

LATIN AMERICAN TRADE NETWORK (LATN)

La Red Latinoamericana de Política Comercial apoyada por el IDRC (Canadá)



Programa de Estudios
sobre Instituciones
Económicas Internacionales

Research Program
on International
Economic Institutions

LA LIBERALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: TRES DESAFÍOS PARA LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS*

SOLEDAD SALVADOR (IDRC/CIEDUR)

LA LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD GENERA AL MENOS TRES DESAFÍOS PARA LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS:

- **REGULAR EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD PARA QUE EL INGRESO DE ASEGURADORAS EXTRANJERAS PERMITA MEJORAR LA EFICIENCIA SIN EMPEORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD;**
- **RESOLVER LA PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD (ATENCIÓN A PACIENTES EXTRANJEROS) PARA DESARROLLAR EL POTENCIAL EXPORTADOR DE SERVICIOS DE SALUD; Y,**
- **ENCONTRAR MECANISMOS PARA COMPENSAR LA “FUGA DE CEREBROS” Y PARA REGULAR EL INGRESO TEMPORAL DE LOS PROFESIONALES.**

EN EL MARCO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC), SE ENCUENTRA ABIERTA LA SEGUNDA RONDA DE NEGOCIACIONES DEL ACUERDO GENERAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS (AGCS). SE HA AVANZADO EN LA DEFINICIÓN DE LAS DIRECTRICES Y PROCEDIMIENTOS PARA LAS NEGOCIACIONES Y LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS. EL 30 DE JUNIO DE 2002 SE INICIARON LAS PETICIONES DE ACCESO A LOS MERCADOS; EL 31 DE MARZO DE 2003 COMENZARÁN LAS OFERTAS Y LUEGO SE ABRE UNA ETAPA MÁS INTENSA DE DEFINICIÓN DE LAS NEGOCIACIONES QUE DEBERÍA TERMINAR EN EL AÑO 2004.

TENIENDO EN CUENTA LA NEGOCIACIÓN ABIERTA EN EL MARCO DEL AGCS, ESTE BRIEF INTENTA PUNTUALIZAR LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LOS TRES DESAFÍOS EXPUESTOS.

* Este Brief fue elaborado en base al trabajo “La liberalización del comercio de servicios de salud en América Latina y el Caribe: principales desafíos”, IDRC, Montevideo, 2002.

INTRODUCCIÓN

En el AGCS, a la inversa de lo que sucede con los servicios en general, los países desarrollados (PD) firmaron menos y más restrictivos compromisos de liberalización de los servicios de salud que los países en desarrollo (PED). Una explicación corriente es que los PD poseen sistemas de salud básicamente públicos -con la única excepción de Estados Unidos- mientras que los PED poseen una relevante participación del sector privado en la provisión y financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, esta no pareciera ser la causa principal del bajo nivel de compromisos tomado por los PD en esta materia. A pesar de tener el recurso legal para exceptuar a los servicios prestados por el Estado a través del Artículo I.3 del AGCS, éste no ha sido invocado excepto por Canadá. Pareciera más bien que los PD tuvieron una actitud más cautelosa tanto por los potenciales riesgos de la apertura del sistema de salud como por el hecho de que los compromisos en la OMC se consolidan y, por lo tanto, se hace difícil su modificación.

En este marco, a continuación se detallan al menos tres desafíos individualizados en relación a la liberalización de los servicios de salud.

PRIMER DESAFÍO: LA INVERSIÓN EXTRANJERA DIRECTA (IED)

Sin un marco regulatorio apropiado, la inversión extranjera directa (IED) conlleva tres riesgos:

- La segmentación del mercado: Se produce porque las aseguradoras al definir sus planes de seguros buscan quedarse con los clientes de menor riesgo, generando presión sobre el resto del sistema, que se queda con la población de mayor riesgo. El sector público es el proveedor de servicios de última instancia y sufre “el efecto segmentación”, por lo cual debe diseñar medidas regulatorias de la actividad de las aseguradoras.
- El desplazamiento de profesionales del sector público al privado: Ocurriría en aquellos países en los cuales las condiciones de trabajo, y, entre ellas, la remuneración, son inferiores en el sector público que en el resto del sistema. Ello limitaría el acceso a ciertos especialistas, empeorando la calidad del servicio.
- La ineficiencia en términos de asignación de recursos: Ello ocurre por un aumento en el gasto en salud que no se corresponda con una mejora en el estado de salud de la población. Por ejemplo, si se retribuye al profesional por los servicios efectivamente prestados, éste inducirá a sus pacientes a aumentar la demanda de sus servicios.

A la luz de estas consideraciones, el marco regulatorio debería contener, en líneas generales, normas que:

- eviten que en la selección de los asegurados se excluya a los pacientes “enfermos/caros”;
- controlen la escalada de costos;

- definan los servicios que quedan incluidos y excluidos de los seguros;
- establezcan la estructura de los premios que pagan los asegurados y los pagos a los profesionales;
- delinee los mecanismos de selección e interacción con los proveedores de servicios, los requerimientos de información, y la adhesión a las pautas nacionales de tratamiento; y, finalmente,
- instauren un procedimiento que permita velar por la preservación de las funciones esenciales del sector público, especialmente los referidos al control y atención de las diez principales enfermedades que impactan a los países en desarrollo.

La urgencia regulatoria es mayor para aquellos países que firmaron compromisos de liberalización en la Ronda Uruguay, son receptores de IED y no tienen marco regulatorio alguno. Como la negociación de los seguros de salud estuvo “atada” a la negociación de los seguros en general, la evaluación previa de sus implicancias puede haber pasado desapercibida para los negociadores así como también la necesidad de un marco regulatorio previo. Del análisis, surgen dos grupos de países vulnerables:

- El primer grupo está conformado por los que firmaron compromisos de liberalización en el AGCS y no poseen marco regulatorio. En este grupo de países se encuentran: Jamaica, Guyana, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela. Ninguno posee garantías de calidad específicas ni de un ente específico de control.

En Guyana y Panamá, los compromisos de liberalización fueron totales, pero el resto de los países puso algún tipo de restricción. Por ejemplo, Honduras exige que se haga una evaluación de las condiciones y necesidades económicas de la inversión; que se constituya en una sociedad anónima y que por lo menos el 60% del capital social esté en manos de hondureños. Jamaica exige que el 51% del capital social esté en manos nacionales. Bolivia y Venezuela exigen una evaluación de la conveniencia económica para el país y de las necesidades específicas del mercado nacional de seguros. En Bolivia, en particular, está prohibida la instalación de oficinas de representación. En Venezuela se establece además que, como exención indefinida al Artículo II del AGCS que establece el principio de Nación Más Favorecida (NMF), el Ejecutivo Nacional podrá solicitar condiciones de reciprocidad en los países de origen. También establece que los cargos de dirección deben ser ocupados en su mayoría por venezolanos.

- El segundo grupo de países vulnerables lo constituyen aquéllos que no firmaron compromisos de liberalización en seguros de salud pero reciben IED en el sector y no poseen marco regulatorio. Este grupo está conformado por Belice, Costa Rica, El Salvador y Guatemala. No se dispone de datos sobre el nivel de apertura del sector ni las condiciones para su ingreso, sino sólo que existe IED. Es de notar que únicamente en el caso de Costa Rica el sistema es público e integrado con un muy buen desempeño mientras que en los demás el mercado es segmentado, con bajos niveles de eficiencia y eficacia. Por ello, es necesario evaluar en cada caso cuál es el impacto del ingreso de aseguradoras extranjeras y cuál es el marco normativo apropiado.

Fuera de estos dos grupos de países “más vulnerables”, se encuentran aquellos países que ya disponen de un marco regulatorio de los seguros privados de salud. En estos casos aún cabría preguntarse si el marco regulatorio existente es suficiente para evitar las consecuencias negativas que puede tener el ingreso de aseguradoras extranjeras al financiamiento y/o provisión de servicios de salud.

En esta situación se encuentran:

- países que poseen un importante desarrollo de los seguros privados de salud, como es el caso de los países con sistema de aseguramiento mixto regulado (Argentina, Chile, Colombia, República Dominicana y Uruguay) y Brasil con su Sistema Único de Salud.
- países como Ecuador, México, Paraguay y Perú que poseen sistema segmentado y un menor desarrollo de los seguros privados; sería también el caso de Cuba con sistema público integrado que aún no posee seguros privados.

Todos estos países, con la excepción de Chile, Uruguay y Argentina (aunque a la fecha de este Brief mantenía suspendida la autorización al ingreso de nuevas aseguradoras) han firmado compromisos de liberalización en el AGCS. Colombia, Cuba, Ecuador, Paraguay y Perú firmaron compromisos sin ningún tipo de restricción mientras que Brasil, República Dominicana y México pusieron restricciones

al porcentaje accionario de capitales extranjeros. En todos los casos definen porcentajes inferiores al 50%.

En el caso de Chile, comenzaron a funcionar las compañías de seguros (ISAPREs) en 1981 sin la presencia de un ente y un marco regulador. Diez años después, se creó la Superintendencia de las ISAPREs porque se verificó un proceso de segmentación del mercado. Actualmente está en debate la reforma del sistema de seguro de salud para abordar este problema. Por ello, Chile excluyó expresamente tanto a los servicios de seguros de salud vinculados a las ISAPREs como al seguro público en la segunda ronda de negociaciones de servicios financieros que culminó en la OMC en diciembre de 1997.

Finalmente, es de destacar que una adecuada regulación es necesaria para que el ingreso de aseguradoras extranjeras tenga efectos positivos sobre la eficiencia y calidad del sistema. Si genera competencia puede inducir a una reducción de precios y a un mayor acceso a los servicios que brindan dichas aseguradoras. También si estimularan la transferencia de tecnología o la mejora en la calidad de los servicios, estos beneficios podrían distribuirse entre un mayor espectro de población. Por otra parte, los países que tienen potencial exportador a través de la inversión en el exterior de sus aseguradoras privadas, como Chile y Colombia, se beneficiarían de las remesas de sus utilidades.

Sistemas de salud y el mercado de seguros privados

TIPO DE SISTEMA DE SALUD	SIN MARCO REGULATORIO				CON MARCO REGULATORIO			
	LIBERALIZAN		NO LIBERALIZAN		LIBERALIZAN		NO LIBERALIZAN	
	TOTAL	PARCIAL	CON IED	SIN IED	TOTAL	PARCIAL	CON IED	SIN IED
PÚBLICO INTEGRADO (1)		<i>Jamaica</i>	Costa Rica	Bahamas Barbados Trinidad y Tobago	Cuba			
SEGMENTADO (2)	<i>Guyana Panamá</i>	Bolivia Honduras Nicaragua Venezuela	Belice El Salvador Guatemala	Haiti Surinam	<i>Ecuador Paraguay Perú</i>	<i>México</i>		
ASEGURAMIENTO MIXTO REGULADO (3)					<i>Colombia</i>	Rep. Dominicana	Argentina Chile Uruguay	
ÚNICO (4)						<i>Brasil</i>		

Nota: “Liberalizan” se refiere a los países que firmaron compromisos de liberalización en el AGCS y “No liberalizan” a los países que no lo hicieron. Los países en itálica son los que liberalizan y poseen IED en seguros de salud.

Fuente: elaboración propia en base a la información disponible en Bolis (2001), OMS (200) y POS (varios años)

(1): Servicio público con cobertura universal.

(2): Tres instituciones (ministerio de salud, seguridad social y sector privado), que integran cada una verticalmente las funciones de financiamiento y provisión, ofrecen servicio de salud a segmentos distintos de la población.

(3): Las funciones de financiamiento y provisión son realizadas por agentes distintos, el sector público regula el sistema. El sector público, el sector privado y el sistema de seguridad social brindan servicios de salud a segmentos distintos de la población.

(4): Financiamiento público y provisión privada. El financiamiento público podría tener cobertura universal.

Tipología basada en Londoño y Frenk (1997). La clasificación de países según tipo de sistema fue actualizada en base a Bolis (2001).

SEGUNDO DESAFÍO: LA PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD

La “portabilidad” se refiere a la posibilidad de que los servicios provistos fuera del país formen parte de los servicios cubiertos por el seguro nacional. Ello se resolvería a través del reembolso del costo incurrido por el beneficiario o a través del pago directo al proveedor de salud del otro país.

El movimiento de consumidores de servicios de salud (modo 2 del AGCS) es uno de los modos de intercambio de mayor relevancia económica para los PED porque éstos tienen un gran potencial de exportación. Brindan servicios de calidad comparable a precios inferiores (relevante para los pacientes cuando el servicio no está cubierto por su seguro y para los proveedores preocupados por reducir costos) y utilizan técnicas de medicina alternativa o terapias “exóticas” que no se utilizan en su país de origen. También pueden constituir ventajas comparativas los recursos naturales, el clima, las afinidades culturales y lingüísticas y la atención más rápida.

En el modo 2 del AGCS se han firmado más compromisos de liberalización total tanto por los países desarrollados como en desarrollo. Dicha liberalización debería implicar que los consumidores del país firmante no deberían tener limitaciones al acceso a los servicios de salud provistos en el extranjero. Para el caso de los servicios financiados con pagos de bolsillo, una limitación podría estar en la movilidad de capitales si el monto del servicio consumido es elevado. Sin embargo, la evidencia empírica señala que la no portabilidad de los seguros de salud (públicos y privados) es la principal limitación al acceso a los servicios provistos en el extranjero. ¿Cuáles son las razones que limitan la portabilidad de los seguros de salud? Entre ellas, podemos enumerar:

- la falta de información y comunicación entre el asegurador, el asegurado y el proveedor de atención sanitaria;
- el problema de la responsabilidad legal de los profesionales y el reconocimiento de la certificación de los establecimientos que proporcionan la atención médica;
- la diferente estructura organizativa de los sistemas de salud en los distintos países.

En este sentido, resulta útil tomar en cuenta algunas ideas y experiencias.

- En Mercosur, se propuso establecer un acuerdo entre los sistemas públicos de salud de los cuatro países, permitiendo a los ciudadanos de un país recibir atención sanitaria en otro país. Al final de cada año cada uno calcularía los costos en que incurrió por la atención a pacientes extranjeros y, si fuera necesario, solicitaría una compensación al sistema público del país de origen del paciente. Pero esta propuesta ha encontrado obstáculos para su aplicación práctica en las grandes diferencias de gestión administrativa y de atención entre los sistemas.
- Algunas compañías privadas de seguros estadounidenses están desarrollando planes que incluyen la atención en México para reducir sus costos. Estos planes están especialmente dirigidos a la población de origen latino y consisten en brindarles 100% de cobertura si los servicios médicos son consumidos en México.

En otros casos, organizaciones como las “health management organizations” y las “preferred provider organizations” están haciendo contactos directos con proveedores de salud mexicanos acordando precios fijos por servicio para incluirlos en sus planes de salud.

- En Canadá el seguro de salud estatal brinda cobertura en el exterior pero por un período de tiempo determinado. Luego, según las circunstancias, puede tramitarse su extensión.
- En países como Costa Rica, Egipto y Jordania puede autorizarse a los pacientes a recibir atención en el extranjero con cargo al sistema sanitario nacional cuando este sistema no esté en condiciones de proporcionar el tratamiento requerido; pero el procedimiento para obtener la autorización puede ser largo y engorroso.
- En Chile, los planes de salud tanto privados como público incluyen el traslado de sus pacientes a centros en el exterior para diagnósticos o para tratamientos e intervenciones no realizables en el país. Los envían con un médico tratante y la parte más prolongada y costosa de los servicios son realizados en el país para minimizar el costo total en el exterior. Chile, a su vez, vende servicios a pacientes de países fronterizos, como Bolivia, a través de convenios entre sus clínicas de excelencia y centros proveedores bolivianos y también a través de aseguradoras instaladas en Chile y Bolivia con vínculos accionarios que ofrecen el reembolso de la atención que reciben pacientes bolivianos en los centros proveedores de sus socios en Chile.

Más allá de lo que se disponga en relación a la portabilidad, en Latinoamérica el consumo en el extranjero se está dando con la expansión de la IED. O sea, la liberalización del modo 3 está promoviendo la expansión del modo 2. El aspecto negativo es que sólo están accediendo al consumo de servicios en el extranjero aquéllos que pertenecen a una aseguradora foránea o a una aseguradora nacional que firmó joint-ventures con aseguradoras de otros países.

Por lo tanto, el hecho de que los seguros de salud no sean portables circunscribe el acceso a la atención en el extranjero o a la atención en el propio país de un extranjero al segmento de la población que pertenece a una aseguradora privada que ofrezca esta posibilidad o que disponga de los recursos económicos para financiarse el costo del servicio en el exterior. O sea, la portabilidad de los seguros de salud es relevante para:

- desarrollar el potencial exportador de servicios de salud que tienen los PED, y
- para brindar un mayor acceso a los servicios que se prestan en el exterior a toda la población.

Para desarrollar su potencial exportador los PED deben promover que los países desarrollados liberalicen el modo 2 en servicios de salud. Para tener en cuenta en las negociaciones, los compromisos firmados en el AGCS en este punto son:

- Estados Unidos liberalizó parcialmente el consumo en el extranjero de servicios de hospital;
- Canadá no firmó compromisos de liberalización en servicios médicos y odontológicos ni en servicios de hospital; y
- la Unión Europea firmó compromisos de liberalización total en ambos sectores de servicios de salud. Sin embargo, la Unión Europea ha resuelto la portabilidad de los seguros estatales al interior de la UE pero con países no miembros sólo a través de convenios bilaterales.

RAZONES POR LAS QUE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEBERÍAN RESOLVER LA PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD

Para instrumentar efectivamente la liberalización del consumo en el extranjero, en el caso de los países que ya firmaron compromisos de liberalización en el modo 2

Belice	Costa Rica
Guyana	México
Jamaica	Rep. Dominicana
Trinidad y Tobago	

Para promover la equidad en el acceso a los servicios de salud que se proveen en el exterior a todos los que lo necesiten, dado que se constató la salida de pacientes al exterior (a través de seguros privados, convenios entre gobiernos o empresas, pagos de bolsillo o la atención en servicios públicos extranjeros).

Países donde la IED en seguros de salud estaría brindando ese servicio:

Argentina	Colombia
Brasil	Uruguay
Chile	

Demás países:

Bolivia	Nicaragua
Ecuador	Panamá
El Salvador	Paraguay
Guatemala	Perú
Honduras	Venezuela

CON LA PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS CONTRIBUIRÍAN A DESARROLLAR EL POTENCIAL DE:

¿CÓMO HAN AVANZADO EN LA PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD LOS PAÍSES DESARROLLADOS CUYOS PACIENTES SON POTENCIALES DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS QUE OFRECEN LOS PAÍSES DE ALC?

UE - firma compromiso de liberalización total en el modo 2 para todos los servicios de salud pero lo resuelve a través de convenios con cada país.

EEUU - liberaliza parcialmente el modo 2 de servicios de hospital, hace portable el seguro público para ancianos y discapacitados (Medicare) y algunas compañías privadas de seguro ofrecen atención en México.

CONTRIBUIRÍAN A DESARROLLAR EL POTENCIAL DE:

POTENCIALES EXPORTADORES DE SERVICIOS DE SALUD A PACIENTES EXTRANJEROS EN ALC Y TIPO DE SERVICIO

CHILE - serv. de alta calidad

COSTA RICA – de alta calidad

CUBA – de alta calidad y turismo y salud

MÉXICO – variados (de todo)

COLOMBIA - turismo y salud

CARICOM - turismo y salud

ARGENTINA, BRASIL Y URUGUAY – servicios de mejor calidad (al interior del MERCOSUR ampliado)

TERCER DESAFÍO: EL MOVIMIENTO DE PROFESIONALES

El ingreso temporal de profesionales se encuentra dentro de los compromisos que los gobiernos pueden tomar en el marco del AGCS bajo el llamado modo 4. En el caso de la salud, lo que los gobiernos establecen en los compromisos son las restricciones para el ingreso de un profesional extranjero, ya que el objetivo del Acuerdo es hacer más transparente las condiciones de ingreso, tendiendo a la eliminación progresiva de las restricciones. Sin embargo, el AGCS no se ocupa de la problemática de los países que exportan profesionales y luego sufren déficit de los mismos ni prevé mecanismos para controlar las técnicas de reclutamiento que utilizan gobiernos y empresas de otros países.

El movimiento de profesionales genera riesgos y oportunidades para el sistema que difieren según se trate del país proveedor o receptor.

- El país receptor del profesional se beneficia si es un recurso escaso y su demanda está insatisfecha. Es menos oneroso importar el profesional entrenado que capacitarlo internamente.

- El país proveedor de recursos humanos invierte pero pierde la inversión realizada. Si además el recurso humano es escaso, la exportación de profesionales genera problemas en el acceso de la población a la atención sanitaria, en la calidad del servicio que brinda y también en la eficiencia del sistema por la pérdida de inversión. Este es el caso de Jamaica y la exportación de enfermeras.
- El beneficio de la exportación de profesionales es el ingreso de remesas, que se dirige al sector privado (las familias del profesional en el exterior), pero también puede ser importante para la economía en su conjunto.

En el primer caso, el desafío es lograr que cuestiones como la certificación de las habilidades del profesional y la responsabilidad ética normada en la legislación de cada país no sean una barrera innecesaria para la movilidad transfronteriza. En los dos últimos casos, el desafío es acordar un mecanismo de compensación de la inversión realizada por el país proveedor. Tal vez el país beneficiado con el ingreso de un profesional debería estar preparado para reembolsar el costo de su capacitación, costo que podría ser retribuido durante un cierto período de tiempo y ser administrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También debería

establecerse un acuerdo internacional sobre normas éticas para el reclutamiento de los profesionales.

Los compromisos firmados hasta el momento en el modo 4 del AGCS no son de liberalización total sino parcial. En la mayoría de los casos, las restricciones son las mismas que se establecen para el ingreso de cualquier profesional porque han sido establecidas en los compromisos horizontales, aplicables a cualquier persona física en cualquier actividad.

Las restricciones se refieren, entre otras, a:

- requisitos de nacionalidad y residencia,
- pruebas de necesidad económica,
- regímenes de licencias, y
- reconocimiento de calificaciones.

Entre los países de América Latina y el Caribe que liberalizaron parcialmente el ingreso de médicos y odontólogos se encuentran casi todos los países del Caribe (Barbados, Belice, Guyana,

Jamaica, Trinidad y Tobago y República Dominicana), Costa Rica y México. Las restricciones que pesan sobre la liberalización acordada en el AGCS no se encuentran vinculadas al reconocimiento de las calificaciones y la concesión de licencias, uno de los desafíos más importantes en relación al movimiento de profesionales.

A nivel regional, se están ensayando dos vías para resolver este último problema a través de la negociación: la armonización o el reconocimiento mutuo. Sin embargo, algunos países adoptan estrategias unilaterales de exoneración de requisitos para el ingreso de un determinado profesional cuando sufre el déficit de dicho profesional y desea reclutarlo en el exterior. Por ejemplo, Estados Unidos que ha promovido el ingreso de enfermeras a través del otorgamiento de visas especiales que permiten el ingreso al país por un período de tiempo limitado sin la necesidad de obtener la certificación del Departamento de Trabajo de Estados Unidos. Pero estos casos son la excepción.

Disponibilidad de profesionales y compromisos de liberalización.

PAISES ORDENADOS S/RATIO MEDICOS/HAB.		MEDICOS			PAISES ORDENADOS S/ RATIO ENFERMERAS/HAB.		ENFERMERAS		
C/5000 HAB	AGCS MOD.4	IMPORTA*	EXPORTA*	C/1000 HAB	AGCS MOD.4	IMPORTA*	EXPORTA*		
HAITI	0.4			PARAGUAY	0.1				
GUYANA	0.9	P		HAITI	0.1				
SURINAME	1.3			HONDURAS	0.2				
BELICE	2.8	P	SI	REP. DOMINICANA	0.2				
TRINIDAD Y TOBAGO	4.0			BOLIVIA	0.3				
HONDURAS	4.2			GUATEMALA	0.3				
NICARAGUA	4.3		SI	ECUADOR	0.3				
GUATEMALA	4.7			EL SALVADOR	0.4				
PERÚ	4.7		SI	BRASIL	0.4				
EL SALVADOR	5.4			CHILE	0.4		SI		
CHILE	5.5			COLOMBIA	0.5		SI		
PARAGUAY	5.5			PERÚ	0.5				
COLOMBIA	5.8			ARGENTINA	0.5		SI		
BARBADOS	6.3	P		NICARAGUA	0.6				
BRASIL	6.4		SI	URUGUAY	0.6				
BOLIVIA	6.5		SI	JAMAICA	0.7	P	SI		
JAMAICA	7.0	P	SI	BELICE	0.8		SI		
COSTA RICA	7.1	P		VENEZUELA	0.8				
BAHAMAS	7.6			GUYANA	0.9		SI		
PANAMÁ	8.4			COSTA RICA	1.0	P			
ECUADOR	8.5		SI	PANAMÁ	1.0		SI		
MEXICO	9.3	P		TRINIDAD Y TOBAGO	1.7		SI		
REP. DOMINICANA	10.8	P		SURINAME	2.3				
VENEZUELA	11.8		SI	MEXICO	2.4		SI		
ARGENTINA	13.4			BAHAMAS	2.6		SI		
URUGUAY	18.5			BARBADOS	3.2		SI		
CUBA	25.9		SI	CUBA	7.5		SI		
PROMEDIO ALC	7.3			PROMEDIO ALC	1.1				
REINO UNIDO	8.2		SI	REINO UNIDO	S/D		SI		
CANADÁ	11.5		SI	CANADÁ	9.6		SI		
ESTADOS UNIDOS	14.0		SI	ESTADOS UNIDOS	8.8		SI		

Fuente: los datos estadísticos provienen del Informe sobre Desarrollo Humano 2001 (para los médicos) y 2000 (para las enfermeras), de Naciones Unidas.

* Se señala como países que importan o exportan aquellos que según la

bibliografía consultada en algún momento realizaron dicha operación.

Al no contar con mayor información pueden detectarse insuficiencias

COMENTARIOS FINALES

Para que la liberalización del intercambio internacional de servicios de salud tenga resultados positivos para los sistemas nacionales de salud, debe existir una fluida comunicación entre quienes llevan adelante la política comercial y los responsables de la política de salud. Es importante que el negociador tenga claro en qué sector y modo, de qué tipo –parcial y total- y a qué ritmo se puede firmar un compromiso de liberalización y que quien gerencia el sector salud esté prevenido sobre los mecanismos que debe instrumentar para minimizar los costos y maximizar los beneficios.

Además, los sistemas de salud tienen, en cada país de América Latina y el Caribe, características propias según su estructura organizativa, institucional y desempeño (en cuanto a la eficiencia y eficacia del sistema). A su vez, cada país tiene niveles y necesidades de salud diferentes así como distinta disponibilidad de recursos humanos. Por ello, más allá de los desafíos comunes que se identifican en este Brief, se hace necesario realizar estudios de impacto particulares, tipo *case-study*. Es alarmante que en el curso de este trabajo sólo se hubiera podido identificar trabajos de México de evaluación de las consecuencias de la liberalización en este sector a causa de la firma del NAFTA.

En cuanto a la negociación, Colombia es el único país latinoamericano que ya ha presentado una propuesta propugnando que los países desarrollados avancen en la liberalización del ingreso de profesionales a través de los acuerdos de reconocimiento mutuo y notifiquen dichos acuerdos a los demás países miembros (como establece el Artículo VII del AGCS) para darle la oportunidad a los países en desarrollo de participar en los mismos.

La nueva ronda de negociaciones del AGCS es una oportunidad para que los gobiernos latinoamericanos avancen en el fortalecimiento de su capacidad competitiva y en las posibilidades de desarrollo de los sistemas de salud que ofrece la mayor integración internacional. Sin embargo, si el objetivo es lograr un sistema de salud de calidad, eficiente y accesible a la mayoría de la población, la liberalización de estos servicios de salud presenta tres desafíos que los países latinoamericanos deben sortear:

- regular adecuadamente el mercado de seguros de salud para aumentar la eficiencia del sistema en términos de costos y modernización sin reducir el acceso de la población a los servicios de salud;
- acordar la portabilidad de los seguros de salud para desarrollar el potencial exportador; y
- resolver el problema de la movilidad de los profesionales, en relación tanto a la compensación por los “recursos humanos exportados” como a la regulación del movimiento temporal de los mismos.

A la hora de diseñar una estrategia para encarar estos desafíos, no debe olvidarse que la liberalización también está procediendo a nivel hemisférico (ALCA) y sub regional (Mercosur y Comunidad Andina) y que estos espacios pueden utilizarse para establecer preferencias regionales como laboratorio de futuros compromisos.

ANEXO

Compromisos de liberalización clasificados por acuerdo de integración regional.

ACUERDOS REGIONALES	PAISES	SERVICIOS MEDICOS Y ODONTOLÓGICOS			ENFERMERAS, PARTERAS, ETC.	SERVICIOS DE HOSPITAL		SEGUROS DE SALUD		
		MODO 1 A y T	MODO 2 A y T	MODO 4 A y T	MODO 4 A y T	MODO 2 A y T	MODO 3 A y T	MODO 2 A y T	MODO 3 A T	
COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES (CAN)	COLOMBIA								T	T
	PERÚ								T	T
	VENEZUELA								P	T
	ECUADOR					T	T		T	P
	BOLIVIA					T	T		P	
MERCOSUR	ARGENTINA									T
	BRASIL								P	T
	CHILE									
	PARAGUAY								T	T
	URUGUAY									
COMUNIDAD DEL CARIBE (CARICOM)	BARBADOS			P						
	BELICE	T	T	P						
	GUYANA	T	T	P				T	T	T
	HAITI									
	JAMAICA	T	T	P	P	T	T		P	T
	SURINAM									
	TRINIDAD Y TOBAGO	T	T	P		T				
	CUBA									T
REP. DOMINICANA		T	P		T	T		P		
MERCADO COMUN CENTROAMERICANO (MCCA)	EL SALVADOR									
	GUATEMALA									
	HONDURAS								P	T
	NICARAGUA								P	T
	COSTA RICA		T	P		T				
PANAMÁ					T	T		T	T	
TLCAN (NAFTA EN INGLES)	MEXICO	T	T	P	P	T	P		P	T
	CANADÁ							T	P	P
	ESTADOS UNIDOS					P	P	T	P	T

Notas: En cada servicio se negocian 4 modos de intercambio:

modo 1: comercio transfronterizo

modo 2: consumo en el extranjero

modo 3: presencia comercial extranjera (IED)

modo 4: presencia de profesionales extranjeros

Para cada modo de intercambio se consolidan compromisos en **Acceso al mercado (A) y Trato nacional (T)**

Los compromisos de liberalización que se consolidan pueden ser:

T: liberalización total

P: liberalización parcial (con restricciones o condicionamientos)

Fuente: elaboración propia en base a las Listas de Compromisos Específicos de cada país actualizadas a diciembre 2001, OMC.

La serie **BRIEF** está disponible en Internet en www.latn.org.ar Para recibir cada nuevo **BRIEF** por correo electrónico, por favor haga su solicitud a rrii@sinectis.com.ar