

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

16

LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD: EQUILIBRAR LOS INTERESES RELATIVOS AL MODO 4 CON LA OBLIGACIÓN DE CONCEDER UN ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS BÁSICOS

Joy Kategekwa *

CENTRO DEL SUR

ENERO DE 2008

Traducción (externa) al español de Fernanda Nieto Femenía

* La autora es abogada especialista en comercio internacional e inversión y se desempeña en el Centro del Sur como oficial en el programa de Comercio para el Desarrollo (TDP).

CENTRO DEL SUR

En agosto de 1995 el Centro del Sur pasó a ser una organización intergubernamental permanente de países en desarrollo. El Centro del Sur goza de plena independencia intelectual en la prosecución de sus objetivos de fomentar la solidaridad y la cooperación entre los países del Sur y de lograr una participación coordinada de los países en desarrollo en los foros internacionales. El Centro del Sur elabora, publica y distribuye información, análisis estratégicos y recomendaciones sobre asuntos económicos, políticos y sociales de orden internacional que interesan al Sur.

El Centro del Sur cuenta con el apoyo y la cooperación de los gobiernos de los países del Sur, y colabora frecuentemente con el Grupo de los 77 y el Movimiento de los Países No Alineados. En la elaboración de sus estudios y publicaciones, el Centro del Sur se beneficia de las capacidades técnicas e intelectuales que existen en los gobiernos e instituciones del Sur y entre los individuos de esta región. Se estudian los problemas comunes que el Sur debe afrontar, y se comparten experiencia y conocimientos a través de reuniones de grupos de trabajo y consultas, que incluyen expertos de diferentes regiones del Sur así como también del Norte.

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer a Elizabeth Tuerk, Rolf Adlung y David Luke por sus valiosos comentarios. Por supuesto, asumo plena responsabilidad del resultado final.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	<i>IX</i>
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	EL COMERCIO DE SERVICIOS Y SU IMPORTANCIA.....	2
III.	LA PRESENCIA DE PERSONAS FÍSICAS (MODO 4)	4
IV.	EL CONCEPTO DE ACCESO UNIVERSAL.....	6
V.	RÉGIMEN JURÍDICO INTERNACIONAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD	9
V.1.	EL ACUERDO GENERAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS DE LA OMC	9
V.2.	LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DEL AGCS.....	11
V.3.	DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DE LOS COMPROMISOS DE LIBERALIZACIÓN RELATIVOS AL MODO 4 EN EL MARCO DEL AGCS	12
V.4.	LA FUNCIÓN DE LA SECCIÓN HORIZONTAL EN LOS COMPROMISOS RELATIVOS AL MODO 4	15
V.5.	POSICIÓN DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO Y LOS PMA EN LAS NEGOCIACIONES DE LA RONDA DE DOHA SOBRE EL MODO 4 EN EL MARCO DEL AGCS	18
VI.	UNA MIRADA A LA SITUACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD EN ÁFRICA	20
VII.	REPERCUSIONES DEL MODO 4 RESPECTO DE LA OBLIGACIÓN DE CONCEDER UN ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	25
VIII.	EQUILIBRAR LOS INTERESES RELATIVOS AL MODO 4 CON LA PROVISIÓN DE ACCESO UNIVERSAL: REFLEXIONES ÚTILES PARA LOS PAÍSES EN DESARROLLO	29
VIII.1.	LA NECESIDAD DE MEJORAR LAS INSTALACIONES SANITARIAS EN TODO EL PAÍS	29
VIII.2.	LA FUNCIÓN DEL COMPROMISO POLÍTICO EN LA PROVISIÓN DE ACCESO UNIVERSAL	31
VIII.3.	LA FUNCIÓN DEL SECTOR PRIVADO: EL CASO DE BOTSWANA Y KENYA	32
VIII.4.	NECESIDAD DE UNA MAYOR PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS GOBIERNOS EN LA ESTRUCTURACIÓN DEL MOVIMIENTO DE PROFESIONALES DE LA SALUD	34
VIII.5.	UTILIZACIÓN DE LAS FLEXIBILIDADES PREVISTAS EN EL AGCS	35
VIII.6.	COSECHAR LOS FRUTOS DE LAS NEGOCIACIONES RELATIVAS AL AGCS	37
VIII.7.	POLÍTICAS PARALELAS IMPRESCINDIBLES.....	38
VIII.8.	LA FUNCIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN.....	42
IX.	CONCLUSIÓN.....	43
X.	ANEXOS.....	44
XI.	REFERENCIAS.....	47

ACRÓNIMOS

AGCS	Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios
CE	Comunidades Europeas
CEDEAO	Comunidad Económica de los Estados de África Occidental
CEMAC	Comunidad Económica y Monetaria del África Central
EEE	Espacio Económico Europeo
EE. UU.	Estados Unidos
ESC	Carta Social Europea
GATT	Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio
NMF	Nación más favorecida
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PIB	Producto interno bruto
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UE	Unión Europea
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

RESUMEN

La salud es un derecho humano. Este derecho es conferido a los seres humanos a través de Constituciones nacionales y diversos instrumentos jurídicos internacionales que muchos gobiernos del mundo –por no decir todos– han firmado y ratificado. Inherente al presente Documento de Investigación resulta el derecho de acceder a los servicios básicos de salud, lo cual impone a los Estados la obligación de garantizar que dichos servicios sean de acceso universal a todos sus mandantes. Más allá del elemento obligatorio, el acceso universal a los servicios básicos de salud también constituye una meta de desarrollo que muchos gobiernos se esfuerzan por alcanzar. En los casos en que el sector de la salud en muchas partes del mundo en desarrollo, particularmente en el África subsahariana, se encuentra en una situación muy débil, los gobiernos afrontan muchos desafíos al intentar cumplir con esta obligación.

Un fenómeno cada vez más importante de la globalización es el movimiento de proveedores de servicios de salud para brindar dichos servicios. Si bien gran parte de este movimiento se produce dentro de los países desarrollados o entre ellos, la tendencia de un movimiento entre países en desarrollo y países desarrollados constituye un asunto de particular interés. Mientras que el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades tratables se cobran un número incalculable de vidas en el continente africano, el éxodo de proveedores de servicios de salud plantea graves problemas y se ha convertido en el tema central de debate de diversos foros internacionales.

En el contexto de las negociaciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC), los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados (PMA), negocian con ambición un mayor acceso a los mercados de los países desarrollados en relación con el suministro de servicios mediante la presencia de personas físicas (modo 4), incluso en el sector de la salud. Si bien el tipo de movimiento previsto en la OMC sólo representa una fracción de los canales a través de los cuales circulan los proveedores de servicios de salud, constituye un modo importante. ¿La ambición en el modo 4 resulta diametralmente opuesta a la consecución del acceso universal a los servicios básicos en el sector de la salud? El presente Documento de Investigación analiza esta cuestión.

El presente documento analiza las normas que rigen el comercio internacional de los servicios de salud, en particular las normas relativas a la presencia de personas físicas, los compromisos de los miembros de la OMC en materia de acceso a los mercados y de trato nacional en la esfera de los servicios de salud y las tendencias observadas respecto del movimiento de proveedores de servicios de salud en el contexto del sector de la salud en el África subsahariana, y sienta así las bases para analizar las repercusiones del modo 4 en el sector de la salud de dichos países, específicamente en la capacidad para garantizar un acceso universal a los servicios básicos de salud. El propósito de este documento, sin pretender mencionar todas las soluciones, es identificar algunas opciones de políticas que los gobiernos pueden considerar, a fin de alcanzar un nivel de equilibrio entre sus intereses por un mayor acceso a los mercados en marco del modo 4 para los servicios de salud y el cumplimiento de sus obligaciones de brindar acceso universal a los servicios básicos de salud. En el presente documento se alega que mediante esfuerzos mancomunados los gobiernos pueden realizar avances con vistas a alcanzar este equilibrio y que la naturaleza intrínseca del modo 4, en particular su significado conceptual y definición, también puede formar parte de la solución.

I. INTRODUCCIÓN

Muchos países del mundo, incluidos los países en desarrollo, aspiran fervientemente a que existan compromisos más firmes de acceso a los mercados y trato nacional en cuanto a la presencia de personas físicas proveedoras de servicios. En el eslabón superior de las industrias de servicios, las grandes empresas deben trasladar a sus empleados, de manera oportuna, a diversas filiales alrededor del mundo, con el fin de mejorar la eficiencia, la competitividad y los márgenes de ganancias. En el extremo inferior de la industria, los países en desarrollo desean enviar a sus proveedores calificados y semicalificados de servicios a trabajar temporalmente en los países desarrollados, a fin de valerse de los enormes beneficios y la solidez del flujo de remesas. El movimiento de personas físicas que brindan servicios es un fenómeno muy común, particularmente en el sector de la salud. Médicos, enfermeros y otros proveedores de servicios sanitarios circulan en busca de oportunidades mejores que aquéllas que encuentran en sus países natales. En el marco de las negociaciones de la OMC en virtud del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), los países en desarrollo procuran vehementemente que los países desarrollados acuerden un mayor acceso a los mercados y trato nacional para el suministro de servicios mediante la presencia de personas físicas, incluso en el sector de la salud. Se sabe que los sistemas de suministro de servicios de salud se encuentran reducidos en los países en desarrollo, particularmente en el África subsahariana. En un contexto en el que la comunidad de las Naciones del mundo tiene la obligación –impuesta por ley a los gobiernos– de proporcionar a sus ciudadanos un acceso universal a los servicios básicos de salud, surgen preocupaciones legítimas en relación con lo que esta ambición implica en el cumplimiento de tales obligaciones. ¿Existe un conflicto de intereses y obligaciones? ¿Los dos elementos son diametralmente opuestos? ¿Es imposible lograr ambos? ¿Pueden estos países cumplir con el derecho a la salud consagrado en muchas de las constituciones nacionales, así como en instrumentos jurídicos internacionales de los cuales son signatarios y que en muchos casos han ratificado, y, a su vez, exportar con dinamismo proveedores de servicios de salud a otros países?

Este Documento de Investigación analiza estas preguntas, con la esperanza de contribuir a que se halle un equilibrio óptimo en esta situación aparentemente paradójica. Primero se analiza el comercio de servicios y su importancia sectorial. Después de abordar definiciones relativas a la presencia de personas físicas (modo 4), el acceso universal a los servicios básicos y el derecho a la salud, se estudia el régimen jurídico internacional que rige el comercio de servicios de salud y se enmarca el sector en el contexto general del AGCS. Luego se procede a determinar el alcance de los compromisos de los miembros de la OMC respecto del acceso a los mercados y el trato nacional en el sector de la salud en el marco del modo 4, y las posiciones adoptadas por los países en desarrollo y los PMA en las negociaciones sobre el acceso a los mercados en virtud del AGCS. Posteriormente se examina el sector sanitario en países en desarrollo y se analizan cuestiones relativas a la capacidad de prestar servicios de salud en el territorio nacional. Se continúa con un análisis de las repercusiones de desarrollo del modo 4 en el sector sanitario, en particular lo que este movimiento representa para la obligación de los gobiernos de brindar acceso universal a los servicios básicos de salud. En el capítulo que aborda la necesidad de equilibrar los compromisos relativos al modo 4 con la provisión de acceso universal a los servicios básicos de salud, el documento aporta reflexiones sobre las opciones normativas que los países en desarrollo pueden considerar a la hora de alcanzar un equilibrio entre los intereses y las obligaciones. En este caso, se citan algunos ejemplos de los puntos en los que algunos países africanos y otros países han tenido éxito y, por último, se concluye con la reiteración de los hallazgos claves.

II. EL COMERCIO DE SERVICIOS Y SU IMPORTANCIA

El comercio de servicios es una actividad nueva y dinámica que contribuye de forma creciente y continua al producto interno bruto (PIB) de diversos países de forma continua. En la India, los servicios que utilizan la tecnología de la información son responsables de un tercio del total de las exportaciones de servicios. El valor agregado de las exportaciones de servicios estimuló el crecimiento del PIB en 0,2 y 0,6 puntos porcentuales por año durante las décadas de 1980 y 1990. En la Comunidad Económica y Monetaria del África Central (CEMAC), se observa una tasa de crecimiento anual del 6,5% en el sector de servicios, lo que contribuye a la formación del PIB; los sectores predominantes son los servicios de transporte y distribución. Dichos sectores equivalen a un promedio del 65% de la producción de servicios en la subregión.¹ En la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO), Nigeria registra una contribución al PIB del 33,3% del sector de servicios, cuyos principales subsectores son las finanzas y los seguros, además del sector de la energía que proviene de recursos petrolíferos naturales.² En la República del Senegal, el sector de servicios representa al menos dos tercios del PIB, y se espera que continúe en aumento, especialmente en el área de las telecomunicaciones.³ La República de Côte d'Ivoire posee un sector financiero diversificado.⁴ La fortaleza de la República de Cabo Verde reside en los servicios de transporte, turismo y demás servicios comerciales.⁵ En la región de África Oriental y Meridional, las estadísticas del Banco Mundial indican que el sector de servicios contribuye hasta en un promedio del 50% al PIB de diversos países de dicha región.⁶ Además de estas cifras, existen efectos indirectos significativos en la reducción de la pobreza mediante remesas provenientes de trabajadores en jurisdicciones extranjeras, del empleo nacional y del consumo directo e indirecto.

Los servicios difieren de los bienes de diversas maneras, más comúnmente en lo referente a la proximidad de la relación entre producción y consumo. Debido a ello, generalmente se entiende que, en su mayoría, los servicios no son almacenables.⁷ La tecnología ha transformado la noción previamente aceptada de que debe existir algún grado de proximidad entre el consumidor y el proveedor, en especial con la nueva ola de operaciones de procesos empresariales, tales como la subcontratación externa, el procesamiento de datos, la telemedicina y diversos tipos de consultoría empresarial. La importancia del comercio de servicios reside tanto en la actividad económica, gracias a los beneficios que obtienen las personas que participan en dicha actividad (por ejemplo, en los servicios profesionales y el turismo), como en el desempeño de funciones claves para el bienestar social (tales como la salud, la educación y el agua) y en el establecimiento de vínculos con otros sectores fundamentales de la economía, entre ellos la agricultura y la industria, por medio de servicios de transporte y distribución. El uso intensivo de la mano de obra en muchos sectores de servicios (turismo, construcción, negocios y salud) constituye una ventaja comparativa para muchos países en desarrollo y puede propiciar el crecimiento económico de los pobres.

¹ Informe del taller de Internacional Lawyers and Economists Against Poverty, ILEAP (Juristas y Economistas Internacionales contra la Pobreza) relativo al comercio en las negociaciones de servicios y la facilitación del comercio en la Comunidad Económica y Monetaria del África Central (CEMAC). Disponible en <http://www.ileap-jeicp.org/>.

² Country profile, 2007, Nigeria, The Economist Intelligence Unit, www.london.eiu.com.

³ Country profile, 2007, Senegal, The Economist Intelligence Unit, www.london.eiu.com.

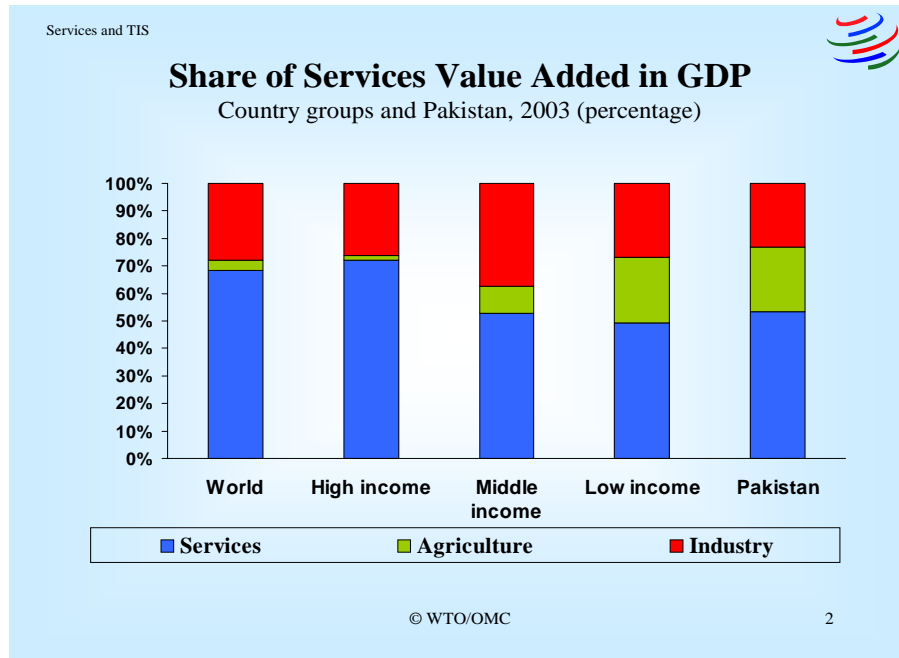
⁴ Country profile, 2007, Côte d'Ivoire, The Economist Intelligence Unit, www.london.eiu.com.

⁵ Cálculos del CCI (Centro de Comercio Internacional) basados en estadísticas de la COMTRADE (Base de datos estadísticos sobre el comercio de mercaderías) y la OMC.

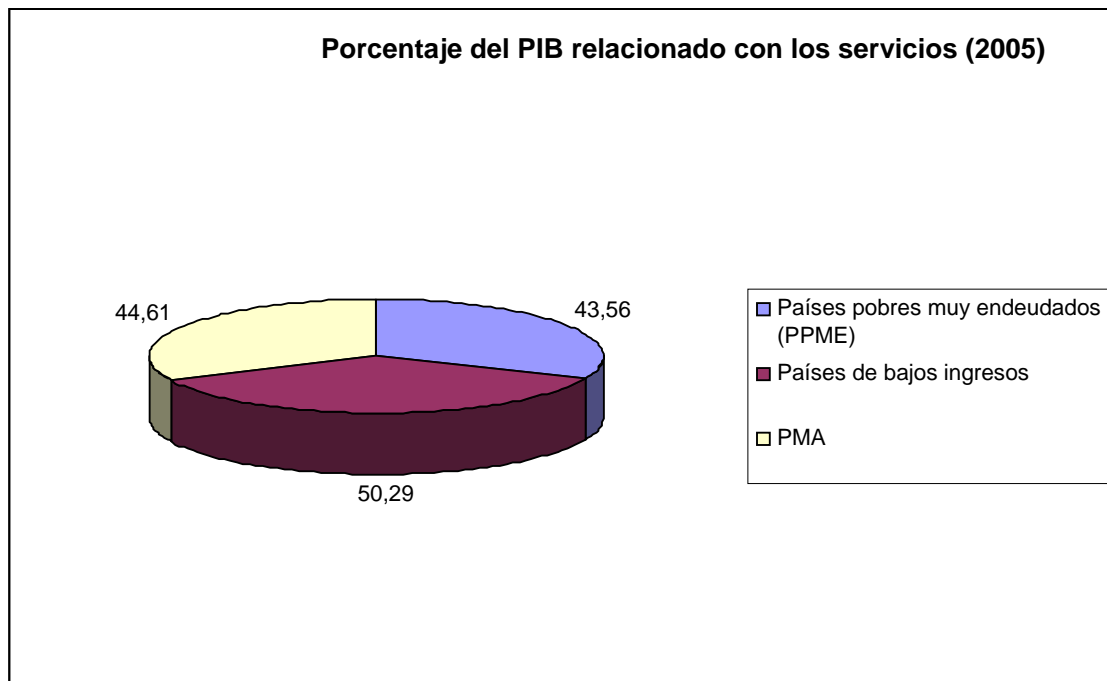
⁶ Banco Mundial, indicadores del desarrollo mundial, 2005, disponible en <http://www.worldbank.org>.

⁷ Con algunas excepciones, por ejemplo, la capacidad de almacenar informes de consultoría en memorias USB.

Los servicios representan el sector de mayor crecimiento de la economía mundial. En el siguiente gráfico, se presenta la participación de los servicios (incluido el valor agregado) en el PIB hasta 2003.



El siguiente gráfico circular muestra las contribuciones sectoriales al PIB en los países más pobres.



Fuente: Base de datos en línea sobre indicadores del desarrollo mundial, 2006.

III. LA PRESENCIA DE PERSONAS FÍSICAS (MODO 4)

Existen diversos regímenes que incluyen la presencia de personas físicas proveedoras de servicios, incluidos los flujos permanentes y temporales. Dichos regímenes abarcan, entre otros, acuerdos de comercio y cooperación tanto bilaterales como multilaterales. Mientras que la migración permanente constituye principalmente un fenómeno Sur-Norte impulsado por las desigualdades salariales y la expectativa de una mejor calidad de vida, los flujos temporales son, en su mayoría, el resultado de acuerdos bilaterales entre gobiernos que desean fomentar la cooperación. El AGCS abarca sólo una pequeña fracción de las múltiples opciones disponibles para las personas que se movilizan para prestar servicios y, por lo general, están relacionadas con el movimiento de personas jurídicas, proveedores de servicios por contrato y profesionales independientes.

El AGCS define los servicios según su modo de suministro. El inciso 2 d) del artículo 1 del Acuerdo prevé como modo de suministro de un servicio el efectuado *por un proveedor de servicios de un Miembro mediante la presencia de personas físicas de un Miembro en el territorio de cualquier otro Miembro*. Esto también se conoce como modo 4. Se proporcionan más detalles sobre las características específicas del modo 4 en el Anexo relativo al movimiento de personas físicas proveedoras de servicios con arreglo al Acuerdo.⁸ En el Anexo se explica que el Acuerdo sólo abarca las medidas que atañan a personas físicas que son proveedoras de servicios de un miembro y a empleados de un proveedor de servicios de un miembro, en relación con el suministro de un servicio. A su vez, se aclara que el Acuerdo no será ***aplicable a las medidas que afecten a personas físicas que traten de acceder al mercado de trabajo de un miembro ni a las medidas en materia de ciudadanía, residencia o empleo con carácter permanente***. Independientemente de sus compromisos, los miembros podrán aplicar medidas en materia de ciudadanía, residencia o empleo permanente. Los miembros pueden adoptar medidas con el fin de reglamentar la entrada de personas físicas en su territorio, incluidas las medidas necesarias para proteger la integridad de sus fronteras y garantizar el movimiento ordenado de personas físicas a través de las mismas, siempre que dichas medidas no se apliquen de manera tal que anulen o menoscaben las ventajas resultantes para un miembro de un compromiso específico. El hecho de que un miembro pueda exigir un visado a ciertos miembros y no a otros como condición para suministrar el servicio no anula ni menoscaba las ventajas resultantes de un compromiso específico.⁹ El Anexo también establece que las negociaciones en el marco del modo 4 se aplicarán al movimiento de ***todas las categorías*** de personas físicas proveedoras de servicios en virtud del AGCS. A continuación se resumen las principales características del modo 4 en virtud del AGCS:

- a) las personas físicas que son proveedoras de servicios de un miembro;
- b) las personas físicas que están empleadas por un proveedor de servicios de un miembro;
- c) el movimiento guarda relación con el suministro de un servicio;
- d) no se aplica a las personas que tratan de acceder al mercado interno de trabajo de un miembro;
- e) no se aplica a medidas en materia de ciudadanía, residencia o empleo permanente;
- f) las negociaciones en el marco del Acuerdo deben abarcar todas las categorías de personas

⁸ Véase el Anexo sobre el movimiento de personas físicas proveedoras de servicios en el marco del Acuerdo. Disponible en www.wto.org.

⁹ Ídem.

físicas proveedoras de servicios en virtud del AGCS;

- g) el Acuerdo no impide que un miembro ejerza su derecho de reglamentar la entrada o la estancia de personas físicas, a excepción de que se utilice dicha reglamentación para anular los beneficios de un compromiso específico.

A partir de la definición de las características del modo 4, resulta claro que el AGCS, pese a ser una herramienta valiosa en la creación de mercados para los proveedores de servicios de salud, está lejos de ser la única. Existen otras vías, por lo general acuerdos bilaterales, que abarcan el movimiento de proveedores de servicios de salud de un modo más amplio. No obstante, si dichos acuerdos contienen elementos del modo 4, según su definición en el AGCS, en ausencia de una exención del trato NMF o una desviación, en virtud del artículo V, de un compromiso específico contraído en el marco de un acuerdo de integración económica de servicios, las ventajas resultantes para los miembros de la OMC que formen parte de dichos acuerdos bilaterales deberían extenderse a otros miembros de la OMC. Sin embargo, no se cuestionará la compatibilidad con las normas de la OMC si estos acuerdos bilaterales sólo obligan a los hospitales de propiedad del Estado (debido a que sus empleados extranjeros no están comprendidos en la definición del modo 4) o si involucran a empresas que subcontratan los servicios pertinentes a hospitales de propiedad del Estado (donde la disposición sobre el trato NMF, el acceso a los mercados y el trato nacional no se aplican de conformidad con el artículo XIII 1) del AGCS relativo a la contratación pública).

Si bien es posible distinguir entre el suministro de servicios basado en la contratación (lo que suele ser el caso en el AGCS) y el suministro de servicios basado en el empleo (lo que suele ser el caso en el mercado interno de trabajo), es difícil delimitar, con precisión, el modo 4 frente a las categorías existentes de regímenes de entrada en los países para el suministro de servicios.¹⁰ Incluso en los sistemas migratorios más avanzados, como aquéllos de los Estados Unidos y Australia, aún surgen problemas a la hora de identificar los regímenes exactos en relación con el modo 4. Por ejemplo, si bien se distingue entre inmigrantes temporales y permanentes, no existe distinción alguna en las categorías migratorias entre las actividades relacionadas con los servicios y las demás actividades. Asimismo, resulta difícil determinar si las actividades comprendidas en las categorías de visado constituyen actividades comerciales según la definición del AGCS. En lugar de centrarse en esta diferencia muchas veces incierta, el presente documento de investigación observará las tendencias en el movimiento temporal de los proveedores de servicios de salud, los desafíos desde el punto de vista del acceso universal a los servicios básicos y la manera en que los gobiernos pueden, mediante instrumentos normativos, mitigar los efectos negativos en los países en desarrollo.

¹⁰ Para obtener más información sobre este tema, véase Nielson y Cattaneo, 2003.

IV. EL CONCEPTO DE ACCESO UNIVERSAL

Existen algunos servicios cuyo uso está profundamente arraigado en la capacidad de supervivencia humana. La utilidad de su consumo para el bienestar de las personas los convierte en esenciales. Dichos servicios constituyen un elemento fundamental para el sector social, económico e incluso político de un país. Algunos ejemplos incluyen la salud, la educación y el agua, entre otros. Garantizar que los ciudadanos tengan acceso a estos servicios es una obligación central de los Estados, y algunas veces un derecho digno de reclamación ante éstos. En esta noción subyace el derecho de los ciudadanos al acceso universal a los servicios básicos.

Existen diferencias en los conceptos de *servicio universal*, *acceso universal*, *servicios esenciales o básicos* y *obligaciones en materia de servicio universal*. El servicio universal es aquél que se provee a título individual a cada persona u hogar. La expectativa de la cobertura y la cantidad de recursos necesarios para este servicio es mucho mayor, y el concepto es de uso recurrente en los países desarrollados.

Por otro lado, el acceso universal tiene como objetivo ***facilitar a todas las personas el acceso a un determinado servicio, ya sea de forma individual o colectiva***. La posibilidad de recibir un servicio de forma colectiva reviste especial importancia para los países en desarrollo. Las *obligaciones en materia de servicio universal* son los requisitos mínimos que los gobiernos imponen a los proveedores de servicios, con el propósito de ampliar el alcance de la accesibilidad a los servicios. El término *universalidad* hace referencia a la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad.¹¹ El concepto de “*universal*” se basa en la noción de que existe una condición humana universal que impone el requisito moral de tratar a los seres humanos de determinada manera, en virtud de su condición de seres humanos. Por lo tanto, el *acceso universal a los servicios básicos* se ajusta en este marco como una obligación de los Estados de garantizar que sus ciudadanos tengan acceso a los servicios básicos.

De conformidad con el marco de la OMS para supervisar el progreso hacia el acceso universal, el “acceso” es un concepto amplio que permite evaluar tres dimensiones de las intervenciones claves en el sector de la salud: *disponibilidad*, *cobertura e impacto*. La *disponibilidad* se define en términos de *alcance* (acceso físico), *asequibilidad* (acceso económico) y *aceptabilidad* (acceso sociocultural) de los servicios que satisfacen las normas mínimas de calidad. Garantizar la disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad de los servicios es un requisito esencial del acceso universal. El concepto de *cobertura* se define como la proporción de la población que necesita una intervención y la recibe, y se ve influenciado por la oferta (suministro de servicios) y la demanda (personas que necesitan servicios). La cobertura influye en el *impacto* de la intervención, que, a su vez, se define como la reducción de la tasa de nuevas infecciones o como el aumento de la supervivencia.¹²

En ocasiones, los términos *esencial* y *básico* se utilizan indistintamente. Dichos términos hacen referencia a los servicios que la sociedad necesita para su supervivencia. Estos conceptos varían según no sólo el tipo de servicio sino también el nivel de desarrollo de un país. En el caso de los servicios de salud, por ejemplo, el nivel de lo que se considera *básico* puede variar. En el África subsahariana, *básico* bien puede significar acceso al tratamiento de la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA. En este caso, la atención primaria de salud se erige como un elemento significativo del acceso universal. Los gobiernos deberían examinar dichos conceptos a la luz de sus niveles de desarrollo.

¹¹ Véase Wasunna, 2005.

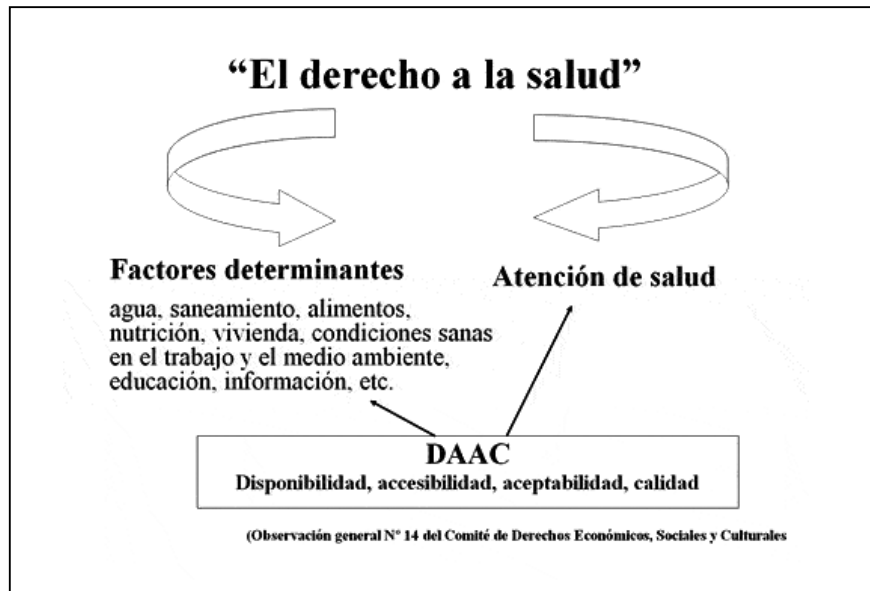
¹² Para obtener más información sobre el acceso universal a los servicios esenciales o básicos, véase www.who.int.

El debate sobre el acceso universal a los servicios básicos de salud y los derechos que ese acceso confiere a los beneficiarios está relacionado con el debate sobre el derecho a la salud, el cual hace referencia al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y, a su vez, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Este derecho se establece en diversos instrumentos jurídicos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Otros tratados regionales de derechos humanos que establecen este derecho incluyen la Carta Social Europea de 1961, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) de 1988.

La Observación general sobre el derecho a la salud también constituye un punto de referencia significativo, y sugiere garantizar, de forma estructurada, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos en materia de salud en el marco de los derechos humanos.¹³ La Observación general sirve de guía para los gobiernos, en especial respecto de las cuestiones de cumplimiento de las obligaciones en virtud de los tratados de derechos humanos que han ratificado. El documento hace hincapié en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Sobre todo, destaca la obligación de todos los gobiernos de trabajar deliberadamente en pos de la consecución de este derecho.

¹³ La Observación general fue publicada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, E/C, N.º 14 12/200/4, julio de 2000, y fue realizada por el Comité en colaboración con la OMS y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con conocimientos técnicos en el sector de la salud.

El siguiente gráfico resume el contenido de la Observación general.



Fuente: <http://www.who.int>.

Los países en desarrollo afrontan desafíos al procurar brindar un acceso universal a los servicios básicos, ya sea en el área de la educación, la salud, el agua, las telecomunicaciones o las finanzas. Esto se debe principalmente a la falta de recursos financieros para invertir en el acceso universal a los servicios básicos, en especial en los países en desarrollo y los PMA. Las dificultades también surgen en relación con el enfoque de reglamentación que los gobiernos adoptan para establecer obligaciones en materia de servicio universal: ya sea desempeñar una función de supervisión o, por el contrario, intervenir más activamente mediante *herramientas normativas orientadas a la oferta* (como la imposición de obligaciones a los proveedores de servicios) o *herramientas normativas orientadas a la demanda* (como subvenciones al consumidor, en las que el gobierno paga un porcentaje determinado del precio de los servicios esenciales, de modo tal que el consumidor sólo deba pagar un monto mínimo).¹⁴

¹⁴ Para obtener más información sobre herramientas normativas disponibles en una amplia gama de sectores de servicios esenciales, véase Acceso universal a los servicios, UNCTAD, TD/B/COM.1/EM.30/2. Disponible en <http://www.unctad.org>.

V. RÉGIMEN JURÍDICO INTERNACIONAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD

V.1. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios de la OMC

En la Ronda de Uruguay de negociaciones comerciales (1986-1994), se introdujo por primera vez el comercio de servicios en el Sistema multilateral de comercio. El propósito era elaborar un acuerdo marco que rigiera el comercio internacional de servicios. La principal solicitud de inclusión de servicios provino de intereses del sector privado en los Estados Unidos y la Unión Europea, los cuales probablemente poseen la infraestructura de servicios, mercados y reglamentación más desarrollados del mundo en la actualidad. Los países en desarrollo se mostraron reacios a incluir los servicios en las negociaciones comerciales multilaterales debido a su inexperiencia en la dinámica del comercio de servicios, sumada a una infraestructura y una capacidad de reglamentación insuficientes. Sus experiencias negativas respecto de la liberalización unilateral de los servicios, especialmente la imposibilidad de obtener una mejora del bienestar, también contribuyeron a su reticencia. Asimismo, algunos países en desarrollo consideraron la incorporación de los servicios como un intento por desviar la atención de las principales preocupaciones relativas al comercio, tales como la obtención de un mayor acceso a los mercados para los productos agrícolas y textiles.

El resultado de la Ronda de Uruguay fue un marco jurídico de normas y disciplinas sobre el comercio internacional de servicios, cuya estructura es aún más compleja que la del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) debido a la novedad de la inclusión de movimientos de consumidores y factores, la cual resultaba inevitable en vista de la necesidad, en diversos sectores, de que los proveedores y usuarios se encontraran personalmente. Al tratarse de un Acuerdo marco, el AGCS prepara el terreno para futuros compromisos mediante negociaciones sobre la liberalización progresiva y, en algunas áreas, la formulación de normas.¹⁵ El AGCS establece normas relativas a la no discriminación en términos de nación más favorecida¹⁶ (NMF), trato nacional¹⁷ y transparencia¹⁸. Asimismo, establece normas sobre reglamentación nacional¹⁹, reconocimiento mutuo²⁰, excepciones generales²¹, principios rectores²², listas de compromisos específicos²³, ajustes de compensación en los casos de retiro de concesiones²⁴, disposiciones de solución de diferencias²⁵ y denegación de ventajas²⁶, entre otras.²⁷ El propósito de la realización de rondas sucesivas de negociaciones de la OMC, desde Uruguay a Doha, es aumentar progresivamente los niveles de liberalización del comercio de servicios, cuyos resultados formarían parte del AGCS.

Tal como observamos, el AGCS define un servicio desde la perspectiva del modo en que se

¹⁵ Véase el artículo XIX sobre liberalización progresiva y los artículos X, XIII, XV y VI: 4, que establecen mandatos para las negociaciones sobre medidas de salvaguardia urgentes, contratación pública, subvenciones y reglamentación nacional.

¹⁶ Véase el artículo II del AGCS.

¹⁷ Véase el artículo XVII del AGCS.

¹⁸ Véase el artículo III del AGCS.

¹⁹ Véase el artículo VI del AGCS.

²⁰ Véase el artículo VII del AGCS.

²¹ Véase el artículo XIV del AGCS.

²² En especial respecto de la liberalización progresiva que se describe en el artículo XIX del AGCS.

²³ Véase el artículo XX del AGCS.

²⁴ Véase el artículo XXI del AGCS.

²⁵ Véase el artículo XXIII del AGCS.

²⁶ Véase el artículo XXVII del AGCS.

²⁷ Para obtener más información sobre las disposiciones, véase el AGCS en: “*Los resultados de la Ronda Uruguay de negociaciones comerciales multilaterales: los textos jurídicos*”, Cambridge University Press, 1999.

proporciona: transfronterizo²⁸, consumo en el extranjero²⁹, presencia comercial³⁰ y presencia de personas físicas.³¹ El primer modo de suministro (transfronterizo) incluiría el suministro de servicios que no implique movimiento físico alguno por parte del consumidor o del proveedor de servicios; por ejemplo, mediante subcontratación externa, servicios de apoyo (como los centros de atención al cliente), suministro de informes de consultoría o asistencia jurídica para los consumidores que se hallan en el territorio de otro miembro de la OMC. El segundo modo de suministro (consumo en el extranjero) involucra a un consumidor que abandona su país para recibir un servicio en el territorio de otro miembro de la OMC. El tercer modo de suministro (presencia comercial) implica el suministro de un servicio mediante el establecimiento de presencia comercial, generalmente a través de inversiones extranjeras directas en el territorio de otro miembro de la OMC. El cuarto modo de suministro (presencia de personas físicas) incluye la entrada temporal de empleados de una empresa en el territorio de otro miembro de la OMC para trabajar en la filial de dicha empresa, proveedores de servicios contratados que se trasladan para brindar un servicio en el territorio de otro miembro de la OMC sobre la base de un contrato previamente acordado, o profesionales independientes y visitantes comerciales. Para los países en desarrollo, el modo 4 es el que reviste mayor interés comercial y de exportación.

El AGCS confiere flexibilidad a los miembros de la OMC para seleccionar los sectores en los cuales desean contraer compromisos, ya sea plena o parcialmente, y las condiciones impuestas al respecto. Los miembros consignan, en una lista de compromisos, dichas limitaciones y condiciones respecto del acceso a los mercados, el trato nacional, las obligaciones relativas a los compromisos adicionales, los plazos de aplicación o la fecha de entrada en vigor de todo compromiso.³² El Acuerdo permite a los países en desarrollo miembros liberalizar menos sectores y transacciones, ampliar progresivamente el acceso a los mercados de acuerdo con su situación de desarrollo y, al abrir sus mercados a los proveedores de servicios extranjeros, aplicar condiciones destinadas a fomentar una mayor participación de los países en desarrollo en el comercio internacional según se establece en el artículo IV.³³ Asimismo, el Acuerdo permite a los miembros formular reglamentaciones en pro del interés público y conforme a los objetivos nacionales en materia de políticas.³⁴

²⁸ Del territorio de un Miembro de la OMC al territorio de cualquier otro Miembro. Véase el artículo I del AGCS.

²⁹ En el territorio de un Miembro de la OMC a un consumidor de servicios de cualquier otro Miembro.

³⁰ Por un proveedor de servicios de un Miembro que cuenta con presencia comercial en el territorio de otro Miembro.

³¹ Por un proveedor de servicios de un Miembro de la OMC mediante la presencia de personas físicas en el territorio de otro Miembro.

³² Véase el artículo XX del AGCS.

³³ Véanse los artículos XIX (2) y IV del AGCS.

³⁴ Véase el preámbulo del AGCS.

V.2. Los servicios de salud en el marco del AGCS

El AGCS abarca solamente las medidas adoptadas por los miembros que atañen al comercio de servicios.³⁵ Las medidas se definen como aquéllas adoptadas por gobiernos y autoridades centrales, regionales o locales y entidades no gubernamentales en el ejercicio de las facultades en ellas conferidas por gobiernos y autoridades centrales, regionales o locales.³⁶ Los servicios provistos en el ejercicio de facultades gubernamentales, es decir, que no se suministran en condiciones comerciales ni en competencia con uno o más proveedores de servicios, están excluidos del marco del Acuerdo.³⁷ Algunos ejemplos típicos de servicios provistos en el ejercicio de la autoridad gubernamental son los servicios de policía y las operaciones monetarias de los bancos centrales. Se puede alegar que esta exclusión impide, en muchas instancias, la aplicación del AGCS en el sector de la salud, ya que son los gobiernos quienes prestan la mayoría de los servicios de salud. No obstante, los servicios de salud son provistos cada vez con mayor frecuencia por instituciones privadas, probablemente en un intento por competir con el gobierno. En esos casos, la exención no se aplicaría. También es cierto que, desde entonces, muchos servicios públicos (incluidos los servicios de salud) se han liberalizado unilateralmente mediante procesos de privatización, debido a la respuesta de los países en desarrollo a los programas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional (FMI). Algunos países también han contraído compromisos en virtud del AGCS en diversos subsectores de los servicios de salud, lo que pone de relieve la capacidad de negociación, la apertura a la competencia y la comercialización del servicio. Como tales, los servicios de salud forman parte importante del AGCS.

Por lo general, los servicios de salud se suministran mediante el consumo en el extranjero (modo 2), cuando el beneficiario de un servicio se traslada al territorio de otro miembro de la OMC para recibir tratamiento médico, o mediante la presencia de personas físicas (modo 4), cuando los médicos y enfermeros se trasladan para brindar servicios médicos. Asimismo, existe la posibilidad de un suministro transfronterizo (modo 1); por ejemplo, por medio de la telemedicina, en la que los diagnósticos y análisis clínicos se suministran sin la necesidad de que se produzca movimiento físico alguno por parte del proveedor o del beneficiario. En términos generales, la telemedicina hace referencia al uso de tecnologías de comunicación e información para la prestación de atención clínica o asesoramiento.³⁸ Los servicios de salud se suministran cada vez con mayor frecuencia mediante el establecimiento de presencia comercial (modo 3).

Los subsectores que integran la categoría *Servicios sociales y de salud* del AGCS son servicios de hospital y otros servicios de salud humana.³⁹ Otros servicios relacionados con el sector de la salud, pero que integran la subcategoría *Servicios profesionales*, son los servicios médicos y odontológicos, así como los servicios suministrados por parteras, enfermeros, fisioterapeutas y personal paramédico.⁴⁰

En el sector de la salud, los miembros utilizarían sus listas de compromisos para delimitar el alcance de los compromisos contraídos. Algunas de las condiciones que generalmente se incluyen en estas listas son: someter a los nuevos proveedores de servicios a pruebas de necesidades económicas, conceder subvenciones únicamente a proveedores nacionales e imponer obligaciones discriminatorias en materia de servicio universal a empresas extranjeras. A continuación se brinda un ejemplo de una lista sobre servicios de salud.

³⁵ Véase el artículo I (1) del AGCS.

³⁶ Véase el artículo I (3) (a) (i) y (ii) del AGCS.

³⁷ Véase el artículo I (3) (b) y (c) del AGCS.

³⁸ Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Telemedicina>.

³⁹ Véase UNCPC 9311 y 93191.

⁴⁰ Véase UNCPC 9312 y 93191.

Sector o subsector	Limitaciones en el acceso a los mercados	Limitaciones en el trato nacional	Compromisos adicionales
Servicios médicos	1) Sin consolidar 2) Ninguna 3) Ninguna, a excepción de que la cantidad de instalaciones de propiedad extranjera registradas cada año puede limitarse, según el suministro total de médicos. 4) Sin consolidar, excepto lo indicado en la sección horizontal	1) Ninguna 2) Ninguna 3) Las instalaciones médicas de propiedad extranjera no tendrán acceso a subvenciones gubernamentales. 4) Sin consolidar	

Los miembros hacen uso de la expresión *sin consolidar* para aclarar que no se comprometen a conceder un acceso a los mercados o trato nacional en dicho sector (subsector o modo correspondiente) y del término *ninguna* para indicar que no existe limitación alguna. En la tabla anterior, en la **columna sobre acceso a los mercados**, el miembro preserva total discrecionalidad normativa en el modo 1, pero se compromete a no adoptar medidas discriminatorias sobre el acceso a los mercados en el modo 2. En el caso del modo 3, el acceso a los mercados se ve condicionado debido a que *la cantidad de instalaciones de propiedad extranjera registradas cada año puede limitarse según el suministro total de médicos*. Esto posiblemente significa que la presencia extranjera mediante el establecimiento comercial está diseñada para satisfacer las necesidades de la situación nacional, en especial en lo que respecta a la disponibilidad de médicos locales. En el modo 4, el miembro remite los detalles a las condiciones de la *sección horizontal*: una sección normalmente utilizada por los países para enumerar las restricciones generalmente aplicables que afectan toda la lista de compromisos.

En la **columna sobre trato nacional**, en el caso de los modos 1 y 2, el miembro renuncia al derecho de preservar instrumentos normativos que discriminen en favor de los proveedores de servicios nacionales por sobre los proveedores extranjeros en el subsector de servicios médicos. En el modo 3, el miembro excluye la posibilidad de que *las instalaciones médicas de propiedad extranjera se beneficien de subvenciones gubernamentales*, mientras que en el modo 4, no se compromete a tratar a las personas físicas proveedoras de servicios de salud como proveedores de servicios médicos nacionales.

V.3. Determinación del alcance de los compromisos de liberalización relativos al modo 4 en el marco del AGCS

Debido a las sensibilidades inherentes al comercio de servicios de salud, el sector sanitario es uno de los que ha atraído la menor cantidad de compromisos, en especial si se lo compara con la cantidad total de países que han contraído compromisos en otros sectores del AGCS, como el turismo. Hasta 2005, solamente 52 de 137 miembros de la OMC en ese momento—contando a los 12 países de las Comunidades Europeas (CE) como uno—habían contraído compromisos relativos a los servicios de hospital. Muchos países desarrollados, tales como el Canadá, Finlandia, Noruega, Suecia y Suiza, no han contraído ningún tipo de compromiso en el sector de la salud, mientras que el Canadá dejó en claro que no se comprometería de forma alguna en materia de acceso a servicios de salud en ningún foro internacional. Asimismo, la UE se niega a contraer compromisos adicionales que excedan su lista actual. Las únicas mejoras ofrecidas hasta el momento en la nueva ronda de negociaciones provienen de países en desarrollo, como Jamaica y Tailandia que han mostrado interés en el sector.

La siguiente tabla muestra la cantidad de países desarrollados con compromisos relativos a servicios de salud individuales hasta junio de 2003.

Compromisos de países desarrollados en el sector de la salud hasta junio de 2003

		Servicios médicos y odontológicos	Enfermeros, parteros, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana
TOTAL (de entre 21 listas)		18	17	15	2
ACCESO A LOS MERCADOS					
Modo 1	Pleno	4 (-1)	2 (-1)	0	0
	Parcial	1	1	0	0
	Sin consolidar	13	14	15	2
Modo 2	Pleno	5 (-1)	2 (-1)	14	0
	Parcial	13	15	1	2
	Sin consolidar	0	0	0	0
Modo 3	Pleno	2 (-2)	2 (-2)	0	0
	Parcial	14	15	15	2
	Sin consolidar	2	0	0	0
Modo 4	Pleno	0	0	0	0
	Parcial	16	17	14	2
	Sin consolidar	2	0	1	0
TRATO NACIONAL					
Modo 1	Pleno	4	2	0	0
	Parcial	1	1	0	0
	Sin consolidar	13	14	15	2
Modo 2	Pleno	5	2	14	0
	Parcial	13	15	1	2
	Sin consolidar	0	0	0	0
Modo 3	Pleno	1	2	13 (-13)	0
	Parcial	16	15	2	2
	Sin consolidar	1	0	0	0
Modo 4	Pleno	0	0	0	0
	Parcial	17	17	14	2
	Sin consolidar	1	0	1	0

Fuente: Boletín de la Organización Mundial de la Salud, noviembre de 2000/Revisado el 5 junio de 2003. Nota: Las CE se cuentan como un solo miembro. Se reduce la cantidad de compromisos plenos si se consideran las limitaciones horizontales.

De entre los subsectores de servicios de salud, los servicios médicos y odontológicos son los que atraen los mayores compromisos (62 miembros), seguido de los servicios de hospital (52 miembros) y los servicios suministrados por parteros, enfermeros, etc. (34 miembros). En términos generales, este patrón sugiere que es políticamente más sencillo o más atractivo desde el punto de vista económico, en el caso de los países que contraen dichos compromisos, liberalizar los sectores que requieren mucho capital o calificaciones que aquéllos que exigen mucha mano de obra. Esta situación trae aparejadas consecuencias para el debate relativo al modo 4 y posiblemente explique el bloqueo general que los países en desarrollo afrontan en la OMC respecto de las negociaciones sobre el modo 4.

La siguiente tabla muestra la situación de los compromisos de los países en desarrollo en el sector de la salud hasta junio de 2003.

Compromisos de países en desarrollo en el sector de la salud hasta junio de 2003

		Servicios médicos y odontológicos	Enfermeros, parteros, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana
TOTAL (de entre 44 listas)		44	17	37	20
ACCESO A LOS MERCADOS					
Modo 1	Pleno	17 (-1)	6	18	11
	Parcial	11	5	1	1
	Sin consolidar	16	6	18	8
Modo 2	Pleno	30 (-2)	10	30	15
	Parcial	11	6	4	3
	Sin consolidar	3	1	3	2
Modo 3	Pleno	16 (-3)	5	18 (-8)	13 (-4)
	Parcial	23	10	16	7
	Sin consolidar	5	21	3	1
Modo 4	Pleno	0	0	0	0
	Parcial	40	15	34	19
	Sin consolidar	4	2	3	1
TRATO NACIONAL					
Modo 1	Pleno	20	7	21	12
	Parcial	9	5	1	1
	Sin consolidar	15	5	15	7
Modo 2	Pleno	29	10	30	15
	Parcial	10	6	4	3
	Sin consolidar	5	1	3	2
Modo 3	Pleno	18	8	20 (-10)	11 (-3)
	Parcial	21	7	13	7
	Sin consolidar	5	2	4	2
Modo 4	Pleno	3	1	3 (-1)	1
	Parcial	37	14	30	17
	Sin consolidar	4	2	4	2

Fuente: Boletín de la Organización Mundial de la Salud, noviembre de 2000/Revisado el 5 junio de 2003. Nota: Incluye las economías en transición de Europa Central y Oriental. Se reduce la cantidad de compromisos plenos si se consideran las limitaciones horizontales.

Una vez más, el modo 4 carece de compromisos plenos y presenta consolidaciones parciales muy limitadas. Sin embargo, la mayoría de los compromisos contraídos por los países en desarrollo tienen lugar en el área de los servicios médicos y odontológicos, y los subsectores de enfermeros y parteros son los que atraen la menor cantidad de compromisos en términos de acceso a los mercados y trato nacional.

Una comparación de las listas en términos de modos de suministro demuestra que el modo 4 es el que presenta el menor grado de liberalización. Ningún miembro de la OMC ha contraído compromisos plenos relativos al modo 4 en los cuatro subsectores de la salud. Como en todos los otros compromisos, los compromisos relativos a este modo están sujetos a limitaciones altamente restrictivas. Muchos miembros de la OMC han limitado los compromisos relativos al modo 4 a proveedores muy calificados con conocimientos difícilmente disponibles en el contexto nacional, tales como los proveedores de servicios por contrato –vinculados a la presencia comercial– que poseen altas calificaciones. En cambio, el modo 2 está relativamente liberalizado en cuanto a los servicios de salud; tal vez se deba a que el servicio se consume fuera de un país. La mayoría de los países desarrollados no han impuesto limitaciones en este modo, en particular en lo que respecta al acceso a los mercados. En ese caso, los países se comprometen a no impedir que sus residentes viajen al extranjero para recibir servicios de salud. No obstante, muchos de estos países también preservan algunas

restricciones en cuanto al trato nacional, en especial en términos de impuestos discriminatorios y limitación de los sistemas nacionales de seguros para los servicios recibidos en el extranjero. El modo 1 registra una importante falta de consolidaciones, lo cual limita el alcance de los adelantos, como la telemedicina.

V.4. La función de la sección horizontal en los compromisos relativos al modo 4

La mayoría de los compromisos relativos a la presencia de personas físicas contraídos en virtud del AGCS son de naturaleza horizontal. La sección horizontal, que generalmente se encuentra en primer lugar de una lista de compromisos, proporciona las normas que se aplicarán a todos los sectores incluidos en la lista. En la columna específica de los sectores, los miembros aportan detalles, sector por sector, de las limitaciones y condiciones con respecto al acceso a los mercados y al trato nacional que se aplicarán a cada compromiso. Para el modo 4, los miembros generalmente crean una lista de las categorías de personas físicas que pueden acceder a sus mercados. Algunos ejemplos tradicionales de tales categorías comprenden empleados objeto de traslados intraempresariales (que pueden incluir gerentes, especialistas y, en algunas ocasiones, titulados universitarios en fase de formación), visitantes comerciales (que pueden incluir vendedores de servicios y aquéllos que participan en el establecimiento de presencia comercial), proveedores de servicios por contrato y profesionales independientes.

En la sección horizontal, los miembros también detallan los criterios que los proveedores de servicios deben satisfacer a fin de acceder a los mercados de los países. Por ejemplo, en la categoría de personas objeto de traslados intraempresariales, un miembro puede permitir el acceso a su mercado únicamente de oficiales de alto rango, dentro de la categoría de persona jurídica, cuya principal responsabilidad sea la dirección y gerencia de la empresa. Los miembros también pueden establecer que una persona debe poseer conocimientos singulares y esenciales para el suministro del servicio, a fin de que reúna los requisitos como especialista. En la lista de las CE, por ejemplo, para que un proveedor de servicios tenga acceso al mercado como empleado objeto de traslados intraempresariales y visitante comercial, debe satisfacer las condiciones establecidas en la sección horizontal, es decir, trabajar en el marco de una persona jurídica y ser transferido temporalmente a una filial en el territorio de otro miembro, ya sea en el nivel gerencial o como especialista.⁴¹ Chipre, Finlandia, Malta, la República Checa, la República Eslovaca y Suecia no aceptan contraer compromisos relativos a esta categoría de personas. En el subsector de *otros servicios de salud humana* (por ejemplo, los servicios provistos a través de instituciones residenciales de salud como centros de salud y servicios de baños terapéuticos),⁴² la mayoría de los Estados miembros de las CE, excepto Austria, Eslovenia, Estonia y Hungría (que difieren en el grado de compromiso respecto de la lista horizontal) no han consignado compromisos para empleados objeto de traslados intraempresariales y visitantes comerciales. En el subsector de *servicios sociales* (que pueden incluir hogares para la tercera edad y casas de reposo), todos los Estados miembros de las CE, excepto Eslovenia, Finlandia, Hungría, Malta, Polonia, la República Checa, la República Eslovaca y Suecia (que no contraen compromisos), restringen los compromisos de acceso a los mercados y trato nacional en cuanto a empleados objeto de traslados intraempresariales y visitantes comerciales a las disposiciones estipuladas en la sección horizontal de la lista. La misma situación existe para el subsector de *servicios médicos, odontológicos y de parteros*, en el que el acceso de personas objeto de traslados intraempresariales y de visitantes comerciales está condicionado a la sección horizontal (con algunas limitaciones específicas según el país, tales como Eslovenia, Estonia, Hungría, la República Checa y la República Eslovaca, los cuales no se

⁴¹ Véase la lista de compromisos específicos de las CE en TN/S/O/EEC/Rev.1. Disponible en <http://www.wto.org>.

⁴² Por ejemplo, UNCPC 93193.

comprometen a brindar acceso a los mercados para los servicios de parteros, y Alemania, que posee una condición de nacionalidad para médicos y dentistas, pero brinda una posibilidad de exención en casos específicos). Del mismo modo, en el subsector de **servicios proporcionados por enfermeros, fisioterapeutas y personal paramédico**, todos los Estados miembros de las CE (a excepción de Chipre, Estonia, Hungría, Malta y la República Checa que no contraen compromisos) imponen las condiciones de la sección horizontal respecto del acceso a los mercados y el trato nacional a sus compromisos relativos a empleados objeto de traslados intraempresariales y visitantes comerciales. Grecia, Polonia y Portugal también establecen como condición la nacionalidad para el acceso a los mercados.⁴³ En vista de estas especificaciones para el sector de la salud, sólo se consideran aptas aquellas personas que cumplan con dichos requisitos a los fines del modo 4.

Algunas de las limitaciones que pueden aparecer en las listas de los miembros incluyen requisitos de contingentes, formación, idioma, residencia y nacionalidad, normas y pruebas de necesidades económicas. Éstas se aplican principalmente a servicios de hospital, pero también a servicios médicos y odontológicos; en ocasiones, esto depende de la densidad de población, edad, índices de mortalidad y la cantidad de instalaciones existentes. Otras limitaciones se relacionan con las calificaciones.⁴⁴ Existen algunas exenciones del trato NMF, en particular para servicios médicos, odontológicos o servicios de salud humana. Sin embargo, diversas exenciones del trato NMF que no son específicas de los sectores también pueden ser relevantes para los servicios de salud, incluidas las garantías en virtud de acuerdos bilaterales para la protección de las inversiones o preferencias impositivas para ciertas nacionalidades.

La siguiente tabla muestra los compromisos específicos totales de los miembros de la OMC relativos a servicios de salud individuales hasta junio de 2003.⁴⁵

⁴³ Véase la lista de las CE, supra.

⁴⁴ El reconocimiento de las calificaciones es un obstáculo importante para el suministro de servicios en el marco del modo 4. Hasta mayo de 2003, la OMC había recibido 38 notificaciones de medidas de reconocimiento conforme a las disposiciones pertinentes (artículo VII: 4 del AGCS). De dichas notificaciones, 17 eran potencialmente relevantes para los servicios de salud; fueron presentadas por Letonia, Macao, Suiza y varios países latinoamericanos y se referían al reconocimiento de diplomas.

⁴⁵ El Anexo 1 muestra la cantidad total de Miembros que contrajeron compromisos en materia de acceso a los mercados y trato nacional.

Compromisos específicos de los miembros de la OMC relativos a servicios de salud individuales, junio 2003

Miembros	Servicios médicos y odontológicos	Enfermeros, parteros, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana	Miembros	Servicios médicos y odontológicos	Enfermeros, parteros, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana
Albania	X	X	X	X	Lituania	X	X	X	
Antigua y Barbuda	X				Macedonia	X	X	X	X
Armenia	X		X	X	Malasia	X		X	X
Australia	X			X	*Malawi	X	X	X	
Austria	X	X	X	X	México	X	X	X	
Barbados	X				Moldova	X	X	X	
Belice	X			X	Noruega	X	X		
Bolivia			X		Omán	X		X	
Botswana	X	X			Pakistán	X		X	
Brunei Darussalam	X				Panamá			X	
Bulgaria	X				Polonia	X	X	X	
*Burundi	X		X	X	Qatar	X			
CE (12)	X	X	X		República Checa	X			
China	X				*República Democrática del Congo	X			
Costa Rica	X		X		República Dominicana	X		X	X
Croacia	X	X	X	X	República Eslovaca	X			X
Ecuador			X		República Kirguisa	X	X	X	X
EE. UU.			X		*Rwanda	X			
Eslovenia	X		X		Santa Lucía			X	
Estonia	X		X	X	San Vicente			X	X
Finlandia		X			Senegal	X			
*Gambia	X	X	X	X	*Sierra Leona	X	X	X	
Georgia	X		X	X	Singapur	X			
Guyana	X				Sudáfrica	X	X		
Hungría	X		X	X	Suecia	X	X		
India			X		Suiza	X			
Jamaica	X	X	X		Swazilandia	X		X	
Japón			X		Taipei Chino			X	X
Jordania	X	X	X	X	Trinidad y Tobago	X		X	
Kuwait			X	X	Turquía			X	
*Lesotho	X	X		X	*Zambia	X	X	X	X
Letonia	X	X	X		TOTAL	62	34	52	22

Fuente: Boletín de la Organización Mundial de la Salud, noviembre de 2000/Revisado el 5 junio de 2003. Nota: * se refiere a los PMA.

V.5. Posición de los países en desarrollo y los PMA en las negociaciones de la Ronda de Doha sobre el modo 4 en el marco del AGCS

La tabla anterior corrobora nuestra afirmación previa: los compromisos relativos a los servicios de salud en el marco del modo 4 son mínimos. Debido a ello, los países en desarrollo han procurado obtener compromisos más amplios de acceso a los mercados y de trato nacional en la Ronda de Doha de negociaciones sobre el AGCS. El grupo de países en desarrollo encabezados por la India presentaron una solicitud plurilateral relativa al modo 4, en la que solicitan compromisos más amplios de acceso a los mercados y de trato nacional en relación con el modo 4 desvinculados de la presencia comercial (modo 3) para las categorías de profesionales independientes y proveedores de servicios por contrato.

El grupo de los PMA también pretende obtener mayores compromisos de acceso a los mercados y trato nacional para proveedores de servicios por contrato, profesionales independientes, visitantes comerciales y “otros” –más allá de aquéllos que sean muy calificados– en diversos sectores, incluidos los *servicios de salud y servicios sociales conexos*.⁴⁶ Los sectores y subsectores de esta petición se encuentran detallados en el Anexo B de este documento. El siguiente recuadro muestra algunas esferas temáticas de la petición revisada de los PMA relativa al modo 4.

Esferas temáticas de la petición revisada de los PMA relativa al modo 4

- Establecimiento de una amplia lista de sectores
- Liberalización desvinculada de la presencia comercial
- Ampliación de los compromisos más allá de las altas calificaciones (a fin de incluir diplomas y experiencia)
- Nuevos medios de evaluar las competencias sin limitarse a títulos universitarios (tales como experiencia comprobada)
- Aceptación de opciones sustituibles (diplomas, títulos universitarios o experiencia comprobada, certificados de especialización, certificados de aptitud, etc.)
- Exclusión de la paridad salarial como un requisito de ingreso
- Recepción directa de la remuneración por parte del proveedor de servicios
- Reducción importante de las restricciones cuantitativas
- Reducción considerable de las pruebas de necesidades económicas
- Opción de renovación de contratos
- Prohibición de empleo directo en el mercado interno
- Aceleración de la verificación y el reconocimiento de habilidades, competencias y calificaciones en un período de 3 meses
- Establecimiento de instalaciones para pruebas de habilidades en un lapso de 6 meses después de terminada la Ronda de Doha
- Compromisos solicitados para profesionales independientes, visitantes comerciales, proveedores de servicios por contrato y ‘otros’

La petición de los PMA (en comparación con la solicitud plurilateral de los países en desarrollo relativa al modo 4) procura incluir a profesionales semicalificados mediante la ampliación del alcance de los proveedores de servicios cuyas competencias y calificaciones puedan cumplir con las normas establecidas para profesionales independientes, visitantes comerciales y proveedores de servicios por contrato. Establece *parámetros y definiciones comunes de profesionales independientes y proveedores de servicios por contrato* como aquéllos que posean calificaciones educativas y profesionales adecuadas, tales como diplomas, títulos universitarios o experiencia comprobada, presentados como opciones sustituibles.

⁴⁶ Véase JOB (06)/155.

En la categoría “*Otros*”, los PMA procuran ampliar los compromisos a fin de incluir determinadas categorías tales como instaladores y mantenedores⁴⁷, titulados universitarios en fase de formación⁴⁸, personal de empresas públicas o privadas en otro miembro de la OMC con un contrato estatal en el país receptor⁴⁹, personas de reputación internacional reconocida⁵⁰, artistas, deportistas⁵¹ y modelos⁵². Los requisitos para algunas de estas categorías se amplían con el propósito de incluir también los titulares de certificados de aptitud. Mediante la identificación de definiciones horizontales flexibles, el grupo apunta a incrementar la cobertura específica de los sectores.

En el área de los servicios de salud, los PMA procuran obtener compromisos en materia de acceso a los mercados y trato nacional para los profesionales independientes, proveedores de servicios por contrato, visitantes comerciales, instaladores y mantenedores, titulados universitarios en fase de formación y personal de empresas públicas o privadas. Se pretende obtener estos compromisos en los subsectores de servicios médicos y odontológicos, enfermeros, fisioterapeutas y personal paramédico. Además de los mencionados, los PMA procuran compromisos relativos a servicios de hospital y otros servicios de salud humana.⁵³ Mediante la presentación de parámetros de definición más amplios para las listas horizontales, el grupo apunta a incrementar el alcance de los proveedores de servicios que puedan beneficiarse de los compromisos de los miembros de la OMC en materia de acceso a los mercados y trato nacional específicos de los sectores.

En este capítulo, se ha especificado claramente que los países en desarrollo participan activamente en las negociaciones con miras a obtener mayores compromisos relativos al modo 4 en materia de acceso a los mercados y trato nacional en virtud del AGCS. En otras palabras, estos países procuran enérgicamente la liberalización de los mercados, a fin de proveer temporalmente servicios de salud a otros miembros de la OMC. El siguiente capítulo examina el sector de la salud en estos países.

⁴⁷ Personas físicas autónomas ubicadas en el extranjero que ingresan en el territorio de otro Miembro para ocuparse de la instalación o el mantenimiento de maquinaria y/o equipos para un servicio mencionado en el compromiso del país receptor.

⁴⁸ Esta categoría incluiría personas físicas no residentes con un diploma, título universitario o una calificación de posgrado que ingresan o permanecen en el territorio de otro Miembro de la OMC en busca de trabajos de posgrado, con el propósito de obtener experiencia laboral apropiada, técnicas o métodos comerciales de un servicio mencionado en el compromiso de un Miembro.

⁴⁹ Esto incluiría empleados de una empresa privada o estatal ubicada en el extranjero que ingresan temporalmente en el territorio de otro Miembro de la OMC para prestar un servicio en virtud de un contrato de servicios entre su empleador y un Estado o Gobierno.

⁵⁰ A quienes se invita a instituciones educativas, institutos de investigación científica, instituciones educativas públicas y organizaciones no gubernamentales.

⁵¹ Que participan en espectáculos públicos o privados.

⁵² Que participan en eventos competitivos o no competitivos.

⁵³ Si bien no se indica cuáles son los otros servicios de salud humana, en general se pueden referir a servicios de ambulancia y servicios brindados en centros residenciales de salud.

VI. UNA MIRADA A LA SITUACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD EN ÁFRICA

La salud es un servicio esencial. Los servicios de salud facilitan los medios para proporcionar las herramientas y estrategias de apoyo necesarias para combatir enfermedades infecciosas, así como intervenciones destinadas a salvar las vidas de aquéllos que corren mayor riesgo. Durante muchos años, el gobierno ha sido el principal proveedor de servicios de salud, además de otros servicios de carácter esencial como la educación, el agua y la electricidad. No obstante, la situación está cambiando en muchos países con la notable inclusión de proveedores privados de servicios de salud.

El sector de la salud es uno de los sectores de mayor crecimiento de la economía mundial, lo cual se percibe en el aumento del suministro transfronterizo de servicios de salud (por ejemplo, por medio de la telemedicina), el consumo en el extranjero (por ejemplo, mediante el ingreso de personas a Hong Kong (China), la India y Sudáfrica para recibir tratamiento médico), la presencia comercial (por ejemplo, la presencia de médicos chinos y cubanos en África, quienes han establecido instalaciones comerciales) y, por último, en el movimiento y presencia de personal médico proveedor de servicios de salud (por ejemplo, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, cuidadores, etc.).

A medida que el sector crece, los desafíos que se plantean en relación con las instalaciones sanitarias públicas de los países en desarrollo, como los hospitales y clínicas de consulta del Estado, no son menores. La mayoría de estas instalaciones carecen de los equipos necesarios para brindar servicios que satisfagan las necesidades básicas de salud de los ciudadanos. La disponibilidad de proveedores de atención médica –desde médicos generales hasta especialistas, desde enfermeros y parteros hasta asistentes médicos– es limitada. El nivel de mano de obra calificada en el tratamiento de enfermedades de importancia para estos países no es suficiente; esta situación se ve agravada por cantidades restringidas de herramientas e instrumentos para llevar a cabo las tareas diarias de asistencia médica. Los hospitales y las clínicas de consulta del Estado escasean y se encuentran diseminados en términos de proximidad de los hogares; esta situación es aun más grave en las zonas rurales. Existe poca motivación y los salarios son exigüos. Los sistemas de registro y vigilancia epidemiológica operan al mínimo de su capacidad, lo que dificulta la detección de brotes de enfermedades y la respuesta a las necesidades sanitarias más urgentes.⁵⁴

La situación es substancialmente peor en el África subsahariana, una región azotada por crisis sanitarias sin precedentes y una carga desproporcionada de enfermedades prevenibles debido principalmente a la pobreza y a un sistema de salud deficiente. Los recursos destinados a los servicios de salud escasean, con frecuencia están insuficientemente subvencionados, mientras que la asistencia externa representa un gran porcentaje de los presupuestos de salud de los gobiernos.⁵⁵ En el período comprendido entre 1980 y 1998, las áreas de combustibles y energía, minería, fabricación y construcción, administración general y defensa representaron más del 50% del gasto público total de África, con asignaciones presupuestarias mínimas destinadas a los gastos sanitarios.

Además de las exigüas asignaciones presupuestarias, otro problema es la ubicación y, por lo tanto, la accesibilidad de los servicios de salud en todo el territorio de un país, ya que más del 60% del gasto público en salud se destina a hospitales urbanos que asisten al 10% de la población.⁵⁶ En Ghana, por ejemplo, la población de mayor poder adquisitivo representa un gasto público en salud tres veces superior al de la población de bajos recursos.⁵⁷ En 10 países en desarrollo, entre 1992 y 1997, solamente el 41% de los pobres que padecían afecciones respiratorias agudas, entre ellas tuberculosis, recibió tratamiento en un centro asistencial, en comparación con aproximadamente el 60% de los

⁵⁴ Véase WHO: “Health Services”, <http://www.who.int/infectious-disease-report/2002/healthservices.html>.

⁵⁵ Véase WHO: *Scaling up the Response to Infectious Diseases*, 2002.

⁵⁶ Ídem.

⁵⁷ Ídem.

ricos.⁵⁸ En ese mismo período, solamente el 22% de los nacimientos que se produjeron en el 20% de la población más pobre fue asistido por personal médico capacitado, comparado con el 76% de los nacimientos en el 20% de la población más rica.⁵⁹

La situación en Malawi: fragmentos de una entrevista a un oficial médico

Fred Zayinga se desempeña como médico de alto rango en el distrito de Chikwawa, situado en el densamente poblado sur de Malawi. El hospital del distrito de Chikwawa cuenta con 300 camas repartidas entre un hospital rural con 50 camas y 20 centros de salud. El personal de los centros de salud está formado por asistentes médicos, enfermeros y, cada vez con mayor frecuencia debido a la escasez de personal, agentes de vigilancia sanitaria. Según manifestó el Sr. Zayinga en una entrevista, se han restringido las visitas mensuales de supervisión a las clínicas durante el último año debido a la falta de personal y a la demora en el pago de viáticos. Los procedimientos quirúrgicos sin carácter de emergencia se han interrumpido en el hospital del distrito desde hace aproximadamente seis meses debido a la falta de equipos e insumos, como gasa y algodón. El equipo de lavandería se averió seis meses antes. Recientemente, el mismo tipo de equipo también sufrió averías en el hospital de Nsanje, situado a casi 100 kilómetros, donde se había estado enviando la ropa para lavar como una solución provisoria. Además, la carga de trabajo ha aumentado en gran medida en los últimos años, debido principalmente al VIH y el SIDA. Hace poco tiempo, la sequía ocasionó muchos más casos de desnutrición infantil severa. El nuevo programa de tratamiento antirretrovírico ha planteado nuevos desafíos. “La situación es peor que en la década de 1980: comenzó a decaer en la década de 1990 y empeoró cuando los enfermeros comenzaron su éxodo hacia el Reino Unido hace aproximadamente cinco años”, sostuvo el Sr. Zayinga. “También hemos afrontado la competencia de las estructuras locales que reciben financiamiento externo y los hospitales de misiones que ofrecen salarios más elevados”.⁶⁰

De los aproximadamente 11 millones de niños menores de 5 años de edad que mueren cada año de enfermedades tratables en todo el mundo, la mayoría vive en países en desarrollo, mientras que más de cuatro millones de estas muertes se producen en el África subsahariana.⁶¹ Además de las desastrosas consecuencias de la guerra, el VIH/SIDA está acabando con las vidas de los adultos jóvenes, entre ellos profesionales de la salud, lo que lleva a hermanos mayores y abuelos a hacerse cargo de los niños, situación que somete los sistemas de salud a una mayor presión. La falta de medicamentos, insumos, personal y equipos básicos, sumado al problema generalizado de acceso, calidad y asequibilidad, afecta la funcionalidad del sistema de salud.⁶²

En el caso de la pandemia del VIH/SIDA, la escasez de personal médico constituye uno de los mayores obstáculos a la hora de suministrar medicamentos contra el SIDA. En África Meridional, región azotada duramente por la epidemia del SIDA, con una mortandad diaria de 8.000 habitantes y donde vive la inmensa mayoría de los 40 millones de infectados, miles de personas están aún a la

⁵⁸ Ídem.

⁵⁹ Ídem.

⁶⁰ Véase “Confronting Africa’s health crisis: more of the same will not be enough”. Disponible en <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/755>.

⁶¹ Departamento para el Desarrollo Internacional. Objetivos de desarrollo del Milenio. Mortalidad infantil. Disponible en <http://www.dfid.gov.uk/mdg/childmortalityfactsheet.asp>.

⁶² Zewdie, 2005.

espera de recibir tratamiento.⁶³ Sudáfrica, por ejemplo, posee 393 enfermeros y 74 médicos cada 100.000 habitantes; la mayoría de estos profesionales desempeñan sus funciones en el sector privado y existe una importante escasez de recursos humanos en las zonas rurales. Esto, en comparación con los 901 enfermeros y los 247 médicos cada 100.000 habitantes en los Estados Unidos, revela la magnitud del problema.⁶⁴ En el distrito de Thyolo en Malawi, un solo asistente médico puede atender hasta 200 pacientes por día. En el distrito de Mavalane en Mozambique, muchos pacientes fallecieron durante un período de espera de dos meses antes de comenzar el tratamiento debido a la falta de médicos y enfermeros. En uno de los principales hospitales de Lesotho, más de la mitad de los puestos de enfermería se encontraban vacantes.⁶⁵

A pesar de esta situación, existe un movimiento continuo de proveedores de servicios de salud, en especial médicos y enfermeros, hacia países más ricos. Algunos de los motivos por los cuales estos profesionales desean irse al extranjero son las escasas posibilidades de ascenso en el país natal, un insuficiente apoyo de gestión, cargas de trabajo excesivas, acceso limitado a la tecnología de avanzada e, incluso, a los medicamentos. A menudo, estos factores se denominan “factores de expulsión”, ya que motivan a los trabajadores de la salud a abandonar su país de origen.⁶⁶ Dichos problemas se intensifican en las zonas rurales, donde los trabajadores de la salud consideran que el gobierno ignora a las instituciones sanitarias y a ellos mismos, dada la preferencia que se brinda a las zonas urbanas en las políticas de desarrollo.⁶⁷

El beneficio económico es una atracción significativa; y el incremento en los ingresos, un factor determinante para muchas personas. El atractivo económico no se restringe a los proveedores de servicios de salud del África subsahariana. Los ingresos mensuales de los enfermeros filipinos oscilan entre \$75 y \$200 en Filipinas, en comparación con los ingresos mensuales de entre \$3.000 y \$4.000 que perciben los enfermeros estadounidenses. Para los trabajadores altamente calificados, el desarrollo profesional es una cuestión que amerita consideración. Kingma (2001) informa sobre los resultados de una encuesta realizada por el Consejo Internacional de Enfermeras que analizó los incentivos y los factores disuasivos de la migración de enfermeros. Según las respuestas a dicha encuesta, el mayor incentivo fue la disponibilidad de oportunidades de aprendizaje. Esto incluye posibilidades de recibir capacitación especializada que puede no estar disponible en el país de origen o, de igual modo, la oportunidad de utilizar tecnologías y demás equipamiento raras veces disponibles en el país natal.

Los patrones de movimiento de los trabajadores de la salud del África subsahariana han cambiado considerablemente durante los últimos 30 años. En un estudio realizado en la década de 1970, Mejia et al.⁶⁸ revelaron que los trabajadores de la salud que partían hacia el extranjero provenían de una cantidad relativamente pequeña de países africanos (Ghana, Nigeria y Sudáfrica entre los más importantes) y que, en su mayoría, se trasladaban a unos pocos países desarrollados fuera de África. Desde ese momento, el movimiento se ha vuelto mucho más complejo e involucra a la mayoría de los países del África subsahariana, en especial a Angola, Etiopía y Uganda. Asimismo, existe un movimiento intrarregional y escalonado (por ejemplo, desde la República Democrática del Congo a Kenya y desde Kenya a Sudáfrica, Namibia y Botswana). Este movimiento es producto, cada vez con mayor frecuencia, de la contratación selectiva por parte de diversas entidades y organismos gubernamentales, así como de la voluntad propia de cada individuo. Otros informes sugieren un crecimiento en igual número y proporción.⁶⁹

⁶³ Ídem.

⁶⁴ Ídem.

⁶⁵ Ídem.

⁶⁶ Bach, 2003; Buchan et al., 2004; Kingma, 2006; Muula y Maseko, 2006.

⁶⁷ Dussault y Franceschini, 2006.

⁶⁸ Mejia et al., 1979.

⁶⁹ Hagopian et al., 2005.

Por lo general, los estudios empíricos confirman que la mayoría de los trabajadores de la salud que se trasladan desde países en desarrollo hacia países industriales están mejor capacitados que el resto de los trabajadores promedio. Esto concuerda con los patrones imperantes de los compromisos contraídos con arreglo al AGCS, en los que los países receptores suelen conceder acceso al mercado únicamente a profesionales muy calificados. Otra característica general es que el movimiento tiende a ser selectivo, ya que son los profesionales de la salud más jóvenes y capacitados quienes más se trasladan.

Los datos presentados en el Informe sobre la salud en el mundo 2006 respaldan en gran medida la relación directa que existe entre los resultados de salud positivos y la densidad de profesionales sanitarios. Las pruebas destacan la dificultad para alcanzar los objetivos en aquellos casos en que los sistemas de salud experimentan una importante escasez de personal. Los países con mayores dificultades a la hora de alcanzar los Objetivos de desarrollo del Milenio enfrentan una insuficiencia absoluta de trabajadores sanitarios, lo cual restringe en gran medida su capacidad de responder equitativamente, incluso en lo que respecta a las necesidades de salud básicas.

Dada la situación, la preocupación reside en que estos países continúan perdiendo valiosos recursos, como médicos y enfermeros capacitados. Algunos alegan que incluso la asistencia que brindan los países más ricos genera un impacto limitado y carece de sentido en una situación en la que no existen profesionales de la salud para tratar estas enfermedades en el ámbito local.⁷⁰ Según la iniciativa “tres millones para 2005”, grandes extensiones del África subsahariana, de hecho, carecen de atención médica, mientras que sólo se cuenta con 600.000 trabajadores de la salud para una población de 682 millones.⁷¹ Muchos de estos profesionales de la salud se frustran ante estas circunstancias y deciden marcharse en busca de una mejor vida en países más ricos. Se informa que solamente 60 de 500 médicos capacitados desempeñan sus funciones en Zambia desde que el país se independizó.⁷² En Camerún, la proporción de profesionales de la salud por acre es de 1:400 en las zonas urbanas y 1:4000 en las zonas rurales, lo cual requiere que los habitantes de las zonas rurales recorran largas distancias para recibir atención médica. Este desequilibrio reviste similar gravedad en Angola, donde el 65% de la población vive en zonas rurales pero sólo el 15% de los trabajadores de la salud se desempeña allí, ya que la gran mayoría opta por trabajos mejor remunerados en las zonas urbanas.⁷³ Normalmente, los profesionales de la salud de los países en desarrollo del Commonwealth satisfacen las demandas de mano de obra en países desarrollados anglófonos, tales como Australia, el Canadá, los Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, gracias a sus posibilidades de comunicación.⁷⁴ En algunos países, pese a contar con profesionales de la salud capacitados, los centros de atención primaria y los hospitales de distrito carecen de instalaciones sanitarias adecuadas para detectar infecciones y se quedan desprovistos continuamente de insumos y medicamentos. Por ejemplo, en Zambia, donde la cantidad de casos de tuberculosis aumentó seis veces entre 1992 y 1998, el tratamiento adecuado se vio obstaculizado porque las instalaciones sanitarias se quedaban sin medicamentos antituberculosos.⁷⁵

La falta de trabajadores de la salud en el ámbito nacional no es un problema exclusivo de los países africanos. Filipinas cumple un papel muy activo en la exportación de proveedores de servicios de salud y su participación es clave en la economía política de la migración. Cerca de 2 millones de

⁷⁰ Departamento para el Desarrollo Internacional. Objetivos de desarrollo del Milenio. Mortalidad infantil, *ibídem*.

⁷¹ La iniciativa “tres millones para 2005”. La prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en los países pobres ayudarán a prestar mejores servicios de salud a partir de 2005. 4 de noviembre de 2004. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr75/es/index.html>.

⁷² Development Gateway. *Capacity development for MDGs. Rising to the challenges: the millennium development goals for health*. Disponible en <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7507/2?ecoll12>.

⁷³ Véase WHO, *Scaling up the Response to Infectious Diseases*, *supra*.

⁷⁴ *Ídem*.

⁷⁵ *Ídem*.

filipinos (aproximadamente el 10% de la población) trabajan o residen en el extranjero. Esto refleja la evolución histórica de ese país, cuyos altos niveles de desempleo llevaron al Gobierno filipino a fomentar la migración laboral que, en un comienzo, significó un gran éxodo de médicos hacia los Estados Unidos. Desde entonces, la tendencia inicial del movimiento de médicos se ha complementado con la partida de enfermeros y, actualmente, este país representa la mayor fuente de enfermeros diplomados que trabajan en el extranjero. Esta política se incorporó en la planificación gubernamental por considerar al empleo en el extranjero una fuente clave para el crecimiento económico. Según comentara el Secretario de Trabajo y Empleo de Filipinas: “Es una industria. No se considera políticamente correcto afirmar que se están exportando personas, pero forma parte de la globalización. Además, me gusta pensar que países como el nuestro, rico en recursos humanos, tienen eso para aportar al resto del mundo”.⁷⁶ Aproximadamente el 70% de los 7.000 enfermeros que se gradúan cada año abandona el país, lo que contribuye a un éxodo anual de aproximadamente 15.000 enfermeros que parten hacia más de 30 países.⁷⁷ Incluso se ha insinuado que los médicos están recibiendo capacitación en enfermería debido a las mayores oportunidades de empleo en el extranjero.⁷⁸ No obstante, según los datos de la OCDE⁷⁹, Filipinas enfrenta una escasez de enfermeros, dado que los cálculos arrojan 30.000 puestos de enfermería vacantes en el territorio nacional.

Un problema aún mayor es que en el África subsahariana no se gestiona ni se organiza la mayor parte del movimiento y, en muchas ocasiones, la participación del gobierno es mínima. Simplemente, los proveedores de servicios de salud se marchan cuando surge la oportunidad. Mientras este éxodo alcanza cifras exorbitantes, se avecina una evidente crisis sanitaria. Si se tiene en cuenta que la disponibilidad, la cobertura y el impacto constituyen elementos fundamentales para el acceso universal a los servicios básicos de salud, es evidente que los países en desarrollo, en especial aquéllos del África subsahariana, afrontan grandes desafíos a la hora de cumplir con esta obligación. Por lo tanto, ¿qué repercusiones específicas, en términos de desarrollo, conllevará la aplicación del modo 4 respecto de esta situación? El próximo capítulo ahonda en esta cuestión.

⁷⁶ Para obtener más información sobre el éxodo de enfermeros filipinos, véase <http://allnurses.com/forums/f195/sapping-philippines-health-care-system-69825.html>.

⁷⁷ Adversario, 2003.

⁷⁸ Sison, 2003.

⁷⁹ Véase OECD, 2003.

VII. REPERCUSIONES DEL MODO 4 RESPECTO DE LA OBLIGACIÓN DE CONCEDER UN ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Como hemos observado, los sistemas de salud de muchos países en desarrollo, en particular en el África subsahariana, afrontan desafíos en cuanto a la capacidad de cumplir con la obligación de conceder un acceso universal a los servicios básicos de salud. Tanto la disponibilidad, como la accesibilidad y la asequibilidad son insatisfactorias. También hemos observado que los países en desarrollo y los PMA procuran establecer un programa ambicioso relacionado con el modo 4 en el marco de las negociaciones sobre servicios de la OMC, incluso en el área de servicios de salud, a través de peticiones plurilaterales y conjuntas de los PMA relativas al modo 4.⁸⁰ En esta sección consideramos cuáles son las posibles repercusiones, desde la perspectiva del desarrollo, en la capacidad de estos países para brindar un acceso universal a los servicios básicos de salud.

La mayoría de las categorías de personas físicas que pueden prestar servicios en virtud del AGCS operan en el marco de persona jurídica, en el contexto del Derecho privado. Esta situación dificulta la medición precisa de los flujos exactos relativos al modo 4, especialmente en el sector de la salud, lo que, a su vez, obstaculiza la determinación del impacto en términos cuantitativos en los países africanos y, particularmente, en el África subsahariana. En muchas ocasiones, la información acerca de las inversiones extranjeras directas se utiliza como un indicador para efectuar cálculos relativos al modo 4, aunque surgen cuestiones legítimas respecto de la veracidad de los resultados de este enfoque. La recolección de datos es aún más difícil en el caso de los profesionales independientes que prestan servicios como trabajadores autónomos tras la obtención de un contrato de servicios.⁸¹ Si bien el Anexo acerca del movimiento de personas físicas es claro en la medida en que establece parámetros para el modo 4, tales como la no invasión del mercado interno de trabajo, esta distinción parece no estar tan definida en la práctica.⁸² En la región africana –como es el caso de muchos otros países– son escasos los datos creíbles acerca de la presencia de personas físicas que brindan servicios de salud en virtud del AGCS. Dada la situación, es difícil concebir el modo 4 separado de las personas que están empleadas en el mercado interno de servicios de salud, quienes, en sentido estricto, no estarían comprendidas en el marco del AGCS.

A pesar de ello, se dispone de unos pocos datos, por ejemplo, Martineau et al. (2002) informan que en Sudáfrica, en 1999, casi el 80% de los médicos rurales no eran sudafricanos. Estos empleados extranjeros estarían abarcados por el modo 4 si fueran empleados en instalaciones de salud de propiedad extranjera o en caso de contar con un contrato obtenido previamente a título personal. En Alberta, en el Canadá, se contrataron médicos de origen sudafricano para trabajar en áreas rurales que no son atractivas para los médicos canadienses.⁸³ En la medida en que estos empleados extranjeros trabajen en instalaciones sanitarias de propiedad extranjera, sean empleados de empresas extranjeras o se desempeñen como profesionales independientes y, por lo tanto, como proveedores de servicios extranjeros, están comprendidos en el modo 4. Sudáfrica se ha convertido en una fuente importante de enfermeros, lo cual se ve evidenciado por la cantidad de enfermeros que intentan obtener la verificación de sus títulos de aptitud antes de solicitar empleo en el extranjero. Esta cifra ha

⁸⁰ Por naturaleza, las peticiones plurilaterales son documentos oficiosos; por lo tanto, no existe una signature oficial para ellas. La petición fue copatrocinada por la Argentina, el Brasil, Chile, China, Colombia, Egipto, la India, México, el Pakistán, el Perú y Tailandia. Para consultar a petición de los PMA, véase el documento JOB (06)/155.

⁸¹ Para obtener una descripción general del movimiento temporal de personas físicas, véase: Information on the temporary migration regime (laws and implementing regulations) in force in selected developed countries, nota de la secretaría de la UNCTAD, UNCTAD/SDD/SER/7, 1995.

⁸² Véase el Anexo sobre el movimiento de personas físicas proveedoras de servicios en el marco del Acuerdo. Disponible en <http://www.wto.org>.

⁸³ Bundred y Levitt, 2000. Véase también Regional Committee for Africa: Poverty, Trade and Health: An Emerging Health Development Issue, 2006.

aumentado de 511 en 1995 a 2.543 en 2000.⁸⁴ El flujo de enfermeros sudafricanos se ha incrementado ocho veces desde 1991 y más de la mitad de ellos se dirigen al Reino Unido, que históricamente ha sido un país de destino muy importante para médicos y enfermeros, en particular profesionales anglófonos de África y del Caribe. En 2002, había más de 200.000 médicos registrados de manera provisional, completa o parcial en el Reino Unido. En cuanto a los médicos registrados de manera completa, más de la mitad recibió su formación en otros países, especialmente fuera del Espacio Económico Europeo (EEE).⁸⁵ El número de enfermeros es aún más elevado que el de médicos; aproximadamente 18.000 enfermeros zimbabwenses trabajan en el extranjero.⁸⁶

La siguiente tabla muestra la cantidad de enfermeros con formación en el extranjero registrados por año en el Reino Unido de 1998 a 2003.

País de origen de enfermeros con formación en el extranjero que trabajan en el Reino Unido

PAÍS	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03
Filipinas	52	1.052	3.396	7.235	5.594
India	30	96	289	994	1.833
Sudáfrica	599	1.460	1.086	2.114	1.480
Australia	1.335	1.209	1.046	1.342	940
Nigeria	179	208	347	432	524
Zimbabwe	52	221	382	473	493
Nueva Zelandia	527	461	393	443	292
Ghana	40	74	140	195	255
Pakistán	3	13	44	207	172
Kenya	19	29	50	155	152
Zambia	15	40	88	183	135
EE. UU.	139	168	147	122	89
Mauricio	6	15	41	62	60
Antillas	221	425	261	248	57
Malawi	1	15	45	75	57
Canadá	196	130	89	79	53
Botswana	4	-	87	100	42
Malasia	6	52	34	33	27
Singapur	13	47	48	43	25
Jordania	3	3	33	49	18
Total	3.440	5.718	8.046	14.584	12.290

Fuente: Nursing and Midwifery Council (NMC) www.nmc-uk.org.

⁸⁴ Xaba y Phillips, 2001.

⁸⁵ Véase UK Department of Health, 2002.

⁸⁶ Pang et al., 2002. Véase también General Medical Council, 2004.

El impacto del movimiento de trabajadores sanitarios en los sistemas nacionales de salud es más notorio en los países en desarrollo y, especialmente, en las comunidades rurales desfavorecidas económicamente, ya que cuentan con menos profesionales que operan en sistemas mucho más deficientes en comparación con aquéllos de áreas urbanas y países desarrollados.⁸⁷ Existen factores que incrementan aún más la carga, como la elevada rotación y la reducción del personal sanitario debido al movimiento interno hacia el sector privado y al movimiento externo hacia países desarrollados, así como la epidemia del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en contextos en los que existen pocas instalaciones sanitarias públicas. Como resultado, los gobiernos de los países en desarrollo afrontan grandes presiones para cumplir con la obligación de brindar acceso universal a los servicios básicos de salud.

Además, otro verdadero problema es el restringido alcance de los servicios del sector privado a los que las poblaciones vulnerables –mujeres, jóvenes, comunidades rurales, trabajadores del sexo, entre otros– tienen un acceso limitado. Las limitaciones de las capacidades gerencial y técnica para brindar asistencia en todos los ámbitos del sistema de salud y los bajos presupuestos nacionales para financiar la atención médica en beneficio de la mayor parte de la población abruman al ya sobre exigido personal. Aquéllos que permanecen en el mercado interno afrontan el incremento en la cantidad de pacientes que deben atender, lo que provoca frustración, estrés y desmotivación. Además, se deben considerar las consecuencias de la erosión de la capacidad de recursos humanos de un país en cuanto a la posibilidad de planificar y brindar educación y formación a sus trabajadores de la salud. Paradójicamente, esto puede provocar que los países de origen dependan más del ingreso de trabajadores especializados, en particular aquellos países que pueden permitirse contar con estos especialistas en áreas rurales, como Sudáfrica. Esta situación genera, de por sí, nuevos desafíos financieros.

Resulta difícil ignorar el éxodo intelectual que conlleva la *migración* de profesionales de la salud en situaciones en que el gobierno ha invertido en la educación de estas personas, como es generalmente el caso del sector de la salud.⁸⁸ Miles de enfermeros –la inmensa mayoría son mujeres– emigran cada año en busca de mejores salarios y condiciones laborales, desarrollo profesional y una mejor calidad de vida. Se estima que 30.000 enfermeros y parteros educados en el África subsahariana están empleados actualmente en siete países de la OCDE.⁸⁹ En 2000, más de 500 enfermeros partieron de Ghana para trabajar en países industrializados.⁹⁰ Esta cifra representa más del doble de la cantidad de nuevos graduados de los programas de enfermería del país en aquel año. En Malawi, entre 1999 y 2001, más del 60% de los enfermeros diplomados de un hospital terciario (114 enfermeros) partieron para buscar empleo en otros países.⁹¹ En 2003, un hospital de Swazilandia informó que perdieron el 30% de sus 125 enfermeros, ya que decidieron trabajar en el extranjero⁹² y, entre 1999 y 2001, Zimbabwe vio partir al 32% de sus enfermeros diplomados para desempeñar sus funciones en el Reino Unido.⁹³ La cantidad de países que envían al Reino Unido enfermeros contratados a nivel internacional se ha incrementado de 71 en 1990 a 95 en 2001.⁹⁴

Existen beneficios evidentes para los países receptores; el principal es la solución a los problemas de escasez de personal en el sector de la salud. Por ejemplo, el Reino Unido alcanzó su objetivo del año 2004 que consistía en aumentar la cantidad de enfermeros en 20.000 mediante la

⁸⁷ Commonwealth Secretariat, UNESCO, 2003.

⁸⁸ WHO y World Bank, 2002.

⁸⁹ OMS, 2006.

⁹⁰ Ídem.

⁹¹ Ídem.

⁹² Kober y Van Damme, 2006.

⁹³ Chikanda, 2005.

⁹⁴ Buchan y Sochalski, 2004.

contratación de más enfermeros extranjeros.⁹⁵ Si bien muchos de estos enfermeros desempeñarían sus funciones en el servicio de salud pública y, por lo tanto, no estarían abarcados necesariamente por el AGCS, existe la posibilidad de que algunos trabajen en instalaciones sanitarias privadas, particularmente como profesionales independientes o proveedores de servicios por contrato. Otro beneficio que a menudo se observa es que estos proveedores de servicios de salud tienen oportunidades muy limitadas de obtener un empleo bien remunerado en sus países de origen. El trabajo en exceso y los salarios exigüos constituyen un fenómeno común en muchos países del África subsahariana.⁹⁶

Sin embargo, en términos generales, lo inquietante de esta situación es que los profesionales decidan permanecer en el extranjero, en particular en países con alta calidad y nivel de vida, tales como el Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido, entre otros, lo cual supone una posible pérdida permanente para los países de origen. Finley, en su análisis acerca de las tendencias recientes de la migración de trabajadores calificados al Reino Unido, demuestra que es relativamente improbable que los trabajadores profesionales de los países en desarrollo abandonen sus trabajos después de algunos años de residencia, a diferencia del patrón más temporal y con mayor movimiento de los profesionales de países desarrollados.⁹⁷ Una consideración importante en este caso parece ser la ausencia de flujos compensatorios inversos en muchos países del África subsahariana. Esta situación nos lleva a preguntarnos qué puede hacerse. ¿Existen maneras de alcanzar un equilibrio entre los intereses de estos países de exportar proveedores de servicios de salud a través de la participación en regímenes tales como el modo 4 y la obligación de brindar acceso universal a los servicios básicos de salud a todos sus ciudadanos? En el siguiente se reflexiona sobre las posibles opciones.

⁹⁵ Bach, 2003.

⁹⁶ Zurn et al., 2002.

⁹⁷ Finley, 2002.

VIII. EQUILIBRAR LOS INTERESES RELATIVOS AL MODO 4 CON LA PROVISIÓN DE ACCESO UNIVERSAL: REFLEXIONES ÚTILES PARA LOS PAÍSES EN DESARROLLO

El movimiento de proveedores de servicios de salud continúa siendo una preocupación en todo el mundo. Su importancia se ve reflejada en que fue escogido como el tema del Informe sobre la salud en el mundo 2006. No es conveniente, y de hecho es imposible, evitar por completo el movimiento de médicos y enfermeros en todo el mundo, ya que la medicina posee una larga tradición de colaboración internacional. Los médicos se trasladan a distintas partes del mundo a los fines de continuar su formación y adquirir distintas experiencias en el ámbito clínico. Asimismo, existe una virtud innegable en el intercambio y la diversidad internacional, así como un beneficio económico que proviene de las remesas y la transferencia de tecnología. No obstante, es importante equilibrar todo lo mencionado con las obligaciones existentes a la hora de conceder, los ciudadanos nacionales, un acceso universal a los servicios básicos de salud.

¿Es posible adoptar medidas a fin de crear una situación de beneficio mutuo en esta difícil situación? ¿Quizás el gobierno pueda adoptar políticas directas para amortiguar los efectos del movimiento de proveedores de servicios de salud en el sistema sanitario nacional? En este capítulo, observaremos distintas opciones normativas que refuerzan el cumplimiento de la obligación de conceder un acceso universal a los servicios básicos y, a su vez, preservan la capacidad de los países en desarrollo, en especial los del África subsahariana, de beneficiarse del comercio internacional de servicios y de participar en él mediante la presencia de personas físicas proveedoras de servicios de salud en mercados extranjeros en el virtud del AGCS.

VIII.1. La necesidad de mejorar las instalaciones sanitarias en todo el país

Las prioridades de los proveedores de servicios públicos y privados son diferentes, por lo que el servicio que prestan a las comunidades también varía. El sector privado es un sector *con fines de lucro*, por lo tanto se le debe exigir, por medio de *obligaciones en materia de servicio universal*, que contribuya con esta causa. Por otro lado, el sector público tiene la obligación de asistir a todos los ciudadanos, obligación que, a menudo, implica financiar el servicio con el fin de garantizar su disponibilidad para personas y zonas económicamente desfavorecidas, y no solamente para aquellas que puedan costearlo. Los gobiernos deben invertir en el sistema público de salud, de modo tal que las personas reciban un paquete de servicios sanitarios digno (en el África subsahariana, la prioridad en lo inmediato es la atención primaria de salud). Esto incluiría la creación de nuevas instalaciones, especialmente en las zonas rurales, y la incorporación de profesionales sanitarios bien remunerados, desde médicos hasta trabajadores del último nivel de la cadena. Además, estos proveedores de servicios deberían recibir suministros periódicos de instrumentos y herramientas para utilizarlos a la hora de prestar servicios de salud.

También cabe considerar un aumento en la cantidad de profesionales capaces de prestar servicios auxiliares. Malawi introdujo una categoría de auxiliares de enfermería con el propósito de brindar apoyo a los enfermeros y se otorgó preferencia a “aquellas personas que al presente se desempeñen como asistentes de enfermería, asistentes de hospital y demás personas capaces de demostrar que, luego de finalizada su capacitación, permanecerán en el mismo distrito”⁹⁸. Si bien no es posible que estas personas sustituyan a los profesionales de la salud, pueden aumentar la cantidad de profesionales semicalificados, lo que contribuiría a ampliar el *alcance* de los servicios sanitarios, especialmente en las zonas rurales, y, a su vez, pueden permitir que el Estado se beneficie de la improbabilidad de que abandonen el país, ya que carecen de calificaciones reconocidas internacionalmente.

⁹⁸ Muula et al., *supra*.

Es importante destacar que estos proveedores de servicios de salud auxiliares deben recibir capacitación acorde al propósito para el que se los contrata, mientras que dicha formación debe hacer hincapié en las habilidades necesarias para el desempeño de las tareas que se les confían. Algunas áreas en que los auxiliares pueden ser de utilidad incluyen la supervisión del tratamiento antituberculoso, la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y la impartición de educación para la prevención del VIH. Es posible alegar que este enfoque confina a los habitantes de las zonas rurales a la periferia; sin embargo, en situaciones extremas, como es el caso de diversos países del África subsahariana, se pueden adoptar medidas urgentes (es decir, creativas) para paliar la situación. De todos modos, en la actualidad, es de público conocimiento que proteger la salud de una comunidad requiere un respaldo que excede las responsabilidades de médicos, enfermeros y demás personal médico profesional. El establecimiento de nexos sólidos con redes de proveedores voluntarios de atención médica del sector privado y de la sociedad civil, organizaciones religiosas y organizaciones comunitarias constituye un avance importante de cara a incrementar la cobertura del acceso universal a los servicios básicos de salud. Todas estas partes interesadas cuentan con recursos, tanto humanos como financieros, que pueden movilizar, mancomunar y contribuir al proceso destinado a aumentar el alcance y la asequibilidad de los servicios básicos de salud en la mayor medida posible.

Si algo resulta claro es que el fortalecimiento de las instalaciones de atención médica debe provenir de un aumento de las asignaciones presupuestarias en el sector de la salud. Los países africanos han intentado incrementar las asignaciones presupuestarias en el sector sanitario, ya sea por medio de fuentes nacionales básicas como los impuestos o mediante el incremento de los recursos provenientes de instituciones financieras internacionales y de otra índole como, por ejemplo, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, entre otras.⁹⁹ No obstante, las perspectivas de un aumento considerable de los presupuestos de salud nacionales son limitadas ya que existen diversos intereses en competencia, como la educación, el saneamiento y la seguridad alimentaria, entre otros, por lo que sólo restan recursos inadecuados para el establecimiento de instalaciones sanitarias en las zonas rurales. Si bien es cierto que el proceso interno de establecimiento de prioridades puede, en ocasiones, ser deficiente, también es preciso que los gobiernos reciban asistencia a través de un mayor compromiso, especialmente mediante recursos financieros de los organismos de desarrollo, con el propósito de fortalecer la capacidad humana, estructural y organizativa del sector de la salud y establecer instalaciones sanitarias nuevas y funcionales en estos países. En este sentido, es importante coordinar esfuerzos con la OMS a los fines de obtener información y conocimientos técnicos sobre financiación y gestión de la salud.

⁹⁹ Osewe, 2006.

VIII.2. La función del compromiso político en la provisión de acceso universal

El caso de Uganda es el vivo reflejo de lo que el compromiso político puede lograr para aumentar el acceso universal a los servicios básicos de salud. El Presidente de Uganda ha participado personalmente en la lucha para reducir las tasas de infección por VIH/SIDA. En colaboración con socios de diversos sectores, entre ellos organizaciones no gubernamentales locales, grupos comunitarios y personas infectadas por el VIH/SIDA, el Gobierno asumió un papel activo en las campañas de prevención y tratamiento en todo el territorio nacional. La participación personal del Presidente en las campañas de concienciación *Abstinencia, fidelidad o preservativo* añade credibilidad a la causa y atrae muchísima atención, ya que alza la voz ante la magnitud del problema y, como suele decirse, rompe el silencio. Asimismo, en Uganda, un creativo sistema de comercialización social incrementó la distribución de preservativos en aproximadamente un millón y el uso del preservativo del 7% en el ámbito nacional al 85% en las zonas urbanas en el transcurso de una década. Un equipo de autotratamiento contra las infecciones de transmisión sexual se adquiere sin receta médica a bajos precios subvencionados. En 1997, otra medida del Gobierno fue introducir servicios de consultas y pruebas de detección del VIH voluntarias en el mismo día. El Gobierno demostró su compromiso por crear sistemas de organización y gestión de la salud y desarrollar un marco jurídico y normativo sólido relativo a la atención médica. Se concibieron medidas de atención médica mínima y se mejoró el acceso a los servicios mediante la creación y el perfeccionamiento de centros de atención primaria. Los fondos destinados a la atención primaria de salud apuntan a identificar intervenciones rentables y se han utilizado para aumentar la cobertura de vacunación, así como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y tabletas contra la malaria. Además, se ha generado una mayor conciencia respecto de los riesgos del VIH y se ha experimentado un aumento del uso del preservativo en el caso de los grupos vulnerables. El Gobierno ha establecido mecanismos de coordinación contra el VIH/SIDA en el ámbito central y de distrito que están sujetos a una revisión trimestral por parte de donantes y organizaciones de la sociedad civil.

El compromiso político es una fuerza impulsora en diversas reformas; por ejemplo, si el gobierno se propone aumentar la capacidad de las instituciones para impartir formación, de modo tal que más médicos, enfermeros y demás proveedores de servicios de salud puedan compensar el vacío que genera el movimiento de otros proveedores, se precisa de un compromiso en materia de políticas conexas. En ese caso, sería importante mantener conformes a los profesores universitarios y demás educadores del sector de la salud en lo que respecta a las condiciones de contratación, de modo que exista una fuente constante de profesionales en quienes contar a la hora de impartir cursos esenciales a los estudiantes. En ese sentido, sería importante el compromiso político en cuanto a otorgar prioridad a las asignaciones presupuestarias destinadas a docentes y profesores. Otros servicios esenciales, que se desprenden del intento de crear una fuente más amplia de proveedores de servicios de salud en el ámbito nacional, son el alojamiento para estudiantes, becas e instalaciones médicas, entre otros. En Malawi, las escuelas de enfermería experimentan una baja tasa de inscripción “debido a la falta de alojamiento y de espacio en las aulas, a la escasez de instructores y de materiales de enseñanza, a una calidad deficiente de formación y al escaso financiamiento”¹⁰⁰. Del mismo modo, algunos países como la República de Cabo Verde sólo pueden aceptar una nueva camada de enfermeros luego de un período de varios años, por ejemplo, hasta 2004, este período era de 3 años; mientras que en Swazilandia, la cantidad de enfermeros que se gradúan por año se encuentra por debajo de la tasa de migración.¹⁰¹ Si se aumentara la asignación de los presupuestos nacionales para estos servicios, se contribuiría positivamente a la provisión de acceso universal a los servicios básicos mediante un aumento de la cantidad de profesionales de la salud disponibles en el ámbito nacional. No obstante, queda claro que para lograr avances importantes en este respecto, se precisa de un compromiso político serio.

¹⁰⁰ Muula et al., 2003.

¹⁰¹ Kober y Van Damme, 2006.

También se requiere una sólida clase política y compromisos serios que incluyan una cierta flexibilidad presupuestaria en materia de salud. No resulta extraño que debido a las presiones de cara a reducir el gasto público y a las prioridades en competencia, muchos sectores de importancia –como el de la salud– experimenten dificultades, ya sea por falta de insumos, como ropa de protección, equipos o medicamentos básicos, o por el cobro de salarios no competitivos. En este contexto, muchos profesionales de la salud se marchan en cuanto surge una oportunidad. Por lo tanto, se debe crear un “espacio fiscal” para hacer de la contratación de personal en el sector público algo posible y atractivo, ya que es aquí donde la demanda es mayor y la equidad se ve favorecida. Este incremento contribuiría a la creación de un clima positivo, un ánimo fortalecido y, al mismo tiempo, posibilitaría la mejora de las estructuras de gobernanza y gestión. En la esencia de la provisión de un sistema de atención médica eficaz yace “un desempeño económico mejorado, una situación política estable y un entorno laboral sereno”¹⁰², los cuales surgen de un compromiso político sólido con esta causa.

VIII.3. La función del sector privado: el caso de Botswana y Kenya

A pesar de ser un país rico en recursos minerales, Botswana posee actualmente la tasa de prevalencia del VIH más alta del mundo, que, según las estimaciones, afecta a prácticamente el 40% de la población adulta. En mayo de 2001, Debswana, empresa conjunta de extracción de diamantes, aceptó cubrir el 90% del costo del tratamiento con medicamentos antirretrovíricos que prolongan la vida para sus empleados VIH positivos. Dado que Debswana es la principal fuente de empleo privada del país, se espera que esta medida aliente a otras empresas socialmente responsables a imitar su ejemplo. Dichas iniciativas gozan del pleno respaldo político del Gobierno, que ha elaborado políticas que se espera conduzcan a una terapia antirretrovírica gratuita en hospitales públicos para los enfermos de SIDA.¹⁰³ En colaboración, la Fundación Bill y Melinda Gates y Merck destinarán \$100 millones de dólares en un plazo de cinco años para brindar respaldo al Gobierno como parte de un enfoque integral y sostenible, sobre la base de las políticas nacionales mencionadas anteriormente y mediante la integración de otros programas. El propósito general es mejorar la respuesta nacional a la pandemia del VIH/SIDA, desde la prevención hasta la atención y el tratamiento. El Gobierno mancomuna esfuerzos con diversos socios privados, como el Harvard AIDS Institute que brinda capacitación a los proveedores de atención médica, McKinsey que asiste en el suministro de medicamentos, Merck que dona medicamentos antirretrovíricos a través de un programa de cinco años, Boehringer-Ingelheim que dona nevirapina para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo y Pfizer que dona el medicamento Difuclan.

El sector privado puede formar alianzas con los gobiernos en pos de la consecución de los objetivos de acceso universal. En Kenya, la Fundación Africana de Medicina e Investigaciones, en colaboración con la empresa farmacéutica GlaxoSmithKline, ha fomentado con éxito el uso de mosquiteros tratados con insecticida al vincularlo al establecimiento de una industria local generadora de ingresos. Como parte de este innovador proyecto, los grupos comunitarios recibieron capacitación en cómo coser y vender mosquiteros tratados con insecticida. Una extensa campaña de promoción de la salud patrocinada por GlaxoSmithKline propulsó las ventas desde el comienzo y, en un período de cuatro años, se fabricaron más de 5.200 mosquiteros. La cobertura en comunidades locales de aproximadamente 75.000 habitantes creció de un 14% a un 20%. La AMREF unió fuerzas con autoridades locales, el Ministerio de Salud y empresas del ámbito local para lanzar el proyecto de control de la malaria basado en el empleador en las regiones costeras y occidentales de Kenya. Las actividades promocionales fueron exitosas, por lo que la demanda inicial de mosquiteros superó rápidamente la oferta. Además, Kenya evalúa métodos rentables para la adquisición de medicamentos. Actualmente, las compras en gran escala se realizan a través de un organismo local de adquisición y distribución de medicamentos, el cual es responsable de un ahorro del 40% de gastos anuales en

¹⁰² Ídem.

¹⁰³ Para obtener más información, véase <http://www.who.int>.

medicamentos. Otra de las dimensiones de la cooperación tiene lugar en el ámbito regional, el cual demostró su eficacia en otras partes del mundo como en el Caribe Oriental, donde el Servicio de Abastecimiento Farmacéutico que representa a seis países obtuvo una reducción del 44% del precio promedio en los 25 medicamentos de mayor importancia en la región.¹⁰⁴

Para incentivar aún más al sector privado, en el caso de los gobiernos que pueden costearlo, una opción es brindar subvenciones a dicho sector, ya sea por medio de contribuciones financieras directas o exenciones impositivas, para aquéllos que, mediante contribuciones públicas mínimas, estén preparados para brindar determinados servicios de salud preestablecidos.

Además de los habituales participantes en la cooperación para el desarrollo, existen empresas internacionales del sector privado a las que se puede recurrir para que proporcionen financiación, asistencia técnica y medicamentos gratuitos (como la Fundación Bill y Melinda Gates, Merck, Pfizer, etc.).¹⁰⁵ Esta asistencia técnica podría extenderse a reformas sectoriales diseñadas para abordar cuestiones de gestión, financiación y nexos con el sector privado, a fin de aumentar la eficacia en el sector de la salud y la calidad de la atención médica. Asimismo, estas medidas de asistencia podrían ayudar a los gobiernos a la hora de asumir su responsabilidad en materia reglamentaria; por ejemplo, mediante el establecimiento de organismos que supervisen la aplicación de políticas en pos de la obtención del acceso universal en el sector de la salud. De hecho, al examinar la *resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005 acerca de la Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*, el reconocimiento de la función de los proveedores privados resulta claro, especialmente en lo que respecta a la financiación de la salud. Mediante dicha resolución, se insta a los Estados a sacar provecho de las oportunidades de colaboración, cuando convenga y bajo la firme rectoría global del gobierno.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Para obtener más información, véase Sanders et al., 2005.

¹⁰⁵ Ídem.

¹⁰⁶ WHA 58.33, disponible en <http://www.who.int>.

VIII.4. Necesidad de una mayor participación activa de los gobiernos en la estructuración del movimiento de profesionales de la salud

Si bien la demanda de proveedores de servicios de salud en los países desarrollados está actualmente subsanada, debido principalmente al movimiento de profesionales calificados en carácter de contratados, es importante que los gobiernos consideren medios más estructurados a través de los cuales los departamentos pertinentes puedan participar en este proceso. Esto se debe a que cuando el gobierno se involucra más, puede establecer más eficazmente relaciones entre aquellas cuestiones que reflejan sus objetivos de desarrollo nacional, en especial los relacionados con la provisión de acceso universal en el sector de la salud. Por ejemplo, el gobierno puede participar en la identificación de oportunidades, la negociación de las condiciones contractuales cuidadosamente diseñadas para incluir disposiciones que bloqueen el elemento temporal de este movimiento, la obtención de las autorizaciones respectivas y el regreso de profesionales. La diligencia debida del gobierno y la cantidad de planificación que requeriría este proceso crearían mayor conciencia formal de las cifras específicas de personas en movimiento. Esta situación puede posibilitar la elaboración de políticas gubernamentales complementarias que garanticen que mientras algunos proveedores de servicios de salud suministren servicios en el extranjero, se disponga de una cantidad adecuada de profesionales en el territorio nacional. Esto requerirá la adopción de políticas directas destinadas a formar más profesionales de la salud, para lo que será necesario hacer de los estudios científicos una opción más atractiva para los estudiantes jóvenes. (Véase el análisis sobre la función del compromiso político). Los gobiernos pueden reivindicar esta ambición de una mayor participación mediante acuerdos de cooperación bilaterales con diversos mercados claves, especialmente en lo que respecta al suministro de servicios de salud. En particular, la cooperación con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) es igualmente importante, sobre todo en las etapas de elaboración de políticas gubernamentales sobre temporalidad, así como el control de situaciones en las que existe un cambio de un estado temporario a otro de diferente naturaleza.

VIII.5. Utilización de las flexibilidades previstas en el AGCS

Si los gobiernos deciden incorporar la presencia extranjera en el sector de la salud, sería entonces importante tener en cuenta que se pueden utilizar las flexibilidades previstas en el AGCS, a fin de alcanzar los objetivos nacionales en materia de políticas públicas, tales como la obtención del acceso universal a los servicios básicos de salud. Los países pueden utilizar el enfoque flexible del AGCS para consignar compromisos mediante la elección de los modos y subsectores de los servicios sanitarios en los que se pueden contraer compromisos multilaterales, en función de las ventajas que podrían obtener sobre la base de evaluaciones nacionales. Los gobiernos también pueden condicionar dicho acceso de proveedores de servicios extranjeros para cumplir con ciertas obligaciones en materia de servicio universal. Por ejemplo, **cuando** un país elige contraer compromisos en el sector de la salud, es posible condicionar el establecimiento de la presencia comercial (modo 3), de conformidad con las flexibilidades previstas en el artículo XIX: 2 del AGCS, a las siguientes opciones normativas, las cuales se considerarían limitaciones legítimas dentro del marco del AGCS. No obstante, es necesario que dichas limitaciones se inscriban, ya sea como condiciones de acceso a los mercados o de trato nacional (según mejor se adecue), directamente en la lista de compromisos del país en cuestión, mediante previa aclaración de que éstas son las condiciones que los proveedores de servicios extranjeros deberán cumplir para acceder al mercado del país:

- a) cantidades mínimas de capital con las que deben contar dichos inversores extranjeros, preferiblemente insistiendo en establecimientos relativamente grandes que puedan afrontar la carga adicional de aplicar las obligaciones en materia de servicio universal;
- b) limitaciones en el número (mínimo o máximo, según lo que el país espera lograr: cubrir los déficits internos o crear empleos para los residentes locales, respectivamente) de profesionales extranjeros de la salud que pueden aceptarse para desempeñar sus funciones en estos establecimientos;
- c) cantidades mínimas de trabajadores locales que deben emplearse en estos establecimientos;
- d) disposiciones que establezcan que dichas instalaciones sanitarias privadas no se vean beneficiadas por subvenciones gubernamentales;
- e) obligación para *todos* los proveedores de servicios de salud en un nivel determinado, por ejemplo médicos, que trabajen en instalaciones privadas de propiedad extranjera de trabajar una cantidad mínima de horas en hospitales y clínicas públicas;
- f) obligación para todas las instalaciones hospitalarias de propiedad extranjera de contar con un número mínimo de camas para el tratamiento gratuito de los necesitados;
- g) obligación de ofrecer consultas y medicamentos gratuitos a pacientes para enfermedades transmisibles e infecciosas;
- h) obligación de ofrecer algunos servicios médicos básicos en áreas rurales remotas (otra posibilidad sería reservar la concesión de licencias a los establecimientos de salud que acepten instalarse fuera de zonas urbanas);
- i) obligación de capacitar a profesionales locales de la salud con vistas a contribuir al desarrollo profesional; o
- j) establecimiento de precios máximos y supervisión de la asequibilidad de la atención médica.

Al contraer dichos compromisos, los países deberían considerar la posibilidad de que tales compromisos sólo *entren en vigor* (es decir, que sean jurídicamente vinculantes y exigibles en virtud del mecanismo de solución de diferencias de la OMC) en una fecha futura, cuando se logre un nivel adecuado de capacidad de reglamentación a fin de garantizar la materialización de las opciones normativas anteriores con respecto a los beneficiarios del compromiso. En las listas de los miembros, se deberían detallar los niveles que aspiran alcanzar y las fechas específicas de ejecución.

La introducción de presencia extranjera reglamentada y gestionada en el sector hospitalario, con obligaciones en materia de servicio universal claramente definidas, puede proporcionar algunos beneficios en cuanto al incremento de recursos nacionales adicionales (médicos extranjeros) y de capitales extranjeros que se introducen en el sistema de salud nacional. Se puede solventar la escasez de recursos humanos y financieros, en particular para los servicios de salud especializados, y, a su vez, se pueden generar recursos adicionales para invertir en tecnologías y en la infraestructura de la atención médica y perfeccionarlas.

Los países africanos y otros países en desarrollo pueden aprovechar los compromisos existentes, en particular los que se relacionan con el modo 2 (consumo en el extranjero), mediante la mejora y el establecimiento de sólidas instalaciones sanitarias *niche* en el ámbito nacional, las cuales pueden atraer a *consumidores* de servicios de salud extranjeros. El crecimiento económico y los adelantos en la comunicación y tecnología de la información han logrado que segmentos más extensos de la población sean capaces no sólo de comparar su realidad de oferta con la de otros países, sino también de actuar en consecuencia y trasladarse a donde estén disponibles los servicios de renombre. Esto implica que se está creando un mercado nuevo e intenso para el consumo de servicios de salud en otras jurisdicciones. Algunos países ya han realizado avances en este sentido; por ejemplo, Sudáfrica en relación con ciertos procedimientos quirúrgicos y Uganda, en lo que se refiere al tratamiento de enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA. El capital extranjero (divisa internacional) que aportan estos consumidores de servicios de salud puede invertirse nuevamente en la creación de instalaciones sanitarias en áreas rurales y remotas de estos países. En ese sentido, el difícil tema de la no transferibilidad del seguro médico debería abordarse en el marco de las negociaciones del AGCS. Estos países receptores también se verían beneficiados de los nexos convergentes indirectos, tales como los beneficios que resultan del turismo de salud. Existen cuestiones relacionadas con la posible creación de un sistema dual en perjuicio de los pobres, pero los gobiernos pueden contribuir a superar esta situación mediante una planificación, reglamentación y supervisión adecuadas.

VIII.6. Cosechar los frutos de las negociaciones relativas al AGCS

La situación en la que se encuentran los países africanos y otros países en desarrollo es problemática cuando los proveedores de servicios de salud se trasladan *permanentemente*. Sin embargo, la naturaleza temporal del modo 4 en virtud de las disposiciones del AGCS puede considerarse como parte de la solución, mediante la creación de un movimiento cíclico que utilice los beneficios de la circulación de profesionales, a diferencia de su éxodo.¹⁰⁷ La manera en que se estructura el modo 4 puede contribuir a crear conocimientos especiales, credenciales, técnicas de gestión obtenidas durante la labor en países desarrollados y un mayor potencial para la transferencia de tecnología y la circulación de profesionales, que deriva de una economía mundial más interconectada. Al regresar a sus países luego de un período en el extranjero, estos proveedores de servicios de salud representan un recurso valioso para los sistemas sanitarios de sus países, ya que aportan destrezas nuevas y beneficiosas. También tiene importancia la aparición de comunidades transnacionales que vinculan la diáspora a las comunidades locales al estimular las inversiones y la actividad empresarial. Además, las cantidades de dinero enviadas a los países de origen en forma de remesas pueden incrementar los recursos privados, que luego pueden utilizarse para inversiones y acceso a la atención médica. Posiblemente por alguna de estas razones los países en desarrollo persiguen un programa ambicioso en las negociaciones sobre el modo 4 de la Ronda de Doha.¹⁰⁸

También existe un ámbito inexplorado para acceder a acuerdos de reconocimiento mutuo, a fin de superar el obstáculo que muchas veces afrontan los proveedores de servicios de países en desarrollo a la hora de acceder a los mercados de América del Norte, Europa y otros mercados claves. Los acuerdos de reconocimiento mutuo son, por lo general, de carácter bilateral, un hecho incluso reconocido en el AGCS, cuyo artículo VII sólo dispone la obligación de notificar a los otros miembros sobre la intención de entablar negociaciones con el propósito de establecer un acuerdo de reconocimiento mutuo. La disposición también requiere ofrecer la oportunidad a aquellos interesados en iniciar dichas negociaciones. Algunos ejemplos de acuerdos de reconocimiento mutuo incluyen el acuerdo entre Australia y China sobre el reconocimiento de títulos de educación superior, el cual tiene como objetivo facilitar el reconocimiento de los títulos académicos superiores al ayudar a los estudiantes a continuar su formación académica en el otro país. Los ministerios de los países participantes deben designar organismos que puedan suministrar este tipo de información y efectuar recomendaciones concretas de conformidad con las reglamentaciones y prácticas. Otro ejemplo es el Memorando de Entendimiento entre el Reino Unido y Sudáfrica relativo al intercambio educativo recíproco de conceptos de atención de salud y personal. Si bien este memorando no es estrictamente un acuerdo de reconocimiento mutuo, tiene por objeto alcanzar un acuerdo mutuo sobre la contratación de personal de salud en el Reino Unido a fin de intercambiar información sobre normas y reglamentaciones profesionales y sobre planificación y desarrollo del personal, así como de facilitar el acceso mutuo a universidades y facultades para la formación de profesionales de la salud. En ese sentido, los países en desarrollo pueden hacer uso de las negociaciones previstas en el AGCS para hacer hincapié en la necesidad de más deliberaciones respecto de cómo solucionar el problema del no reconocimiento de las calificaciones, posiblemente bajo los auspicios del Grupo de Trabajo sobre la Reglamentación Nacional. Además, los países en desarrollo deberían realizar esfuerzos mancomunados para participar en las negociaciones relativas a los acuerdos de reconocimiento mutuo cuando la OMC reciba notificaciones al respecto.

¹⁰⁷ Véase Khadria (2002), Saxenian (2002), Bach (2003). Véase también el artículo I del AGCS y el Anexo relativo al movimiento de personas físicas para obtener mayor información sobre la cobertura del modo 4 en el marco del AGCS.

¹⁰⁸ IDRC, Privatization, Liberalization and GATS, http://www.idrc.ca/en/ev-67858-201-1-DO_TOPIC.html.

VIII.7. Políticas paralelas imprescindibles

Mientras los países procuran obtener activamente compromisos más amplios en el marco del modo 4, deberían adoptar, en conjunto, políticas internas que contribuyan a garantizar el regreso de los proveedores de servicios de salud, de modo tal que puedan aprovechar los beneficios de la temporalidad prevista en el modo 4. Estas políticas tendrían el propósito de crear medidas que asistan y estimulen la reintegración de dichos proveedores en sus países de origen a su regreso. Ellas incluirían incentivos sociales y normativos como en el caso de la Argentina, cuando en 1994 se creó la Comisión Nacional para el Retorno de los Argentinos en el Exterior, la cual brinda incentivos como el pago de los costos de traslado y establecimiento y los costos de viajes de familiares.

También existe el Programa de retorno y reintegración de nacionales africanos calificados que “tiene por objeto desarrollar la economía de un país mediante la identificación de personas altamente capacitadas y calificadas que desean regresar o buscar puestos de trabajo en países que se beneficiarán de la capacitación de dichas personas”. Once países africanos hacen uso del programa: Angola, Etiopía, Ghana, Guinea-Bissau, Kenya, Mozambique, la República de Cabo Verde, Sierra Leona, Uganda, Zambia y Zimbabwe. Todos los países del África subsahariana, excepto Sudáfrica, se consideran países ajenos al objetivo, pero pueden sin embargo ser asistidos a escala nacional.

Mediante el programa se identifican los sectores de empleo prioritarios que deben fortalecerse, así como las vacantes de puestos de trabajo, en cooperación con diversas empresas privadas y del Estado y la administración pública. Asimismo se identifican y seleccionan (se contratan) los candidatos apropiados según directrices establecidas. También se efectúa la capacitación de los homólogos gubernamentales en los principales países objetivo en cuanto a la contratación, la práctica profesional, las actividades de seguimiento y los procesos de reintegración.¹⁰⁹ Las personas buscadas deben ser nacionales africanos y calificados en un área considerada prioridad para el país beneficiario. Algunos de los servicios que ofrece el programa incluyen el pago del transporte aéreo de regreso, el envío de efectos personales, la financiación de algunos gastos de equipamiento profesional y de adaptación. También hay disponibles préstamos a bajo interés para facilitar el establecimiento de empresas. Entre 1983 y 1999, se informó que el programa alcanzó un promedio de aproximadamente 100 retornos por año.

Algunos países en desarrollo con más recursos, como la República de Corea –en comparación con aquéllos del África subsahariana– han intentado contratar profesionales e investigadores académicos de mayor edad mediante salarios competitivos, mejores condiciones laborales, ayuda relativa al cuidado de los niños y a la vivienda, y a través del uso de programas de profesor visitante para quienes dudan sobre un regreso permanente. Según el informe de 2001 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la República de Corea alcanzó un índice de retorno del 60% en la década de 1980.

Los países también deberían establecer otras políticas complementarias en el ámbito nacional que garanticen que los *posibles participantes del modo 4* contribuyan al objetivo de los gobiernos de lograr el acceso universal a los servicios básicos de salud. Las mayores intervenciones del gobierno en las políticas ocurren dentro de su propia jurisdicción. El propósito de vincular estos proveedores nacionales de servicios de salud al debate del modo 4, a pesar de que aún se encuentren dentro de la jurisdicción nacional, se debe a que, en ausencia de estas políticas, sería más fácil que dichos proveedores se sientan atraídos por contratos en el extranjero o, en el caso de adopción de estas políticas, es posible que la situación nacional se torne atractiva y, por lo tanto, disminuya la posibilidad de que esos proveedores busquen o acepten contratos en el extranjero. La idea sería que el gobierno cree ya sea un ambiente propicio en el ámbito nacional para que los proveedores de servicios

¹⁰⁹ Véase www.iom.int.

de salud opten por quedarse o normas que rijan la práctica de la profesión médica y garanticen el beneficio del Estado, al menos en el período inmediato luego de la capacitación. Algunas de las opciones que los países pueden considerar incluyen las siguientes:

- a. Imponer obligaciones a los proveedores de servicios de salud, que se han visto beneficiados de subvenciones gubernamentales en el transcurso de su capacitación, de brindar servicios de salud en el sector público durante varios años, antes de dedicarse a la práctica privada o aceptar contratos en el extranjero. Por ejemplo, Tailandia, cuando el país experimentó un gran éxodo de proveedores nacionales de servicios de salud, optó por exigir que los estudiantes firmen contratos con las universidades públicas y se comprometan a asistir al público durante tres años luego de la graduación. Al menos dos tercios de los nuevos graduados contratados fueron asignados a hospitales en distritos rurales. En este momento, se observa que las instalaciones sanitarias de los distritos rurales mejoraron considerablemente en comparación con la situación en 2000, ya que estos graduados cubrieron más del 90% de todos los distritos rurales, los cuales estaban equipados con instalaciones modernas y personal capacitado.¹¹⁰
- b. Adoptar políticas gubernamentales directas que tengan por objeto incrementar la oferta, incluso a través del aumento de la contratación rural, y la posibilidad de que los proveedores de servicios de salud se desempeñen en sus ciudades natales. Con frecuencia es atractivo ubicar a los trabajadores en sus áreas de origen, las cuales en muchas ocasiones se encuentran fuera de las ciudades urbanas. Esto también implicaría avances en la cuestión del éxodo intelectual interno. Sería importante que estas personas contratadas en las zonas rurales obtengan beneficios adicionales, tales como subsidios para emergencias, vivienda, transporte, de educación para sus hijos, así como prestaciones por familiares a cargo, de modo que el nivel de vida sea más confortable.
- c. Ofrecer, a modo de incentivo, la capacitación en especialidades dentro del país, mediante la cual los médicos obtienen conocimientos especializados en sus propios países y las acreditaciones correspondientes. Esto alentaría a algunos profesionales de la salud a permanecer en su país, ya que no sólo tendrían acceso a los conocimientos que con anterioridad estaban disponibles únicamente en el extranjero, sino también al reconocimiento y acreditaciones correspondientes. Las especialidades también constituirían un aliciente, ya que probablemente no serían algo corriente en el ámbito nacional. Esto, sumado a los subsidios por emergencia y traslado para las zonas rurales, ha tenido cierto éxito en algunos países. Además, podrían ser útiles otras políticas que ofrezcan reconocimiento, promociones periódicas con los consecuentes beneficios que ellas conllevan, en particular para aquéllos que trabajan en zonas rurales.
- d. Conceder préstamos a bajo interés para ciudadanos nacionales, a fin de establecer instalaciones sanitarias en zonas rurales.
- e. Ofrecer incentivos financieros, que también resultan efectivos, tales como salarios competitivos para los trabajadores de la salud, primas, pensiones, seguro médico, subsidios, becas, préstamos y ayudas al estudio.

Sin embargo, los incrementos en los salarios no surgen con facilidad en los presupuestos de los países del África subsahariana, muchos de los cuales dependen en demasía del financiamiento de los

¹¹⁰ Véase Suwat Wibulpolprasert, *International trade and migration of health care workers: Thailand's experience*.

donantes. De todos modos, es posible que cualquier aumento factible sea incluso leve en comparación con los salarios que pueden recibir los profesionales de la salud en los países desarrollados. Incluso la duplicación de los salarios nacionales no ha reducido la migración, ya que la diferencia de ingresos continúa siendo considerable entre los países desarrollados y los países en desarrollo.¹¹¹ Debido a ello, es importante que los gobiernos consideren incentivos no monetarios como los siguientes:

- a) fortalecimiento de la autonomía laboral;
- b) fomento del desarrollo profesional, con oportunidades de capacitación en el extranjero;
- c) mejora de las instalaciones y disponibilidad de herramientas e instrumentos prácticos necesarios para llevar a cabo el trabajo diario, que incluyen elementos básicos como guantes, algodón, herramientas quirúrgicas;
- d) adaptación de la jornada de trabajo y trabajo por turnos (para enfermeros);
- e) reducción de la violencia en el lugar de trabajo; y
- f) liderazgo abierto.

Se ha informado que mediante la adopción de medidas relativas al desarrollo profesional y el ascenso en función de los méritos se redujo la cantidad de profesionales de la salud zimbabwenses que dejaron el país en la década de 1990.¹¹² Otros incentivos no monetarios que han tenido cierto éxito incluyen beneficios no relacionados con el sector. Por ejemplo, en el Caribe, algunos Estados han proporcionado a los trabajadores sanitarios acceso a préstamos para la compra de viviendas o automóviles a tasas excepcionales o sin depósitos financieros. En Ghana, los trabajadores de la salud lograron un mejor servicio de guardería para sus hijos.¹¹³

Los países beneficiarios desempeñan una función clave. Debido a los presupuestos restringidos de los países del África subsahariana, la medida en la que estos países puedan presentar medidas atractivas es limitada. En ese sentido, los códigos vinculantes de buenas prácticas relativos a la contratación adquieren mayor importancia y obligan a los países a limitar la contratación de proveedores de servicios de salud de esta región. Los temas relativos a garantizar el retorno de los profesionales dependen de la cooperación entre los países de origen y los países beneficiarios. Estas medidas sólo surtirían efecto si los gobiernos participan en el proceso, a través de los ministerios de trabajo y otros ministerios pertinentes. Algunas medidas incluyen:

- a) acuerdos con los países beneficiarios para que una cantidad sustancial de los salarios se pague en la cuenta del proveedor de servicios en el país de origen;
- b) la obligación de realizar depósitos monetarios antes de la partida;
- c) medidas de inversión atractivas al regreso, tales como préstamos a bajo interés y exenciones temporales de impuestos.

También cabe la posibilidad de utilizar programas de capacitación cíclicos que brinden a los profesionales de la salud la oportunidad de perfeccionar sus conocimientos en el extranjero, ganar dinero y regresar a su país. Un ejemplo es el Proyecto de Atención de la Salud entre Ghana y los Países Bajos, gestionado por la OIM, cuyo objetivo es transferir conocimientos, habilidades y

¹¹¹ VuJicic et al., 2004.

¹¹² Ídem.

¹¹³ Ídem.

experiencias por medio de misiones y proyectos a corto plazo, a fin de facilitar las prácticas a los residentes médicos y especialistas ghaneses en los Países Bajos y desarrollar un centro para el mantenimiento de los equipos médicos en Ghana.

VIII.8. La función de la reglamentación

Las intervenciones en las políticas mencionadas anteriormente no pueden funcionar en ausencia de una reglamentación adecuada y bien diseñada que vincule la necesidad de conceder acceso universal a los servicios básicos de salud a las políticas gubernamentales relacionadas de manera directa o indirecta. Ninguno de los beneficios previstos en el modo 4 en relación con la observancia de las obligaciones en materia de acceso universal puede materializarse sin un marco reglamentario sólido en el sector de la salud. Dicha reglamentación debería centrarse en exigir el cumplimiento de la temporalidad de este movimiento en diversos acuerdos en los que el gobierno sea parte, así como también en supervisar el funcionamiento diario de las instalaciones sanitarias privadas de propiedad extranjera o nacional, en particular si cumplen las obligaciones en materia de servicio universal contraídas en sus licencias de operación. Dicha reglamentación incluye, entre otros, leyes, normas, el establecimiento de instituciones reglamentarias independientes y la formación de personas en las competencias necesarias para dirigir las mismas. En este sentido, resulta valiosa la función de los programas de intercambio para aprender lo que funciona mejor y lo que implica adaptar las mejores situaciones al contexto local. Es importante que los gobiernos fortalezcan la colaboración de sus ministerios de salud con los organismos normativos independientes, a fin de garantizar que los operadores de servicios de salud se ajusten a toda obligación en materia de servicio universal que rija sus licencias. La única manera de realizar esta labor es a través de la coordinación interministerial entre el ministerio de salud como el principal proveedor de servicios de salud, el ministerio de comercio como el negociador de los acuerdos comerciales, el ministerio de planificación económica como el custodio de los planes de desarrollo nacional, el ministerio de educación como representante de las personas que elaboran los planes de estudio y el ministerio de finanzas como el administrador del dinero, y que éste sea el caso con los demás ministerios competentes.

Ninguna disposición del AGCS impide que un país pueda formular reglamentaciones en pro del interés público. En el preámbulo del AGCS, el derecho de los miembros a establecer nuevas reglamentaciones para cumplir con los objetivos nacionales en materia de política es sacrosanto. Por lo tanto, las obligaciones en materia de servicio universal se encuentran en el ámbito de lo aceptable, ya sea como condiciones para el acceso a los mercados con arreglo a lo dispuesto en el AGCS, como concesión de licencias en el ámbito nacional o en cualquier otra forma mediante la cual se procuren estrategias de desarrollo nacional, entre ellas la provisión de acceso universal a los servicios básicos de salud.

IX. CONCLUSIÓN

Los gobiernos desempeñan una función clave para garantizar el acceso universal a los servicios básicos de salud. Lograr este objetivo es un imperativo. Para cumplir con esta obligación, los gobiernos pueden conceder un acceso universal a los servicios de salud ya sea siendo los únicos proveedores, a través de la imposición de obligaciones cuidadosamente pensadas y diseñadas al sector privado en materia de servicio universal o asociándose con proveedores privados, con una función reforzada de supervisión y reglamentación. **Si** los gobiernos deciden incorporar la presencia extranjera en el sector de la salud, pueden utilizar las flexibilidades previstas en el AGCS para estructurar sus compromisos, de tal forma que los beneficiarios cumplan con ciertas obligaciones en materia de servicio universal. También pueden considerar ciertas políticas para incentivar a los proveedores de servicios de salud a permanecer en el mercado interno o para hacer regresar a aquéllos que abandonan el país. Cualquiera sea la opción normativa que los gobiernos elijan, la responsabilidad de cumplir con sus obligaciones sigue presente. La búsqueda de compromisos en el marco del modo 4 y su utilización no necesariamente deben estar en pugna con la provisión de acceso universal a los servicios básicos. De hecho, tal como se ha alegado en el presente documento, parte de la solución puede residir en mayores compromisos de acceso universal en el marco del modo 4, que enfatizen su temporalidad.

Ninguna de estas opciones es viable si se realiza de forma aislada. Existen opciones ilimitadas para que cada país pueda evaluar qué le conviene más. Para que cualquiera de estas opciones funcione, se debe reforzar la función de reglamentación. Tal como se observó, se puede ampliar y detallar cada una de las propuestas, ya que todas presentan desafíos, especialmente en cuanto a su diseño y aplicación. El presente documento de investigación no procura abordar los desafíos, sino realizar un aporte constructivo al proceso de reflexión que debe acaecer para amortiguar los efectos del movimiento de personas físicas en el suministro de servicios de salud. De hecho, uno de los objetivos fundamentales de este documento ha sido desmitificar el vínculo negativo que con frecuencia se entabla entre el modo 4 y los servicios de salud. Al mismo tiempo, se intenta iniciar un diálogo hacia un programa positivo en relación con el modo 4 que beneficie y contribuya a diversas cuestiones – entre ellas el acceso universal a los servicios básicos– y que no sea contradictorio ni negativo en su propósito.

X. ANEXOS

Anexo A: Cantidad de miembros de la OMC con compromisos relativos a servicios de salud individuales, junio de 2003

		Servicios médicos y odontológicos	Enfermeros, parteros, etc.	Servicios de hospital	Otros servicios de salud humana
TOTAL		62	34	52	22
ACCESO A LOS MERCADOS					
Modo 1	Pleno	21 (-2)	8 (-1)	18	11
	Parcial	12	6	1	1
	Sin consolidar	29	20	35	10
Modo 2	Pleno	35 (-3)	12 (-1)	44	15
	Parcial	24	21	5	5
	Sin consolidar	3	1	3	2
Modo 3	Pleno	29 (-8)	7 (-2)	18 (-8)	12 (-5)
	Parcial	26	25	31	9
	Sin consolidar	7	2	3	1
Modo 4	Pleno	0	0	0	0
	Parcial	56	32	48	21
	Sin consolidar	6	2	4	1
TRATO NACIONAL					
Modo 1	Pleno	24	9	21	12
	Parcial	10	6	1	1
	Sin consolidar	28	19	30	9
Modo 2	Pleno	34	12	44	15
	Parcial	23	21	5	5
	Sin consolidar	5	1	3	2
Modo 3	Pleno	19	10	33 (-24)	11 (-4)
	Parcial	37	22	15	9
	Sin consolidar	6	2	4	2
Modo 4	Pleno	3	1	3 (-1)	1
	Parcial	54	31	44	19
	Sin consolidar	5	2	5	2

Nota: Los Estados miembros de las CE se cuentan de manera individual. Se reduce la cantidad de compromisos plenos si se consideran las limitaciones horizontales, las cuales se aplican a todos los sectores incluidos en las listas individuales de los países.

Los compromisos parciales sobre el acceso a los mercados abarcan compromisos que contienen cualquiera de las seis limitaciones estipuladas en el artículo XVI: 2 del AGCS, así como compromisos sujetos a limitaciones en la cobertura sectorial (por ejemplo, exclusiones de pequeños hospitales o entidades públicas del sector) o en la cobertura geográfica dentro del territorio del miembro, y otras medidas enumeradas en la columna pertinente (incluidas medidas reglamentarias internas para las cuales el artículo VI puede haber estipulado protección jurídica). Asimismo, los compromisos parciales consignados en el trato nacional pueden incluir casos de "consignación excesiva en las listas" o errores de interpretación.

Anexo B: Resumen de sectores y subsectores en la petición de los PMA

<p>Visitantes comerciales: servicios profesionales: servicios jurídicos, contabilidad, auditoría y teneduría de libros, servicios de ingeniería y arquitectura, servicios integrados de ingeniería, servicios de planificación urbana y de arquitectura paisajista, servicios médicos y odontológicos, servicios provistos por parteros, enfermeros, fisioterapeutas y personal paramédico.</p>
<p>Servicios de informática y servicios conexos: servicios de consultores en instalación de equipos de informática, servicios de aplicación de programas de informática, servicios de bases de datos.</p>
<p>Servicios de investigación y desarrollo: servicios de investigación y desarrollo de las ciencias naturales, servicios de investigación y desarrollo de las ciencias sociales y las humanidades, servicios interdisciplinarios de investigación y desarrollo.</p>
<p>Servicios inmobiliarios: relativos a bienes raíces propios o arrendados, a comisión o por contrato.</p>
<p>Otros servicios prestados a las empresas: servicios de publicidad, servicios de estudio de mercados y encuestas de opinión pública, servicios de consultores en gestión, servicios de ensayos y análisis técnicos, servicios relacionados con la agricultura, la caza y la forestación, servicios relacionados con la pesca, servicios relacionados con la minería, servicios relacionados con las manufacturas, servicios relacionados con la distribución de energía, servicios de consultores científicos y técnicos, servicios de mantenimiento y reparación de equipos, servicios fotográficos, servicios de empaquetado, servicios editoriales y de imprenta, servicios prestados con ocasión de asambleas o convenciones.</p>
<p>Servicios de comunicaciones: servicios postales y de mensajeros, servicios de telecomunicaciones y servicios audiovisuales.</p>
<p>Servicios de construcción y servicios de ingeniería conexos, servicios relacionados con el medio ambiente.</p>
<p>Servicios de enseñanza</p>
<p>Servicios financieros: servicios de seguros y relacionados con seguros, servicios bancarios y demás servicios financieros.</p>
<p>Servicios sociales y de salud</p>
<p>Servicios de turismo y servicios relacionados con los viajes: hoteles y restaurantes (incluidos los servicios de suministro de comidas desde el exterior por contrato), servicios de agencias de viajes y organización de viajes en grupo, servicios de guías de turismo.</p>
<p>Servicios de esparcimiento, culturales y deportivos: servicios de espectáculos, servicios de agencias de noticias, servicios de bibliotecas, archivos, museos y otros servicios culturales, servicios deportivos y otros servicios de esparcimiento.</p>
<p>Servicios de transporte: servicios de transporte marítimo y transporte por vías navegables interiores.</p>

XI. REFERENCIAS

- Adams, O. y Kinnon, C. (1998), "A Public Health Perspective", *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, Ginebra.
- Adlung, R. y Carzaniga, A. (2002). *Health Services Under the General Agreement on Trade in Services*, Bulletin of the World Health Organization.
- Adlung, R., *The GATS Negotiations: Implications for Health and Social Services*, Intereconomics, 5: 147-155, 2003.
- Adlung, R., *WTO and Trade in Health and Social services*, GASPP Seminar, Dubrovnik, 26 a 28 de septiembre de 2002.
- Adlung, R., *Health services in a globalizing world*, eurohealth, Vol.8, No.3, Summer 2002.
- Adversario, S. (2003), "Nurses' exodus making health system sick", Interpress Service, <http://www.ipsnews.net>.
- Alubo, S. (1990), *Debt crisis, health and health services in Africa*, *Social Science & Medicine*.
- Awases, M. et al. (2004), *Migration of health professionals in six countries*, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville (2004).
- Bach, S. (2003), *International Migration of health workers: Labour and social issues*, ILO, Ginebra.
- Ball, R. (1990), *The process of international contract labour migration from the Philippines: The case of Filipino nurses*, Department of Geography, University of Sydney, Sydney, Australia.
- Blouin, C., Drager, N., Smith R., *International trade in health services and the GATS, current issues and debates*, The World Bank, 2006.
- Buchan J. et al. (2004), *International nurse mobility: Trends and policy implications*, WHO, ICN and RCN, Ginebra (2004).
- Buchan, J. y Sochalski, J. (2004), *The migration of nurses: trends and policies*, Bulletin of World Health Organization 82 (8), WHO, Ginebra, Suiza.
- Bundred, P. y Levitt, C. (2000), *Medical migration: Who are the real losers?* in *The Lancet*, 2000, Vol. 356, páginas 245 y 246.
- Chanda, R., *Trade in health services*, in Bulletin of the World Health Organization, Vol. 80, No. 2.
- Chikanda, A. (2005), *Medical Leave: The Exodus of Health professionals from Zimbabwe*, Southern African Migration Project, University of Toronto.
- Commonwealth Secretariat. (2004). *Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers*. Paragraph 11, 2003.
- Connell, J. et al. (2007), *Sub-Saharan Africa: Beyond the Health Worker Migration Crisis?* *Social Science & Medicine*, Volume 64, Issue 9, mayo de 2007, páginas 1876-91.

- Connell, J. y Stilwell, B. (2006), *Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain*. In: C. Kuptsch, Editor, *Merchants of labour*, ILO, Ginebra.
- David, P. et al. (1999), *How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care*, *The Lancet* 354 (27 de noviembre).
- Deininger, K. y Mpuga, P. (2004), *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, World Bank Policy Research Working Paper 3276.
- Delorey, A. (2006), *The feminization of health care migration*, *Canadian Women's Health Network Magazine* 8, (3/4).
- Department of Health (2002), *Projected supply, demand, and shortages of registered nurses: 2000-2020*. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnproject/report.htm>
- Diamond, D. (2002), "One nation, overseas", <http://www.wired.com/wired/archive/10.06/philippines-pr.html>
- Drager, N. y Vieira, C. (Eds.), (2002). *Trade in health services: global, regional and country perspectives*. Washington, DC: PAHO.
- Drager, N., Mc Clintock E. y Micheal Moffit, *Negotiating health development: A guide for practitioners*, WHO 2000.
- Dumont, J. y Meyer, J. (2004). *The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based on the case of South Africa*. In OECD (Ed.), *Trends in international migration*. París: OECD.
- Dussault, G. y Franceschini, M. (2006), *Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce*, *Human Resources for Health* 4 (12).
- Fan, S. y Rao, N. (2003), *Public spending in developing countries: trends, determination, and impact*, International Food Policy Research Institute, Washington, EE. UU.
- Findlay, A. (2002), *From brain exchange to brain gain: Policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries*, *International Migration Papers* No. 43 (Ginebra, ILO).
- General Medical Council. (2004). *Comunicación personal*.
- Geray, A. M. et al. (1993), *Nursing in the European Labour Market: an Economic Perspective*, in C.E.M. Normand and P. Vaughan Editors, *Europe Without Frontiers*. John Wiley and Sons Ltd.
- Go, S. (2003), *Recent trends in migration movements and policies: The movement of Filipino professionals and managers*, in OECD: *Migration and the labour market in Asia*, París.
- Hagopian, A. et al. (2005), *The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy*, *Social Science & Medicine* 61.
- International Migration Papers No. 49 (Ginebra, ILO).
- Khadria, B. (2002), *Skilled labour migration from developing countries: Study of India*,

- Kingma, M. (2001): *Nursing migration: Global treasure hunt or disaster in the making?* in *Nursing Inquiry*, 2001, Vol. 8, No. 4, páginas 205 a 212.
- Kingma, M. (2006), *Nurses on the move*, Cornell University Press, Migration and the Global Health Care Economy, Ithaca.
- Kober, K. y Van Damme, W. (2006), *Public sector nurses in Swaziland: can the downturn be reversed* *Human Resources for Health* (31 de mayo).
- Lee, K. y Koivusalo, M. (2005), *Trade and Health: Is the Health Community Ready for Action?*, PLOS Medicine, <http://medicine.plosjournals.org>
- Lee, K., Buse K. y Fustukian S., *Health policy in a globalizing world*, Cambridge University Press, 2002.
- Lethbridge, J. (2002), *Social dialogue in health services: Case studies in Brazil, Canada, Chile, United Kingdom*, Sectoral Activities Working Paper No. 189, ILO, Ginebra.
- Loff, B. y Gruskin, S. (2000), *Getting Serious about the Right to Health*, *The Lancet*, Volume 356, Issue 9239, 21 de octubre, página 1435.
- Luck, M. et al. (2000), *At the other end of the brain-drain: African nurses living in Lisbon*, *Studies in Health Service Organization and Policy* 16 (2000), páginas 157 a 169.
- Mackintosh, M. y Tibandebage, P. (2002), *Inclusion by design? Rethinking health care market regulation in the Tanzanian context*. *J Dev Stud* 39: 1-17.
- Martineau, T. et al. (2002), Briefing note on international migration of health professionals: *Leveling the playing field for developing country health systems*. <http://www.liv.ac.uk/lstm/hsrhome.html>.
- Mashayekhi, M. y Tuerk, E. (2003), *The WTO services Negotiations: Some Strategic Considerations*, South Centre, Ginebra.
- Mejia, A. et al. (1981), *Migración de médicos y enfermeras: análisis y repercusiones políticas*, OMS, Ginebra.
- Mullan, F. (2005) *The metrics of the physician brain drain*, *New England Journal of Medicine* 353 (17), páginas 1810 a 1818.
- Muula, A. et al. (2003), *The ethics of developed nations recruiting nurses from developing countries: The case of Malawi*, *Nursing Ethics* 10.
- Muula A. y Maseko, F. (2006) *How are health professionals earning their living in Malawi?* *BMC Health Services Research* 6 (97).
- Nielson, Julia y Oliver Cattaneo (2004). "Current regimes for the temporary movement of service providers: Case studies of Australia and the United States." In Mattoo and Carzinga "Moving people to deliver services". Oxford University Press y World Bank, Washington, D.C. (2004).
- OECD (2003), *Trends in international migration: Annual report 2002 edition*, París.
- Ojo, K. (1990), *International migration of health manpower in sub-Saharan Africa*, *Social Science & Medicine* 31.

- OMS (2006), *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud*, OMS, Ginebra.
- Osewe, P. (2006), *Strengthening the Role of the Private Sector in Expanding Health Coverage in Africa*, World Bank.
- Palmer, D. (2006), *Tackling Malawi's human resources crisis*, *Reproductive Health Matters* 14(27).
- Pang, T. et al. (2002), *Brain drain and health professionals*, *British Medical Journal* 324(7336).
- Pollock, A. M. y Price, D. (2000), *Rewriting the regulations: How the World Trade Organization could accelerate privatization in health-care systems*, *The Lancet* 356 (9 de diciembre).
- Pond, B. y McPake, B. (2006), *The health migration crisis: The role of four Organization for Economic Cooperation and Development countries*, *Lancet* 367.
- Rupa, C. (2001), *Trade in Health Services*, Working paper No. 70., Indian Council for Research on International Economic Relations.
- Sanders, D. M. et al. (2005), *Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough*, IFPMA Clinical Trials Portal, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/755>
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/755>
- Saxenian, A. (2002), *Brain circulation: How high-skill immigration makes everyone better off*, in *Brookings Review*, Vol. 20, No. 1, páginas 28 a 32.
- Sinclair, S. y Grieshaber-Otto, J. (2002), *Facing the facts: a guide to the GATS debate*, CCPA, Canadá.
- Sinclair, S. (2000), *GATS: How the World Trade Organisation's New 'Services' Negotiations Threaten Democracy*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa.
- Sison, M. (2003), *Health system suffers brain drain*, <http://www.ipsnews.net/migration/stories/brainrain.html>.
- Stilwell, B. et al. (2004), *Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: Conceptual and practical challenges* (Ginebra, WHO).
- Sumanta Chaudhuri, Aaditya Matto, Richard Self, *Moving people to deliver services: How can the WTO help?* World Bank Policy Research Working Paper 3238, marzo de 2004.
- UNCTAD (1997), *Comercio internacional de servicios de salud: dificultades y oportunidades para los países en desarrollo*, documento de antecedentes.
- Venning, P. et al. (2000), *Randomized controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care*, *British Medical Journal* 320 (7241).
- Volqvartz, J. (2005), *The brain drain*, *The Guardian*, 11 de marzo.
- Vujicic, M. et al. (2004), *The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries*, *Human Resources for Health* 2, (3).

- 📖 WHA 58.33 *Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad.*
- 📖 Wibulpolprasert, S. (1999), *Inequitable distribution of doctors: Can it be solved?* in Human Resources for Health Development Journal, Vol. 3, No. 1, páginas 2 a 22.
- 📖 Wickramasekara, P. (2005), *Respuestas de política a las migraciones calificadas: Retención, retorno y circulación.* Perspectivas sobre Migraciones Laborales N.º 5S, OIT, Ginebra.
- 📖 Winkelmann-Gleed, A. (2006), *Migrant nurses. Motivation, integration and contribution,* Radcliffe, Oxford.
- 📖 Wiskow, C. (2005), *Management of international health worker migration: Instruments on ethical recruitment and other policy options.* Unpublished Mimeo, Ginebra.
- 📖 Whitehead, M. et al. (2001), *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?* Lancet 358: 833-6.
- 📖 WHO (2002), *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives,* Washington DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development.
- 📖 WHO y World Bank (2002), *Building strategic partnerships in education and health in Africa: Report on the Addis-Ababa Consultative meeting,* www.who.afro.who.int.
- 📖 WHO (2003), *International nurse mobility: Trends and policy implications,* International Council of Churches, and Royal College of Nursing, Ginebra.
- 📖 WTO (2001), *Market Access: Unfinished Business,* Special Studies 6, Ginebra.
- 📖 Xaba, J. y Phillips, G. (2001), *Understanding nurse recruitment: Final report* (Pretoria, DENOSA).
- 📖 Zewdie, D. (2005), *The HIV/AIDS Epidemic in Africa: Implications for Development,* United Nations Commission on Population and Development, Nueva York.