



**Conferencia de las
Naciones Unidas sobre
Comercio y Desarrollo**

Distr.
GENERAL

TD/B/COM.1/EM.1/2
7 de abril de 1997

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

JUNTA DE COMERCIO Y DESARROLLO
Comisión del Comercio de Bienes y Servicios
y de los Productos Básicos
Reunión de expertos en fortalecimiento de la
capacidad y aumento de las exportaciones
de los países en desarrollo en el sector
de los servicios: servicios de salud
Ginebra, 16 a 18 de junio de 1997
Tema 3 del programa provisional

COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD: DIFICULTADES
Y OPORTUNIDADES PARA LOS PAISES EN DESARROLLO

Nota de antecedentes de la secretaría de la UNCTAD

INDICE

<u>Capítulo</u>	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
RESUMEN	1 - 12	2
1. LAS NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL SECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD	13 - 22	5
2. MODOS DEL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD	23 - 80	8
a) Circulación de personas físicas	23 - 40	8
b) Circulación de consumidores	41 - 56	13
c) Presencia comercial extranjera	57 - 72	17
d) Comercio transfronterizo	73 - 80	20
3. ESTRATEGIAS DE EXPORTACION EN EL SECTOR DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	81 - 93	23

RESUMEN

1. En casi todos los países, incluidos los más desarrollados, el sector de la salud está en proceso de reestructuración. En países donde los servicios de salud se consideraban un derecho de todos que el Estado debía suministrar o garantizar, los presupuestos decrecientes y los costos cada vez más elevados han obligado a reducir la parte costeadada por el Estado en la cobertura de seguro, abriendo así la vía al sector privado. Esto ha aumentado las posibilidades para el comercio internacional en los servicios de salud, y varios países desarrollados han aprovechado las nuevas oportunidades comerciales en este sector.
2. Los países en desarrollo hacen frente a un problema aún más grave de reestructuración, a veces como consecuencia de las condiciones que acompañan a los programas del FMI/Banco Mundial, exacerbadas por el hecho de que grandes sectores de la población carecen por completo, o casi por completo, de los recursos necesarios para pagar un tratamiento médico, y no gozan de un fácil acceso a las atenciones médicas. Algunos países en desarrollo ven esta actividad comercial como un medio de aumentar los ingresos y fortalecer y mejorar los servicios nacionales de salud. Este tipo de intercambios les permiten aprovechar las ventajas competitivas, como son el personal especializado de menor costo, los factores culturales y los recursos naturales, así como sus técnicas medicinales propias.
3. La circulación de las personas físicas reviste particular importancia como "modo de suministro" de los servicios de salud. El desplazamiento del personal médico que quiere obtener mayores ingresos o mejorar su calidad de vida y sus condiciones de trabajo puede dar lugar a ingresos de exportación en forma de remesas, pero también puede provocar un "éxodo de cerebros" en los países donde no existen las mismas oportunidades. En muchos países el éxodo de nacionales se ve compensado por la afluencia de extranjeros, pero los países más pobres, entre ellos los menos desarrollados, son los más perjudicados, al verse en la incapacidad de reemplazar a los que se van. Los países que parecen más beneficiados por las exportaciones de este tipo son los que organizan la circulación en equipos, lo que a un mismo tiempo permite obtener ingresos de exportación y garantiza el regreso de las personas a sus países de origen, con los conocimientos que hayan adquirido. Puede ocurrir, paradójicamente, que se elaboren reglamentos de inmigración para facilitar la entrada de personal médico, y que éste después tropiece con dificultades para practicar su oficio porque no se reconocen sus calificaciones profesionales. Podría ser necesario establecer programas de estudio coherentes y normas profesionales mutuamente aceptables por los países, para facilitar la circulación futura de los profesionales de la salud.
4. La circulación de personas en condición de consumidores va en aumento y adopta formas distintas, puesto que ya no se limita a personas ricas de los países en desarrollo que van a recibir un tratamiento especializado en los países desarrollados. Los países en desarrollo están ideando estrategias para atraer a pacientes extranjeros. Aunque el principal obstáculo puede ser

la inseguridad propia de las personas que sufren de mala salud, la no transferibilidad internacional de las pólizas de seguros (oficiales y privadas) limita el tamaño del mercado explotable.

5. La exportación de servicios de enseñanza de la medicina, que antes era exclusiva de unos pocos países desarrollados, se está convirtiendo en un importante rubro comercial para algunos países en desarrollo. Con frecuencia los estudiantes acaban como personal médico residente en el país donde cursan sus estudios, y dejan así de ser importadores para pasar a ser exportadores.

6. El establecimiento de empresas extranjeras en el sector de la salud ha estado prohibido u obstaculizado tradicionalmente con diversas restricciones, entre ellas las llamadas pruebas de necesidad económica. Sin embargo, en muchos países la ampliación del sector privado de la salud ha ido acompañada de una apertura parcial del mercado a empresas extranjeras, a menudo con la intención de reducir los costos, aliviar la carga para el sector público e introducir nuevas tecnologías.

7. La penetración de los mercados extranjeros se ve facilitada por la aparición de nuevas formas de organización comercial, como las sociedades de seguros médicos, que han presionado a la baja los costos sanitarios.

8. La telemedicina posibilita el comercio de servicios de salud mediante el modo "transfronterizo". La telemedicina puede servir para proporcionar servicios médicos a los países pobres y a las regiones más aisladas de los países. Algunas empresas comerciales basan sus estrategias de exportación en este procedimiento.

9. La creciente mundialización del sector de los servicios de salud se refleja en la expansión del comercio en los cuatro modos de suministro. Los acuerdos regionales y subregionales han dado lugar a una liberalización más profunda. Las fuerzas de mercado están erosionando las reglamentaciones y las restricciones impuestas por los gobiernos y las asociaciones profesionales privadas. Sin embargo, persisten aún muchas restricciones al comercio internacional en este sector, como demuestra el número relativamente escaso de compromisos del AGCS a este respecto.

10. Muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo, están adoptando estrategias de exportación para los servicios de salud, y algunos liberalizan el acceso a sus mercados. No obstante, las limitaciones a la competencia basadas en consideraciones sociales, culturales y de desarrollo, que se observan en muchos sectores de servicios, son más intensas en el sector de servicios de salud, donde están en juego la vida de las personas y el bienestar de la población en general. Es necesario prever una "nueva generación" de reglamentaciones que facilite el incremento del comercio en este sector como medio de reducir los costos, al tiempo que garantiza un aumento de la calidad y la cobertura de la atención sanitaria.

11. Un cierto número de factores adicionales que influyen en la capacidad de los países en desarrollo y en su rendimiento comercial en el sector sanitario parecen ser de importancia similar en otros sectores de servicios, entre

ellos la circulación de personas como medio no sólo de suministrar servicios, sino también de mejorar el nivel de los conocimientos y la capacidad tecnológica. Asimismo, las tecnologías incipientes que facilitan el comercio transfronterizo y las formas más recientes de organización comercial para penetrar en los mercados extranjeros ofrecen nuevas oportunidades comerciales. Sin embargo, también aquí surgirán dificultades a la hora de elaborar reglamentaciones y prever compromisos que tengan en cuenta esta evolución. Además, esos factores ilustran la necesidad de aprovechar la función que puede ser mutuamente complementaria de los sectores público y privado y la importancia de las actuales actividades en el marco del AGCS, respecto del reconocimiento recíproco de las calificaciones profesionales.

12. El comercio del sector de servicios de salud pone de manifiesto la posición extremadamente vulnerable de los países más pobres, en particular los menos desarrollados, que por una parte padecen un "éxodo de cerebros" y por la otra carecen de acceso a las tecnologías avanzadas. Es preciso que la comunidad internacional intervenga directamente para evitar una ulterior erosión de la capacidad de esos países en los sectores de la salud y en otros sectores de servicios.

Capítulo 1

LAS NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL SECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD

13. Los gobiernos se ven enfrentados a un complicado conjunto de factores que siguen dificultando de un modo creciente el suministro de servicios de salud a sus poblaciones. En el mundo desarrollado en particular, las intervenciones médicas de elevado costo, junto con el envejecimiento de la población, han hecho que el rendimiento marginal de muchas intervenciones para la salud sea sumamente caro ¹. El ritmo de mundialización del comercio, los viajes y la migración, la tecnología y las comunicaciones, se ha acelerado espectacularmente en los dos últimos decenios, proporcionando ganancias para algunos y sumiendo a los otros en la marginación. Han aparecido problemas ecológicos que representan una amenaza cada vez más grave para la salud.

14. Según informa la Organización Mundial de la Salud (OMS), si bien en todo el mundo parecen haberse conseguido mejoras en el estado general de la salud, la cobertura sanitaria y el acceso a esos servicios, estas mejoras no han beneficiado a todos. De hecho, en los países en desarrollo ha aumentado el número de pobres, lo que a su vez ha dado lugar a una mayor disparidad potencial entre esos países y los países desarrollados en lo que se refiere al estado de la salud. Las proyecciones indican que hay un grave peligro de que las mejoras conseguidas no puedan sostenerse en el futuro.

15. Es un hecho cada vez más reconocido que las políticas económicas tienen repercusiones importantes en el estado general de salud. Las nuevas políticas tienden a reducir el gasto público en los programas del sector social, y si no se toman medidas compensatorias, podrían surtir efectos perjudiciales en la situación sanitaria. En los últimos años se han expresado graves preocupaciones acerca de las repercusiones del desarrollo económico, y en particular del proceso de ajuste estructural, tanto en el medio ambiente como en el progreso social en general, especialmente en lo tocante a la educación y la salud ². La mayor aceptación de los múltiples factores que contribuyen al estado general de la salud se ha plasmado en un cierto número de intentos de elaborar enfoques intersectoriales. Se trata de promover la interacción entre el sector de la salud y otros sectores como la agricultura, la educación, las finanzas, el comercio, el medio ambiente, etc.

16. Comoquiera que los recursos financieros escasean en todo el mundo, la necesidad de encontrar estrategias rentables y efectivas para el fortalecimiento de los sistemas de salud y las intervenciones sanitarias es cada vez más apremiante. Es de prever que la competencia entre los sectores se haga más intensa. La comprensión de las ventajas de un enfoque intersectorial y la participación de otros sectores en la elaboración de programas coordinados son pasos necesarios para la aplicación de medidas efectivas.

17. El entorno en que se establecen los sistemas sanitarios y las políticas de la salud ha cambiado radicalmente. En anteriores decenios, los gobiernos preveían largos períodos de reconstrucción nacional, crecimiento económico y

una distribución más amplia de la prosperidad. El lema del desarrollo era "redistribución con crecimiento". La ortodoxia económica y la filosofía del desarrollo han cambiado. En todos los continentes se observa una redefinición y una reducción del papel del Estado. Cada vez se recurre más a los mecanismos de mercado para orientar las economías nacionales, en detrimento del sector público. Estos cambios se han producido también en el sector de la salud, donde se registra un aumento de la participación del sector privado en la financiación, producción y prestación de servicios de salud y de atención sanitaria. En algunos países se están vendiendo instituciones públicas al sector privado, y nuevas instituciones privadas sustituyen a las anteriores o las complementan. Se alientan los planes de seguros y la financiación comunitaria, así como los proveedores privados. Sin embargo, los gobiernos habrán de afrontar el nuevo desafío de seguir dirigiendo y regulando el sector de la salud, incluidos los proveedores privados, en beneficio de la salud pública.

18. El equilibrio cambiante entre el sector público y el sector privado es causa de inquietud en lo relativo a la equidad y el acceso a los servicios, especialmente para las poblaciones más necesitadas. La mayoría de los gobiernos han emprendido iniciativas de reforma del sector de la salud, que comprenden exámenes fundamentales de la financiación, organización y gestión de sus sistemas. La búsqueda de nuevas asociaciones y fuentes de ingresos son parte integrante de estas reformas.

19. Estas cuestiones afectan de modos distintos a los países, y la capacidad de abordarlas depende en parte del entorno socioeconómico y político del país de que se trate.

20. Las cuestiones esenciales a que hacen frente un cierto número de países en desarrollo pobres tienen que ver con la escasez de recursos financieros, materiales y humanos. Esto se ve agravado por las condiciones económicas desfavorables y la pérdida de personal capacitado, que emigra a otros países. Asimismo, muchos países carecen de tecnología suficiente, y en otros la concentración de la alta tecnología aprovecha solamente a una pequeña parte de la población. Los países buscan oportunidades de conseguir capitales extranjeros y reforzar su capacidad de satisfacer las necesidades de sus poblaciones; entre las oportunidades consideradas figura el comercio en el sector de la salud. Los países tratan de encontrar sectores en los que gocen de una ventaja comparativa que les sirva de base para el desarrollo de servicios de exportación.

21. La posición competitiva de un servicio de salud dependerá de muchos factores: estructura de costos, disponibilidad y nivel de conocimientos de los recursos humanos, diferenciación de los servicios y disponibilidad de tecnología y servicios sanitarios. Estas ventajas comparativas se complementan con otros factores como son la proximidad geográfica, las afinidades culturales y lingüísticas, los recursos naturales y la capacidad de aprovechar las ventajas en el mercado.

22. Los beneficios que pueden derivarse del aprovechamiento de las oportunidades comerciales deben sopesarse con los posibles efectos negativos.

Por ejemplo, la creación de un servicio privado con la tecnología más avanzada para atender a los ricos o a los extranjeros aumentará la tecnología disponible en el sistema sanitario, pero no es probable que contribuya a mejorar el acceso a los servicios de salud de la población en general, salvo que se asigne al sector público una proporción determinada de las camas o los servicios. Desde un punto de vista competitivo, la disponibilidad de tecnología es importante para el atractivo de un país o un establecimiento sanitario. Desde el punto de vista de la salud pública, hay que encontrar el equilibrio justo entre la necesidad de invertir en tecnología para garantizar un nivel moderno y efectivo de atención sanitaria, y la de evitar un gasto excesivo. Es evidente que, a medida que los países exploran las oportunidades comerciales en los servicios de salud, deben preverse no sólo las reglamentaciones correspondientes para permitir estas operaciones sino también, lo que es más importante, leyes y reglamentos que favorezcan los valores de una política sanitaria nacional, como son la equidad y la sostenibilidad.

Capítulo 2

MODOS DEL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD

a) Circulación de personas físicas

23. Con arreglo al Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), los servicios de salud son los siguientes: servicios médicos y odontológicos; servicios proporcionados por comadronas, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico; servicios hospitalarios, y otros servicios relacionados con la salud humana.

24. La circulación temporal de personal para proporcionar servicios en el extranjero es un modo del comercio de servicios de salud relativamente más importante debido a la naturaleza de estos servicios, que son esencialmente de alta densidad de mano de obra, a la escasez de personal en muchos países y a la circunstancia de que los servicios de salud, a diferencia de otros muchos servicios profesionales (por ejemplo los servicios jurídicos o contables) se basan en gran parte en un conocimiento científico universal.

25. Los profesionales de la salud se desplazan para mejorar sus condiciones de vida o de trabajo y conseguir una remuneración más lucrativa, con frecuencia pasando del sector público al sector privado. Otro motivo puede ser el deseo de adquirir calificaciones profesionales más elevadas o de aprender nuevas técnicas que no existen en el país de origen. Los empleadores tratan de adquirir conocimientos técnicos que escasean en el país ³. La circulación de los profesionales de la salud puede compensar la escasez en los países receptores, y las remesas mejorar el nivel de vida en los países de origen de estos profesionales. Así pues, mientras que la emigración permanente del personal sanitario representa un "éxodo de cerebros" de los países en desarrollo, la circulación temporal puede contribuir a una elevación general del nivel de los conocimientos técnicos cuando las personas que regresan reanudan sus actividades.

26. Se calcula que los países en desarrollo proporcionan el 56% de los médicos migrantes y reciben menos del 11% ⁴. La dirección de los flujos ha cambiado con el tiempo. Mientras que en los años 60 los médicos que trabajaban en el extranjero procedían en su mayor parte de los países desarrollados, ahora provienen sobre todo de los países en desarrollo, y especialmente de Asia ⁵. En muchos países se observan flujos a la vez de entrada y de salida de personal sanitario. Por ejemplo, el Reino Unido exporta a los Estados Unidos auxiliares de enfermería e importa enfermeras (por ejemplo, de Irlanda y de la India) para cubrir los déficit internos de esta clase de personal; Jamaica exporta enfermeras a los Estados Unidos, e importa enfermeras de Nigeria y Myanmar. Así pues, son los países de menores ingresos los que pagan mayormente las consecuencias del "éxodo de cerebros", al no poder atraer a personal de reemplazo. Por ejemplo, en Sudáfrica el personal médico ha emigrado al Reino Unido, el Canadá y los Estados Unidos, o ha pasado del sector público al sector privado del país. La escasez resultante en el sector público se cubrió en un primer momento con personal de los países vecinos; sin embargo, como esto suponía una inaceptable sangría

de personal capacitado de los vecinos más pobres, el Gobierno sudafricano contrató a personal médico de Cuba para trabajar en zonas aisladas. Con objeto de detener el éxodo de cerebros, se ha concertado un arreglo según el cual médicos de Mozambique trabajan a tiempo parcial en Sudáfrica (aunque siguen siendo residentes en Mozambique) para complementar sus ingresos. A menudo profesionales de la salud de países en desarrollo constituyen gran parte de la mano de obra no capacitada del sector sanitario del mundo desarrollado, independientemente de cuáles sean sus calificaciones.

27. Algunos estudios recientes han señalado la saturación de los mercados de los países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos y en la Unión Europea, para ciertas categorías de profesionales de la salud ⁶. No obstante, aún puede haber nuevas oportunidades en ciertos sectores, como la atención sanitaria de los ancianos y las personas impedidas o de los pacientes aquejados de drogadicción o de alcoholismo, y los servicios médicos en zonas aisladas. Las afinidades culturales y la proximidad geográfica facilitan la circulación del personal sanitario en el extranjero.

Obstáculos reales o potenciales al comercio

28. Las restricciones a la circulación del personal de salud pueden deberse a las pruebas de necesidad económica, las prácticas discriminatorias en materia de concesión de licencias, la acreditación, el reconocimiento de calificaciones profesionales extranjeras, los requisitos de nacionalidad y de residencia, los requisitos impuestos por los Estados y las provincias, los reglamentos de inmigración, el acceso a exámenes para completar las calificaciones, los controles de divisas que afectan a la repatriación de las ganancias y la reglamentación discriminatoria de los honorarios y los gastos.

29. La prueba de necesidad económica (PNE) condiciona la entrada temporal a que ningún residente/nacional del país receptor esté disponible y capacitado para llevar a cabo la misma tarea. En el marco del AGCS, una PNE que el artículo XVI define como un obstáculo al acceso a los mercados aparece frecuentemente como reserva en los compromisos relativos a la circulación de personas físicas, incluidas las personas trasladadas dentro de una misma empresa y los profesionales independientes que trabajan por contrata. Una PNE surte los efectos de una restricción contingentaria, puede ser cualitativa o cuantitativa y tiene en cuenta las características actuales de la población y la capacidad de los servicios de asistencia sanitaria.

30. Los regímenes de licencias pueden impedir la entrada de extranjeros mediante el no reconocimiento de sus calificaciones profesionales o la imposición de normas discriminatorias, más estrictas y de mayor costo. El régimen de licencias y el reconocimiento de calificaciones son especialmente complicados cuando no existe un organismo nacional encargado de las licencias, y la concesión de una licencia para la práctica de la medicina es responsabilidad del Estado o de las autoridades provinciales, a través de sus órganos competentes. El requisito del registro o la participación en organizaciones profesionales puede suponer otro obstáculo para las personas que deseen prestar un servicio con carácter temporal.

31. En los Estados Unidos, por ejemplo, los requisitos de concesión de una licencia para la práctica de la medicina a quienes hayan obtenido sus calificaciones en otro país varían según el Estado de que se trate; algunos Estados autorizan la práctica de la medicina a titulados de universidades extranjeras, previo examen escrito. Los candidatos deben someterse también al examen de la Educational Commission for Foreign Medical Graduates (Comisión Educativa para los Titulados de Medicina en el Extranjero) y pasar un período de estudios superiores de medicina en un hospital de los Estados Unidos. Muchos Estados conceden una licencia para la práctica de la medicina a los titulados de facultades de medicina acreditadas del Canadá

7.

32. En el Canadá, los requisitos de concesión de una licencia para la práctica de la medicina a quienes hayan obtenido sus calificaciones en el extranjero varían según la provincia de que se trate. Además, los extranjeros deben obtener una certificación del ministerio provincial competente conforme a la cual se necesitan sus servicios profesionales. Las enfermeras tituladas que deseen trabajar como profesionales en el Canadá deberán obtener una licencia provincial a este efecto. El permiso de trabajo expedido al entrar en el país puede tener una duración máxima de un año. Es posible obtener prórrogas de un año, a discreción del oficial de inmigración. El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) prevé la circulación temporal de los profesionales de la salud.

33. En la Unión Europea está prohibido el trato discriminatorio de nacionales de otros Estados miembros por razón de su nacionalidad, con respecto al establecimiento y el suministro de servicios. Varias directivas se refieren a los proveedores de servicios de salud (Directiva N° 77/452/CE, sobre las enfermeras encargadas de la atención sanitaria general, Directiva N° 78/1026/CE, sobre los cirujanos veterinarios, Directiva N° 80/154/CE, sobre las comadronas, Directiva N° 85/433/CE, sobre los farmacéuticos). La Directiva N° 93/16/CE del Consejo, de 5 de abril de 1993, tiene por objeto facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus títulos, diplomas u otras pruebas de sus calificaciones formales. Esta Directiva prevé disposiciones para facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y la libertad de suministrar servicios con respecto a la práctica de la medicina, y establece mecanismos de convergencia y coordinación. Se han hecho propuestas para examinar los problemas de los nacionales de la Comunidad que poseen calificaciones médicas obtenidas en un tercer país ⁸. La Directiva N° 89/48/CE del Consejo, de 21 de diciembre de 1988, determina un sistema general para la equivalencia de los diplomas universitarios, con objeto de garantizar la libertad efectiva de establecimiento en la Comunidad. El artículo 3 es la principal disposición de esta Directiva, y establece la norma general de que una persona que tenga derecho a ejercer la profesión en el Estado miembro de origen, tendrá igualmente derecho a que se reconozca su título para ejercer la misma profesión en el Estado hospedante. Con ello se crea el derecho al reconocimiento, que los particulares pueden alegar directamente ante las autoridades nacionales, tanto administrativas como judiciales. El sistema se basa en el principio de la confianza mutua y la comparabilidad de los niveles de formación; sin embargo, cuando existan importantes diferencias

estructurales entre los estudios académicos, el Estado miembro hospedante estará autorizado a exigir una equiparación, en forma de un período de adaptación y una prueba de aptitud ⁹.

34. Si bien las asociaciones profesionales son esenciales para mantener las normas y la calidad del servicio, con frecuencia han tratado de mitigar la competencia de precios y limitar la entrada de nuevos profesionales. Por ejemplo, la American Medical Association solía exigir introducir una cláusula en los contratos para la práctica de la medicina según la cual no era ético que un médico tratase a pacientes con un contrato asalariado en un hospital o un centro de atención sanitaria controlados por personas no tituladas en medicina. Tampoco se consideraba ético que un médico aceptase una compensación insuficiente, en relación con las tarifas habituales de honorarios en la comunidad. Hay profesionales que se han servido del control sobre planes médicos o empresas de seguros para discriminar contra competidores potenciales en el mercado interno y en el extranjero. No obstante, las fuerzas de mercado están erosionando las restricciones impuestas por las asociaciones profesionales. Debe observarse que algunas acciones colectivas son legítimas y tienen por finalidad mantener las normas y la calidad.

35. La falta de información, o la información incompleta, pueden impedir que los profesionales de la salud encuentren oportunidades de trabajo en el exterior. En respuesta a este problema, varias empresas especializadas están buscando activamente a personal médico que pueda trabajar en el extranjero.

36. Con frecuencia los reglamentos prohíben que los profesionales de la salud hagan publicidad de precios, descuentos y servicios. Acabar con esta limitación podría ser un medio importante de promover la competencia; por otra parte, estos reglamentos tienen por objeto mantener la calidad, combatir el fraude e impedir que el consumidor salga perjudicado.

Compromisos del AGCS

37. La mayoría de los compromisos del AGCS con respecto a la entrada y la estancia temporal de personas físicas no se refieren a un sector determinado y, por consiguiente, es difícil apreciar cómo afectarán al personal sanitario ¹⁰. Los compromisos relativos a la circulación de personas físicas suelen incluir requisitos de entrada para tres categorías principales de personal: visitantes de negocios, personal destinado a crear una presencia con miras a un futuro establecimiento, y traslados internos de las empresas, así como una cuarta categoría, el personal de ocupaciones especializadas. Con la cuarta categoría se podría prever un cierto acceso limitado a los profesionales de la salud, por ejemplo, en los sectores de los consultores de gestión, investigación y desarrollo, y servicios de educación sanitaria. Hasta ahora sólo unos pocos países han contraído compromisos en el sector del personal de ocupaciones especializadas.

38. Algunos de los obstáculos comerciales mencionados se infieren claramente de las limitaciones de acceso al mercado y trato nacional que figuran en los compromisos del AGCS. Además, la entrada y la estancia temporal de personal independiente de atención sanitaria no suelen estar previstos en esos compromisos. Unos pocos compromisos prevén la circulación de personas físicas pertenecientes a los servicios médicos y odontológicos; por ejemplo, la Comunidad Europea (CE), en el subsector de servicios profesionales, ha previsto compromisos relativos a: i) servicios médicos, odontológicos y de comadronas (CPC 9312, 93191); ii) servicios veterinarios (CPC 932); iii) enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico (CPC 93191), y iv) farmacéuticos. Los compromisos relativos al personal de la categoría i) están comprendidos en los modos de suministro correspondientes a la presencia comercial y la circulación de personas. En lo referente a la presencia comercial extranjera, algunos países miembros limitan el acceso a las personas físicas o a las asociaciones profesionales de personas físicas. Con el modo de suministro de personas físicas se aplican los requisitos de residencia o nacionalidad, PNE o autorizaciones limitadas ¹¹.

39. Los compromisos específicos relativos a este modo de suministro demuestran que pocos países han consolidado sus leyes y reglamentaciones sobre la inmigración; hay, pues, cierto margen para mejorar las concesiones sin modificar en la práctica la legislación pertinente. De hecho, algunos países han introducido disposiciones en sus leyes sobre la inmigración para facilitar la entrada temporal de ciertos tipos de personal médico. En los Estados Unidos, por ejemplo, se conceden visados H1A a enfermeras extranjeras que no son inmigrantes y que ocupan temporalmente posiciones permanentes; este visado no requiere la certificación del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos. Una Ley de 1994 autoriza a los departamentos de salud pública de los Estados a conceder exenciones para un máximo de 20 médicos al año, que trabajen en zonas donde escasean los profesionales de la atención sanitaria ¹².

40. En Australia, de las 24 principales clases de visados de residencia temporal y permisos de entrada, por lo menos 9 corresponden a la entrada temporal de personal especializado, incluido el personal docente, profesores visitantes, profesionales de la medicina y conferenciantes públicos. En el Japón, además de las personas enviadas para establecer una presencia comercial y de los traslados internos de las empresas, pueden concederse visados temporales de entrada con permiso de trabajo para 13 categorías de personas, entre ellas los profesores universitarios dedicados a la investigación y la docencia, los proveedores de servicios médicos y los investigadores. En el Reino Unido existe un régimen regulatorio para personas no nacionales de la CE, que autoriza la concesión de permisos de trabajo a profesionales licenciados, personal administrativo y ejecutivo, técnicos muy calificados con una especialización, trabajadores expertos especializados y auxiliares de los hospitales. Estas categorías están sujetas a una prueba de las necesidades del mercado de trabajo y, en el caso de los auxiliares de los hospitales, a un régimen de contingentes ¹³.

b) Circulación de consumidores

41. Esta modalidad del comercio de servicios sanitarios comprende principalmente los servicios proporcionados a pacientes extranjeros; no obstante, los servicios educativos para a estudiantes extranjeros pueden considerarse también incluidos en este concepto.

42. En el caso de la circulación de los pacientes, el obstáculo más importante es la inseguridad emocional de las personas enfermas, que no desean alejarse de sus familias y son especialmente sensibles a las diferencias culturales y lingüísticas. Otro factor de disuasión para las personas que deseen ir a otro país a recibir cuidados médicos, es el hecho de que en la mayoría de los casos los sistemas de salud pública y las pólizas de seguros privadas no incluyen el tratamiento en el extranjero (con la excepción de algunos planes privados de seguros "de lujo", que prevén el tratamiento en el extranjero, pero con primas muy elevadas, y algunas pólizas de seguros que cubren la asistencia sanitaria recibida en el exterior en casos de urgencia, en ocasión de viajes de negocios o vacaciones). Esto limita el mercado actual para el comercio en forma de circulación de pacientes a determinadas categorías de consumidores. Así pues, los enfermos podrían ir al extranjero a cuidarse si su seguro de enfermedad no cubriese, o cubriese parcialmente, el tratamiento necesitado, o si éste no se proporcionara en el país. No obstante, como tendrían que pagarlo quizás prefiriesen ir a un lugar donde la relación calidad/precio fuera más favorable que en el país de origen. La cobertura del seguro puede ser un factor menos importante que las largas listas de espera de los servicios médicos, o la sensación del enfermo de que la calidad de los servicios prestados por las instituciones extranjeras es mucho mejor que la de las instituciones nacionales, y está dispuesto y es capaz de pagar por ello, lo cubra o no su seguro.

43. Los pacientes que van a cuidarse al extranjero pueden pertenecer a las siguientes categorías: i) los que van al extranjero para recibir un tratamiento especializado o quirúrgico con una tecnología adelantada que quizás no exista en su país de origen, o para ingresar en un centro de salud prestigioso; ii) los que desean pasar la convalecencia en otro país; iii) los que van a un lugar determinado para aprovechar sus recursos naturales, como los balnearios o las aguas termales, y están dispuestos a simultanear el tratamiento médico con otras actividades, como el turismo recreativo; iv) los que viajan para recibir tratamiento médico u odontológico como pacientes externos, y desean un tratamiento de calidad similar al que podían recibir en su país de origen pero menos costoso, o servicios determinados que no existen en el país de origen: grupos importantes de esta categoría son los emigrantes y los habitantes de territorios fronterizos; v) personas ancianas que van a vivir a países donde la vida es menos cara y el clima es mejor que en el país de origen, y personas que han vivido muchos años en el extranjero y se jubilan en su país de origen. Muchos consideran que los jubilados constituyen el mayor mercado potencial para los países en desarrollo, y la atención sanitaria que estos países sean capaces de proporcionar influirá en su capacidad de atraer a las

personas de la tercera edad. Sin embargo, un importante obstáculo a la jubilación en el extranjero es la no transferibilidad de los seguros de enfermedad ¹⁴.

44. Elementos tales como una amplia red de transportes, un idioma o cultura común o similar, una relación amistosa entre el médico y el paciente, información fácilmente disponible sobre los servicios sanitarios extranjeros y vínculos con los del país de origen contribuyen en todos los casos a hacer más atractiva la opción de irse a cuidar a un país extranjero. Por otra parte, los requisitos de visado, las restricciones cambiarias o la necesidad de obtener autorización para los gastos médicos pueden disuadir a muchos pacientes de ir al extranjero a recibir atención médica.

45. Los países que tradicionalmente han atraído pacientes extranjeros son los países desarrollados que pueden ofrecer proveedores sanitarios de fama internacional, tratamientos especializados y una tecnología de punta. Sin embargo, existe una fuerte competencia entre esos países en lo relativo al precio de los tratamientos ¹⁵. Algunos países en desarrollo están tratando activamente de atraer a clientes extranjeros, confiados en su capacidad de ofrecer una buena atención sanitaria a precios muy inferiores a los de los países desarrollados. Otros tratan de introducirse en el mercado internacional de los servicios sanitarios apoyándose en el carácter singular del tratamiento que pueden ofrecer o en sus características naturales, geográficas y culturales; no obstante, estos elementos suelen combinarse con ventajas de precios ¹⁶.

46. La Unión Europea ha tratado de resolver el problema de la no transferibilidad de los seguros estatales de enfermedad mediante un sistema consistente en proporcionar prestaciones de enfermedad en especie, según la legislación del país en el que reside o se encuentra un ciudadano de la UE, como si este ciudadano estuviera asegurado en dicho país. Estas prestaciones pueden ser más o menos ventajosas que las proporcionadas por el país donde el ciudadano está realmente asegurado. Una vez proporcionado el servicio, se presenta la factura al seguro de enfermedad del país de origen ¹⁷. En otros países (por ejemplo, Egipto, Jordania o Costa Rica) puede autorizarse a los pacientes a recibir tratamiento en el extranjero con cargo al sistema sanitario nacional, cuando dicho sistema no esté en condiciones de proporcionar el tratamiento necesitado; no obstante, el procedimiento para obtener la autorización puede ser largo y engorroso. Algunos países, entre ellos ciertos Estados miembros de la UE, han firmado acuerdos bilaterales que prevén la transferibilidad total o parcial del seguro estatal de enfermedad.

47. Hasta hace unos años se preveía que la circulación de pacientes iría en aumento, porque se suponía que la demanda de cuidados altamente especializados iba a ser cada vez mayor y el número de instituciones sanitarias capaces de proporcionarlas sería limitado. Sin embargo, las tendencias de otros modos de suministro que se examinan más adelante, especialmente la presencia comercial y el comercio transfronterizo, podrían atenuar la motivación de los pacientes para viajar a países extranjeros, o reducir la duración de su estancia en esos países.

48. En cambio, la tendencia mundial al aumento de los costos médicos y la disminución de los presupuestos de la salud pública, con la consiguiente reducción de la cobertura sanitaria, podrían inducir a más pacientes a buscar tratamientos en países donde la relación calidad/precio fuera más ventajosa que en sus países de origen. El esfuerzo por mantener bajo control los costos de la salud puede obligar a las organizaciones sanitarias de los países desarrollados a incluir en sus redes a instituciones sanitarias de países en desarrollo, capaces de proporcionar un tratamiento médico a precios competitivos. La reducción de la cobertura de la salud pública conduce a la expansión de los seguros privados, que pueden incluir el tratamiento en el extranjero ¹⁸.

49. El exceso de capacidad en algunos países, en particular los Estados Unidos, que se refleja en el número de camas de hospital, ha dado lugar a importantes operaciones de comercialización para llegar hasta los eventuales pacientes extranjeros. De modo análogo, en los países donde la medicina estaba controlada anteriormente por el Estado, los esfuerzos de las instituciones sanitarias para atraer clientes extranjeros que puedan hacer un gasto elevado empiezan a dar fruto.

50. En los compromisos del AGCS sobre el comercio de los servicios de la salud, el consumo en el exterior suele autorizarse sin limitación, pero algunos países (como Bulgaria, Polonia y los Estados Unidos) han indicado restricciones a la cobertura de los planes estatales de seguros fuera del país.

51. Como los estudiantes prefieren estudiar en su país a fin de evitar problemas futuros de certificación de los diplomas y obtención de licencias para practicar su profesión, este tipo de circulación de consumidores se produce sobre todo cuando en el país de origen no hay instituciones de enseñanza de la medicina; cuando el costo de la formación médica o paramédica varía mucho entre los países; cuando los estudiantes no pueden satisfacer los requisitos de las escuelas de medicina de su país, o cuando desean obtener un nivel más elevado de educación que pueda facilitarles el acceso al mercado de trabajo del país en que han estudiado, o les depare más posibilidades de obtención de ingresos en su país de origen. En algunos casos, los estudiantes extranjeros se hacen "residentes" (médicos titulados en formación que prestan servicios), dejando así de ser importadores de servicios para pasar a ser exportadores, pero permaneciendo en la misma institución.

52. De ordinario, la fuerza de atracción de estudiantes extranjeros de los países desarrollados se basa principalmente en el renombre internacional de sus instituciones o en el carácter singular de la formación que pueden ofrecer, pero el costo es cada vez más un factor competitivo. Algunos países en desarrollo hacen valer también la buena reputación de sus escuelas o la formación especial que ofrecen -junto con el factor costo- para atraer a estudiantes extranjeros. Los vínculos establecidos entre los estudiantes extranjeros y los hospitales en los que estudian o se forman pueden contribuir más adelante, de modo considerable, al envío a estas instituciones de enfermos de los países de origen de los estudiantes.

53. Diríase que los criterios primordiales para elegir una institución extranjera son su reputación, el costo y la disponibilidad de financiación. Otros factores como el idioma, las afinidades culturales y la proximidad geográfica desempeñan también un papel importante. En algunos casos, como ocurre por ejemplo con la medicina china tradicional, lo que atrae a los estudiantes extranjeros es el carácter singular de la formación ofrecida. La opción de ir al extranjero a recibir educación o capacitación dependerá asimismo de la medida en que el país de origen reconozca los títulos extranjeros ¹⁹.

54. Las cuestiones relativas al reconocimiento de los títulos suelen ser muy delicadas. Ello se debe a las diferencias objetivas en los programas de estudios ofrecidos por los diversos países o instituciones, y también a la resistencia de las asociaciones de profesionales de la salud a abrir los mercados internos a estudiantes que han cursado sus estudios en el extranjero, sobre todo cuando no hay escasez de personal médico formado en las escuelas locales. Sin embargo, las asociaciones profesionales ejercen una acción benéfica al garantizar que los profesionales de la salud se ajustan a ciertas normas de calidad. Las instituciones de países que atraen a estudiantes extranjeros gracias sobre todo al bajo precio de las matrículas y a la falta de selección previa corren el riesgo de ser penalizadas si, al propio tiempo, no pueden dar garantías de la calidad de la enseñanza/formación proporcionada y de los criterios aplicados para la concesión de diplomas.

55. Ciertos países (como, por ejemplo, el Reino Unido ²⁰ o los Estados Unidos) tienen una larga tradición de enseñanza y formación de estudiantes extranjeros, mientras que otros han accedido recientemente a ese mercado (por ejemplo, Australia) ²¹. Otros países, como China, que impartían tradicionalmente enseñanza y formación a estudiantes extranjeros en el marco de programas de cooperación técnica, empiezan ahora a aplicar un criterio comercial. En cambio, algunos países como el Brasil siguen recibiendo a estudiantes extranjeros en el marco, principalmente, de acuerdos de asistencia técnica o de otro tipo.

56. La afluencia de estudiantes de países en desarrollo que van a estudiar a otros países parece ir en disminución, puesto que varios de aquellos países han fundado escuelas médicas y paramédicas para satisfacer la demanda nacional ²². Además, el uso de la tecnología de la información, y en particular de la telemedicina, afecta a la circulación de los estudiantes al poder éstos utilizar servicios educativos interactivos y mejorar su educación sin necesidad de ir al extranjero. Con todo, si bien hace algunos años los estudiantes de las profesiones de la salud se concentraban en las facultades de medicina y odontología, o en las escuelas de enfermeras, ahora podrían considerar la posibilidad de matricularse en nuevas disciplinas, como la gestión de los servicios sanitarios o la administración de las casas de salud. Como la mayoría de los países en desarrollo no pueden proporcionar todavía una adecuada enseñanza y formación en estas nuevas disciplinas, es posible que un cierto número de estudiantes consideren la conveniencia de ir al extranjero a seguir este tipo de estudios/formación.

c) Presencia comercial extranjera

57. Este modo comprende el establecimiento de una presencia comercial en un mercado extranjero para proporcionar servicios relacionados con la salud a clientes de dicho mercado. Puede dividirse en las siguientes categorías: i) presencia comercial extranjera en el sector de la explotación/gestión de los hospitales; ii) presencia comercial extranjera en el sector de los seguros de enfermedad; iii) presencia comercial extranjera en el sector de la educación, y iv) presencia comercial extranjera para una finalidad específica.

58. En la mayoría de los países, la inversión extranjera en el sector sanitario ha sido objeto de considerables restricciones, cuando no era prohibida. Sin embargo, muchos países han empezado a abrir sus mercados a la presencia extranjera en diversas formas, y a favorecer la competencia como medio de conseguir mejores servicios sanitarios, reducir la escalada de los precios y aliviar parte de la presión sobre el sector público. Además, las nuevas técnicas comerciales han facilitado la participación extranjera con un mínimo de inversión efectiva.

59. Presencia comercial extranjera en el sector de la explotación/gestión de los hospitales. Las empresas de gestión de los hospitales suelen tratar de instalarse en países que cuentan con leyes liberales en materia de inversión, están abiertos a las iniciativas mixtas y tienen elevados ingresos por habitante o una proporción suficientemente grande de la población que puede permitirse un tratamiento médico privado.

60. La mayoría de los proveedores de servicios de salud se han establecido en países extranjeros mediante empresas mixtas con asociados locales o con inversores locales y de terceros países. La adquisición de servicios es un método de establecer una presencia comercial pero en muchos países está limitada, y los contratos de gestión y de concesión de licencias se están convirtiendo en el método preferido para el establecimiento comercial de los servicios hospitalarios. De ordinario se procura obtener la participación de un asociado local, para tener acceso a personal médico local colegiado que cuente con la formación adecuada. Además, un asociado local ayuda a establecer contactos y a conseguir clientes.

61. Una característica importante de la presencia comercial en la explotación/gestión de los hospitales es la participación de empresas que tradicionalmente se dedican a actividades distintas de los servicios sanitarios, como la gestión o la farmacia. Esta tendencia indica que la explotación/gestión de los hospitales se considera un sector en crecimiento, que ofrece condiciones ideales para la diversificación. Otra tendencia cada vez más presente es la contratación de empresas no pertenecientes al sector de la salud para llevar a cabo servicios sanitarios auxiliares.

62. Presencia comercial extranjera en el sector de los seguros de enfermedad. Hasta hace poco los planes privados de seguros de enfermedad no tenían mucha proyección exterior, debido en parte a que el mercado era limitado, pero

también a que en algunos países había reglamentaciones que limitaban o prohibían la inversión extranjera privada en los seguros de enfermedad.

63. En el Brasil, por ejemplo, el mercado de seguros de enfermedad se abrió al capital y las empresas extranjeras en mayo de 1996, en el contexto del intento gubernamental de elevar la calidad de los servicios de salud, disminuir los precios y establecer un nivel adecuado de competencia en el mercado ²³. No obstante, los precios no han bajado como se preveía, debido principalmente a que las empresas extranjeras de seguros no están autorizadas a invertir en hospitales, y por consiguiente el mercado sigue estando caracterizado por una muy limitada competencia.

64. Otra técnica para penetrar en los mercados extranjeros es la de los servicios de "atención controlada", que conjugan la gestión y los seguros. Este sistema integra en grados variables la financiación y la prestación de asistencia médica mediante contratos con un cierto número de médicos y hospitales y vinculaciones con las compañías de seguros (la mayoría de las "sociedades de seguros médicos" son establecidas por las grandes compañías de seguros) con objeto de proporcionar servicios completos de atención sanitaria a sus miembros, a cambio de una prima mensual predeterminada ²⁴. Así se consigue que tanto los proveedores como el mercado sean cautivos, pero al mismo tiempo se reducen los gastos médicos generales al exigirse a los facultativos participantes que prevean el tratamiento de menor costo. En algunos países, personas que de ordinario no podrían pagar un seguro privado pueden asociarse a los planes de atención controlada, con lo que se alivia la presión sobre el sector público. Por otra parte, estos planes pueden hacer que los médicos se pasen del sector público al sector privado. Las empresas de atención controlada son mal vistas por los profesionales independientes, que temen una limitación de su autonomía, de sus ingresos y de la calidad del tratamiento médico, aunque les resulta difícil competir con este tipo de empresas.

65. Presencia comercial extranjera en el sector de la educación. Algunas escuelas de medicina acreditadas se están estableciendo en países extranjeros, entre ellos países en desarrollo, de ordinario mediante la constitución de empresas mixtas con las escuelas locales. Este tipo de presencia comercial extranjera suele ir acompañada del desplazamiento de los proveedores (por ejemplo, los profesores) y los consumidores (por ejemplo, los estudiantes que se trasladan de la sede a las filiales, y viceversa). El interés para el país receptor estriba en la posibilidad de diferenciar y mejorar los planes de estudio para sus estudiantes/personal médico, mientras que el interés para la institución exportadora consiste en tener acceso a nuevas fuentes de ingresos, adquirir renombre en el extranjero y evitar el excesivo número de estudiantes en la sede central.

66. Presencia comercial extranjera para una finalidad específica. A veces ocurre que las empresas se establecen en el extranjero con la finalidad, por ejemplo, de mejorar los servicios sanitarios en el marco de los programas de financiación multilateral. Este tipo de presencia comercial está limitada en

el tiempo, ya que las empresas extranjeras acostumbran a irse del país hospedante una vez han completado las actividades específicas para las que fueron llamadas.

Compromisos del AGCS

67. Con arreglo a los compromisos contraídos en el marco del AGCS, todos los Estados miembros de la Unión Europea mantienen una forma u otra de limitaciones basadas en la necesidad económica, en relación con el establecimiento de nuevos servicios hospitalarios ²⁵. Además, casi todos los miembros de la UE dan preferencia a los intereses locales sobre los extranjeros cuando se trata de establecer una presencia comercial. Puede suceder que se conceda un trato menos favorable a las personas o entidades extranjeras con respecto a la adquisición de bienes inmuebles o a la inversión en entidades de asistencia sanitaria ²⁶.

68. En los Estados Unidos, el establecimiento de hospitales u otros servicios de atención sanitaria puede estar sujeto a límites cuantitativos, basados en la necesidad económica. El Canadá no ha contraído compromisos sobre ningún tipo de servicio sanitario. El Japón limita la propiedad de los hospitales y de las clínicas a los nacionales/médicos colegiados o a grupos de personas de las cuales una por lo menos sea un médico japonés colegiado. Además, está prohibida la propiedad privada de hospitales con miras a su explotación comercial. Las reglamentaciones son menos estrictas en el sector de las residencias para ancianos, en el que las empresas extranjeras se benefician del espectacular aumento de la población de más de 65 años de edad en el Japón, y de la escasez nacional de residencias para la tercera edad y otros servicios de atención sanitaria a largo plazo ²⁷.

69. En el Brasil, según la Constitución de 1988 las empresas extranjeras no pueden ser propietarias de hospitales ni de clínicas. En México, la inversión extranjera está autorizada hasta un máximo del 49% del capital social de las empresas. En la India, las empresas extranjeras sólo pueden establecerse previo registro como sociedades mercantiles, y el límite máximo de la participación extranjera es del 51% del capital en acciones. Malasia aplica pruebas de necesidad económica; las compañías extranjeras tienen que establecer empresas mixtas con nacionales de Malasia o con empresas bajo control malayo, o con los dos. La participación extranjera global en el capital en acciones de las empresas mixtas no ha de exceder del 30%. Sin embargo, algunos países no se limitan a sus compromisos y permiten una mayor apertura de los mercados.

70. Los compromisos del AGCS sobre los "servicios de seguros de vida, accidentes y enfermedad" son extremadamente detallados en cuanto al modo de presencia comercial. Gran parte del comercio transfronterizo no está consolidado con respecto al acceso al mercado y el trato nacional. Los compromisos para el consumo en el extranjero son algo más liberales en lo relativo al acceso al mercado, pero no ocurre lo mismo con el trato nacional, en el cual la mayoría de las medidas no están consolidadas. Entre los muchos requisitos para la prestación de servicios de seguros de vida, accidentes y enfermedad mediante la presencia comercial, los siguientes son los más

citados por los países, en el contexto de los compromisos de acceso a los mercados: limitaciones a la participación de accionistas extranjeros; requisitos para la prestación de servicios con una entidad jurídica concreta; presencia comercial; requisitos de autorización y licencia, y limitaciones del tipo de operaciones realizadas. Unos pocos países han incluido medidas discrecionales tales como las pruebas de necesidad económica. En lo referente al trato nacional, los compromisos son menos estrictos y las condiciones están relacionadas principalmente con la limitación del accionariado extranjero y los requisitos de nacionalidad.

71. Tanto los países desarrollados como los países en desarrollo tienden a abrir los mercados a la competencia nacional y extranjera con miras a reducir los costos y mejorar la calidad, a fin de que la estructura de la sanidad privada sea accesible a personas que hasta ahora no se la podían permitir. El paso de una parte de la población de las estructuras públicas a las privadas, con el consiguiente aumento de los recursos humanos y financieros a disposición del sector público, será especialmente positivo en los países que padecen escasez de personal médico e instalaciones sanitarias. Ello supone pues un nuevo desafío para los sectores público y privado: coexistir en un mismo mercado y aprovechar la presencia del otro sector. Algunos países ya han previsto dispositivos para garantizar que las inversiones privadas nacionales y extranjeras en el sector sanitario redunden en beneficio de toda la población ²⁸.

72. La apertura de los mercados a las empresas extranjeras de seguros puede proporcionar también algunas ventajas. Parece ser que las empresas nacionales que tienen que competir con las extranjeras ya están introduciendo mejoras en los contratos globales de seguros que ofrecen a sus clientes, en lo que se refiere a las primas, prestaciones y condiciones de participación. Si un número creciente de pacientes pudiese quedar comprendido en los planes de seguros privados de enfermedad, y aumentara el número de tratamientos incluidos en esos planes, ello reduciría probablemente la presión en la infraestructura pública. No obstante, quizás haga falta una "nueva generación" de reglamentaciones para garantizar que la presencia comercial extranjera contribuye a favorecer el sistema nacional de salud en el país importador.

d) Comercio transfronterizo

73. Hasta hace poco, el intercambio transfronterizo de servicios médicos -aparte de los regímenes de licencias y los derechos de patente- no parecía factible, sobre todo desde un punto de vista comercial. Sin embargo, los rápidos y recientes progresos de las tecnologías de la telecomunicación y la informática en el sector de la salud han cambiado radicalmente la situación. La telemedicina, o sea, el suministro de atenciones médicas por medios interactivos de comunicación auditiva y visual, y de intercambio de datos, comprende la prestación de asistencia médica, consultas, diagnóstico y tratamiento, y la enseñanza y la transferencia de datos médicos. Hasta cierto punto, la telemedicina sustituye al contacto directo entre el proveedor de asistencia sanitaria y el cliente, así como a las consultas

entre los propios proveedores. Otras novedades del comercio transfronterizo son la tramitación de las reclamaciones/facturas de seguros en los países en desarrollo, y la notificación médica en el extranjero.

74. Uno de los factores que ha promovido la reciente creación y aplicación de servicios de telemedicina es su efecto en la inflación de los costos. Según estudios realizados en los Estados Unidos, es de prever que el costo de los servicios de telemedicina equivaldrá a la mitad del de los servicios tradicionales. Los proveedores de asistencia sanitaria podrán tratar a un mayor número de pacientes al día, sobre todo en casos que precisen visitas a domicilio, y ello beneficiará en particular a las instituciones sanitarias que no disponen de personal suficiente ²⁹.

75. En la actualidad, el comercio internacional de servicios de telemedicina parece tener lugar entre países desarrollados, o mediante exportaciones de países desarrollados a países en desarrollo ³⁰. Entre los beneficios inmediatos que obtendrán los países en desarrollo del fomento del comercio de servicios de telemedicina, figura el mayor acceso a la atención médica y la mejora del tratamiento sanitario, al producirse una igualación de la calidad. Se ha establecido un sistema de teleconferencias entre instituciones del Canadá, Kenya y Uganda, para impartir una enseñanza médica continuada y dar a conocer al personal sanitario de Africa las últimas novedades de la medicina. El desarrollo de la telemedicina podría influir eventualmente en otros modos de suministro de servicios médicos; al poder consultar a médicos de otros países es probable que los pacientes viajen con menor frecuencia al extranjero, y los profesionales y estudiantes de medicina podrán adquirir servicios docentes de países extranjeros, y por consiguiente deberán desplazarse menos. La telemedicina podría también facilitar la elaboración de planes de estudio coherentes y normas profesionales mutuamente aceptables entre los diversos países.

76. El principal factor que promoverá la telemedicina en los próximos años es la constante necesidad de mejorar el acceso a los servicios de atención sanitaria y reducir su costo, incluido el gasto financiero y de tiempo que representa el viaje de los pacientes, médicos y enfermeras. Con el crecimiento económico, el envejecimiento de la población, los mejores niveles de educación, la aparición de nuevas patologías y la reaparición y persistencia de viejas enfermedades, es de prever que la demanda de servicios médicos aumente sustancialmente. Los países que más podrán beneficiarse de los servicios de telemedicina serán los que dispongan de tecnologías de habilitación y profesionales capacitados para proporcionar y recibir dichos servicios. Por otra parte, la falta de acceso a las redes de telemedicina no sólo privará de beneficios potenciales a los consumidores locales, sino que además marginará a los profesionales de la salud en los países que no puedan incorporarse a esas redes.

Obstáculos efectivos o potenciales al comercio

77. La existencia de la tecnología habilitadora es un elemento esencial para el suministro de algunos de estos servicios, y la importante inversión necesitada hará que el comercio de servicios de telemedicina sea

prohibitivamente caro en algunos casos. Sin embargo, con la tendencia general al descenso de los costos del equipo y los enlaces de comunicación, en un futuro próximo algunos de estos problemas no deberían ser tan graves. Existen varias normas para la transmisión de datos e imágenes y para hacer registros médicos electrónicos, lo que podría dar lugar a problemas de compatibilidad. Un acuerdo internacional sobre las normas promoverá el comercio y facilitará la comparabilidad de la asistencia sanitaria.

78. Quedan por resolver muchos problemas de carácter técnico y ético antes de que pueda practicarse la telemedicina en gran escala. Está el problema de las posibles consecuencias para la vida privada del paciente del suministro de información sobre su estado de salud, y deberían tomarse medidas para garantizar el carácter confidencial de esta información.

79. El reconocimiento de las calificaciones del proveedor del servicio y la cuestión conexas de las licencias para el suministro de servicios transfronterizos son otras cuestiones que deben tenerse en cuenta. El problema de la responsabilidad ética y jurídica del suministro de teleservicios médicos guarda relación con la cuestión de la dispersión de la responsabilidad médica. Podrían proponerse soluciones análogas a las aplicadas a los servicios médicos tradicionales, por ejemplo, determinar que el responsable es el profesional que recibe un servicio (como los ensayos de laboratorio). En términos más generales, habrá que prever un marco de regulación y aprobar la correspondiente legislación antes de que pueda procederse a la aplicación en gran escala de la telemedicina.

80. A pesar del efecto favorable en la economía de los pacientes, en general la telemedicina no está incluida aún en los actuales planes de seguros de enfermedad. Sin embargo, el temor de que los consumidores no estén dispuestos a aceptar las consultas telemédicas, y de que su preferencia por el contacto directo limite la utilización de este procedimiento, no se ha visto confirmado por los primeros estudios que muestran, contrariamente a lo que se preveía, que la aceptación de esta tecnología no plantea un problema importante.

Capítulo 3

ESTRATEGIAS DE EXPORTACION EN EL SECTOR DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

81. El establecimiento de servicios exportables de salud se considera un medio de: a) generar los recursos necesarios para reducir la presión financiera del déficit fiscal creado por la necesidad de proporcionar una cobertura universal de la atención sanitaria; b) mejorar la infraestructura (servicios hospitalarios y otras estructuras complementarias) mediante la utilización de los recursos obtenidos al atender la demanda extranjera, y c) mejorar las capacidades tecnológicas que tienen una influencia directa en el sistema nacional de salud, y que pueden asimilarse o adaptarse a la actual infraestructura de recursos humanos. Un elemento esencial de toda estrategia acertada de exportación consiste en aprovechar de un modo óptimo los efectos de propulsión y arrastre entre la producción nacional y los mercados exteriores de servicios de atención sanitaria.

82. La aplicación de las estrategias de exportación puede correr a cargo de: i) los gobiernos; ii) el sector público y el sector privado; iii) las asociaciones del sector privado, y iv) las empresas a título individual.

83. Estrategias aplicadas por los gobiernos. Estas estrategias tienen por finalidad obtener divisas de la exportación de servicios sanitarios para reforzar la capacidad financiera de las instituciones de salud pública y hacer que el sector de la salud contribuya al desarrollo global del país. Cuba, el Reino Unido y Jordania ofrecen tres ejemplos típicos de dichas estrategias.

84. En Cuba, uno de los objetivos del Gobierno es convertir al país en una "Potencia médica mundial". Con esta perspectiva, desde finales de los años 80 se viene aplicando una estrategia múltiple de exportación en el sector de la salud. Uno de los principales elementos de esta estrategia es el envío de profesionales de la medicina al extranjero, especialmente a países aquejados de una grave escasez de personal sanitario. Otro consiste en atraer a pacientes extranjeros a clínicas especializadas que proporcionan atención sanitaria de alta calidad a precios competitivos. La mayoría de estas clínicas sirven también de centros de formación para estudiantes nacionales y extranjeros. Otra característica de la estrategia cubana es la combinación de la asistencia sanitaria con el turismo. SERVIMED, una empresa comercial creada por el Gobierno, prepara ofertas conjuntas sanitario/turísticas para la venta en determinados mercados, en cooperación con operadores turísticos y agencias de viaje. Asimismo se aprovecha la diferenciación del servicio para hacer que los servicios sanitarios del país sean competitivos en el mercado mundial. Los médicos cubanos pueden tratar con éxito algunas enfermedades de la piel que se consideran incurables en el resto del mundo. Estos tratamientos van a la par con el descubrimiento de nuevos procedimientos y medicinas. El éxito de la estrategia cubana queda demostrado por el número creciente de enfermos que acuden a la isla cada año para recibir tratamiento. Durante el período de 1995-1996, más

de 25.000 pacientes y 1.500 estudiantes viajaron a Cuba para recibir tratamiento y formación, respectivamente. En consecuencia, los ingresos derivados de la venta de servicios sanitarios a los extranjeros ascendieron a más de 25 millones de dólares de los EE.UU.

85. En 1988, el Reino Unido creó la National Health System Overseas Enterprise (NHSOE) como servicio de comercialización de las empresas e instituciones de salud pública, con objeto de facilitar la exportación de los servicios de salud del sector público. La motivación de esta estrategia es doble. En primer lugar, al exportar servicios médicos la NHSOE trata de reforzar la capacidad financiera de las instituciones estatales de salud, a fin de mantener y aumentar la cobertura y el nivel del sistema de salud pública en el Reino Unido. En segundo lugar, la NHSOE ofrece oportunidades de mejorar los conocimientos y trabajar en la asistencia sanitaria a los profesionales británicos de la salud, mediante la participación en proyectos en el extranjero. Los efectos de esta estrategia han sido positivos, ya que las instituciones de salud pública han podido vender servicios al exterior y obtener así nuevos recursos financieros. Además, mediante los programas de capacitación y enseñanza la NHSOE ha resuelto parcialmente la escasez de personal médico en el sector público, facilitando la estancia de profesionales extranjeros.

86. Desde comienzos del decenio de 1990 Jordania ha hecho grandes progresos hacia el objetivo de convertirse en el centro médico del mundo árabe. Con esta finalidad se han emprendido programas masivos de inversión para mejorar y modernizar los hospitales públicos y las escuelas de medicina. Al propio tiempo se proporcionan incentivos para la inversión privada nacional y extranjera en el sector de la salud. De resultados de esta estrategia han empezado a funcionar 11 nuevos hospitales privados, la mayoría de los cuales disponen de la tecnología más reciente, incluida la conexión informática con prestigiosos centros sanitarios de Europa y América del Norte.

87. Estrategias conjuntas aplicadas por los sectores público y privado _____. En 1994 Australia creó el National Health Industry Development Forum (HIDF) y emprendió un programa de asistencia a empresas privadas, con la intención de agrupar a los diversos sectores de la industria sanitaria y contribuir a establecer un foco común. El Forum es convocado conjuntamente por los Ministerios de Industria y de Salud, con el apoyo de Austrade. La estrategia de exportación de Australia se centra en dos modos de suministro, a saber, el comercio transfronterizo y la circulación de consumidores³¹.

88. Los sectores público y privado de China han ideado conjuntamente una estrategia para atraer a consumidores extranjeros, exportar proveedores de asistencia sanitaria y establecer una presencia comercial extranjera, basada principalmente en el carácter singular de la medicina china tradicional (MCT). Muchos enfermos extranjeros que van a China a someterse a tratamiento son chinos de "ultramar", pero un número cada vez mayor de pacientes que no son de origen chino muestran interés en la MCT. La circulación de proveedores de servicios se produce en forma de equipos de personal sanitario que trabajan en el extranjero por contrata, en el marco de los programas de asistencia o con criterios estrictamente comerciales. De ordinario, las

instituciones chinas conciertan acuerdos con gobiernos extranjeros o se entienden directamente con las instituciones médicas. Si bien obtienen un pequeño beneficio, su principal objetivo consiste en mejorar los niveles de los servicios de salud en China, haciendo que el personal médico tenga experiencias más amplias y adquiera nuevas técnicas, y difundiendo la práctica de la MCT en el extranjero para, a la larga, beneficiarse del aumento de la demanda de MCT por parte de los enfermos de países occidentales. Asimismo, China ha establecido empresas mixtas con asociados de la profesión médica y con autoridades locales, y ha abierto varias docenas de servicios de MCT en más de 20 países. La mayoría de ellos son resultado de iniciativas adoptadas por escuelas de medicina, hospitales o médicos mientras que otras funcionan bajo el patrocinio de los ministerios competentes. A partir de 1980 China empezó a adoptar medidas para abrir su mercado médico y de la salud a la inversión extranjera, y autorizó la constitución de empresas mixtas con asociados extranjeros. A finales de 1996 había 60 empresas mixtas con asociados extranjeros en el sector hospitalario ³².

89. Estrategias aplicadas por asociaciones del sector privado. Asociaciones del sector privado aplican estrategias orientadas a la exportación para aprovechar las oportunidades de mercado. Un ejemplo de estrategia global aplicada por una asociación de este tipo es la de London Medicine ³³, que tiene dos objetivos principales: promover y aprovechar las oportunidades comerciales para las filiales de London Medicine con objeto de aumentar la afluencia de actividades clínicas, docentes y de investigación a los hospitales y las escuelas de medicina de Londres, y conseguir contratos de investigación e inversiones de las empresas británicas e internacionales.

90. Las cooperativas de salud en los países de MERCOSUR han creado la "Tarjeta MERCOSUR", con la que los pacientes pertenecientes a una cooperativa sanitaria de un país pueden recibir atención sanitaria en otro país, en los servicios de la cooperativa asociada.

91. Estrategias de las empresas privadas. Varias empresas especializadas en la salud están creando estrategias globales para la penetración en los mercados extranjeros, aprovechando los mecanismos de promoción establecidos por sus gobiernos. Este es el caso, por ejemplo, del Parkway Group y del Raffles Medical Group de Singapur.

92. El Parkway Healthcare Group es el mayor grupo de inversiones en atención sanitaria de Singapur y una de las principales organizaciones sanitarias de Asia, y ha creado la marca internacional Gleneagles International. Un elemento fundamental en la estrategia de la empresa es la adquisición de hospitales en Singapur para crear una base desde la que proyectarse a la región, mediante la constitución de empresas mixtas con asociados de los países receptores. En la actualidad Gleneagles ha constituido o está constituyendo empresas mixtas en Malasia, Indonesia, Sri Lanka, el Reino Unido y la India; asimismo, está procediendo a instalar un hospital especializado en enfermedades cardiovasculares en Londres. Otro elemento esencial de su estrategia es la creación de una red muy integrada de empresas sanitarias en la región, con objeto de ofrecer a los pacientes de toda Asia

una amplia variedad de servicios sanitarios de alta calidad y costo razonable. Esta estrategia ha dado ya resultados en Singapur, donde los tres hospitales de Gleneagles fueron los primeros de Asia en alcanzar el certificado de calidad internacional ISO 9002³⁴. Por su parte, el Raffles Medical Group (RMG) está concentrando alianzas estratégicas en el extranjero, mediante la creación de asociaciones comerciales triangulares con organizaciones sanitarias de los países desarrollados para proyectarse a terceros países, en asociación con inversores de los países receptores.

93. Algunas clínicas privadas del Canadá tratan de introducirse en el mercado estadounidense, basándose en la alta calidad de sus servicios y en sus precios bastante más bajos. Una clínica de Toronto está en negociaciones con diversas compañías de seguros y sociedades de seguros médicos de los Estados Unidos, para ofrecer servicios sanitarios a sus clientes a un costo inferior al estadounidense. Esta fórmula podría concluir a una integración sin precedentes de los servicios sanitarios del Canadá y los Estados Unidos³⁵.

1. En 1995, los países de la OCDE dedicaron, por término medio, el 10,4% de su PIB a la atención sanitaria (pública y privada). En este mismo año, el gasto en atención sanitaria de estos países fue, en promedio, de 2.071 dólares por persona. En 1970, Medicare, que es un plan estatal de seguros de enfermedad para ancianos y discapacitados, costó al tesoro público 6.000 millones de dólares; el costo actual es de 200.000 millones de dólares y en el futuro será aún más alto. En el año 2030, se prevé que Medicare absorba el 7,5% del PIB, cuando la proporción actual es del 2,6%. En Francia, en los 15 últimos años el gasto total en salud pública ha aumentado a una tasa anual real de más del 5%. "A headache", The Economist, 8 de marzo de 1997; "An unhealthy silence", The Economist, 15 de marzo de 1997, y "Will Medicare sink the budget?", The Economist, 1º de febrero de 1997.

2. Warford, J. L., "Environment, Health and Sustainable Development: the Role of Economic Instruments and Policies", Discussion Paper: Director-General's Council on the Earth Summit Action Programme for Health and Environment, OMS, 1994:16.

3. Alastair M. Geray y Victoria L. Philips, "Nursing in the European Labour Market: an Economic Perspective", en C. E. M. Norman y P. Vaughan editores, Europe Without Frontiers. John Wiley and Sons Ltd., 1993.

4. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: inversiones en salud pública, citado por: H. Ashok Chandra Prasad, Rajendar Kapoor, Trade in Invisibles: An Indian Perspective, Commonwealth Publishers, Nueva Delhi, 1996.

5. A. Mejia, H. Pizurki, E. Royston, Physician and nurse migration, OMS, Ginebra, 1979.

6.El Council on Graduate Medical Education de los Estados Unidos ha determinado recientemente que en el año 2000 la oferta nacional podría superar a las necesidades en más de 100.000 médicos; citado por Shalala Foreign Doctor Letter, 7 de febrero de 1997; Internet site: <http://www.telalink.net/~gsiskind/docs/shalala.html>.

7.World Directory of Medical Schools , sexta edición, OMS, 1988.

8.Comisión de las Comunidades Europeas, Report to the European Parliament and the Council on the State of the general system for the recognition of higher education diplomas , Bruselas, 15 de febrero de 1996, COM(96) 46 final.

9.Las leyes de algunos Estados miembros establecen normas sobre la concesión de licencias y el reconocimiento de calificaciones obtenidas en países no pertenecientes a la UE.

10.Para un estudio general de la circulación temporal de las personas físicas, véase: Information on the temporary migration regime (laws and implementing regulations) in force in selected development countries , nota de la secretaría de la UNCTAD, UNCTAD/SDD/SER/7, 25 de septiembre de 1995.

11.En lo relativo a la presencia comercial extranjera, sólo en Alemania y en España se prevé la limitación del acceso de las personas físicas. En Italia y en Portugal también está limitado el acceso de las personas físicas, pero se permite la entrada de asociaciones profesionales de personas físicas. En Irlanda, el acceso sólo puede efectuarse mediante la asociación de personas físicas. En el Reino Unido, el establecimiento de médicos en el marco del Servicio Nacional de la Salud está sujeto a la planificación laboral. Con el modo de suministro de personas físicas, Dinamarca prevé una autorización limitada (por un máximo de 18 meses) para desempeñar un cometido específico, e impone una limitación de trato nacional que prevé un requisito de residencia para obtener la autorización individual necesaria de la Junta Nacional de Salud. Italia exige también la residencia en el país. Grecia, Portugal, Alemania y Francia imponen la condición de la nacionalidad. En este último país, no obstante, es posible el acceso de no nacionales dentro de los contingentes anuales, mientras que en Alemania se puede conceder una exención en casos de interés para la salud pública. El acceso a los servicios proporcionados por enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico está comprendido principalmente en las disposiciones sobre presencia comercial y circulación de personas físicas. En el marco de la presencia comercial, el programa de la CE prevé que en Austria, Italia, Portugal y España el acceso de las enfermeras está limitado a las personas físicas. Con el modo de suministro correspondiente a la circulación de personas físicas, Dinamarca prevé una autorización limitada (un máximo de 18 meses) para desempeñar una tarea específica, Grecia y Portugal establecen la condición de la nacionalidad e Italia tiene un requisito de residencia y una PNE sujeta a las vacantes y a la escasez en las regiones. Las mencionadas limitaciones se aplican a las personas que no son ciudadanos de la CE.

12. Immigration and Nationality Act of the United States, Washington D.C., Government Printing Office, novena edición, abril de 1992. Los reglamentos de ejecución se exponen en forma resumida en U.S. Consolidated Federal Regulations, 8-CFR capítulo 1, Washington D.C., Government Printing Office, edición del 1º de enero de 1994.

13. "Circulación temporal de las personas para prestar servicios", nota de la secretaría de la UNCTAD, TD/B/CN.4/24, 3 de septiembre de 1993.

14. Se calcula que en el año 2015, el número de personas de más de 65 años de edad representará el 15% de la población de los Estados Unidos, el 24% de la del Japón y el 17% de la de Europa. En este mismo año, los Estados Unidos, el Japón y Europa occidental tendrán, en conjunto, más de 100 millones de habitantes de edad superior a los 65 años; L. Martin, The Graying of Japan, Population Reference Bureau, Washington D.C., 1989.

15. Algunos hospitales de renombre mundial del Canadá, por ejemplo, han empezado a intentar atraer a pacientes de los Estados Unidos. Estos hospitales pueden ofrecer un servicio tan bueno como el que se proporciona en los Estados Unidos, a un costo menor. Esto se debe a que los gastos administrativos no son tan elevados y los sueldos de los médicos son mucho más bajos, y también a que la cotización del dólar del Canadá es inferior; "A Special Report with Radical Surgery", Maclean's, 2 de diciembre de 1996.

16. En el caso de México, por ejemplo, la proximidad geográfica de los Estados Unidos es la principal ventaja comparativa, junto con los costos más bajos, en favor de las exportaciones de servicios sanitarios. Además, los factores culturales en la zona fronteriza -como el idioma y las características especiales de la relación entre el médico y el paciente- atraen a pacientes de origen mexicano o a otros enfermos hispanohablantes que residen en los Estados Unidos. En el caso de Jamaica, una ventaja comparativa es el hecho de que el país comparte un idioma común con sus principales mercados potenciales, que son los Estados Unidos y varios países vecinos del Caribe. En la India, la mayoría de los pacientes extranjeros proceden de países que cuentan con una abundante población de origen indio.

17. Otros países pertenecientes a asociaciones regionales tratan de establecer sistemas análogos. En MERCOSUR, por ejemplo, se está debatiendo una propuesta que permitiría a los ciudadanos de un país recibir atención sanitaria en otro país, en las mismas condiciones que se aplican a los nacionales de este último. El principal obstáculo a la aplicación de esta propuesta parece ser la falta de semejanzas entre los sistemas nacionales de atención sanitaria; información obtenida en una entrevista con el jefe de la Asesoría sobre Cuestiones Especiales de Salud (Assessoria de Assuntos Especiais de Saude), del Ministerio de Salud del Brasil, en enero de 1997.

18. En el Reino Unido, por ejemplo, el número de personas cubiertas por el seguro de enfermedad se ha cuadruplicado en los 25 últimos años, hasta llegar a un total de más de 7 millones, que representa el 12% de la población. Se

prevé que el mercado privado de la salud siga aumentando a un ritmo anual del 5%, y en el año 2000 abarque un 16,5% de la población. "An unhealthy silence", The Economist, 15 de marzo de 1997.

19. En lo relativo a las instituciones de China que imparten formación en la medicina china tradicional, el grupo más cuantioso de estudiantes extranjeros de pago son los alemanes, debido a que algunas universidades alemanas dan créditos para seguir cursos en determinadas instituciones de China. En el caso de Asia, las empresas mixtas establecidas entre las universidades australianas y las de Indonesia y Malasia permiten que los estudiantes de estos dos países sigan la mitad de sus cursos de enseñanza/formación en Australia, y la otra mitad en su país de origen, y que los títulos que obtengan sean reconocidos en ambos países; información recogida en varias entrevistas con dirigentes de las Universidades de Nueva Gales del Sur y Victoria, en Australia, en enero de 1997, y con investigadores del Instituto de Investigación para la Cooperación Económica Internacional de MOFTEC, en China, en diciembre de 1996.

20. El 11% del total de alumnos de los centros de enseñanza superior financiados por el Estado en el Reino Unido son extranjeros. En las disciplinas concretas de "Medicina y Odontología" y "Materias afines a la medicina", hay un total de 13.300 estudiantes extranjeros, de los cuales 5.600 proceden de países de la UE y el resto de otros países, principalmente de Asia.

21. Sin embargo, los estudiantes extranjeros en Australia representan ya alrededor del 11% del cuerpo estudiantil; información obtenida en entrevistas con los dirigentes de las Universidades de Nueva Gales del Sur y Victoria, en enero de 1997.

22. International Trade in Health Services: Main Issues and Opportunities for the Countries of Latin America and the Caribbean, UNCTAD y Organización Panamericana de la Salud, UNCTAD/SDD/Ser/Misc.3, julio de 1994.

23. Desde que se abrió el mercado se han establecido cuatro empresas multinacionales en el Brasil, principalmente mediante la constitución de empresas mixtas con compañías locales. Parece ser que la presencia de compañías de seguros extranjeras ha dado lugar a una cierta mejora del mercado brasileño, o sea, que las empresas ofrecen ahora contratos globales de seguros con una cobertura mejor y están empezando a economizar costos administrativos; información obtenida en una entrevista con el director de una empresa de consultores especializada en los seguros en el Brasil, en enero de 1997.

24. El concepto "atención controlada" abarca a las sociedades de seguros médicos (SSM), las organizaciones de proveedor preferencial (OPP) y los sistemas de financiación y prestación de servicios no incluidos en el plan. Las SSM constituyen la variante de la atención controlada de estructura más rígida, y exigen a los pacientes que recurran a los médicos participantes

para toda la asistencia médica, excepto en casos de urgencia. Las OPP son redes de médicos, grupos de médicos y hospitales que aceptan honorarios más bajos a cambio del mayor número de pacientes que les proporciona el plan. Los sistemas de financiación y prestación de servicios no incluidos en el plan son más restrictivos que los OPP, pero menos que las SSM, en lo relativo a la capacidad del paciente de elegir a su médico. J. K. Iglehart, "Health Policy Report. Physicians and the Growth of Managed Care", The New England Journal of Medicine, vol. 331, N° 17, octubre de 1994, págs. 1167 a 1171.

25. En Francia, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos y España, la construcción o ampliación de servicios hospitalarios están limitadas por un plan de servicios sanitarios que determina las necesidades locales. Suecia mantiene limitaciones basadas en la necesidad económica para el número de servicios médicos privados que pueden subvencionarse con cargo a su sistema de reembolso de los gastos sanitarios, de la seguridad social.

26. En Austria, por ejemplo, los compromisos de presencia comercial extranjera que afectan a todos los sectores de la atención sanitaria estipulan que las autoridades han de tener en cuenta los intereses locales antes de autorizar a personas o empresas extranjeras a adquirir propiedades, o a invertir en sociedades anónimas. En Francia es posible limitar las adquisiciones extranjeras de valores de las empresas recién privatizadas si la inversión extranjera total supera en un tercio a las inversiones totales, o al 20% del capital en acciones. En Finlandia sólo se autoriza la presencia comercial extranjera previo registro como sociedad mercantil, con un límite máximo de capital extranjero en acciones del 51%.

27. U.S. International Trade Commission Investigation, General Agreement on Trade in Services: Examination of Major Trading Partners' Schedule of Commitments (Investigation 332-358), Washington, 1995.

28. En la India, por ejemplo, el Gobierno puede proporcionar el terreno para la construcción de hospitales privados a cambio de un cierto número de camas para pacientes del sector público; información obtenida en entrevistas con los dirigentes del Apollo Hospital y el Scort Hearth Centre en Nueva Delhi, India, enero de 1997.

29. Financial Times, 5 de febrero de 1997.

30. Desde comienzos de los años 90 el grupo WellCare viene aplicando proyectos de telemedicina en todo el mundo, con arreglo a la iniciativa de la Facultad de Medicina de Harvard de proporcionar servicios nacionales e internacionales de telemedicina. La WellCare Telemedicine Network ha establecido conexiones entre los Estados Unidos, Europa, Australia y Singapur y ha ofrecido servicios de telemedicina en varios países en desarrollo. Otro ejemplo es la Health Care International (HCI), con sede en Escocia, que ofrece el primer sistema mundial enteramente electrónico de atención de pacientes y registro médico. La HCI recibe pacientes de proveedores de atención sanitaria del Oriente Medio, Grecia, Turquía, Egipto y el Reino Unido; M. Sosa-Iudicissa,

J. Levett, S. Mandil y P. F. Beales Editores, Health, Information Society and Developing Countries, Comisión Europea DG XIII y Organización Mundial de la Salud, IOS PRESS, 1995.

31. Australia proyecta convertirse en un centro especializado de la telemedicina, promoviendo y apoyando la investigación y el desarrollo de la aplicación de procesos multimedia a la prestación de cuidados sanitarios mediante su infraestructura altamente desarrollada y el bajo costo de sus telecomunicaciones. El tratamiento de enfermos extranjeros comprende la venta de camas privadas en hospitales públicos y en clínicas privadas. Para facilitar la afluencia de pacientes extranjeros a las clínicas públicas y privadas, Australia ha creado un visado médico. Las escuelas públicas de medicina forman a estudiantes extranjeros en muchas disciplinas de la salud. Para satisfacer la demanda extranjera, las escuelas de medicina de Australia han creado departamentos internacionales especializados, han establecido empresas mixtas con universidades extranjeras y han abierto escuelas de medicina en mercados seleccionados. De resultados de la mencionada estrategia, los ingresos derivados de las actividades de formación en el extranjero aportan hasta el 20% de los presupuestos de las universidades; The Australian Health Care Industry, Australian Health Industry development Forum and Department of Foreign Affairs and Trade, junio de 1996.

32. Xing Houyuan, Health Services in China, Research Institute for International Economic Cooperation, mimeografiado, marzo de 1997.

33. London Medicine fue creado en 1993, con el patrocinio y el apoyo de las comunidades médicas y de negocios de Londres, así como de las autoridades locales y nacionales; London Medicine Brochure, julio de 1996.

34. Singapore Trade Development Board, Singapore Trade News, marzo/abril, julio/agosto de 1996.

35. "A Special Report with Radical Surgery", Maclean's.