Estados Unidos, seguidos de los europeos, procedentes principalmente del Reino Unido y Alemania, los mexicanos, australianos y japoneses. Aunque la mayoría de esos extranjeros cayeron enfermos en el curso de su visita a los Estados Unidos, según los informes, centros médicos famosos como las Clínicas Mayo, el Centro Médico John Hopkins y el Hospital General de Massachusetts atraen a un número significativo de pacientes, que viajan en realidad para recibir tratamiento. (En 1997, las cuatro Clínicas Mayo esperaban a 10.000 pacientes del extranjero.) El Departamento de Comercio de los Estados Unidos está detectando un potencial de mercado cada vez más prometedor en América Latina, ya que ha observado que los argentinos gastan, con arreglo a las estimaciones, unos 60 millones de dólares al año en tratamientos médicos en el extranjero y que más de 400.000 mexicanos pueden permitirse ser tratados en los Estados Unidos.

24. La presencia comercial, es decir el suministro comercial de servicios de salud a través de centros o consultorios creados con ayuda de inversiones extranjeras, es una modalidad que se da preferentemente entre países desarrollados. Sin embargo, la Secretaría sólo ha hallado datos cuantitativos para los Estados Unidos. Así, las exportaciones estadounidenses -es decir, las ventas efectuadas por filiales en el extranjero de empresas de suministro de asistencia sanitaria con participación mayoritaria estadounidense- se cifraron en 469 millones de dólares EE.UU. en 1995, lo que supone un descenso del 1 por ciento con respecto al año anterior. (Dado que se trata de un volumen relativamente modesto, pueden imputarse las fluctuaciones anuales a la culminación de unas pocas inversiones de gran envergadura.) En contraste, en ese mismo año, las ventas en los Estados Unidos de servicios de atención de salud por empresas de capital extranjero se elevaron a 1.800 millones de dólares EE.UU. El déficit estadounidense corresponde principalmente a las actividades de dos cadenas de hospitales, propiedad de Paracelsus de Alemania y del grupo Ramsey australiano.

25. Existen además algunos datos acerca de las redes regionales que están montando los proveedores de servicios médicos y de salud en Asia. Por ejemplo, a mediados del decenio de 1990, el Parkway Group Healthcare Pte., con base en Singapur, había adquirido 11 hospitales, diez de ellos en Asia y uno en Gran Bretaña y una participación mayoritaria en una cadena de cirugía odontológica que funcionaba por todo el sudeste de Asia.

26. El impacto sobre el comercio y el desarrollo que genera el movimiento de profesionales de la salud puede analizarse desde diversas perspectivas, centrándose bien en el país de origen o bien en el país beneficiario. Entre los temas pertinentes cabe citar, por una parte, la contribución de la inmigración a colmar las lagunas en el suministro y/o a reducir las presiones sobre los costos y, por otra, las pérdidas económicas, temporales o permanentes, determinadas por la marcha de especialistas capacitados que buscan empleo en el exterior ("fuga de cerebros").¹⁴ Por ejemplo, debido parcialmente a la migración a los Estados Unidos y el Canadá, en Jamaica permanecieron vacantes, en 1995¹⁵, según los informes, el 50 por ciento de los puestos de enfermeras diplomadas y el 30 por ciento de los puestos de parteras. Aunque se ha calculado que el 56 por ciento de todos los médicos

¹³ Las siguientes observaciones están basadas en datos que figuran en: U.S. International Trade Commission (USITC, 1998), *Recent Trends in U.S. Services Trade*, Washington D.C.; Departamento estadounidense de Comercio/Administración Internacional de Comercio (1998), *U.S. Industry & Trade Outlook '98*. Washington D.C.; y Warner, David C. (1998), *The globalization of medical care*, en Zarrilli, S., y C. Kinnon, *op. cit.*

¹⁴ La siguiente información procede fundamentalmente del Grupo Especial de la OMS sobre Economía de la Salud (1997).

¹⁵ Habría que contraponer las pérdidas consiguientes de capital humano a las ganancias potenciales en términos de los trabajadores migrantes que adquieren técnicas y experiencias que, a su vez, pueden beneficiar al país de origen o generar ahorros y remesas susceptibles de inversión de vuelta en el país. Además, resulta difícil saber si la alternativa a la emigración hubiera sido un empleo en el sector de la salud o, en el caso de ofertas laborales más lucrativas, en otra industria del país.

migrantes proceden de países en desarrollo, sus puntos de destino no son exclusivamente los países industrializados. Por ejemplo, un número apreciable de médicos y enfermeros indios ha encontrado empleo (temporal) en los Estados del Golfo y países del Oriente Medio. Y en algunos países en desarrollo se registran corrientes significativas tanto de entrada como de salida de personal médico; según se ha comunicado, Jamaica, por ejemplo, importa personal de enfermería de Myanmar, Nigeria y Ghana.

27. Con arreglo a las fuentes de información disponibles, se están abriendo en Asia, Oriente Medio y Repúblicas de la CEI un número creciente de hospitales a pequeña escala con participación de China. En más de 100 empresas conjuntas (1995), la parte china suele ofrecer tecnología y mano de obra, mientras que el socio local aporta los edificios y el equipo.

Posibles temas de debate:

- *El impacto de la liberalización del comercio sobre la calidad y disponibilidad de servicios de salud en los países en desarrollo.*
- *El impacto de la liberalización en el suministro de servicios de salud y en los costos de asistencia sanitaria en los países desarrollados.*
- *¿Cuál es el riesgo real de migración de personal calificado al exterior para los países en desarrollo?*
¿Cuáles son los efectos probables sobre el suministro nacional de servicios de salud?
¿Cuáles son las repercusiones generales sobre el desarrollo?
¿Es necesario una iniciativa de política en a) el país de origen y/o b) el país beneficiario? ¿Qué medidas pueden tomarse? ¿Podría plantear problemas dentro del marco del AGCS y, en caso afirmativo, serviría de cobertura legal el artículo XIV?
- *¿Existen pruebas de estrategias de promoción de las exportaciones con efectos de distorsión del comercio tendentes a desviar la demanda internacional de servicios médicos y hospitalarios? Si así fuera: ¿De qué soluciones se dispondría dentro del marco del AGCS?*

III. ESTRUCTURA NORMATIVA Y CONSECUENCIAS PARA EL COMERCIO

A. CONSIDERACIONES GENERALES

28. Cuando se prestan servicios de salud, lo habitual es que el contexto no tenga nada que ver con los ideales plasmados en los manuales de economía de mercado. Un sinnúmero de imperfecciones, distorsiones y problemas de información puede impedir que los consumidores y los productores concluyan contratos sobre una base de igualdad, con pleno conocimiento y responsabilidad financiera de los resultados ulteriores. Por ejemplo, como no existe normalmente una relación directa entre el costo del tratamiento médico y la cotización de cada persona, lo que obedecería a la aplicación de principios básicos de equidad, la oferta tiende a ir a la zaga de la demanda. Por amplia que sea la capacidad hospitalaria de un país, lo más probable es que esté saturada. Lo que los observadores han denominado la Ley de Say de las camas hospitalarias, que explica el hecho de que una oferta adicional induce también una demanda adicional, puede convertirse en la pesadilla de cualquier ministro de salud.

29. Con arreglo a ese mismo razonamiento, una competencia adicional no entraña necesariamente ventajas en el ámbito de la calidad y/o eficiencia para todos los segmentos y grupos interesados de la población. Por ejemplo, las compañías privadas de seguros médicos que compiten por afiliados pueden dedicarse de algún modo a "seleccionar a la flor y nata", relegando al sistema público, a menudo financiado con cargo al presupuesto general, a las personas de bajos ingresos y alto riesgo.

Es posible que las nuevas clínicas privadas atraigan a personal competente de los hospitales públicos, sin ofrecer, no obstante, la misma gama de servicios a los mismos grupos de población. La combinación de enseñanza gratuita con una remuneración lucrativa de los profesionales puede fomentar una "producción excedentaria" de personal médico calificado, distorsionar la estructura de la formación de capital humano y, habida cuenta de unas estructuras de precios y salarios generalmente rígidas, disparar el costo de la atención de salud.

Recuadro I: Panorama de las iniciativas de políticas para frenar los gastos en asistencia sanitaria

ORIENTACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS PRECIOS Y/O EN FUNCIÓN DEL MERCADO

Medidas destinadas a fomentar la competencia entre fondos de seguros (por ejemplo, mediante la abolición de los derechos de exclusividad, el incremento de la movilidad de los asegurados, la flexibilidad para modificar las condiciones de la póliza).

Copagos por los pacientes (productos farmacéuticos, gastos hospitalarios, etc.).

Rebajas en las primas de seguros por buena salud.

Medidas para promover la prescripción o dispensación de alternativas más baratas (generalmente fármacos genéricos) en lugar de marcas registradas.

Ventas de productos farmacéuticos a través de canales de distribución alternativos (médicos, hospitales, por correo).

Supresión del reembolso de los productos y servicios.

Creación de grandes centrales de compras con poder en el mercado (comisiones sanitarias, etc.).

Incentivos para sustituir los servicios de enfermería hospitalaria por la atención domiciliaria, en especial para los pacientes de la tercera edad.

CONTROLES DE PRECIOS Y/O PRESUPUESTO

Diversas modalidades de autorización de precios, fijación de precios, etc., para los fármacos dispensados con receta y tarifas hospitalarias y médicas.

Relación precio-eficacia como criterio de aprobación de nuevos productos farmacéuticos.

CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN

Reorganización del sector hospitalario (por ejemplo, creación de departamentos más amplios y mejora de la coordinación/especialización).

Acuerdos de exclusividad entre compañías aseguradoras y hospitales/consultas médicas.

RESTRICCIONES CON RESPECTO A LA OFERTA O LA DEMANDA

Listas negativas/positivas de productos farmacéuticos.

Recomendaciones de "prácticas adecuadas" para el tratamiento médico.

Medidas para disuadir a los pacientes a fin de que no intenten el acceso directo a los especialistas (los médicos generalistas se encargarán del "control").

Introducción de cupos de suministro (por ejemplo, límites en cuanto a camas/día).

Topes para los reembolsos (por paciente, consultorio o centro sanitario).

Topes aplicados al personal (por ejemplo, número de médicos o enfermeros por cama hospitalaria).

Restricciones al acceso de nuevas consultas, hospitales y farmacias.

OTROS

Modificaciones jurídicas que afectan al plazo de espera y al nivel de indemnización salarial para los empleados de baja por enfermedad.

Fuente: Secretaría de la OMC.

30. Esos ejemplos no pueden esgrimirse como argumento para oponerse a las reformas basadas en el mercado. Revelan, sin embargo, el potencial de asignación inadecuada de los recursos en un sector que está situado a menudo a caballo entre la esfera pública y privada y que depende de una amplia gama de objetivos no necesariamente compatibles. El desafío que se plantea a las autoridades sanitarias estriba en definir un conjunto coherente de metas de política y en crear, por ende, un marco normativo que estimule una utilización eficaz de los recursos con miras a lograr dichas metas. Quizá el marco pertinente haya de evolucionar con el tiempo, para dar cabida, por ejemplo, a cambios en las prioridades políticas y a la aparición de nuevas tecnologías de comunicación, que pueden ir sorteando gradualmente los obstáculos geográficos a la información, coordinación y competencia.

B. DISPOSICIONES INSTITUCIONALES ACTUALES

31. Hay varios enfoques institucionales para plantear la estructuración del sector de la atención de salud y definir el alcance de la cooperación y la competencia entre las distintas unidades. La diversidad de regímenes en vigor, con países similares pero que han elegido a sistemas diferentes y que a veces se mueven en direcciones distintas, sugiere que no existe una fórmula mágica: "Diseñar el marco normativo con arreglo al cual la gente pueda comprar atención de salud ... es un entramado complejo y sutil de aspectos económicos, éticos y políticos. La respuesta correcta varía con toda seguridad según el país y según el momento."¹⁶ Sea cual sea la respuesta, parece verosímil que afectará a las condiciones de acceso de los proveedores de la atención de salud, así como de las industrias de bienes y servicios conexas, en especial la de productos farmacéuticos y seguros médicos.

32. Si bien pueden ser muchas las variables y combinaciones, cabe distinguir tres enfoques principales, utilizados habitualmente en la región de la OCDE y, posiblemente, en los países en desarrollo económicamente avanzados:¹⁷

- i) Con arreglo a los sistemas de reembolso, los pacientes tienen un amplio margen para seleccionar y contratar a los proveedores de atención de salud que prefieran (médicos, hospitales, etc.). Los servicios son abonados retroactivamente por el paciente, quien, a su vez, es reembolsado por su asegurador, o son abonados directamente por el asegurador. La fórmula del reembolso se utiliza normalmente en los países en que existe una gran cantidad de aseguradores y de proveedores (a menudo privados), incluidos los Estados Unidos, Japón y Suiza. En esos sistemas, quizá resulte difícil implantar unas relaciones contractuales más estrechas y unos controles de costo eficaces, pero se suele respetar bastante, por lo general, la soberanía del consumidor (libertad de elección).
- ii) Los sistemas basados en contratos entrañan alguna forma de acuerdo anticipado que establece los términos y condiciones de cooperación entre terceros obligados al pago y proveedores específicos de asistencia sanitaria. Las compañías aseguradoras tienden a ejercer un control, tanto sobre el nivel como sobre la distribución de la financiación, más riguroso que en un sistema de reembolso. Los sistemas basados en contratos están muy difundidos en los países en que los encargados de los seguros obligatorios son sólo un número limitado de organismos públicos o sin ánimo de lucro. Los hospitales suelen financiarse con cargo a tarifas diarias u honorarios por caso o servicio; pueden estar sujetos a topes presupuestarios (como en Alemania y Bélgica). Las posibilidades de elección de los consumidores están limitadas, por lo general, a una gama preseleccionada de hospitales, pero en algunos sistemas se ofrece también la opción de recibir tratamiento de otros proveedores, acogiéndose al sistema de reembolso.
- iii) En los sistemas integrados de salud, una sola institución controla plenamente el suministro de servicios sanitarios. El personal médico percibe un sueldo y los demás gastos tienden a estar centralizados. Así se evita la variabilidad de los costos y las dificultades contractuales que llevan aparejados otros sistemas; sin embargo, ello puede ir en detrimento de la innovación, flexibilidad y posibilidades de elección del consumidor. Los sistemas integrados se utilizan en los países nórdicos y Turquía (tanto para los médicos generales como en los hospitales) y -para los servicios de

¹⁶ Aaron, Henry (1996), *Thinking about health care finance: Some propositions*, en OCDE, Health Care Reform, *op. cit.*

¹⁷ Para un análisis más detallado, véase OCDE (1995).

hospitales públicos- en Francia, Italia, Australia, Grecia, Islandia y Portugal.¹⁸ Los cambios recientes que se han producido en el Reino Unido y Nueva Zelandia van a favor de los planteamientos contractuales, mientras que los sistemas públicos en España e Italia parece ser que se mueven en dirección opuesta.¹⁹

33. En un estudio realizado para el sector de la OCDE se señala que, en términos generales, la organización de la asistencia ha confluído en los últimos años hacia sistemas basados en los contratos. En el estudio se subraya la importancia de separar a los compradores de los proveedores, de combinarlo preferentemente con un grado significativo de integración vertical, y de ampliar el alcance del reembolso sobre la base de los resultados.²⁰

34. La evolución gradual hacia sistemas con participación privada puede brindar perspectivas comerciales interesantes. En ese contexto, una publicación reciente del Departamento de Comercio de los Estados Unidos apunta a una tendencia en aumento en los países de América Latina y, en especial, en Chile y el Brasil, así como en Europa Central y Oriental (República Checa, Hungría y Polonia) a descentralizar y/o comercializar el sector de la salud, en un esfuerzo por poner coto a las presiones del costo.²¹ Algunos países han preferido mantener el monopolio de la seguridad social, pero autorizar la competencia entre los proveedores de asistencia sanitaria privados y públicos. Otros países han empezado a autorizar la competencia entre los sistemas integrados. Los modelos analizados recientemente en Argentina y Colombia permiten la competencia entre los proveedores de atención de salud y las compañías de seguro médicos, financiándose estas últimas a través de impuestos sobre los salarios y transferencias presupuestarias directas.²²

Posibles temas de examen:

- *¿Cómo pueden garantizar los Miembros de la OMC que la reformas en curso en los sistemas nacionales de salud sean complementarias y, cuando proceda, basadas en el mercado?*
- *Dada la amplitud y profundidad de esas reformas, ¿sería útil que la OMC proporcionase una tribuna para intercambiar información, al margen de los compromisos concretos que existan en la actualidad?*

C. DISCIPLINAS PERTINENTES CON ARREGLO AL AGCS (CON EXCEPCIÓN DE LA PARTE III)

35. Como se indicó anteriormente, el suministro de servicios de salud, incluso en los sistemas más "liberales", está sujeto a un grado significativo de intervención regulatoria. Las medidas pueden estar dirigidas a los distintos proveedores de atención de salud (médicos, fisioterapeutas, personal de enfermería, parteras, etc.), empresas y organizaciones que funcionan dentro del sistema (centros, hospitales, residencias sanitarias) así como a sectores vinculados por relaciones comerciales

¹⁸ Según los informes, en Italia los hospitales privados están integrados en el sistema nacional de salud; el 90 por ciento de las camas en esos hospitales pueden ser utilizadas por pacientes pertenecientes al sistema. (Panorama of EU Industry, 1997).

¹⁹ Jönsson, Bengt (1997), *Government Financing and Social Insurance*, documento presentado en una conferencia patrocinada por el Banco Mundial sobre "Innovaciones en la Financiación de la Atención de Salud", Washington D.C.

²⁰ Jönsson, Bengt (1996), *Making Sense of Health Care Reform*, en OCDE, Health Care Reform, *op. cit.*

²¹ Departamento de Comercio de los Estados Unidos/Administración del Comercio Internacional (1998).

²² Jönsson (1997).

(proveedores de material médico y fármacos, fondos de seguros, etc.). Esas medidas, al igual que los objetivos políticos subyacentes, pueden ser extremadamente variadas. Por ejemplo, cabe utilizar los requisitos de autorización profesional para garantizar la competencia e integridad personal de un médico, regular el acceso a la profesión por razones relacionadas con los costos, proteger a los profesionales autorizados de los que aspiran a serlo (nacionales y/o extranjeros), o garantizar una distribución adecuada del suministro en todo el país y/o grupos sociales. No existe apenas medida alguna que rijan la organización del sector o el suministro de los diferentes servicios que no afecte, directa o indirectamente, a las condiciones de acceso previstas en los cuatro modos especificados en el AGCS.

36. Para facilitar la interpretación de los compromisos actuales consignados en las listas por los Miembros de la OMC (sección IV), se ha centrado el análisis que figura a continuación en las medidas que no tienen un reflejo directo en las limitaciones establecidas en los artículos XVI y XVII.²³

Disciplinas relacionadas con la organización del sector de la salud

37. Las disposiciones institucionales que rigen el suministro de servicios médicos, sociales y de salud, abarcan un amplio espectro de modalidades, desde la propiedad y control gubernamental absolutos hasta la plena orientación hacia el mercado. Por una parte, existe la posibilidad de que los servicios sean suministrados "en ejercicio de facultades gubernamentales", lo que significa, según el apartado c) del párrafo 3 del artículo I del AGCS, que no obedecen ni a una fórmula comercial ni se rigen por las leyes de la competencia. Cabe mencionar entre esas actividades no cubiertas por el AGCS, el suministro estatal directo de tratamiento médico y hospitalario con carácter gratuito. En cambio, otros sistemas dan cabida a una participación privada plena, sin controles de acceso, al margen de la normativa en materia de calidad y títulos de aptitud, a precios libremente negociados. (En las negociaciones relativas a los precios puede participar el sector en general, con representantes de las profesiones médicas y propietarios o gestores de los hospitales frente a los representantes de las compañías de seguros médicos.)

38. Lo habitual es que esas disposiciones prototípicas sean la excepción más que la regla. Por ejemplo, aunque algún país pueda garantizar el tratamiento gratuito en hospitales públicos, queda sin embargo un margen para las actividades privadas, a menos que éstas estén intrínsecamente prohibidas.²⁴ En particular, los hospitales privados pueden ofrecer alternativas no convencionales al "tratamiento tradicional", aprovecharse de la congestión del sistema público o facilitar servicios especiales a una clientela más acomodada. Es posible, sin embargo, que la coexistencia de hospitales privados y públicos suscite interrogantes sobre sus relaciones de competencia y la aplicabilidad del AGCS: en concreto ¿cabe estimar que los hospitales públicos quedan comprendidos en el párrafo 3 del artículo I? Los que sean de esa opinión pueden alegar que los hospitales públicos (y sus servicios) constituyen un sector distinto de los hospitales privados (y sus servicios) y que no entra en competencia con éste. Dadas las ventajas que parecen brindar los hospitales privados frente a los públicos –ausencia de plazos de espera, utilización de material moderno, etc.– podría considerarse que los dos grupos no suministran servicios "similares".

²³ Entre las medidas comprendidas en el artículo XVI del AGCS se incluyen, por ejemplo, los contingentes numéricos o las pruebas de necesidades económicas para regular el número de camas hospitalarias, médicos, enfermeras, etc. Entre las medidas sujetas a consignación en listas, con arreglo a lo dispuesto en el artículo XVII, cabe citar los requisitos en materia de nacionalidad así como cualquier otra disposición que, a pesar de no quedar cubierta por el artículo XVI, afecte negativamente a las condiciones en que compitan

En los sectores no consignados en listas, los Miembros tienen libertad para aplicar cualquier medida, aunque sea restrictiva, siempre que respeten una serie de requisitos básicos y, entre ellos, fundamentalmente el trato de la nación más favorecida y ciertas obligaciones en materia de información y consulta.

²⁴ Resulta difícil comprender la lógica de esas prohibiciones, con la única posible excepción de que el principio de distribución equitativa y/o el acceso exclusivo de los hospitales públicos a unos recursos que son escasos (por ejemplo médicos) sean el objetivo político dominante.

39. No obstante, el sector hospitalario de muchos países está constituido por entidades públicas y privadas que operan ambas sobre una base comercial, cobrando al paciente o a su seguro por el tratamiento administrado. Pueden otorgarse subvenciones suplementarias atendiendo a objetivos sociales, regionales o de índole similar. Parece poco realista en tales casos pretender que se deba seguir aplicando el párrafo 3 del artículo 1, y/o mantener que no existe una relación de competencia entre los dos grupos de proveedores o de servicios. En los sectores consignados en las listas, ello significaría que la concesión de subvenciones y cualquier otro beneficio económico análogo en favor de uno de los grupos estaría sujeta a la obligación de otorgar un trato nacional, con arreglo a lo dispuesto en el artículo XVII.

40. Además, puede haber varios tipos de cooperación directa entre el sector privado y el público, como por ejemplo, cuando empresas privadas gestionan instalaciones de salud pública. De conformidad con los denominados acuerdos de Construcción – Explotación – Transferencia (BOT), los gobiernos pueden invitar a inversores privados a construir hospitales, a cambio de ciertos derechos temporales de exclusividad. La situación jurídica de esos acuerdos dentro del marco del AGCS es variable, en función de los derechos y obligaciones que se concedan en cada caso. Cabe estimar, por ejemplo, que los acuerdos BOT son una forma de actividad comercial regulada por el gobierno o una modalidad de contratación pública de los servicios de que se trate. En el primer caso, por ejemplo, las autoridades tendrían que otorgar el trato NMF en virtud del artículo II y, en los sectores consignados en las listas, garantizar que los criterios de acceso pertinentes sean "objetivos y transparentes" (párrafo 4 del artículo VI).²⁵ En el segundo caso, el artículo XIII del AGCS serviría de cobertura legal frente a las infracciones de las obligaciones NMF, acceso a los mercados y trato nacional.

41. La situación podría ser algo distinta para las economías de los 25 Miembros comprendidos en la actualidad en el Acuerdo sobre Contratación Pública (ACP). La aplicación real de las normas pertinentes, por las que los firmantes se comprometen a no ejercer discriminación entre sí si una compra supera determinados valores de umbral, es bastante limitada. Sólo están cubiertas aquellas entidades que celebran contratos y las categorías de bienes y servicios abarcados en los anexos específicos del ACP para cada miembro. Los acuerdos de tipo BOT pueden englobar una amplia gama de servicios diferentes, en los que tienen cabida posiblemente los servicios de arquitectura, de construcción e inmobiliarios. Los servicios médicos y de salud propiamente dichos sólo han sido incluidos por un único miembro, los Estados Unidos, en el anexo pertinente.²⁶

Disposiciones reglamentarias y problemas de reconocimiento

42. Hay tres tipos de normativas que parecen revestir una importancia especial, ya que pueden afectar directamente a la oferta y demanda de servicios médicos y de salud. En primer lugar, están las prescripciones en materia de títulos de aptitud y de licencias a los distintos profesionales de la salud; en segundo lugar, los requisitos relativos a la autorización para proveedores institucionales como clínicas u hospitales; y en tercer lugar, las normas y prácticas que rigen el reembolso en los regímenes obligatorios (públicos o privados) de seguros. Aunque esas normas y exigencias quizá tengan efectos restrictivos sobre el comercio de servicios, también pueden quedar cubiertas por las disposiciones pertinentes del artículo VI y, en su calidad de medidas normativas nacionales, no haber sido reflejadas en las listas. (El artículo VI prevé, entre otras cosas, que las medidas sean

²⁵ Cabe citar, entre otras disposiciones pertinentes, el párrafo 2 del artículo VIII del AGCS que obliga a los Miembros a asegurarse de que los proveedores no abusen de su posición monopolista en el suministro de un servicio que no esté comprendido en el ámbito de sus derechos de monopolio; tienen que impedir que el proveedor actúe de manera incompatible con los compromisos específicos del Miembro. (Podría considerarse que los acuerdos BOT otorgan derechos temporales de monopolio, al menos con carácter regional, a ciertos proveedores).

²⁶ Dada la estructura fundamentalmente privada de este sector en los Estados Unidos, su inclusión en el ACP podría considerarse de menor importancia económica de lo que lo sería para otros Miembros que prevén una participación directa más elevada del gobierno. Para un análisis más detallado de los problemas que puede implicar la contratación pública de servicios, véase la Nota pertinente S/WPGR/W/3 de la Secretaría, de 8 de noviembre de 1995.

administradas de "manera razonable, objetiva e imparcial" y que "no sean más gravosas de lo necesario para asegurar la calidad del servicio"). Como los criterios de calidad en el terreno de la salud pueden diferir considerablemente según la actividad de que se trate, habrá que evaluar caso por caso el margen de maniobra de los Miembros, a fin de establecer prescripciones en materia de títulos de aptitud y licencias, con arreglo a estas disposiciones. Cabría alegar, por ejemplo, que un título universitario o un nivel equiparable de formación debe ser una condición *sine qua non* para ciertos profesionales de la salud, como son los que están autorizados a extender recetas, pero no para otros.²⁷ También pueden entrar en juego juicios de valor. Es probable que en las expectativas de una sociedad sobre la "calidad de un servicio" influyan los ingresos, la historia y la cultura.

43. Las medidas de reconocimiento que se aplican a las licencias, títulos de aptitud o normas extranjeras (incluidas las referentes al tratamiento médico y hospitalario) pueden configurar el valor económico de los compromisos contraídos con arreglo al AGCS. Esas medidas podrían afectar a la transferibilidad de los seguros (determinando así la capacidad de los pacientes de consumir servicios hospitalarios en el extranjero) o a la posibilidad de que los profesionales trabajen en el exterior sin tener que someterse a pruebas y exámenes adicionales. Es posible que las medidas de reconocimiento cobren mayor importancia en el futuro, habida cuenta de que la apertura gradual de los mercados de seguros médicos y de atención de salud en ciertas regiones como América Latina, tiende a potenciar las condiciones normativas del comercio, incluida la promoción de la movilidad transfronteriza de los pacientes.

44. A nivel profesional, existen varias iniciativas encaminadas a armonizar las normas en materia de enseñanza y certificación. Como ejemplos, cabe citar una Iniciativa Trilateral para la Enfermería en América del Norte, en la que participan grupos de Canadá, México y los Estados Unidos, y los esfuerzos que se están desarrollando en el África Central, Meridional y Oriental con miras a establecer unas normas y competencias comunes para el personal de enfermería.²⁸

45. Las medidas de reconocimiento pueden entrañar un riesgo de discriminación y de distorsión en detrimento de terceros. Están sujetas, no obstante, entre otras cosas, a las disciplinas fijadas en el párrafo 3 del artículo VII, según el cual, ningún Miembro otorgará el reconocimiento de manera que constituya un medio de discriminación o una restricción encubierta al comercio de servicios. Pese a ello, podría resultar más difícil para los países afectados aportar pruebas de infracciones de ese tipo que en los casos de discriminación flagrante.²⁹ Aunque pueden existir una serie de medidas de

²⁷ La descripción del sector reflejada en la CPC supone ya ciertas prescripciones básicas en materia de títulos de aptitud. Por ejemplo, los servicios de medicina general (CPC 93121), así como los de médicos especialistas (CPC 93122) se definen respectivamente, como los que comprenden "los servicios que consistan en la prevención, diagnóstico y tratamiento por doctores de medicina general" de enfermedades, y los "servicios de diagnóstico y tratamiento prestados por médicos especialistas" de enfermedades de carácter específico. En cambio, por servicios de odontología se entienden "los servicios de diagnóstico y tratamiento de trastornos dentales ... "; y no se hace referencia al título de aptitud de los profesionales de que se trata. Lo mismo cabe decir de los servicios veterinarios.

²⁸ Véase Oulton, Judith A. (1998), *International trade and the nursing profession*, en Zarrilli, S., y C. Kinnon, *op. cit.*

²⁹ Imaginemos las dos situaciones siguientes: i) Las compañías de seguros médicos en el país A están obligadas por ley a reconocer el tratamiento a los efectos de reembolso en un grupo específico de países; y ii) la legislación de A en materia de seguros estipula unas normas generales en materia de hospitales equivalentes a las de B, sobre cuya base los aseguradores de A reconocen o han de reconocer el tratamiento en B. Podría parecer que, en el primer caso, la legislación de A infringe directamente el artículo II del AGCS y cabría impugnarla con arreglo a dicho artículo. En el segundo caso, sería más arduo para un Miembro que haya resultado perjudicado obtener un dictamen que exija la introducción de cambios. Dicho Miembro puede solicitar primero que se celebren consultas en virtud del párrafo 2 del artículo VII, a fin de demostrar que sus normas también deben ser objeto de reconocimiento. Si las consultas no son concluyentes, podrían tomarse medidas en virtud del párrafo 3 del artículo VII. En ese contexto, el Miembro necesitaría demostrar que se ha otorgado el reconocimiento "de manera que constituya un medio de discriminación ... o una restricción encubierta al comercio de servicios".

reconocimiento en sectores relacionados con la salud, de forma autónoma o fruto de un acuerdo mutuo, el Consejo del Comercio de Servicios ha recibido solamente una notificación con arreglo a las disposiciones pertinentes del párrafo 4 del artículo VII. (La notificación, que lleva la signatura S/C/N15, trata fundamentalmente del reconocimiento por parte de Macao de los títulos de aptitud profesionales obtenidos en instituciones portuguesas.)

46. Es posible que la coexistencia en las economías de los Miembros de regímenes normativos divergentes dé lugar a una nueva fuente de fricciones. Las disposiciones institucionales pueden determinar la aplicabilidad de lo dispuesto en el AGCS, incluido su artículo II, en cada caso. Las prescripciones se aplican sólo a las medidas que afectan al comercio de servicios que hayan sido adoptadas por gobiernos o instituciones no gubernamentales en ejercicio de facultades en ellas delegadas. De ahí se desprende que, por ejemplo, los acuerdos entre participantes privados en un mercado, como las condiciones de reembolso negociadas entre compañías de seguros y hospitales, no estén cubiertas en principio, mientras que condiciones similares entre aseguradores impuestos por los gobiernos y hospitales privados, o entre aseguradores privados y operadores exclusivos de hospitales quedarían comprendidos en el ámbito del Acuerdo.³⁰ Sin embargo, en el artículo IX se establecen prescripciones en materia de consultas e información que pueden ser invocadas en el caso de que los participantes del sector privado en el mercado hayan adoptado prácticas que limiten la competencia y restrinjan, por ende, el comercio de servicios.

47. Las normas y prácticas en "los sectores sujetos a reglamentación" podrían utilizarse para distorsionar los "mercados abiertos" o tener ese efecto: pudiera darse el caso de que se obligase a los hospitales públicos a no aceptar la cobertura de seguros de empresas con base en el extranjero o de impedir a un asegurador nacional que cumpla la reglamentación el reembolso del costo del tratamiento en el exterior. Las marcadas discrepancias en el nivel de los compromisos asumidos por los Miembros de la OMC en los ámbitos pertinentes parecen justificar esos temores. Por ejemplo, de los 59 Miembros que han contraído compromisos en relación con servicios médicos u hospitalarios, 19 no lo han hecho en lo que respecta a los servicios de seguros médicos. Y viceversa, de los 76 Miembros que han contraído compromisos en el ámbito de los seguros médicos, 35 no lo han hecho respecto de los servicios médicos u hospitalarios (cuadro 3). No obstante, el artículo VIII protege los derechos de los proveedores (potencialmente) afectados, al determinar que los Miembros se asegurarán de que ningún proveedor monopolista o exclusivo de servicios actuará de manera incompatible con las obligaciones del Miembro en virtud del artículo II y sus compromisos específicos.

³⁰ Por ejemplo, un consorcio de hospitales de San Antonio ha firmado recientemente con las cuatro mayores compañías de seguros mexicanas en el ámbito de la salud contratos por los que se reconoce a esos hospitales como proveedores preferentes que reúnen las condiciones necesarias para recibir pacientes (Warner, 1998). Al no disponer de otra información, parece que se trata de acuerdos absolutamente privados.

Recuadro 2: La Unión Europea - ¿Hacia un mercado interno para los servicios de atención de salud?

Cabe considerar que, en muchos sectores, el mercado único de la UE constituye un banco de pruebas para una integración internacional a mayor escala. Puede ayudar a dar una idea de las ventajas y beneficios económicos, pero también de los problemas y dificultades que la liberalización multilateral trae consigo. En la esfera de los servicios de atención de salud, la experiencia de la Unión Europea hasta la fecha no ha sido totalmente de color de rosa. Las inversiones transfronterizas se ven obstaculizadas por la falta de coincidencia en las estructuras institucionales, lo que limita el alcance de la participación del sector privado en el mercado, mientras que la movilidad de la mano de obra puede sufrir las repercusiones de las barreras culturales y lingüísticas. En el haber, hay que consignar sin embargo, que existen decisiones recientes del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas susceptibles de potenciar la movilidad de los consumidores a través de las fronteras nacionales (entre los Estados miembros) y de poner freno, por ende, a la capacidad de los organismos normativos nacionales en materia de seguros de segmentar la demanda de servicios de atención de salud.

Se suele decir que la organización del sector hospitalario refleja en gran medida el entorno normativo de cada país y el patrimonio nacional. Aunque algunos Estados miembros han optado preferentemente por infraestructuras públicas, de propiedad y responsabilidad estatal, otros están abriendo cada vez más al sector privado el acceso a hospitales, dispensarios, centros de día y servicios de cuidados asistenciales. En la actualidad, a pesar de que los hospitales privados acumulan la mayor parte de las camas hospitalarias en los Países Bajos (propiedad en la mayoría de los casos de organizaciones sin ánimo de lucro) y un 30 por ciento en Grecia, se estima que la cuota que ostentan en Dinamarca es del 0,5 por ciento.

Existe un amplio *corpus* legislativo en la UE destinado a garantizar el libre movimiento de los profesionales de los servicios de salud, incluido el personal de enfermería para cuidados generales, al amparo fundamentalmente del reconocimiento mutuo de los títulos de aptitud profesionales. En caso de discrepancias significativas, los Estados miembros beneficiarios pueden exigir al profesional de que se trate que se someta a pruebas suplementarias o a un período de adaptación. Las diferencias culturales (de idioma) pueden también inhibir la migración. La grave escasez de enfermeras en varios Estados miembros no ha provocado aún unas corrientes migratorias apreciables.

En dos sentencias pronunciadas el 28 de abril de 1998 (Kohll y Decker), el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas declaró ilegales las normas nacionales que exigen la autorización previa para la compra de cualquier producto médico (gafas) y el consumo de servicios médicos (tratamiento dental) en otros Estados miembros. Se trataba, en este segundo caso, de una decisión de los inspectores médicos de la Seguridad Social en Luxemburgo, que se habían negado a incluir en la cobertura del seguro el tratamiento recibido en Alemania. Por una parte, se hacía hincapié en el fallo en que, a falta de una armonización a escala comunitaria, a cada Estado miembro le correspondía determinar los requisitos del derecho de afiliación a un régimen de la Seguridad Social y los que confieren derecho a las prestaciones. Por otra parte, sin embargo, el Tribunal sostuvo que la normativa nacional de Luxemburgo que supedita el reembolso a la autorización, constituía un obstáculo a la libre prestación de servicios, garantizada en los artículos 59 y 60 del Tratado de la CE, que carecía de justificación objetiva. En ese contexto, el Tribunal examinó la normativa controvertida y en materia de salud pública, y rechazó que fuera necesaria para garantizar un servicio médico equilibrado y accesible a todos.

Esta sentencia puede tener repercusiones de peso para varios regímenes nacionales de seguridad social. Por ejemplo, según artículos aparecidos en la prensa, los fondos de seguros básicos de salud de Alemania (Gesetzliche Krankenkassen) no pueden tampoco contribuir legalmente a sufragar el costo del tratamiento dental administrado en el extranjero (situación en marzo de 1998).

Otra sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas que también acarreará consecuencias para la normativa de los seguros nacionales de enfermedad es la relativa al régimen del seguro social de asistencia en caso de necesidad de cuidados especiales (Pflegeversicherung), introducido en Alemania en 1995. Su objetivo estriba en proporcionar cuidados a domicilio, en centros de acogida y en establecimientos de asistencia. Los cuidados a domicilio pueden ser facilitados directamente a través de organismos autorizados o de organismos/personas seleccionados por el beneficiario, que recibe, en ese caso, un subsidio mensual. También se otorga cobertura financiera a varios gastos conexos. Cualquier persona afiliada en Alemania a un seguro de enfermedad -incluidos trabajadores de otros Estados miembros que viven al otro lado de la frontera- debe cotizar al régimen, cuyas prestaciones se limitan, sin embargo, a los residentes en Alemania. Se solicitó al Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas que decidiera si la asimetría puesta de manifiesto en este caso era compatible con las disposiciones pertinentes del Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea, incluidas las relativas a la libertad de movimiento de los trabajadores. El fallo del Tribunal confirmó el derecho de los Estados miembros a extender a los residentes extranjeros que trabajan en su territorio la cobertura de los planes de seguridad social obligatorios, pero pidió que se les otorgaran también las prestaciones en metálico consiguientes independientemente de su lugar de residencia.

Fuente: Secretaría de la OMC, basado en *Panorama de la Industria Comunitaria* (1997), sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (asuntos C-120/95, 158/96 y 160/96) y *Zeitschrift des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen*, N° 3/98.

Posibles temas de debate:

- *Con la apertura gradual de una serie de mercados de atención de salud y seguros médicos, ¿cómo evitar que los problemas de reconocimiento neutralicen los beneficios previstos del acceso a los mercados?*
- *¿Es necesario en este contexto distinguir entre medidas de reconocimiento relacionadas con:*
 - a) *la calidad del tratamiento propiamente dicha (consideración principal: cumplimiento de las normas mínimas en materia de equipo, formación del personal, higiene, etc.) y*
 - b) *la calificación de un proveedor para ser reembolsado (consideración principal: relación costo-eficacia o protección de los proveedores establecidos)?*
- *¿Sería útil definir sectores prioritarios de examen y/o trabajos futuros (por ejemplo, transferibilidad internacional de las prestaciones de seguros, reconocimiento de las normas profesionales y/u hospitalarias)?*
- *¿Cómo puede alentarse a las administraciones nacionales a centrarse más estrechamente en los posibles vínculos –aspectos complementarios así como faltas de coincidencia- en la evolución actual de los reglamentos entre los sectores de la atención de salud y de los seguros sanitarios?*
- *¿Están suficientemente informados los funcionarios implicados en la reglamentación y reorganización de esos sectores de los compromisos existentes dentro del marco del AGCS? ¿Son conscientes de la posibilidad de capitalizar las reformas orientadas hacia el mercado en las futuras negociaciones de servicios?*
- *¿Perciben los Miembros la necesidad de notificar los acuerdos de reconocimiento existentes o a punto de ser firmados en materia de normas de calidad, licencias, etc. con arreglo al párrafo 4 del artículo VII del AGCS?*
- *El párrafo 5 del artículo VII prevé que el reconocimiento por parte de los Miembros deberá basarse en criterios convenidos multilateralmente y en los casos en que corresponda, los Miembros colaborarán con miras al establecimiento de normas internacionales comunes. ¿Es menester tomar medidas en cumplimiento de esas disposiciones?*

IV. COMPROMISOS ACTUALES DENTRO DEL MARCO DEL AGCS

A. ACCESO A LOS MERCADOS Y OBLIGACIONES DE TRATO NACIONAL

48. A los efectos de la presente Nota, parece preferible analizar los compromisos que se aplican a los modos 1 a 3 de suministro–suministro transfronterizo, consumo en el extranjero y presencia comercial, de forma independiente de los compromisos correspondientes al modo 4, que rige la presencia de personas físicas (extranjeros). Si bien las prácticas de consignación en listas de los Miembros en los primeros apartados tienden a reflejar características técnicas y económicas específicas de las actividades de que se trate, la mayoría de las anotaciones relacionadas con el modo 4 se limitan a ampliar los compromisos horizontales y las restricciones existentes. De ahí no se desprende que no haya efectos de cada sector específico, sino, como se alega *infra*, que es probable que esos efectos se deriven más de los objetivos y limitaciones económicas que rigen la producción y el comercio en el sector que de la consignación en listas propiamente dicha.

49. Como en otros sectores de servicios, es preciso dar un toque de atención: las listas no reflejan forzosamente un panorama exacto, ni mucho menos exhaustivo, de las condiciones actuales del comercio y del mercado. El hecho de que un Miembro no haya contraído (plenamente) compromisos en un sector puede depender de una amplia gama de factores políticos, como por ejemplo, de reformas en curso a nivel nacional que todavía no se han materializado en grado suficiente o de la falta de interés negociador por parte de sus socios comerciales. Ello implica que, de no disponer de información adicional, no hay que equiparar la ausencia de compromisos (o la consignación en las listas de limitaciones estrictas) con la restricción o inexistencia de oportunidades de acceso.

a) Compromisos para los modos de suministro 1, 2 y 3

50. A los Miembros les ha resultado por lo general más fácil asumir compromisos respecto de servicios profesionales relacionados con la salud (servicios médicos y veterinarios, etc.) que respecto de servicios "auténticamente" sociales y de salud, incluidos en el sector 8 de la Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios. Si bien 49 Miembros han asumido compromisos en el sector de los servicios médicos y dentales, sólo 39 lo han hecho en el sector de los servicios de hospital. Además, es interesante señalar que, dentro del marco de las dos amplias categorías de servicios médicos y de salud, el nivel de compromisos parece guardar una relación positiva con la intensidad de capital y/o capital humano de las actividades de que se trate. Los servicios médicos y dentales, así como los servicios de hospital han atraído un número significativamente más elevado de compromisos que, por ejemplo, los servicios proporcionados por parteras, enfermeras, etc. (CPC 93191) o los servicios sociales (CPC 933).

51. Un análisis más detenido del Cuadro 4 revela que muchos países en desarrollo, incluidos los menos adelantados, han contraído compromisos de amplio alcance respecto de varios servicios médicos y de salud. La gran mayoría de los Miembros con compromisos plenos en los modos de suministro 1 a 3, sin exclusiones de la cobertura sectorial o limitaciones de ningún tipo al acceso a los mercados y trato nacional, son países en desarrollo. Por una parte, pueden haber considerado el proceso de consignación en listas como una oportunidad para crear y afianzar condiciones estables de mercado con miras a atraer a proveedores extranjeros de atención de salud y beneficiarse, en especial, de su capacidad y experiencia. Por otra parte, a varios de esos países les puede haber resultado más fácil, en términos de presión política nacional, comprometerse en sectores donde no es probable que se registren entradas a gran escala, dada la ausencia de oportunidades comerciales interesantes.

52. La interpretación de las anotaciones correspondientes al modo de suministro 1 está sujeta a un cierto grado de incertidumbre en relación con la cuestión de la negociabilidad transfronteriza. Por ejemplo, de los 39 Miembros que se han comprometido en el sector de los servicios de hospital, 11 han contraído compromisos vinculantes para el modo de suministro 1 ("ninguna"), mientras que 27 no han asumido ningún compromiso ("sin consolidar"). De esos, 13 Miembros opinaron que, según sus listas, el suministro transfronterizo no era técnicamente viable.³¹

53. En las Directrices para la Consignación en Listas elaboradas a esos efectos dentro del marco del AGCS, se ha solicitado a los Miembros que utilicen siempre que proceda esas anotaciones (por ejemplo, "sin consolidar por no ser técnicamente viable"). En el caso de que haya habido un error de apreciación o de que se produzca posteriormente un cambio técnico, esas anotaciones seguirán significando "sin consolidar". Si un Miembro no ha contraído un compromiso debido a que ha

³¹ En la Clasificación Central Provisional de Productos de las Naciones Unidas, la partida CPC 9311 – Servicios hospitalarios, se define de la siguiente manera: "Los servicios que se prestan principalmente a pacientes internos y bajo la supervisión directa de médicos, destinados a curar, reactivar o mantener la salud de los pacientes. Los servicios hospitalarios comprenden los servicios de personal médico y paramédico, enfermeras, laboratorios e instalaciones técnicas, incluidos los servicios de radiología y anestesiología, etc.". Cabe señalar que esta definición no exige la presencia física simultánea de médico y paciente.

calculado mal lo que es técnicamente posible, su lista será más restrictiva de lo que pretendía.³² Por ejemplo, entre los 13 países que indicaron que el comercio transfronterizo de servicios hospitalarios no era técnicamente viable, tres (Bolivia, Panamá y Swazilandia) asumieron compromisos plenos con arreglo a los modos de suministro 2 y 3. Ello podría significar que esos Miembros, y quizá algunos más, hubieran aceptado también compromisos dentro del modo 1 de suministro, si hubieran creído que el suministro transfronterizo era posible.³³

54. Pocos han sido los Miembros que han limitado el consumo en el extranjero (modo 2) de los servicios médicos, de salud y dentales comprendidos en la presente Nota. No deja de ser sorprendente, ya que los gobiernos pueden sentir la tentación de restringir la capacidad de sus nacionales de consumir esos servicios en el extranjero: por ejemplo, cabe la posibilidad de que consideren demasiado complicado impedir el derroche y abuso y/o quizá no quieran que los proveedores nacionales, ya afectados por las iniciativas de reducción de costos, hayan de afrontar nuevas pérdidas de ingresos. (Polonia y Bulgaria han adoptado limitaciones relativas a la no cobertura en los regímenes públicos de seguridad social de los servicios prestados en el extranjero).³⁴ Por otra parte, el traslado de los consumidores puede resultar un sustituto parcial del movimiento del personal (modo 4, véase *infra*), contribuir a atenuar las repercusiones perjudiciales de los costos, en países de nivel salarial elevado, de mercados nacionales de trabajo protegidos, e interpretarse como una "válvula de seguridad" en sistemas que no pueden garantizar un tratamiento inmediato a escala nacional.³⁵

55. En contraste, las limitaciones que pesan sobre el acceso a los mercados y/o trato nacional son mucho más frecuentes en el modo 3, presencia comercial. Ello se aplica, en especial, a los servicios médicos y dentales, servicios de hospital y servicios sociales. Con esas limitaciones se pretende ofrecer cobertura, entre otras cosas, a las pruebas de necesidades económicas destinadas a contener los gastos sanitarios, prescripciones en materia de nacionalidad, límite máximo de participación en el capital social, requisitos en materia de empresas mixtas y otros procedimientos de concesión de licencias y aprobación sin especificar. Los Miembros de la Unión Europea, que forman parte del grupo relativamente pequeño de países que contrajeron compromisos respecto de los servicios sociales, han ejercido una fuerte influencia sobre el panorama de esos servicios; sin embargo, dada la existencia de exclusiones de la cobertura relativas a sectores específicos, se han registrado en el cuadro 4 esos compromisos "con limitaciones".

56. Como se señaló en otra Nota Documental (Servicios jurídicos, S/C/W/43), la consignación en listas de las prescripciones y procedimientos en materia de licencias resulta un tanto sorprendente. Si con la concesión de licencias se persigue aplicar las restricciones que afectan al acceso a los mercados o al trato nacional, lo que habría que consignar en lista son esas restricciones. Alternativamente, si las prescripciones y procedimientos pertinentes propiamente dichos no se ajustan a lo dispuesto en el AGCS, tendrían que adecuarse a dicho instrumento. La consignación en listas no las eximiría de cumplir lo dispuesto, por ejemplo, en el artículo VI.

³² A su vez, ello implica que, en el cuadro 4, la tercera columna ("sin consolidar"), bajo el epígrafe Suministro transfronterizo, estará artificialmente inflada y dará una impresión excesivamente negativa de la verdadera postura política del Miembro.

³³ Otro ejemplo al caso es el de Nueva Zelandia que, al tiempo que 17 Miembros asumieron consolidaciones plenas para el suministro transfronterizo de servicios de veterinaria, no contrajo ningún compromiso debido a la falta de viabilidad técnica. Por otra parte, Nueva Zelandia se comprometió sin limitación al acceso bajo los modos de suministro 2 y 3.

³⁴ Los compromisos parciales registrados dentro del modo 2 en el cuadro 4 reflejan principalmente las exclusiones de determinados subsegmentos de la cobertura sectorial plena.

³⁵ Por ejemplo, en Noruega, el 40 por ciento de todos los pacientes están inscritos en un sistema de listas de espera. Se les clasifica según tres niveles de prioridad, garantizándoles el tratamiento en un plazo no superior a seis meses a los que figuran en el primer nivel. (Según el Ministro de Salud noruego; véase OCDE, 1996).

Posible tema de debate

- *Para mejorar la claridad y comparabilidad de las listas, ¿sería útil establecer un entendimiento común entre los Miembros acerca de las actividades y circunstancias en que no resulta técnicamente viable el comercio?*

b) Compromisos para el modo de suministro 4

57. Como en otros sectores, el nivel de compromisos con arreglo al modo 4, que rige la presencia de nacionales, queda muy a la zaga de los compromisos contraídos dentro de los otros tres modos.

58. Entre los 55 Miembros que han asumido compromisos en el ámbito de los servicios médicos, dentales y/o veterinarios, ya sea para todo el sector o para subsectores, sólo dos países, Guinea y Haití, no han aplicado limitación alguna al modo 4.³⁶ Cinco Miembros no han contraído compromiso alguno para ese modo, 32 han mantenido limitaciones horizontales y 16 han incluido anotaciones relativas a sectores específicos. En este último contexto, 12 Miembros han restringido aún más los compromisos horizontales existentes; en la mayoría de los casos, han agregado prescripciones en materia de nacionalidad y/o residencia.

59. A la hora de evaluar los efectos económicos de esas limitaciones, conviene no perder de vista el entorno sectorial en el que se aplican. El impacto de las anotaciones horizontales "normales" no sólo dista mucho de ser uniforme, sino que puede variar apreciablemente en los distintos sectores. Esas variaciones dependen probablemente, en especial, del modo o modos predominantes de suministro, de la intensidad de factores de producción (por ejemplo, capital humano y prescripciones laborales básicas) y del grado en que el personal extranjero está en condiciones de sustituir al nacional. En ese último contexto, pueden desempeñar un papel elementos como la experiencia profesional o el idioma.

60. Parece razonable suponer que para muchos servicios médicos, de salud y sociales, las restricciones en virtud del modo 4 resulten especialmente significativas. Ello es fruto, principalmente, de tres observaciones: i) el alcance de otros modos de suministro, en particular el comercio transfronterizo y el consumo en el extranjero, tiende a ser limitado; ii) las actividades de que se trata entrañan por lo general una alta intensidad de mano de obra y/o capital humano y, de forma análoga, iii) así como la presencia comercial puede ser sumamente importante en algunos sectores, es poco probable que los beneficios más apreciables del comercio tengan su origen en la construcción y funcionamiento de hospitales, etc., sino en la dotación de personal más capacitado, más eficiente y/o menos costoso del disponible en el mercado laboral del país.

c) Consideraciones adicionales

61. Como se analizó anteriormente, en el comercio de servicios médicos, sociales y de salud influyen fuertemente medidas que no se consideran por lo general "medidas comerciales". Cabe citar entre ellas i) la concesión de licencias y las prescripciones en materia de títulos de aptitud destinadas a definir la calidad de los servicios prestados y la integridad de los profesionales; ii) las restricciones que afectan a la gama de bienes y servicios que los profesionales y hospitales están autorizados a facilitar³⁷; iii) los controles o incentivos destinados a garantizar una prestación adecuada de servicios en todas las regiones y todos los grupos de población; y iv) el suministro directo, atendiendo a consideraciones de política social, o de servicios mínimos a grupos económicamente desfavorecidos.

62. Pese a sus efectos (secundarios) restrictivos o discriminatorios, es posible que no todos los Miembros estén de acuerdo sobre la necesidad en todos los casos de consignar en listas estas medidas.

³⁶ El panorama de servicios sociales y de salud es bastante similar.

³⁷ Un ejemplo típico son las "listas positivas" o "listas negativas" de bienes y actividades, que puedan haberse elaborado por razones presupuestarias.

Posibles temas de debate:

- El artículo XVII abarca todas las medidas que modifican las "condiciones de competencia" en detrimento de proveedores extranjeros de servicios similares. ¿Se aplica también dicho artículo a las medidas potencialmente discriminatorias, como los requisitos en materia de idioma, que puede resultar necesarios para garantizar la calidad de ciertos servicios, incluidos los prestados por médicos generales?³⁸
- Deben excluirse de los regímenes de la seguridad social los tratamientos administrados fundamentalmente por especialistas extranjeros (por ejemplo, naturistas)? ¿se plantearán problemas de conformidad con los artículos II, XVI y VII?
- Situación de las intervenciones de política regional con arreglo al AGCS: ¿En qué circunstancias es menester consignar en listas medidas disuasorias para restringir el acceso a mercados regionales masificados, prescripciones sobre ramificación regional, etc.?
- ¿Cómo interpretan los Miembros los criterios que figuran en el párrafo 3 del artículo I (servicios no suministrados en condiciones comerciales ni en competencia)? ¿la imposición de un gravamen o la existencia de hospitales privados excluiría la cobertura?

d) Exenciones NMF

63. Entre las exenciones NMF enumeradas por los Miembros de la OMC en el contexto de la Ronda Uruguay o de las adhesiones más recientes, hay ocho casos relativos a los servicios profesionales en general, que afectan por tanto a las cuatro categorías incluidas en esta Nota, o a distintos servicios sociales y de salud. Bulgaria, Chipre, Costa Rica, Honduras, Panamá, República Dominicana, Turquía y Venezuela han sido países que han consignado esas exenciones. En la gran mayoría de los casos, lo que se pretende es proporcionar cobertura legal a algún tipo de prescripción de reciprocidad que rige el acceso a los mercados para los profesionales (cuadro 5). En un caso (Chipre), no ha sido posible identificar el carácter exacto del problema NMF que se prevé resolver. En otro caso (Bulgaria), la descripción de la medida parece indicar que los que están sujetos a un cierto grado de discriminación son, no tanto los proveedores de servicios médicos y de salud, como los consumidores.

V. ASOCIACIONES INTERNACIONALES Y OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

64. Dadas las limitaciones de tiempo y de recursos, el presente documento no puede aspirar más que a dar una visión general de la situación. Los expertos en política sanitaria tal vez lo critiquen por haber hecho un hincapié excesivo en las metas y políticas comerciales y no haber prestado atención suficiente a la premisa fundamental de equidad y otras consideraciones de política social en que debe apoyarse la labor de las organizaciones nacionales e internacionales en ese sector. El objetivo de la presente Nota, sin embargo, se ha centrado en facilitar información documental sobre los factores económicos y normativos que rigen el comercio en el sector de los servicios sociales y de salud, incluidos los compromisos contraídos en virtud del AGCS, y no tanto en presentar y analizar la gama completa de objetivos y de restricciones a que quizás se enfrenten los encargados de adopción de políticas. Las delegaciones interesadas pueden encontrar ese tipo de material en los documentos recientes publicados, por separado o conjuntamente, por expertos de la OMS y de la UNCTAD, o en los estudios pertinentes del Banco Mundial y la OCDE. Un punto de partida podría ser la Nota de Información Técnica de 1997 preparada por el Grupo Especial de la OMS sobre Economía de la Salud (*op. cit.*) y la literatura restante mencionada en la presente Nota.

³⁸ Islandia ha consignado en listas con arreglo al artículo XVII la necesidad de que los veterinarios dominen un idioma.

ANEXO

EXPRESIONES Y DEFINICIONES PERTINENTES

La División 93 de la Clasificación Central Provisional de Productos de las Naciones Unidas (CPC) está concebida para abarcar todos los servicios sociales y de salud, incluidos los prestados por profesionales (médicos, etc.) en el ejercicio de su profesión. La División 93 forma parte, a su vez, de una Sección más amplia, la 9, consagrada a los servicios para la comunidad, sociales y personales. La estructura difiere un tanto del carácter sectorial en que se basa la Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios (MTN.GNS/W/120), en la que se han inspirado la mayoría de los Miembros para sus listas. La definición que figura en la Lista de Clasificación de los servicios sociales y de salud no incluye los servicios médicos y dentales; los servicios de veterinaria y los servicios proporcionados por parteras, enfermeras, etc. Estas tres últimas categorías se engloban bajo los servicios profesionales que, a su vez, son un subsector de los servicios prestados a las empresas (cuadro A1).

La distinción que se hace en la Lista de Clasificación Sectorial, por una parte entre servicios sociales y de salud y servicios médicos y dentales, por otra, obedece fundamentalmente al criterio de si las actividades pertinentes incluyen algún tipo de cuidados asistenciales prestados por instituciones sanitarias o no. Por ejemplo, mientras que por servicios hospitalarios se entienden los destinados "principalmente" a pacientes internos, se estima que los servicios prestados por clínicas a pacientes externos corresponden a servicios médicos o dentales. Sin embargo, no se ha establecido una distinción similar para los servicios veterinarios y los servicios sociales. Todos los servicios veterinarios, independientemente de que sean prestados en hospitales o no, se agrupan bajo el epígrafe de Servicios Profesionales, mientras que todos los servicios sociales, incluidos los prestados sin alojamiento, se engloban bajo el epígrafe de servicios sociales y de salud.

Dada la infinidad de funciones distintas que puede desempeñar un médico, un veterinario, un centro médico o una institución social, no resulta sorprendente que esa clasificación (y, posiblemente, cualquier otra alternativa) suscite las siguientes preguntas:

- i) ¿Se consideraría que las residencias para perros entrarían dentro de los servicios de veterinaria? Es probable que la respuesta sea negativa, ya que los servicios veterinarios se definen en la CPC como destinados a "curar, reanimar animales y mantenerlos sanos". En contraste, los servicios relacionados con la agricultura (CPC 8811) incluyen, según la definición, "servicios para el albergue, cuidado y reproducción de animales".
Parece existir, no obstante, un cierto grado de confusión derivado de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de las Naciones Unidas; en la CIIU, Rev.3, se definen las residencias caninas como actividades veterinarias (CIIU 8520). Al propio tiempo, la Tabla de Correlación pertinente entre la CIIU y la CPC establece una concordancia plena entre la industria de servicios sociales y de salud, comprendida en la CIIU 85 y la definición pertinente del producto en la CPC (CPC 93).
- ii) ¿Pueden clasificarse los tratamientos en las "granjas de belleza" u otros tratamientos de cirugía plástica o de índole similar como servicios médicos o de hospital? Nuevamente se plantea la cuestión decisiva de saber si esas actividades pueden contribuir a "curar, reactivar o mantener" la salud de un paciente o guardar alguna relación con la salud. ¿Qué ocurre, no obstante, si se presta un servicio fundamentalmente con fines estéticos? ¿Podría estimarse a pesar de todo que

constituya algún tipo de tratamiento médico o de salud y así incluirse en la subclase 9319 de la CPC y, por ende, en la categoría 8.D de la Lista de Clasificación Sectorial?³⁹

- iii) ¿Cuál es la cobertura prevista en la Lista de Clasificación Sectorial de "otros" servicios sociales y de salud (categoría 8.D)? Teniendo en cuenta que la definición de las anteriores categorías de servicios sociales y de salud no es exhaustiva, resulta difícil apreciar la necesidad de un grupo residual.⁴⁰ (Aunque ningún Miembro ha contraído compromisos por separado en relación con esos servicios, sí lo han hecho dos Miembros en toda la gama de servicios sociales y de salud, incluido, por tanto, el subsector 8.D).

Por esa misma razón, es posible que la categoría de "otros" dentro de los servicios profesionales (1.A.k) abarque también algunos servicios médicos o similares. A falta de mayor información, no está claro si los dos Miembros que han contraído compromisos plenos respecto de esos "otros" servicios, pretendían englobar actividades relacionadas con la salud.

Posibles preguntas:

- *Técnicas de consignación en lista: ¿En qué categorías se enmarcan, según los Miembros, en la Lista de Clasificación Sectorial:*
 - i) *los servicios no médicos para animales (incluidas las residencias caninas) y*
 - ii) *los servicios médicos para personas (por ejemplo, la cirugía plástica por razones estéticas) que no guardan una relación directa con la salud o no están destinados a prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades?*
- *¿Ven los Miembros la necesidad, en aras de una mayor claridad y transparencia, de especificar en la Lista de Clasificación Sectorial la cobertura de esas "otras" categorías que no cuentan con equivalentes en la CPC?*

³⁹ Una posibilidad sería la de clasificar esos servicios como "servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios hospitalarios" (CPC 93193). Con arreglo a la CPC, esos servicios se definen como servicios combinados médicos y de alojamiento que no se prestan bajo la supervisión de un médico de la institución. ¿Cubriría también esta subclase los servicios prestados sin ningún tipo de supervisión médica?

Austria ha especificado en su lista que los compromisos relativos a la partida CPC 93193 incluyen los hoteles de estancia sanitaria y los servicios de baños terapéuticos.

⁴⁰ Como ya se ha mencionado anteriormente, la clase 9319 de la CPC abarca los servicios de salud humana que no estén clasificados en otro apartado, mientras que las subclases 93319 y 93329 están destinadas a cubrir "otros" servicios sociales prestados con o sin alojamiento.

Cuadro A1: Servicios sociales y de salud en las Directrices del AGCS para la Consignación en Listas y en la CPC

Lista de Clasificación Sectorial	Nº pertinente de la CPC	Definición/cobertura en la CPC provisional
1. <u>SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS</u> A. Servicios profesionales [...] h. Servicios médicos y dentales i. Servicios de veterinaria j. Servicios proporcionados por parteras, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico k. Otros ^a	9312 932 93191 n.d.	Servicios destinados principalmente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades a través de consultas de pacientes individuales al margen de instituciones sanitarias ... Servicios veterinarios para animales domésticos y no domésticos (servicios veterinarios de hospitales y centros no hospitalarios, servicios quirúrgicos y odontológicos). Servicios como supervisión durante el embarazo y el parto ... servicios de enfermería (en régimen externo), asesoramiento y prevención de enfermedades prestados a pacientes a domicilio. n.d.
8. <u>SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD</u> A. Servicios de hospital B. Otros servicios de salud humana C. Servicios sociales D. Otros	9311 9319 (distintos de 93191) 933 n.d.	Servicios que se prestan principalmente a pacientes internos y bajo la supervisión directa de médicos, destinados a curar, reactivar o mantener la salud... Servicios de ambulancia; servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios hospitalarios; Otros servicios de salud humana n.c.p. ^b Servicios sociales con alojamiento; ^c servicios sociales sin alojamiento ^d n.d.

n.d. No disponible.

a En relación con todos los servicios profesionales (incluidos los subsectores a) a g)).

b Servicios en el ámbito de: patología morfológica o química, bacteriológicos, virológicos, inmunológicos, etc., así como los servicios no clasificados en otra parte, como los de obtención de sangre.

c Servicios de bienestar proporcionados a ancianos e incapacitados por medio de instituciones residenciales (CPC 93311) y a niños y otros clientes (93312); otros servicios sociales con alojamiento (93319).

d Servicios de guardería, incluidos los servicios de cuidados diurnos a incapacitados (93321); servicios de orientación y asesoramiento para niños, n.c.p. (93322); servicios de bienestar no proporcionados por medio de instituciones residenciales (93323); servicios de rehabilitación profesional (con exclusión de los servicios en los que predomine el aspecto educativo) (93324); otros servicios sociales sin alojamiento (CPC 93329).

Cuadro 1: Gastos en asistencia sanitaria en los países de la OCDE, 1970-1992
(En porcentaje del PIB)

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Alemania	5,9	8,1	8,4	8,7	8,3	8,4	8,7
Australia	5,7	7,5	7,3	7,7	8,2	8,5	8,8
Austria	5,4	5,3	7,9	8,1	8,4	8,6	8,8
Bélgica	4,1	5,9	6,6	7,4	7,6	8,1	8,2
Canadá	7,1	7,2	7,4	8,5	9,4	10,0	10,3
Dinamarca	6,1	6,5	6,8	6,3	6,3	6,6	6,5
España	3,7	4,8	5,6	6,7	6,6	6,5	7,0
Estados Unidos	7,4	8,4	9,2	10,5	12,4	13,4	14,0
Finlandia	5,7	6,4	6,5	7,3	8,0	9,1	9,4
Francia	5,8	7,0	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4
Grecia	4,0	4,1	4,3	4,8	5,3	5,3	5,4
Irlanda	5,6	8,0	9,2	8,2	7,0	7,6	7,1
Islandia	5,2	6,2	6,4	7,0	8,2	8,4	8,5
Italia	5,2	6,1	6,9	7,0	8,1	8,6	8,5
Japón	4,6	5,6	6,6	6,5	6,6	6,7	6,9
Luxemburgo	4,1	5,6	6,8	6,8	7,2	7,3	7,4
Noruega	5,0	6,7	6,6	6,4	7,5	8,0	8,3
Nueva Zelandia	5,2	6,7	7,2	6,5	7,3	7,7	7,5
Países Bajos	6,0	7,6	8,0	6,0	8,2	8,4	8,6
Portugal	3,1	6,4	5,8	7,0	5,4	5,9	6,0
Reino Unido	4,5	5,5	5,8	6,0	6,2	6,6	7,1
Suecia	7,2	7,8	9,4	8,9	8,6	8,5	7,9
Suiza	5,2	7,0	7,3	8,1	8,4	9,0	9,5
Turquía	-	3,5	4,0	2,8	4,0	4,7	4,1

Fuente: OCDE, (1995).

Cuadro 2: Indicadores básicos de salud para diferentes agrupaciones de países

PAÍSES	GASTOS POR CONCEPTO DE SALUD(1990-95)		MÉDICOS	CAMAS HOSPITALARIAS	ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO	
	Porcentaje del PIB	Per capita (en \$ EE.UU.)	Por 1.000 personas (1994)		1980	1996
Bajos ingresos	4,2	22	1,0	1,6	58	63
(con exclusión de China y la India)	(3,1)	(18)	(0,4)	(1,5)	(51)	(56)
Ingresos medios	5,1	209	1,6	4,6	63	68
Ingresos bajos y medios	4,5	83	1,2	2,7	60	65
Asia Oriental y Pacífico	3,6	27	1,4	2,1	65	68
Asia Meridional	5,0	21	0,4	0,7	54	62
Oriente Medio y Norte de África	4,5	433	n.d.	1,8	59	67
África Subsahariana	2,9	55	n.d.	1,2	48	52
América Latina y el Caribe	6,7	248	1,4	n.d.	65	70
Europa y Asia Central	5,4	138	3,1	9,1	68	68
Altos ingresos	9,6	2.404	2,5	7,4	74	77

n.d. No disponible

Fuente: Banco Mundial, *Indicadores del Desarrollo Mundial 1998*, Wáshington, D.C.

Cuadro 3: Resumen de los compromisos específicos en materia de servicios médicos, de salud, sociales y seguros médicos

Miembros	Servicios profesionales			Servicios sociales y de salud				Seguros médicos
	Servicios médicos y dentales	Servicios de veterinaria	Enfermeras parteras, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana	Servicios sociales	Otros	
Antigua y Barbuda	x							
Argentina								x
Aruba								x
Australia	x	x			x			x
Austria	x	x	x	x	x	x		
Bahrein								x
Barbados	x							
Belice	x				x			
Bolivia				x				x
Botswana	x	x	x					
Brasil								x
Brunei Darussalam	x							x
Bulgaria	x	x				x		
Burundi	x	x		x	x			
Canadá								x
CE (12)	x	x	x	x		x		x
Chile								x
Chipre								x
Colombia								x
Congo República Popular del	x	x						
Corea, Rep. de								x
Costa Rica	x			x				
Cuba								x
Ecuador				x				x
Egipto								x
Emiratos Árabes Unidos		x						
Eslovenia	x			x	x			x
Estados Unidos de América				x				x
Filipinas								x
Finlandia		x	x					
Gabón								x
Gambia	x	x	x	x	x	x		x
Ghana								x
Guinea		x					x	
Guyana	x							x
Haití		x						
Honduras								x
Hong Kong, China								x
Hungría	x			x	x	x	x	x

Miembros	Servicios profesionales			Servicios sociales y de salud				Seguros médicos
	Servicios médicos y dentales	Servicios de veterinaria	Enfermeras parteras, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana	Servicios sociales	Otros	
India				X				
Indonesia								X
Islandia		X						X
Islas Salomón								X
Israel								X
Jamaica	X		X	X				X
Japón				X				X
Kenya								X
Kuwait				X	X	X		
Lesotho	X	X	X					X
Liechtenstein								X
Macao								X
Malasia	X			X				X
Malawi	X		X	X	X			
Malta								X
Marruecos								X
Mauricio								X
México	X		X	X	X			X
Nicaragua								X
Nigeria								X
Noruega	X	X	X					X
Nueva Zelandia		X						X
Pakistán	X			X				X
Panamá				X				X
Paraguay								X
Perú								X
Polonia	X	X	X	X				X
Qatar	X	X						X
República Checa	X	X						
República Dominicana	X			X	X	X		X
República Eslovaca	X	X						X
Rumania								X
Rwanda	X							
San Vicente y las Granadinas				X				
Santa Lucía				X				
Senegal	X							X
Sierra Leona	X	X	X	X	X	X	X	X
Singapur	X	X						X
Sri Lanka								X
Sudáfrica	X	X	X					X
Suecia	X	X	X					X
Suiza	X	X						X
Swazilandia	X			X				
Tailandia								X

Miembros	Servicios profesionales			Servicios sociales y de salud				Seguros médicos
	Servicios médicos y dentales	Servicios de veterinaria	Enfermeras parteras, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana	Servicios sociales	Otros	
Trinidad y Tabago	x	x		x				
Túnez								x
Turquía				x				x
Venezuela								x
Zambia	x		x	x	x			
TOTAL	49	37	26	39	13	19	3	76

Nota: Se ha contado cada Estado miembro de la UE por separado.

Fuente: Secretaría de la OMC.

Cuadro 4: Panorama de los compromisos con arreglo a los modos de suministro 1, 2 y 3 relativos a los servicios médicos, sociales y de salud (Número de Miembros)

Sector	Número de Miembros (Compromisos plenos para los modos 1 a 3) ^a	Suministro transfronterizo (Modo 1)			Consumo en el extranjero (Modo 2)			Presencia comercial (Modo 3)		
		Compromiso pleno ^a	Compromiso con limitaciones	Sin consolidar	Compromiso pleno ^a	Compromiso con limitaciones	Sin consolidar	Compromiso pleno ^a	Compromiso con limitaciones	Sin consolidar
Servicios médicos y dentales	49 (12) ^b	17	6	26	38	7	4	19	24	6
Servicios de veterinaria	37 (10) ^c	17	2	18	33	1	3	19	14	4
Parteras, enfermeras, etc.	26 (4) ^d	6	4	16	21	5	0	10	16	0
Otros (incluidos los servicios médicos)	3 (1) ^e	2	1	0	2	1	0	1	2	0
Servicios de hospital	39 (9) ^f	11	1	27	31	5	3	18	17	4
Otros servicios de salud humana	13 (6) ^g	6	1	6	6	5	2	8	4	1
Servicios sociales	19 (2) ^h	3	0	16	4	13	2	5	13	1
Otros servicios sociales y de salud	3 (2) ⁱ	2	1	0	2	1	0	2	1	0

a Compromisos plenos tanto para el acceso a los mercados como para el trato nacional y sin limitaciones en cuanto a cobertura sectorial.

b Brunei Darussalam, Burundi, Congo, Gambia (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3), Guinea, Hungría, Islandia (sujeto al requisito del idioma), Malawi, Noruega, Rwanda, Sudáfrica; Zambia.

c Australia, Burundi, Congo, Finlandia, Gambia (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3), Lesotho, Qatar, Singapur, Sudáfrica, Arabia Saudita (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3).

d Gambia (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3), Malawi, Noruega, Zambia.

e Islandia.

f Burundi, Ecuador, Gambia (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3), Hungría, Jamaica, Malawi, Santa Lucía, Sierra Leona, Zambia.

g Burundi, Gambia (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3), Hungría, Malawi, Sierra Leona, Zambia.

h Gambia (sujeto a limitaciones horizontales para el modo 3), Hungría, Sierra Leona.

i Hungría, Sierra Leona.

Fuente: Secretaría de la OMC.

Cuadro 5: Exenciones NMF aplicadas a los servicios profesionales en general y/o a servicios específicos, médicos, sociales o de salud

País y sector	Medida	Países abarcados
BULGARIA Servicios médicos y dentales	Con carácter de reciprocidad, se hacen extensivas a los extranjeros que residen en Bulgaria las prestaciones de los regímenes de la seguridad social, subsidios e indemnizaciones que cubren los servicios médicos y dentales.	Signatarios actuales y futuros de los acuerdos bilaterales
COSTA RICA Servicios profesionales	Los profesionales extranjeros pueden inscribirse en los colegios profesionales sólo si existe un acuerdo de reciprocidad con el país de origen y/o en ciertos casos si los costarricenses pueden ejercer la profesión en condiciones similares en el país de que se trata.	Todos los países
CHIPRE Servicios de salud humana y seguridad social	Servicios de salud humana: Medidas que rigen el suministro a chipriotas de tratamiento médico no disponible en Chipre. Seguridad social pública: Medidas cubiertas por acuerdos bilaterales en materia de seguridad social.	Todos los países con los que sería deseable establecer una cooperación médica (existen en la actualidad acuerdos con centros médicos en Grecia, Reino Unido e Israel). Austria, Canadá (Quebec) y cualquier país con el que pueda concertarse un acuerdo en el futuro.
REPÚBLICA DOMINICANA Servicios dentales, de fisioterapia, médicos, paramédicos y de enfermería	Los dentistas, fisioterapeutas, médicos, personal paramédico y de enfermería pueden ejercer su profesión sólo sobre la base de acuerdos de reciprocidad.	Todos los países
HONDURAS Servicios profesionales	La autorización para ejercer una profesión se otorga sobre la base de acuerdos de reciprocidad.	Todos los países
PANAMÁ Servicios profesionales	La autorización para ejercer una profesión se otorga sobre la base de acuerdos de reciprocidad.	Todos los países
TURQUÍA Servicios profesionales	Existe la posibilidad de prohibir el suministro de servicios en Turquía si el país de origen del proveedor mantiene prescripciones jurídicas y administrativas que afectan negativamente a los ciudadanos turcos que prestan servicios similares.	Todos los países
VENEZUELA Servicios profesionales	Las leyes que rigen el suministro de servicios profesionales por extranjeros (incluidos médicos y cirujanos veterinarios) pueden establecer la condición de que los venezolanos hayan de recibir el mismo trato en el país de origen del solicitante.	Todos los países

Fuente: Secretaría de la OMC sobre la base de los documentos GATS/EL/122, 22, 25, 28, 38, 124, 88 y 92.