

PALABRAS CLAVE

Servicios de salud
 Prestación de servicios de salud
 Globalización
 Competencia
 Potencial del mercado
 Países en desarrollo
 Jamaica
 Caribe
 Estados Unidos

La globalización de la atención de la salud: oportunidades para el Caribe

Richard L. Bernal

El proceso de globalización de la actividad de atención de la salud avanza impulsado por el alto costo de esta actividad en los países desarrollados, el fuerte aumento de la demanda en estos países debido al envejecimiento de su población, y la creciente disponibilidad de servicios de salud en los países en desarrollo a precios más bajos que en los países desarrollados. Cada vez más los pacientes exploran la oferta internacional de atención de salud y optan por aquella que les resulte más conveniente, mientras a la vez aumenta el número de dolencias para las cuales la opción más eficiente es viajar a un país en desarrollo. La actividad de atención de la salud tiene un potencial considerable en aquellos países en desarrollo que puedan ofrecer servicios e instalaciones de alta calidad a precios que sean competitivos en el plano internacional. En este campo, la proximidad de los Estados Unidos otorga al Caribe una ventaja adicional para satisfacer la demanda estadounidense, que crece con rapidez.

Richard L. Bernal
 Director General del Mecanismo
 Regional de Negociaciones del
 Caribe (MRNC)
 y Profesor Honorario del Instituto
 de Investigaciones Económicas
 y Sociales Sir Arthur Lewis,
 Universidad de las Indias
 Occidentales,
 Kingston, Jamaica
 ♦♦ rbernalrnm@aol.com

I

Introducción

En este artículo se examina el proceso de globalización de la actividad de atención de la salud y se señalan las oportunidades que ese proceso ofrece a algunos países en desarrollo. Se sostiene, en esencia, que la globalización está transformando la atención de la salud en una industria integrada mundialmente, con características similares a las de otras industrias y servicios globales. Esta transformación supondrá una consolidación continuada del sector privado de salud en los países desarrollados, y el surgimiento de centros de salud privados en todo el mundo en respuesta a las diferencias de costos, sobre todo en lo que se refiere a recursos humanos. El proceso de dispersión geográfica descrito genera oportunidades para algunos países en desarrollo.

Tales oportunidades provienen del desplazamiento de los proveedores e instalaciones de la atención de la salud hacia lugares donde los costos son menores, así como de la creciente disposición de los pacientes a viajar al extranjero para tratarse a precios más convenientes. Como en los países desarrollados los precios siguen subiendo —por razones que van desde el costo de los seguros contra la negligencia profesional hasta

la escasez de personal de enfermería—, la contratación en el exterior de servicios de salud se tornará más pronunciada en esos países, y dará lugar a una actividad transfronteriza de atención de la salud. Esto supone una oportunidad para los países en desarrollo que estén preparados para exportar servicios de salud a los países desarrollados y, en particular, para los que posean sistemas de salud de calidad aceptable internacionalmente y tengan proximidad geográfica con los países desarrollados.

Las próximas secciones abarcan lo siguiente: la sección II resume las principales características de la globalización; la sección III presenta sobre esa base un panorama general de la actividad de atención de la salud; la sección IV destaca los factores que influyen en la globalización de esta actividad y describe tanto las fuerzas que la impulsan como los obstáculos y restricciones que la dificultan; la sección V describe el patrón de globalización del sector, estableciendo así el contexto para identificar las oportunidades que se abren a los países en desarrollo y, por último, en la sección VI se examinan esas oportunidades.

II

Principales características del proceso de globalización

La globalización está transformando con rapidez y a fondo todos los aspectos de las actividades e interacciones nacionales e internacionales. El ritmo, la naturaleza y la magnitud de los componentes económicos, sociales y políticos de la globalización pueden variar según los sectores de que se trate y de las circunstancias nacio-

nales, pero su principal consecuencia económica es la erosión o eliminación de las barreras nacionales a las corrientes internacionales de bienes, servicios, capitales, financiación e información. Se exponen enseguida algunos de los elementos que caracterizan el proceso de globalización.

La **globalización ha sido muy rápida** en los años recientes, como muestra el crecimiento acelerado del comercio y de las corrientes de capital internacionales. En la segunda mitad del siglo XX, la tasa de crecimiento del comercio mundial fue más alta que la de la producción mundial (OMC, 2001a). En el período 1950-1994, el volumen del comercio mundial creció 1,6 veces más rápido que la producción mundial, aventajando a dicha

□ Se presentó una versión anterior de este artículo en el simposio “Social Protection and the Millennium Goals (MDGs): A Caribbean Perspective”, en el marco del vigésimo primer período de sesiones del Comité de Desarrollo y Cooperación del Caribe (CDCC) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, que tuvo lugar en Puerto España (Trinidad y Tabago, 16 y 17 de enero del 2006).

producción a un ritmo creciente, que subió de 1,2 en los años 1970 a 2,8 en los años 1980 (Dicken, 1998). Entre 1981 y 1990, la producción mundial creció un 2,7%, mientras que el comercio mundial exhibió una tasa de crecimiento anual del 4,5% (Banco Mundial, 2002). En el período 1991-2000, el producto interno bruto (PIB) mundial creció un 2,6% por año, mientras que el comercio mundial de mercancías aumentó aproximadamente un 7,0% anual (Banco Mundial, 2003; OMC, 2001a). La proporción del comercio mundial de bienes y servicios con respecto a la producción es en la actualidad de 22%, en comparación con el 7% de 1950 (OMC, 2001a). Desde mediados de los años 1960 a los primeros años del decenio de 1990, las corrientes de inversión extranjera directa crecieron más rápido que el comercio internacional y la producción mundial (Naciones Unidas, 1994).

A medida que la economía mundial se integra más, **se ha intensificado la competencia** entre empresas y entre países en los mercados mundiales. Como resultado, incluso los bienes y servicios producidos y transados en los mercados nacionales tienen que atenerse a los estándares de calidad y costos de producción del ámbito internacional. La fusión de la informática con las telecomunicaciones permite a las empresas trasladar una gama cada vez más amplia de sus actividades y funciones a lugares donde se dispone de mano de obra, activos e infraestructura a costos competitivos. Esta evolución tecnológica ha transformado las estructuras organizacionales, la naturaleza del trabajo y de los productos, las técnicas de producción y la comercialización internacional.

Al avanzar la globalización, **ha aumentado el tamaño de las unidades económicas**, como lo ponen de manifiesto la expansión de las empresas transnacionales y la integración de las economías nacionales en bloques económicos o comerciales de carácter regional (Bernal, 1997). Esos bloques constituyen un rasgo destacado de la economía mundial, tanto por su nivel de participación en el comercio mundial como por el número de países que los integran. Se estima que entre la mitad y dos tercios del comercio mundial corresponde a dichos bloques regionales (OMC, 1995; Carnegie Endowment for International Peace, 1997).

Actualmente, las empresas transnacionales generan casi un tercio de la producción mundial y un porcentaje notable del comercio mundial. Son responsables de la mitad del comercio mundial de bienes (Vernon, 1998) y de un 80% de las tierras dedicadas a cultivos de exportación en todo el mundo (Stopford y Strange, 1991). Su preponderancia se evidencia asimismo en el valor de

los activos en el extranjero que controlan, el volumen de sus ventas en el exterior y la cantidad de empleo que generan en el extranjero (Naciones Unidas, 1998).

Es probable que persista la tendencia a que las entidades empresariales se amplíen y que predominen las empresas transnacionales. Las estimaciones del porcentaje que representan las fusiones y adquisiciones transfronterizas de empresas en la inversión extranjera directa mundial oscilan entre el 76% (Barba Navaretti y Venables, 2004) y el 83% (Naciones Unidas, 2000); en la Unión Europea, las fusiones y adquisiciones suponen más del 75% de las corrientes de inversión extranjera (Ietto-Gilles, Meschi y Simonetti, 2000).

Entre los componentes de la economía mundial, **los servicios son los de más rápido crecimiento**; de hecho, en los años 1990 las exportaciones de servicios de los países en desarrollo aumentaron con más rapidez que las exportaciones de manufacturas (Banco Mundial, 2001). Durante el período 1990-2000, el crecimiento anual medio del comercio de servicios fue del 7%, mientras que el correspondiente al comercio de mercancías fue de 6% (OMC, 2003).¹ En 1993, los servicios en su conjunto representaron el 22,2% del comercio total, y en 1980 el 17%; además, entre el 50% y el 60% de las corrientes totales de inversión extranjera directa se dirigieron a las empresas de servicios (Banco Mundial, 1995; Naciones Unidas, 2001). Asimismo, los servicios representaron el 65% del producto interno bruto (PIB) de los países de altos ingresos y alrededor del 38% del PIB de los países de bajos ingresos (Banco Mundial, 2000).

El rápido desarrollo de las **nuevas tecnologías** de la información y las comunicaciones y de la tecnología industrial ha facilitado y en ocasiones ha impulsado la creciente globalización de las transacciones y actividades económicas. Las innovaciones en el tratamiento de la información y en las telecomunicaciones promueven la globalización, ya que permiten reducir los costos derivados de las distancias, así como la importancia de la localización y las ventajas de las grandes dimensiones. La difusión del uso de la tecnología electrónica ha modificado sustancialmente la práctica en los sectores de servicios financieros, de telecomunicaciones y de esparcimiento, entre otros, y se prevé que su crecimiento será exponencial (OMC, 1998).

En cuanto a **gobernanza**, el proceso de globalización implica la fusión de mercados nacionales para constituir mercados globales. Por ejemplo, la estructura financiera

¹ Véase más información sobre el estudio de las tendencias en Maurer y Chauvet (2002).

mundial, que antes estaba constituida por Estados nacionales con algunos vínculos transnacionales, se ha transformado ahora en un sistema predominantemente mundial, en el que solo persisten algunos vestigios de anteriores diferencias nacionales en los mercados, las instituciones y las reglamentaciones. La capacidad de los gobiernos de gestionar sus economías está cada vez más limitada por organizaciones multilaterales, empresas transnacionales e instituciones financieras transnacionales (Strange, 1996; Korten, 1995), que ejercen una influencia económica y política creciente y cuyo alcance es mundial.

De forma análoga, la autonomía de los Estados nacionales en materia de políticas disminuye debido a la prominencia de las empresas transnacionales que, al tener envergadura mundial, producción vinculada internacionalmente y comercio intraempresa, trascienden el alcance de los Estados nacionales. Una cuarta parte del comercio mundial está constituida por transacciones intraempresa, es decir, las que tienen lugar dentro

de una empresa transnacional (UNCTAD, 1994) y, en consecuencia, esa considerable porción del comercio mundial y de los movimientos de capital queda fuera del control de los gobiernos y protegida de las fuerzas del mercado tanto mundial como nacional.

En lo que se refiere a **aspectos culturales y psicológicos**, la disponibilidad instantánea vía satélite de información a nivel mundial, así como las computadoras y la tecnología de las telecomunicaciones, han cambiado irreversiblemente todos los aspectos de la vida de las personas. Las innovaciones tecnológicas en las esferas de las telecomunicaciones y la informática han eliminado las barreras que suponen la distancia y el tiempo, dando lugar a la reconstrucción del planeta en un único espacio social (Hoogvelt, 1997). En ese entorno, la disposición a vivir y trabajar en cualquier lugar del mundo, la aceptación de la diversidad étnica y cultural y la apertura a los productos y servicios con independencia de su origen son rasgos que se manifiestan de forma creciente.

III

La actividad global de atención de la salud

La naturaleza, las pautas y la evolución de la atención global de la salud no reflejan exactamente las características y tendencias de la globalización. Esto porque cada bien y cada servicio responden a circunstancias propias de su naturaleza, su historia y sus tendencias presentes, y por lo tanto reproducen en diversos grados los rasgos de la globalización. Los servicios de salud surgen en una amplia gama de situaciones y, en consecuencia, exhiben tanto elementos comunes como variaciones con respecto a los rasgos generales de la globalización. Por ejemplo, la atención de la salud no está tan globalizada como muchas otras actividades que entregan productos y servicios (Woodward, Drager y otros, 2002) y la ampliación de las empresas en el campo de la salud no se ha dado en la misma medida que en muchos otros servicios, como el bancario.

1. La incipiente globalización del mercado de la atención de la salud

En la economía global, la atención de la salud ha permanecido predominantemente segmentada en sistemas de salud nacionales, por lo que el proceso de globalización

no ha avanzado tanto como en muchos otros mercados de servicios. En general, los sistemas nacionales de salud son predominantemente públicos y gestionados por el sector público, pero hay también un sector privado de salud cuya participación varía según la riqueza de cada país. La participación del sector privado en la atención de la salud, tanto por el lado de la demanda como por el de la oferta, tiende a ser mucho mayor en los países desarrollados que en los países en desarrollo. La mayor parte del gasto mundial en salud es efectuado por los miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), lo que refleja el grado de desarrollo de esos países, su superior ingreso per cápita y el mayor porcentaje de su PIB que destinan a gastos en salud.

La atención de la salud ha sido en gran medida una actividad básicamente nacional y, en consecuencia, no ha sido propensa a la expansión de dependencias que son tan comunes en el sector privado, sobre todo a nivel global. El sistema nacional de salud gestionado por el gobierno puede considerarse una organización única que, a diferencia del sector privado, no tiene incentivos para extenderse más allá de las fronteras nacionales y

participar en alianzas estratégicas transfronterizas. Por su parte, el sector privado de esos sistemas exhibe tendencias diferentes en los países desarrollados y en los países en desarrollo. Las instituciones de salud privadas han mostrado poca inclinación a fusionarse en el plano nacional, y menos aún a nivel internacional. No obstante, en los Estados Unidos ha habido una tendencia creciente a fusiones de hospitales, por razones de racionalización y consolidación, lo que puede ser un anticipo de futuras tendencias en cuanto a la propiedad y el funcionamiento de servicios de salud privados. Aunque no existe una tendencia mundial a que se amplíen las unidades de atención de la salud o a que adquieran alcance transnacional, las instituciones estadounidenses podrían ser pioneras en la creación de instituciones transnacionales en este campo.

El crecimiento del gasto en salud ha sido sumamente desigual y ha correspondido en su mayor parte a recursos gastados por gobiernos y ciudadanos de países desarrollados, casi exclusivamente en los países desarrollados. Por el contrario, el minúsculo porcentaje del gasto en salud que corresponde a los países en desarrollo constituye un reflejo de la demanda en ellos, limitada por los bajos ingresos y la oferta insuficiente de instalaciones, equipos y servicios de salud modernos. De hecho, los ciudadanos pudientes de los países en desarrollo suelen buscar atención médica en los países desarrollados, sobre todo cuando se trata de tratamientos especializados como los que ofrecen la Clínica Mayo y el Programa de salud para ejecutivos de la Universidad Johns Hopkins.

2. Una competencia internacional embrionaria

En el ámbito mundial, el sector de la salud no ha intensificado significativamente la competencia, ya que el mercado de servicios de salud todavía no es verdaderamente global. La intensificación de la competencia, que suele acompañar al predominio creciente del mercado global, no influye de manera importante sobre los sistemas nacionales de salud. En el segmento de altos ingresos del mercado y con respecto a determinadas especializaciones, algunas instituciones de salud de países desarrollados son consideradas líderes mundiales y la demanda de sus servicios proviene de todas partes del mundo.

3. La incipiente expansión

Aunque en los países desarrollados los seguros médicos, los hospitales y los proveedores de servicios de salud del sector privado han experimentado consolidaciones

y fusiones, existen pocas empresas transnacionales genuinas en este campo. Esto se debe en gran medida a las considerables diferencias entre las regulaciones nacionales, diferencias que han desalentado a las empresas que por su tamaño podrían organizar los recursos humanos y financieros necesarios para abocarse a emprendimientos de ese tipo en el exterior. Es probable que la expansión mundial de las empresas de atención de la salud se dé antes en jurisdicciones donde un grupo de empresas ha uniformado sus reglamentaciones, y que los puntos de entrada sean los países que más faciliten a los proveedores extranjeros su instalación y funcionamiento. En todo caso, varias empresas transnacionales que producen medicamentos y suministros médicos ya tienen redes de distribución bien establecidas en países en desarrollo.

Entre los países en desarrollo, particularmente latinoamericanos y asiáticos, son muchos los que cuentan con un importante sector privado de atención de la salud. Un número considerable de hospitales y servicios médicos son de propiedad privada, e incluso en países de bajos ingresos los profesionales privados prestan más de la mitad de los servicios de salud básicos. Algunas empresas transnacionales originadas en los Estados Unidos, como Aetna, American Insurance Group, CIGNA y Prudential, están presentes en América Latina. Entraron en el mercado en los años 1990, comprando compañías locales que ofrecían seguros de indemnización o planes de asistencia médica prepagados, o formando empresas mixtas (PNUD, 2003). Están empezando a surgir consorcios y alianzas estratégicas de empresas: por ejemplo, el Apollo Hospitals Group está construyendo 15 hospitales en Malasia, Nepal y Sri Lanka y el Parkway Group Healthcare, con base en Singapur y hospitales en el Reino Unido y Asia, se ha asociado con empresas de Indonesia, Malasia, Sri Lanka y el Reino Unido para constituir Gleneagles International, que funcionará como una cadena internacional de hospitales (Chanda, 2002).

4. El crecimiento de los servicios de atención de la salud

Se estima que el gasto mundial en salud en 2005 será de 4 billones de dólares (UNCTAD, 1997), correspondiendo la mayor parte a los países de la OCDE (OMS, 2002). El gasto en atención de salud oscila entre el 14% del PIB en los Estados Unidos y el 1% a 5% del PIB en los países en desarrollo. Por su parte, los países de la OCDE (Zarrilli y Kinnon, 1998) dedican a este gasto el 8% de su PIB. El gasto per cápita exhibe disparidades similares que van desde 16

dólares en los países de bajos ingresos a 2.300 dólares en los países de ingresos altos (Banco Mundial, 1999).

A pesar del rápido avance de la globalización, especialmente en el sector de los servicios, es poco el comercio internacional de servicios de salud y limitada la actividad transfronteriza en este terreno. La mayoría de los intercambios internacionales en materia de salud se traducen en la compra de servicios en países desarrollados por personas que viajan a esos países para recibir atención médica. El comercio internacional de servicios de salud está creciendo aceleradamente en determinadas prestaciones transfronterizas que en la actualidad se valoran en 140.000 millones de dólares (Banco Mundial, 2005) y que, según se estima, crecerán a un ritmo anual de 6%.

Algunas instituciones de salud de los países desarrollados han empezado a comercializar sus servicios internacionalmente, lo que amplía el mercado global. Así, Johns Hopkins Internacional y la Clínica Mayo han visto aumentar notablemente el número de pacientes extranjeros desde que iniciaron tal comercialización en los años 1990 (Freudenheim, 1996). Algunos hospitales de referencia estadounidenses, como el Memorial Sloane-Kettering Cancer Center, tienen renombre mundial y clientela internacional. Un número creciente de hospitales estadounidenses no tan conocidos, en un esfuerzo por utilizar plenamente su capacidad, han establecido contratos con empresas extranjeras, instituciones del sector público y sindicatos en toda América Latina y el Caribe (Warner, 1998).

Una nueva tendencia interesante es el movimiento de personas desde países desarrollados hacia países en desarrollo con el propósito de acceder a determinados tratamientos, menos costosos que en sus países de origen.² Las personas también viajan al extranjero para evitar largos períodos de espera en sus sistemas nacionales de salud y/o porque pueden no estar en condiciones de pagar atención privada en sus propios países (Lunn, 2006). La combinación cada vez más frecuente de atención de la salud y turismo ha dado origen a la expresión “sol, playa y cirugía” (Prosser, 2006; Sankaranarayanan, 2005).

5. La tecnología

En el sector de la salud siguen surgiendo continuamente nuevas tecnologías que complementan y mejoran las

aptitudes humanas, aunque no las reemplazan. Por ejemplo, las computadoras y el rayo láser no han sustituido a los seres humanos, pero han mejorado la eficacia del personal médico y han simplificado la labor de los prestadores de servicios de salud. Los avances en la tecnología de las comunicaciones han conducido a la aparición y difusión de la telemedicina que, aunque se ha desarrollado en primer lugar en los mercados nacionales, tiene un alcance cada vez más internacional. Los países en desarrollo recurren crecientemente a la telemedicina para complementar y mejorar su capacidad a un costo relativamente bajo.

6. La gobernanza

Los sistemas de salud son predominantemente nacionales y, en la mayoría de los casos, la administración pública es el principal prestador de servicios de salud y el gobierno es el responsable de la legislación que rige el sistema. Evidentemente, el papel del sector privado en el sistema de salud está determinado por la función predominante de la administración pública y por sus políticas en materia de salud. El siglo XX se caracterizó por la preponderancia del pensamiento social y político que sostenía que la salud pública era responsabilidad del Estado y que este era el más capacitado para entregar prestaciones de salud a todas las personas o al menos a las que no pudiesen pagar la atención privada. Esta corriente de pensamiento culminó en el Estado del bienestar, pero también constituyó un firme compromiso de los países socialistas.

La gobernanza del sector de la salud en la economía global se da en el plano nacional, siendo creciente la cooperación internacional a través de instituciones de carácter multilateral, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de carácter regional, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La facilidad y rapidez con que se propagan las enfermedades de un país a otro hacen necesaria esta cooperación. En los últimos años, los gobiernos han dedicado cada vez más atención a las normas internacionales de salud, y han participado y cooperado en diversos aspectos de interés internacional, como la inmunización y el control de las enfermedades epidémicas.

7. Aspectos culturales y psicológicos

El sector de la salud es mucho más multiétnico y multicultural que la mayoría de los sectores que participan en la economía global. Aparte de su ética, derivada del juramento hipocrático, cabe señalar que fueron

² Por ejemplo, los ciudadanos del Reino Unido viajan a España, Turquía, Europa oriental e India para aprovechar servicios médicos u odontológicos que pueden ser hasta 50% más baratos que en su país de origen.

profesionales de la salud algunos de los primeros en abandonar la noción de fronteras nacionales, como lo ilustran los casos de las enfermeras Florence Nightingale y Mary Seacole³ en el pasado y se refleja más recientemente en colaboraciones en el campo de la investigación y también en la movilidad internacional de personal médico y de enfermería.

Los profesionales de la salud parten de una concepción global, puesto que su campo de acción —la enfermedad y la humanidad— no está limitado por las fronteras nacionales. Asimismo, suelen tener una buena disposición para vivir y trabajar en el extranjero. No obstante las exigencias de certificación profesional en

el país en que van a trabajar, así como los obstáculos a la migración, hacen que su movilidad internacional sea extremadamente difícil. Los pacientes suelen sentirse más cómodos ante personal médico con el que comparten una misma cultura, sociedad y origen étnico. De hecho, muchos pacientes desconfían de los médicos extranjeros y temen, en muchos casos, que su preparación no sea adecuada o que no estén familiarizados con las condiciones y dolencias locales. Por ejemplo, los estadounidenses hispanohablantes de origen latinoamericano que viven en el sur de California prefieren por lo general viajar a México para recibir atención médica (Arredondo-Vega, 1998).

IV

Los factores que influyen en la globalización de la atención de la salud

La globalización de la atención de la salud ya ha comenzado, aunque con un ritmo más bajo y en menor medida que en muchos otros servicios, y probablemente continuará. La forma que tome el proceso y su velocidad dependerán de diversos factores, tanto en el plano nacional como internacional. Los principales de ellos pueden agruparse en dos clases: fuerzas que impulsan la globalización del sector y obstáculos a esa globalización.

1. Las fuerzas impulsoras

Entre los factores que impulsan la globalización de la atención de la salud figuran los siguientes:

a) *Las diferencias de precios*

Los precios de los servicios de salud en los países en desarrollo son sustancialmente menores que en los países desarrollados. Por ejemplo, el precio de una operación de derivación coronaria en India equivale al 5% de su precio en los países desarrollados, y un trasplante de hígado cuesta en India la décima parte de lo que vale en los Estados Unidos (Gupta, Golder y Mitra, 1998). Una imagen de resonancia magnética cuesta 60 dólares en India y 700 en Nueva York (Lancaster, 2004). La cirugía de derivación cardíaca en Trinidad

y Tabago cuesta 50% menos que en Boston (Banco Mundial, 1996). Una reconstrucción de cadera cuesta 5.000 dólares en India y 21.000 dólares en los Estados Unidos (Lancaster, 2004). Un estiramiento facial en las Islas Vírgenes Británicas cuesta un 30% menos que en los Estados Unidos; la estadía de 28 días en Antigua para tratar una adicción, incluida la desintoxicación médica, cuesta la mitad que en los Estados Unidos, y muchos balnearios de Jamaica y Santa Lucía brindan, a un precio menor, servicios equiparables a los de Florida en los Estados Unidos (Banco Mundial, 1996).

Las causas de diferencias de precios como las descritas entre países desarrollados y en desarrollo son, entre otras, las siguientes:

- i) Las diferencias de remuneraciones son notables. Por ejemplo, el personal de enfermería gana en Filipinas un 5% de lo que ganaría en los Estados Unidos (Stalker, 2001). El personal de enfermería diplomado puede ganar en Washington, D.C., tres veces lo que ganaría en Barbados (Secretaría de la CARICOM, 2006).
- ii) El costo de los seguros contra demandas por negligencia profesional es menor en los países en desarrollo que en los Estados Unidos: se estima en unos 100.000 dólares al año en los Estados Unidos y en unos 4.000 dólares en India (Lancaster, 2004).
- iii) El precio de los insumos y de los servicios subcontratados suele ser inferior en los países en desarrollo, donde el costo laboral en todos los

³ Véase Seacole (1988).

sectores es menor que en los países desarrollados. Por ejemplo, los medicamentos que compran los países desarrollados a países en desarrollo —como India o Brasil— o a algunos países desarrollados —como Canadá—, son mucho más baratos que sus equivalentes fabricados en los Estados Unidos. Las exorbitantes utilidades que acumulan las empresas farmacéuticas estadounidenses están bien documentadas y explican en parte el elevado precio que en ese país tienen los medicamentos (Ledogar, 1975; Greider, 2003).

Dadas las dificultades que supone el traslado temporal de los profesionales de la salud de un país a otro y, más aún, los aspectos conflictivos que obstaculizan su migración, es previsible que en el futuro continúen las diferencias de remuneraciones del personal de salud entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Cuando los países desarrollados han tenido que hacer frente a una escasez severa de determinadas categorías de trabajadores especializados, han flexibilizado las condiciones de entrada en ciertos sectores para aliviar esa escasez. Y cuando han visto i) que la inversión, los empleos y la capacidad en el sector de la informática aumentan con rapidez, debiéndose ir al extranjero en busca de mano de obra calificada; ii) que crece la subcontratación internacional, o iii) que se elevan las remuneraciones para atraer a trabajadores que se desempeñan en otras ocupaciones, han liberalizado el acceso de los trabajadores extranjeros. Por ejemplo, el Gobierno de los Estados Unidos, presionado por el Congreso y por el sector de la informática (Pear, 1998), elevó el límite a la entrada de extranjeros calificados. En el 2000, el Congreso aumentó el número máximo autorizado de visas H-1B (visados temporales para extranjeros calificados) y exceptuó a determinadas categorías laborales de esos límites (Alvarez, 2000). En 1998, el Gobierno de Canadá, a raíz de protestas formales del sector privado, aceleró el proceso para aprobar la entrada de trabajadores temporales.

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población en países desarrollados como Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido, y sus repercusiones en el estancamiento o la contracción de la mano de obra (Robson, 2001), puede hacerse necesaria una mayor liberalización. Es probable que así suceda en el sector salud de los países desarrollados, donde la demanda de atención, en particular de personas de edad, es mayor que la oferta. En el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, el 31% del personal médico y el 13% del personal de enfermería son de origen extranjero y, en Londres, en particular, el 47% del personal de enfermería nació en el exterior, y de

las 16.000 nuevas contrataciones en la última década, la mitad correspondió a personas formadas en el extranjero (Stalker, 2001). En los Estados Unidos, se estima que el déficit de personal de enfermería en el 2004 fue de 139.000 personas y se prevé que aumentará a 275.000 en 2010,⁴ y a 800.000 en el 2020.⁵

b) *Tecnología*

Los países en desarrollo son los que tienen remuneraciones más bajas, y en la mayoría de los casos no cuentan con equipos de salud tan modernos y complejos como los hospitales y servicios de salud de los países desarrollados. Tampoco disponen de instituciones altamente especializadas en una única enfermedad o afección y, en el caso de los países pequeños, quizá no cuenten con especialistas en todos los campos de la medicina. No obstante, con la tecnología moderna es posible aminorar algunas de esas deficiencias. Por ejemplo, gracias a las nuevas tecnologías de las telecomunicaciones y de la informática,⁶ está disponible la telemedicina (Bashur, Sanders y Shanon, 1995; Norris, 2002), mediante la cual los centros de salud de países en desarrollo pueden acceder a los mejores conocimientos especializados, la tecnología de vanguardia y las posibilidades de investigación existentes en el mundo.⁷ Al extender el acceso a la información y permitir el intercambio auditivo, visual y de datos entre los médicos en cualquier etapa de la atención del paciente, la telemedicina puede mejorar el reconocimiento, el diagnóstico, el tratamiento, la vigilancia, la terapia y la educación. Según las circunstancias y las necesidades, la telemedicina permite la comunicación entre los médicos y de estos con otro personal de salud y con los pacientes, a través de diversas modalidades de transmisión: vía satélite, a través de microondas, vía inalámbrica digital y mediante la Internet. Algunas prestaciones, como la cirugía asistida y las evaluaciones psiquiátricas, requieren transmisión visual en vivo.

Las perspectivas de crecimiento de la telemedicina son muy buenas, ya que esta tecnología es asequible y el costo de utilización es relativamente bajo. La American Telemedicine Association (1999) señala que en la segunda mitad de los años 1990 los costos se

⁴ Según datos de la American Nurses Association.

⁵ Según datos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

⁶ Para un examen más detallado de la aplicación a la medicina de la informática y las redes de datos digitalizadas, véase Dawkins y Cary (2000) y Maheu, Whitten y Allen (2001).

⁷ Véase en Mandil (1998, pp. 79-100) un estudio reciente de la situación de la telemedicina, tanto en los países desarrollados como en aquellos en desarrollo.

habían reducido notablemente, gracias a mejoras en la tecnología, innovaciones en la compresión de datos y reducción del costo de los equipos y programas informáticos. Otra ventaja de la telemedicina es que hasta en el 80% de los casos hace innecesaria la presencia física del paciente al consultar a un especialista, de modo que los servicios de especialistas se pueden obtener en el ámbito mundial.

Las limitaciones a una mayor difusión del uso de la telemedicina no radican en los costos de los equipos o de la tecnología, sino que con frecuencia obedecen a actitudes tradicionales de quienes entregan prestaciones de salud de carácter convencional, y a reglamentaciones anticuadas. Actualmente, los gobiernos insisten en mantener un registro nacional de todos los profesionales médicos que ejercen en sus respectivos países. La telemedicina plantea un reto a los regímenes nacionales de salud, ya que permite que la práctica de la medicina traspase las fronteras nacionales. Por otro lado, la cobertura de los seguros dificulta la difusión de la telemedicina: por ejemplo, el programa Medicare de los Estados Unidos no le da cobertura total (American Telemedicine Association, 1999). La telemedicina está bien establecida en Australia, Canadá, Francia, Japón, Noruega y el Reino Unido, en un número creciente de países en desarrollo y en Estados comunistas, como Cuba (Krasnow, 2002).

c) *La estructura de edades en los países desarrollados*

En los próximos 50 años, la población mundial de 65 años y más aumentará en aproximadamente 1.000 millones de personas, lo que se estima que representará cerca del 50% del crecimiento total de la población mundial (Peterson, 1999). En los países desarrollados ya ha habido un cambio demográfico de este tipo, decisivo en la estructura de la población. En 1960, aproximadamente el 9,2% de su población tenía 65 años o más, porcentaje que aumentó al 13,3% en 1990 y que, según se estima, alcanzará al 20,2% en 2020 (Peterson, 1999). Entre 1960 y 1997, la población de 65 años o más aumentó 169% en Japón; aproximadamente 100% en Grecia, Finlandia, España y Portugal; 78% en Italia; 35% en el Reino Unido; 34% en los Estados Unidos, y 31% en Francia (Rodríguez-Pose, 2002).

La disminución de la tasa de fecundidad (Wattenburg, 2004) y el aumento de la esperanza de vida al nacer han provocado el envejecimiento de la estructura demográfica y el aumento de la relación de dependencia de la población pasiva respecto de la activa. El aumento espectacular de la proporción de personas de edad en la población de los países industrializados supondrá asimismo un serio

reto para la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, la atención de salud y el crecimiento económico (Stowe England, 2002a y 2002b). Los países más afectados por el envejecimiento de la población son los que generan dos tercios de la producción mundial, por lo que una desaceleración en ellos podría tener efectos adversos en la economía mundial (Center for Strategic and International Studies, 2002).

En los países desarrollados, los altos precios de la atención de la salud hacen que sea más económico viajar a países en desarrollo para recibir atención médica: por ejemplo, desde los Estados Unidos al Caribe septentrional y Centroamérica. Un número creciente de estadounidenses viaja a México con ese propósito, ya que el precio de una visita médica es hasta un 80% más bajo que en los Estados Unidos, y algunos medicamentos cuestan hasta un 75% menos (Hilts, 1992). Son cada vez más las personas jubiladas de países desarrollados que van a vivir al extranjero, sobre todo a países en desarrollo de clima cálido, donde el poder adquisitivo de sus ingresos es mayor que, por ejemplo, en los Estados Unidos. El mercado de servicios para jubilados aumentará marcadamente en los próximos 20 años (*Business Week*, 1994). Así, los países en desarrollo pequeños que se hallan muy próximos a países desarrollados, que cuentan con un clima cálido todo el año y que exhiben remuneraciones relativamente menores, constituyen un entorno propicio para establecer comunidades de retiro.

d) *La disponibilidad y los precios del transporte aéreo*

Con la expansión del turismo en todo el mundo, la posibilidad de costear los viajes en avión ha aumentado considerablemente. También ha aumentado el deseo de viajar para recibir atención médica, generalmente hacia los países desarrollados, pero también cada vez más hacia países en desarrollo con reputación de contar con sistemas de salud de calidad, como Cuba. A mediados de los años 1990, Cuba recibió 25.000 pacientes extranjeros y obtuvo por los servicios de salud ingresos de 25 millones de dólares (Banco Mundial, 2002).

El precio de los viajes en avión constituirá un componente importante del gasto total a la hora de optar por buscar atención médica en el extranjero en vez de tratarse en el país de origen. Dicho precio ha disminuido, en tanto que el nivel de ingresos y la disponibilidad de transporte aéreo se han incrementado. La ventaja que supone la cercanía geográfica a los países desarrollados solo se puede aprovechar si las condiciones del transporte aéreo son adecuadas. No obstante, si el ahorro en la

atención médica es significativo, el precio del viaje en avión dejará de ser gravitante. Por ejemplo, un paciente de Carolina del Norte, en los Estados Unidos, que habría tenido que pagar 200.000 dólares por una operación de corazón, voló 7.500 millas hasta Nueva Delhi, en India, donde la operación se realizó satisfactoriamente por un precio total de 10.000 dólares, incluido el pasaje de avión (Lancaster, 2004).

e) *Las pandemias mundiales*

Las enfermedades infecciosas son la causa de entre un cuarto y un tercio de las muertes en el mundo. En 1999, los nuevos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) aumentaron de 40.000 a 46.000 por año. La cantidad de pasajeros que viajan en el mundo se ha multiplicado varias veces. Al mismo tiempo, crece el número de nuevas enfermedades, la resistencia de las enfermedades existentes a los tratamientos conocidos y la rápida difusión geográfica de unas y otras, debido a factores como la manipulación humana de la alimentación vegetal y animal y de la genética, y a la mayor movilidad de las personas y de algunos animales.

En los últimos 25 años han resurgido y se han propagado 20 enfermedades que estaban en declinación, y se han identificado 29 enfermedades que eran desconocidas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), el Ébola y la hepatitis C. Dados tanto el incremento del comercio internacional como la movilidad de las personas por el turismo y la migración —legal e ilegal—, se hace indispensable una mayor cooperación internacional. Se calcula que en el año 2000, aproximadamente 36 millones de personas vivían con VIH, el virus causante del SIDA, 90% de ellas en países en desarrollo y 75% en el África subsahariana. Son menos de 25.000 los habitantes de países en desarrollo que reciben tratamiento antirretroviral, el que sí está habitualmente disponible en los países desarrollados (OMC, 2001a).

En definitiva, la mejor defensa contra la propagación de enfermedades como la tuberculosis y la poliomielitis es la prevención, en particular mediante los programas de inmunización. Estos programas, bien ejecutados y con adecuada cobertura de la población, no solo evitan muertes y sufrimiento indescriptible de las personas, sino que también son más eficientes frente a una epidemia o un brote infeccioso (Ashley y Bernal, 1985). A fin de responder a las pandemias globales, es necesario acrecentar los esfuerzos multilaterales basados en la cooperación internacional que realizan organizaciones internacionales como la OMS. Se espera que el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la ma-

laria obtenga 7.000 millones de dólares. Esta suma, que es enorme, todavía está lejos de los 57.000 millones de dólares anuales de gasto adicional que, según la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, son necesarios para entregar servicios médicos básicos a la población mundial (*The Economist*, 2001). Para asegurar que los países ricos y pobres puedan controlar los brotes de las enfermedades más letales, la cooperación internacional debe incluir acuerdos sobre la identificación, contención y tratamiento de enfermedades, así como protocolos normalizados y mecanismos para compartir los costos. Los esfuerzos de cooperación deben estar dirigidos a mejorar los sistemas e infraestructura básicos para la atención de la salud en los países en desarrollo, de forma que las enfermedades que se originan en las regiones tropicales se puedan identificar y erradicar antes de que se propaguen (Barks-Ruggles, 2001).

f) *Las normas multilaterales de comercio*

Las normas internacionales que rigen el comercio, como las que se establecen en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPRIC) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), afectan directamente a la atención de la salud, ya que regulan la disponibilidad de los medicamentos. En el Acuerdo sobre los ADPRIC se autorizan las patentes que rigen la producción y las condiciones de venta de los fármacos. Recientemente, esto ha sido objeto de una enconada controversia entre los gobiernos de los países en desarrollo y los principales fabricantes de productos farmacéuticos, que se concentran en los países desarrollados. La producción mundial de fármacos proviene principalmente de seis países desarrollados (Alemania, los Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y el Reino Unido), mientras que entre los países en desarrollo solamente Brasil e India son productores importantes (Barks-Ruggles, 2001). De los países en desarrollo, la gran mayoría tiene una producción nacional limitada, dos tercios importan más del 50% de los medicamentos y la mitad depende completamente de esas importaciones (ONUDI, 1992). Los países en desarrollo y las organizaciones humanitarias han criticado severamente el Acuerdo sobre los ADPRIC por privar a los países pobres de medicamentos asequibles, en particular contra el VIH/SIDA, y también han sostenido que el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) limita la capacidad de los gobiernos de proteger los servicios públicos.

En la Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en Doha (Qatar) en noviembre de 2001, se acordó autorizar una aplicación flexible del Acuerdo sobre

los ADPRIC, de forma que no impida a los Estados miembros adoptar medidas para “proteger la salud pública y, sobre todo, ... promover el acceso a los medicamentos para todos”. En particular, se otorga el derecho de decidir las bases sobre las cuales se conceden las licencias obligatorias y determinar a nivel nacional “lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia” (OMC, 2001b).

2. Barreras y restricciones

Se señalan a continuación algunos elementos que limitan el crecimiento y el avance del comercio internacional de servicios de salud, tanto en el plano nacional como en el internacional.

a) *Barreras a la movilidad de los profesionales de la salud*

La movilidad de estos profesionales está limitada severamente por diversos obstáculos, como los visados, las normas de entrada y los requisitos de residencia, que varían según las categorías de especialización y la duración de la estadía. Algunos obstáculos reflejan la inercia en modificar las normas relativas al funcionamiento de los sistemas de salud internos o nacionales. Muchos de los obstáculos más arraigados a la entrada de proveedores de servicios de salud extranjeros son claramente políticos, motivados por el proteccionismo de los profesionales de la salud locales, por consideraciones relacionadas con la inmigración y por diferencias en las normas que rigen su profesión. Otros obstáculos reflejan prejuicios, xenofobia y tradiciones. Si persisten los impedimentos a la movilidad de los profesionales de la salud, es probable que en los países desarrollados no se puedan mantener bajos los precios e incluso que el personal calificado sea insuficiente para hacer pleno uso de la capacidad de las instalaciones existentes. La vigorosa contratación por instituciones estadounidenses de personal de enfermería proveniente de países en desarrollo como Jamaica y Filipinas no hace más que confirmar lo apremiante de la situación.

b) *Normas multilaterales*

El comercio internacional en materia de servicios de salud está regido por el GATS, y abarca los servicios hospitalarios, médicos, odontológicos, de

enfermería, de partos, de fisioterapia y de asistencia paramédica. El GATS define cuatro modalidades del comercio de servicios: movimiento transfronterizo de servicios; servicios consumidos por no residentes en el país que otorga la prestación; presencia comercial en dicho país, y movimiento de personas naturales. Los servicios de salud se comercializan a través de todas ellas, pero encaran obstáculos significativos en cada una.

La provisión transfronteriza de servicios de salud bajo la forma de telemedicina se expande con rapidez a medida que esta tecnología mejora y, dada su naturaleza, se hace difícil imponerle restricciones nacionales. Los avances tecnológicos han permitido aumentar la gama de servicios que se pueden comercializar y han reducido sus costos.

El consumo en el extranjero, que implica movimiento de los consumidores, es la modalidad más importante en el comercio internacional de servicios de salud, aunque está limitada por la no portabilidad del seguro médico. Los Estados Unidos es el mayor proveedor, la mayoría de los países desarrollados atienden pacientes del extranjero y algunos países en desarrollo se han convertido en centros regionales de atención de salud (Cuba, por ejemplo). China e India tienen una larga y particular tradición en materia de tratamientos médicos —tanto en el campo de la medicina formal como de la tradicional—, y cuentan con una clientela mundial en terapias como la acupuntura o el yoga.

La presencia comercial se ha dado en una escala limitada, particularmente en relación con el tratamiento del estrés, con tratamientos o fármacos experimentales —por ejemplo, contra el cáncer (Tuckman, 2005)— y con la cirugía plástica. Es posible que en el futuro se invierta en gran escala en la prestación del total de los servicios de salud, pero el plazo en que esto suceda dependerá de diversos factores, como el trato a la inversión extranjera incluido el trato nacional, los regímenes tributarios y las limitaciones a la propiedad.

La movilidad de las personas naturales en el sector de la salud está afectada por leyes específicas que restringen la inmigración y por barreras a la entrada defendidas por las asociaciones nacionales de profesionales de la medicina. La escasez de personal de enfermería en los países desarrollados y el hecho de que en esos países las remuneraciones sean más altas contribuirán a presionar para que se revisen los actuales impedimentos a la movilidad del personal de salud. El personal médico y de enfermería se mueve principalmente desde los países en desarrollo hacia los países desarrollados. La movilidad internacional del personal de enfermería, que

constituye el 70% del personal de salud (Secretaría de la CARICOM, 2006), plantea también problemas de género y de comercio internacional en los servicios de salud (Williams, 2003).

Evidentemente, la expansión de la cobertura de los servicios de salud abarcados por el GATS es un tema que tendrá que abordarse en el futuro (Smith, Blouin y Drager, 2006), pero hasta ahora no hay indicios de cuándo se hará. En la actualidad, 54 miembros de la OMC han aceptado compromisos relativos a los servicios médicos y odontológicos, 44 lo han hecho respecto a los servicios hospitalarios y 29 respecto a los servicios de enfermería, de partos y otros (Adlung y Carzaniga, 2002). Los gobiernos pueden liberalizar el comercio de servicios de salud mediante medidas unilaterales, sin tomar compromisos vinculantes en sus listas nacionales dentro del marco del GATS.

c) *La no portabilidad del seguro médico*

Un factor muy importante que dificulta la globalización de la atención de la salud es que, en general, faltan modalidades de seguros de salud que sean aceptadas en todo el mundo. De hecho, la mayoría de los seguros de salud, sean ellos públicos o privados, solo son aplicables en el país de residencia del asegurado. El hecho de que los programas Medicaid y Medicare de los Estados Unidos no tengan validez en el extranjero impide que los ciudadanos estadounidenses busquen tratamiento fuera de su país. Paradójicamente, tratarse en el extranjero puede ser más económico que hacerlo en los Estados Unidos, los medicamentos fabricados fuera de los Estados Unidos pueden ser más baratos, y existen procedimientos que en este país no están autorizados pero que sí están disponibles en el extranjero. Poder recurrir a terapias y medicamentos menos costosos supondría un enorme ahorro para un sistema de salud como el estadounidense, que está sometido a una fuerte tensión por el incremento exponencial de los costos de los servicios de salud.

A medida que aumenta la presión sobre los sistemas de salud de los países desarrollados, tanto por la cantidad

de casos como por el costo de los servicios, las aseguradoras públicas y privadas, muy a su pesar, tendrán que otorgar a los pacientes el derecho a recibir atención de salud en el extranjero. El sobrecargado sistema de salud del Reino Unido ya ha empezado a enviar pacientes a Francia y a España con este propósito; hasta la fecha, los pacientes solo pueden atenderse en hospitales que estén a no más de tres horas de vuelo desde Gran Bretaña (Lancaster, 2004), aunque es probable que incluso en esto haya más flexibilidad si los pacientes están dispuestos a correr con el costo adicional.

Las decisiones de los ricos y de los altos ejecutivos de empresas respecto a dónde recibir atención de salud no se ven limitadas por los precios y los seguros médicos. Ellos utilizan más las tarjetas de crédito que las tarjetas del seguro médico como medio de pago. No obstante, no pasará mucho tiempo antes de que surja una forma de seguro médico mundialmente válido para ejecutivos con altas remuneraciones y movilidad internacional. Y lo que al principio tendrá un costo desmesurado, luego se irá abaratando, como el resto de los servicios globales, para orientarse al mercado mundial masivo, más amplio y menos pudiente. Y después, las compañías aseguradoras permitirán que sus clientes obtengan atención de salud en el ámbito internacional, primero de una lista restringida de prestadores autorizados y luego en instituciones de salud acreditadas a nivel nacional en un número creciente de países.

d) *La necesidad de uniformar la acreditación del personal de salud*

Los sistemas de acreditación difieren mucho e incluso cuando muestran ciertas similitudes (por ejemplo, en la Comunidad Británica de Naciones), siguen siendo básicamente de carácter nacional. La acreditación temporal o a largo plazo del personal de salud implica procedimientos intrincados, complejos y burocráticos. Aún queda mucho por hacer para establecer la equivalencia de los títulos, formalizar el reconocimiento recíproco de las calificaciones y uniformar los requisitos para obtener las licencias necesarias.

V

El patrón de globalización del sector de la salud

Diversos factores contribuirán a la globalización de la atención de la salud y a la disponibilidad global de servicios de salud. Entre esos factores destacan la proximidad entre la oferta y la demanda, las preferencias de las personas que necesitan atención de salud, las medidas nacionales para promover la inversión extranjera directa en servicios de salud y la disponibilidad y costo relativo de los profesionales de la salud.

1. La proximidad

La proximidad entre la oferta y la demanda será un elemento determinante del lugar en que se ubiquen o reubiquen los proveedores de servicios de salud. Es probable que la reubicación más allá de las fronteras nacionales se dé en primer lugar entre países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) adyacentes, particularmente en la Unión Europea, que apunta al establecimiento de estándares comunes para este bloque. Los que probablemente se beneficiarán enseguida de la incipiente diseminación mundial de la atención de la salud son los países que están a dos o tres horas de vuelo desde los principales aeropuertos internacionales de los países desarrollados y que ofrecen tanto servicios e instalaciones de salud aceptables en el ámbito internacional como costos de funcionamiento inferiores a los de servicios comparables de los países desarrollados. México, Cuba, las Bahamas, Jamaica y Costa Rica, dada su proximidad con los Estados Unidos, podrían convertirse pronto en polos de desarrollo en este campo, sobre todo si sus gobiernos aplican las políticas necesarias para atraer y alentar el establecimiento de instituciones de salud reconocidas a nivel internacional.

Los viajes de los pacientes para atenderse en servicios de salud en el extranjero no se deben solamente al deseo de acceder a una atención médica menos costosa que en su país de residencia. Muchos pacientes van en busca de un determinado tipo de tratamiento, de la calidad necesaria o deseada, que no está disponible en el país donde viven. Ellos son un componente importante de la clientela internacional de instituciones médicas famosas, como la Clínica Mayo o el Memorial Sloane-

Kettering Cancer Center, en los Estados Unidos. Sin embargo, hay asimismo un significativo movimiento de pacientes entre países en desarrollo, ya sea porque estiman que los servicios de salud no son adecuados en el país propio o porque creen que son mejores en el extranjero (por ejemplo, pacientes de Bangladesh que viajan a India).

2. El costo y la calidad del personal de salud

Existe un mercado global de profesionales de la salud que involucra migración hacia países con remuneraciones más elevadas. Dicha migración obedece sobre todo a la demanda de aquellos países desarrollados (Stilwell, Diallo y otros, 2004) que tienen escasez de dichos profesionales, pagan remuneraciones más altas y ofrecen mejores condiciones de trabajo, notablemente los Estados Unidos y el Reino Unido. La mayoría de los médicos que trabajan en el extranjero provienen de países en desarrollo (Mejia, Pizurki y Royston, 1979). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 77% de los países desarrollados hay escasez de personal de enfermería, y prácticamente todos ellos recurren al exterior para paliar esa escasez (Rutter, 2001). Respecto a los Estados Unidos, Gerson y Oliver (2004) estiman que el déficit de personal de enfermería es de 110.000 personas —6% del personal necesario—, mientras que la American Hospital Association habla de 126.000 personas (11% de ese personal). Se prevé que en el futuro esta escasez aumentará, afectando tanto la cantidad como la calidad de la atención de salud (Buerhaus, 2002). En el futuro próximo, la remuneración del personal de enfermería en los países desarrollados será mayor, debido a la probable persistencia de su escasez, pese a las contrataciones en el extranjero (Buchan y Sochalski, 2004); a la disminución de la entrada de nuevos profesionales,⁸ y a la disconformidad con los

⁸ Esto sucede en Europa y los Estados Unidos. Véase Gathercole (s/f) y GAO (2001, p. 7).

salarios.⁹ La contratación de personal de enfermería de países en desarrollo por los sistemas de salud de los países desarrollados no es una solución, ni siquiera a mediano plazo, porque la escasez de este personal se da a escala mundial.¹⁰ En el período 2001-2002, en el Reino Unido se inscribieron en los registros de enfermería más extranjeros que nacionales.

3. Efectos de las diferencias de costo en tratamientos sin riesgo vital

Los tratamientos médicos que requieren mucho personal pero no suponen riesgos vitales, como la rehabilitación, figurarán probablemente entre los que primero se trasladen al exterior, debido a su alto precio en los países desarrollados. Entre aquellos que ya se han empezado a desplazar fuera de las fronteras de los países desarrollados figuran la cirugía estética —una de las cirugías electivas de más rápido crecimiento—, la recuperación de problemas de estrés y los tratamientos con fármacos o procedimientos no autorizados en la mayoría de los países. La tendencia al desplazamiento desde los países desarrollados, que tienen precios altos, hacia países donde el costo es menor, se acelerará aún más a medida que se pueda recurrir a la telemedicina en una gama mayor de aspectos de la medicina (Bashur, Sanders y Shanon, 1995).

Con el tiempo, la diseminación en el mundo de servicios e instalaciones de salud de primer orden llevará a cubrir procedimientos más graves o con riesgo vital, como la cirugía de corazón. Las diferencias en los precios constituirán un factor crucial, pero también influirán otros factores como la logística, el prestigio de la institución y la posibilidad de hacer efectivo el seguro médico.

4. El régimen de política y reglamentario

El gobierno que desee alentar la creación o fortalecimiento de un sector de la salud competitivo a nivel internacional tendrá que tomar medidas destinadas, entre otras cosas, a eliminar las barreras a la entrada de profesionales de

la salud, cumplir las normas de los países desarrollados, construir infraestructura moderna y mantener buenos servicios de transporte aéreo.

Si se desea brindar servicios de salud al mercado mundial es preciso establecer un marco político y normativo que facilite y aliente la inversión, la tecnología y la dotación de los recursos humanos necesarios. En el caso de los países en desarrollo, la mayor parte del capital y de la tecnología que se necesita para prestar servicios de salud competitivos en calidad y precios a nivel internacional, tendrá que provenir del extranjero. En el ámbito interno, serán elementos decisivos la estabilidad política y un marco reglamentario que sea compatible con las normas, las prácticas y los derechos de propiedad intelectual vigentes a nivel mundial, y una planificación estratégica para atraer y/o crear una organización médica de renombre, y proporcionar infraestructura moderna y personal calificado. La mejora de la infraestructura física y de las telecomunicaciones no debe concentrarse solo en la modernización, sino reconocer también la necesidad de equipararse con los países desarrollados. Por ejemplo, los países en desarrollo no pueden competir eficazmente si cuentan con 5 a 10 teléfonos por cada 100 habitantes, mientras que en los países desarrollados hay 48 (OMC, 1998).

Se debería planificar la creación de sinergias sobre la base de vínculos entre diferentes sectores: por ejemplo, entre el turismo y los servicios de salud en aquellos países donde ya existe una industria turística que puede realzarse con la creación de instalaciones y servicios de salud de alta calidad. El turismo se podría acrecentar y diversificar para incluir nuevos productos, como el turismo de salud,¹¹ dando nacimiento así a una nueva industria y reforzando un sector ya existente. Para regiones como el Caribe y Centroamérica esta es claramente una oportunidad, ya que cuentan con amplios sectores turísticos y están muy cerca de uno de los principales países desarrollados.

⁹ Según Rutter (2001), solo el 20% del personal de enfermería de Inglaterra y 26% del de Escocia creían que sus remuneraciones eran aceptables.

¹⁰ De conformidad con 105 asociaciones de personal de enfermería que representan a 69 países. Véase "Worldwide nursing shortage has reached crisis proportions", junio del 2002, disponible en www.scienceblob.com/community.

¹¹ Véase Alleyne (1991, pp. 291-300). En gran medida, la vasta bibliografía existente sobre el turismo no ha prestado suficiente atención al turismo por motivos de salud. Hay publicaciones sobre turismo que ni siquiera hacen mención al tema de turismo de salud: se encuentran referencias a él, por ejemplo, en Apostolopoulos y Gayle (2002) y en Jayawardena (2005). Es paradójico que el llamado a que se preste más atención al turismo de salud proviene del sector de la salud más que del sector turístico. Véase Secretaría de la CARICOM (2006, p. 23).

VI

Oportunidades para el Caribe: el caso de Jamaica

A medida que la atención de la salud se vaya globalizando, habrá oportunidades para que los países en desarrollo exporten servicios médicos a los mercados de países desarrollados. Los países en desarrollo próximos a países desarrollados y con una oferta adecuada de personal de salud menos costoso tienen la posibilidad de prestar servicios de salud a pacientes del extranjero, a precios más asequibles. Sin embargo, esto no basta para crear una industria de atención de la salud de nivel mundial. Para que las oportunidades se materialicen es preciso que los gobiernos establezcan un régimen de política y reglamentario que atraiga la inversión de empresas con prestigio internacional en el campo de la salud. A continuación se ilustra lo expuesto con el caso concreto de Jamaica (Taylor, 1993).

1. Proximidad

Jamaica está próximo físicamente a uno de los principales países desarrollados, los Estados Unidos. La población estadounidense está envejeciendo y su sistema de salud tiene costos elevados.

La ciudad de Montego Bay (Jamaica) cuenta con un aeropuerto internacional y el vuelo a Miami dura una hora, a Baltimore tres horas y aproximadamente tres horas y media a Atlanta, Houston, Nueva York, Filadelfia y Boston. Posee asimismo un sector turístico bien desarrollado, con una amplia gama de hoteles de excelente calidad, villas, restaurantes y entretenimientos. Es el centro del sector turístico de Jamaica, que atrae a 2 millones de visitantes al año, el 75% de ellos desde los Estados Unidos. Un hospital general público y moderno y numerosos médicos y clínicas privados prestan asistencia tanto a la población residente como a la visitante.

2. Entorno empresarial

Además de contar con centros de salud modernos y con un conjunto de profesionales de la salud calificados y con experiencia, Jamaica es un destino turístico muy conocido con el que los estadounidenses están muy familiarizados. Los complejos turísticos son un complemento perfecto para el establecimiento de hospitales y

clínicas de alta calidad que atiendan a pacientes extranjeros y nacionales dispuestos a pagar los tratamientos en divisas. La disponibilidad de centros médicos de primer orden alentaría a los turistas de mayor edad a viajar a Jamaica. La principal fuente de turistas de Jamaica es Estados Unidos, país que experimenta un rápido proceso de envejecimiento de la población; de hecho, el denominado mercado de turismo de personas mayores, es decir, de más de 55 años de edad, excede los 100 millones de personas, y representa una sexta parte de los viajes internacionales (Gonzales, Brenzel y Sancho, 2001). La complementariedad entre el turismo y la atención de salud se podría extender al negocio de las casas de retiro, sobre la base de compartir determinados servicios e instalaciones. Las personas retiradas podrían utilizar los servicios e instalaciones de los hoteles, como las playas, los comedores, los gimnasios y los centros de esparcimiento, y la cercanía de servicios de salud de alta calidad aseguraría su bienestar.

El potencial es enorme. Se calcula, por ejemplo, que si el 3% de los 100 millones de personas mayores de los países de la OCDE se trasladase a países en desarrollo después de jubilarse, generaría de 30.000 a 50.000 millones de dólares anuales en consumo personal, y de 10.000 a 15.000 millones en gastos de salud (Warner, 1998).

3. Inversión

La inversión en atención de la salud por proveedores estadounidenses, tal vez mediante empresas mixtas con propietarios jamaicanos de hoteles y la comunidad médica local, podría financiar la creación de complejos de salud de excelente calidad en Montego Bay. Las instituciones estadounidenses podrían continuar atendiendo a su clientela en vez de cederla a competidores no estadounidenses, lo que sería su incentivo para invertir. La rentabilidad derivaría de la contratación de personal médico y de enfermería jamaicano, con salarios más bajos que los estadounidenses pero más altos que los del sistema público de salud de Jamaica. El personal médico local se podría combinar o complementar con médicos extranjeros, algunos de los cuales podrían residir en

Jamaica y otros, como los especialistas, podrían viajar para realizar tareas específicas algunos días al mes. Todo esto se podría respaldar con especialistas disponibles a través de la telemedicina.

Jamaica necesitará inversión extranjera para poder crear centros de salud que atiendan al mercado externo, y atraer a instituciones de renombre de los países desarrollados de donde provendrían los pacientes. Tales instituciones aportarían un nombre de prestigio (marca),¹² la aceptación de las aseguradoras de riesgos de salud y el hecho de ser conocidas por los consumidores. Un caso ilustrativo es el de entidades como el Raffles Medical Group de Singapur y el Kaiser Permanente, que han creado una empresa mixta con el objeto de establecer centros médicos en la región del Asia-Pacífico (Díaz Benavides, 2002).

La capacidad de atraer inversión extranjera dependerá, en cierta medida, del entorno empresarial, las reglamentaciones e incentivos gubernamentales y la disponibilidad de recursos humanos calificados. Esos requisitos ya se cumplen o, en el caso de los incentivos

para establecer y hacer funcionar los centros de atención de salud, se pueden establecer rápidamente en correspondencia con los incentivos para los inversores extranjeros ya existentes. En el país se cuenta con personal médico capacitado, aunque también se puede promover el regreso al país de los que están en el extranjero. Los sueldos algo inferiores a los que se pagan en los países desarrollados se compensarían con el hecho de residir en el propio país; esa ha sido la experiencia de los jamaicanos que han emigrado y regresado a su país para vivir y trabajar. Las decisiones laborales del personal de enfermería jamaicano, como las de sus colegas de los países desarrollados, no dependen solo del factor salarial, sino también de otros aspectos, entre los cuales destacan las condiciones de trabajo.¹³ La oferta futura de personal médico se podría asegurar sobre la base de vincular la formación en la facultad de medicina de la Universidad de las Indias Occidentales, en Kingston, con la atención de salud orientada a pacientes del exterior en Montego Bay. Algo similar podrían hacer varios hospitales que preparan personal de enfermería.

Bibliografía

- Adlung, R. y A. Carzaniga (2002): Health services under the General Agreement on Trade Services, en N. Drager y C. Vieira (comps.), *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Alleyne, G. (1991): Salud y turismo en el Caribe, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 20, N° 3, Washington, D.C.
- Alvarez, L. (2000): Congress backs big increase in visas for skilled workers, *New York Times*, Nueva York, 4 de octubre.
- American Telemedicine Association (1999): *Telemedicine: A Brief Overview. Developed for the Congressional Telehealth Briefing*, Washington, D.C., 23 de julio. Disponible en www.atmeda.org/news/overview.htm.
- Apostolopoulos, Y. y D.J. Gayle (comps.) (2002): *Island Tourism and Sustainable Development. Caribbean, Pacific, and Mediterranean Experiences*, Westport, Praeger.
- Arredondo-Vega, J.A. (1998): The case of the United States-Mexico border area, en S. Zarrilli y C. Kinnon (comps.), *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, Ginebra, Naciones Unidas.
- Ashley, D. y R. Bernal (1985): A review of poliomyelitis epidemics in Jamaica: the immunization policies and socio-economic implications, disasters, *The International Journal of Disaster Studies and Practices*, vol. 9, N° 1, Oxford, Reino Unido, Blackwell Publishing.
- Askildsen, J.E., B.H. Baltagi y T.H. Holmas (2002): *Will Increased Wages Reduce Shortage of Nurses? A Panel Data Analysis of Nurses Labour Supply*, CESinfo Working Paper, N° 794, Munich, Centro de Estudios Económicos, Universidad de Munich, octubre.
- Banco Mundial (1995): *Global Economic Prospects and the Developing Countries, 1995*, Washington, D.C.
- (1996): *Prospects for Service Exports from the English-speaking Caribbean*, Informe N° 15301, Washington, D.C.
- (1999): *Confronting AIDS. Public Priorities in a Global Epidemic*, Washington, D.C.
- (2000): *World Development Indicators*, Washington, D.C.
- (2001): *Global Economic Prospects 2002. Making Trade Work for the World's Poor*, Washington, D.C.
- (2002): *Global Economic Prospects and the Developing Countries 2002*, Washington, D.C.
- (2003): *Global Economic Prospects and the Developing Countries 2003*, Washington D.C.
- (2005): *A Time to Choose. Caribbean Development in the 21st Century*, Washington D.C.
- Barba Navaretti, G. y A.J. Venables (2004): *Multinational Firms in the World Economy*, Princeton, Princeton University Press.
- Barks-Ruggles, E. (2001): The globalization of disease: when Congo sneezes, will California get a cold?, *Brookings Review*, vol. 19, N° 4, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Bashur, R.L., J.H. Sanders y G.W. Shanon (1995): *Telemedicine. Theory and Practice*, Springfield, Charles C. Thomas Publishers.

¹² Acerca de la crucial importancia de las marcas, véase Crainer (1995) y Bedbury (2002).

¹³ La oferta de personal de enfermería en el Reino Unido y en los Estados Unidos depende de las remuneraciones y de diversos aspectos institucionales (Askildsen, Baltagi y Holmas, 2002). La satisfacción en el trabajo depende de las remuneraciones, el estrés, la insuficiencia de personal, el volumen de trabajo, las horas extraordinarias y las condiciones laborales (GAO, 2001).

- Bedbury, S. (2002): *A New Brand World*, Nueva York, Viking.
- Bernal, R.L. (1997): *Trade Blocks: A Regionally Specific Phenomenon, or Global Trend?*, Walter Sterling Surrey Memorial Series, Washington, D.C., National Planning Association.
- Buchan, J. y J. Sochalski (2004): The migration of nurses: trends and policies, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 8, Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud.
- Buerhaus, P. (2002): USA nursing shortage continues to affect patients, *New England Journal of Medicine*, vol. 346, N° 22, Boston.
- Business Week (1994): The economics of aging, 12 de septiembre, Nueva York, McGraw-Hill.
- Carnegie Endowment for International Peace (1997): *Reflections on Regionalism. Report of the Study Group on International Trade*, Washington, D.C.
- Center for Strategic and International Studies (2002): *Meeting the Challenge of Aging: A Report to World Leaders*, Washington, D.C.
- Chanda, R. (2002): Trade in health services, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, N° 2, Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud, febrero.
- Craimer, S. (1995): *The Real Power of Brands. Making Brands Work for Competitive Advantage*, Londres, Pitman Publishing.
- Dawkins, A.W. y M.A. Cary (2000): *Telemedicine and Telehealth. Principles, Policies, Performance and Pitfalls*, Nueva York, Springer Publishing Company.
- Díaz Benavides, D. (2002): Trade policies and export of health services: a development perspective, en N. Drager y C. Vieira (comps.), *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Dicken, P. (1998): *Global Shift: Transforming the World Economy*, Londres, Guilford Press.
- Freudenheim, M. (1996): Hospitals looking abroad to keep their beds filled, *New York Times*, Nueva York, 10 de diciembre.
- Gathercole, G. (s/f): *Free Movement of Professionals: Opening Up Opportunities or Perpetuating Problems*, European Public Health Alliance. Disponible en www.epha.org/a/521.
- GAO (General Accounting Office) (2001): *Nursing Workforce: Emerging Nurse Shortage Due to Multiple Factors*, GAO Report-01-994, Washington, D.C. Disponible en www.epha.org/a/521.
- Gerson, J. y T. Oliver (2004): *Addressing the Nursing Shortage*, Washington, D.C., Kaiser Foundation.
- Gonzales, A., L. Brenzel y J. Sancho (2001): *Health Tourism and Related Services: Caribbean Development and International Trade*, documento preparado para el Caribbean Regional Negotiating Machinery.
- Greider, K. (2003): *The Big Fix: How the Pharmaceutical Industry Rips Off American Consumers*, Washington, D.C., Public Affairs.
- Gupta, I., B. Golder y A. Mitra (1998): The case of India, en S. Zirrilli y C. Kinnon (comps.), *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, Ginebra, Naciones Unidas.
- Hilts, P.J. (1992): *Quality and Low Cost of Medical Care Lure Americans on Border to Mexico*, Nueva York, 23 de noviembre.
- Hoogvelt, A. (1997): *Globalization and the Post-colonial World: The New Political Economy of Development*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Ietto-Gilles, G., M. Meschi y R. Simonetti (2000): Cross-border mergers and acquisitions, en F. Chesnais, G. Ietto-Gilles y R. Simonetti (comps.), *European Integration and Global Corporate Strategies*, Londres, Routledge.
- Jayawardena, Ch. (comp.) (2005): *Caribbean Tourism. Visions, Missions and Challenges*, Kingston, Ian Randle Publishers.
- Korten, D.C. (1995): *When Corporations Rule the World*, Hartford, Kumarian Press.
- Krasnow, D. (2002): The Cuban national telemedicine program, *Telemedicine Journal and e-Health*, vol. 8, N° 2, New Rochelle, Mary Ann Liebert.
- Lancaster, J. (2004): Surgeries, side trips for India's tourists, *The Washington Post*, Washington, D.C.
- Ledogar, R.J. (1975): *Hungry for Profits*, Nueva York, IDOC/North America.
- Lunn, E. (2006): New rush to foreign hospitals, *Financial Times*, 19 de febrero.
- Maheu, M., P. Whitten y A. Allen (2001): *E-health, Telehealth, and Telemedicine: A Guide to Startup and Success*, Nueva York, Jossey-Bass.
- Mandil, S.H. (1998): Telehealth: what is it? Will it propel cross-border trade in health services, en S. Zarilli y C. Kinnon (comps.), *International Trade in Health Services*, Ginebra, Naciones Unidas.
- Maurer, A. y P. Chauvet (2002): The magnitude of flows of global trade in services, en B. Hoekman, A. Mattoo y Ph. English (comps.), *Development, Trade and the WTO. A Handbook*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Mejia, A., H. Pizurki y E. Royston (1979): *Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Naciones Unidas (1994): *Liberalizing International Transactions in Services. A Handbook*, UNCTAD/dtci/7, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.94.II.A.11.
- (1998): *World Investment Report, 1998: Trends and Determinants*, UNCTAD/WIR/1998, Ginebra. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.98.II.D.5.
- (2000): *World Investment Report 2000*, UNCTAD/WIR/2000, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.00.II.D.20.
- (2001): *World Investment Report 2001: Promoting Linkages*, UNCTAD/wir/2001, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.II.D.12.
- Norris, A.C. (2002): *Essentials of Telemedicine and Telecare*, Nueva York, John Wiley & Sons.
- OMC (Organización Mundial del Comercio) (1995): *El regionalismo y el sistema mundial de comercio*, Ginebra.
- (1998): *El comercio electrónico y el papel de la OMC*, Ginebra.
- (2001a): *Overview of Developments in the International Trade Environment*, Ginebra.
- (2001b): *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPRIC y la salud pública*, Ginebra, 20 de noviembre.
- (2003): *Informe sobre el comercio mundial*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002): *Health and the International Economy*, Washington, D.C.
- ONUDI (Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial) (1992): *International Yearbook of Industrial Statistics*, Viena.
- Pear, R. (1998): Higher quotas urged for immigrant technology workers, *New York Times*, Nueva York, 23 de febrero.
- Peterson, P. (1999): *Grey Dawn: How the Coming Age Wave will Transform America and the World*, Nueva York, Times Books.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2003): *Informe sobre desarrollo humano, 2003*, Nueva York.
- Prosser, D. (2006): Health tourists sign up for sun, sea and surgery, *The Independent*, Londres, 2 de agosto.
- Robson, W. (2001): *Aging Populations and the Workforce: Challenges for Employers*, Washington, D.C., British-North American Committee.
- Rodriguez-Pose, A. (2002): *The European Union: Economy, Society, and Polity*, Oxford, Oxford University Press.
- Rutter, T. (2001): Job discontent fuels aggressive recruitment of nurses, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, N° 12, Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud.
- Sankaranarayanan, D. (2005): Medical tourism is becoming a common form of vacationing, *Health Care Management*, 1-15 de marzo.

- Seacole, M. (1988): *Wonderful Adventures of Mrs. Seacole in Many Lands*, Nueva York, Oxford University Press.
- Secretaría de la CARICOM (2006): *Report of the Caribbean Commission on Health and Development*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud/Georgetown.
- Smith, R., C. Blouin y N. Drager (2006): Trade in Health Services and the GATS: What Next?, en Ch. Blouin, N. Drager y R. Smith (comps.), *International Trade in Health Services and the GATS: Current Issues and Debates*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Stalker, P. (2001): *The No-nonsense Guide to International Migration*, Londres, Verso.
- Stilwell, B., K. Diallo y otros (2004): Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 8, Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud.
- Stopford, J. y S. Strange (1991): *Rival States, Rival Firms*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Stowe England, R. (2002a): *Global Aging and Financial Markets. Hard Landing Ahead?*, Washington, D.C., Center for Strategic and International Studies.
- (2002b): *The Fiscal Challenge of an Aging Industrial World*, Washington, D.C., Center for Strategic and International Studies.
- Strange, S. (1996): *The Retreat of the State. The Diffusion of Power in the World Economy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Taylor, F.F. (1993): *To Hell with Paradise. A History of the Jamaican Tourist Industry*, Pittsburgh, Pittsburgh University Press.
- The Economist* (2001): The health of nations, Londres, 22 de diciembre.
- Tuckman, J. (2005): Cancer patients take their hopes to Tijuana, *Guardian*, Londres, 21 de mayo.
- UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo) (1994): *World Investment Report, 1994*, UNCTAD/DTCI/10, Ginebra. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.94.II.A.14.
- (1997): *International Trade in Health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries*, TD/B/COM.1/2, Ginebra, abril.
- Vernon, R. (1998): *In the Hurricane's Eye: The Troubled Prospects of Multinational Enterprises*, Cambridge, Harvard University Press.
- Warner, D. (1998): Globalization of medical care, en S. Zarrilli y C. Kinnon (comps.), *International Trade in Health Services. A Development Perspective*, Ginebra, Naciones Unidas.
- Wattenburg, B.J. (2004): *Fewer: How the New Demography of Depopulation Will Shape Our Future*, Chicago, Ivan R. Dee.
- Williams, M. (2003): *Gender Mainstreaming in the Multilateral Trading System. A Handbook for Policy-makers and Other Stakeholders*, Londres, Commonwealth Secretariat.
- Woodward, D., N. Drager y otros (2002): Globalization, global public goods and health, en N. Drager y C. Vieira (comps.), *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Worldwide nursing shortage has reached crisis proportions (2002): junio. Disponible en www.scienceblob.com/community
- Zarrilli, S. y C. Kinnon (1998): *International Trade in Health Services. A Development Perspective*, Ginebra, Naciones Unidas.