

Los servicios de salud en los acuerdos de libre comercio: el caso colombiano

*Diana Marcela Ardila L. * • Aurelio Enrique Mejía M. * • Juan Camilo Tamayo R. **

Resumen

Se analizan las principales formas de comercio de servicios de salud y las restricciones que enfrenta. Se realizan comparaciones de costos para conocer las ventajas de Colombia ante una eventual firma de un tratado comercial, para lo cual se toma como ejemplo ilustrativo el caso con Estados Unidos. Se concluye que existen ventajas en términos de costos, pero

se hace necesario generar otros incentivos adicionales, no necesariamente en el sector salud, para motivar a pacientes de otros países a emplear los servicios nacionales.

Palabras clave

Economía de la salud, comercio de servicios de salud, acuerdos comerciales, salud y desarrollo

Health services in free trade agreements: the Colombian case

Summary

Main forms of health service trading are analysed alongside their main obstacles. Data from Colombia and the United States are used to see if the former has any advantage over the latter. The paper concludes that an advantage does exist, but it is necessary to create additional incentives in other sectors

in order to enhance the use of Colombian health resources by nationals from other countries.

Key words

Health economics, health services trading, commercial agreements, health and development

* Integranes del Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: ges@agustinos.udea.edu.co

Recibido: 22 de marzo del 2006 Aceptado: 7 de noviembre del 2006

Introducción

Desde la economía, el estudio de la salud puede abordarse desde dos perspectivas: la microeconómica (o sectorial) y la macroeconómica. En la primera se considera la salud como un mercado en el que los problemas derivados de la provisión de los servicios médicos pueden explicarse como ajustes a la existencia de incertidumbre, tanto con respecto a la incidencia de la enfermedad como a la eficacia de su tratamiento.¹ Desde la perspectiva mayor, se encuentra que esta es un componente fundamental del crecimiento y del desarrollo económico. Barro² sugiere que una mejora en el estado de salud de las personas impulsa un mayor crecimiento a través del incremento de la productividad laboral, el cual, a su vez, posibilita una mayor acumulación de capital salud. De la misma manera, la reducción de la mortalidad y la morbilidad disminuyen la tasa efectiva de depreciación del capital humano y aumentan el rendimiento de otras inversiones complementarias, entre ellas la educación.³ Además, la salud se constituye en un elemento fundamental del desarrollo, puesto que una vida larga, libre de morbilidad y enfermedades evitables, es una capacidad que todos tendrían razones para valorar.⁴

En ese orden de ideas, Michael Grossman⁵ considera que la salud es un bien durable y que puede demandarse por dos razones principales: como un bien de consumo, debido al bienestar que le proporciona al individuo; o como un bien de inversión, dada la fuerte relación que existe entre esta y variables como el ingreso y la productividad. Desde un punto de vista económico, el estado de salud se vincula con el concepto de capital humano, esto es, como un *stock* de días sanos en los que la persona puede llevar una vida productiva, con capacidades para generar ingresos, reducir la ocurrencia de enfermedades que pueden evitarse o curarse fácilmente y afrontar los gastos y esfuerzos para la recuperación de la salud.

Este documento tiene como objetivo principal analizar las características del comercio de servicios profesionales de salud y realizar una revisión de algunos indicadores que pueden dar cuenta de las oportunidades de Colombia ante la negociación de un acuerdo de libre comercio. En la primera parte se presenta el marco teórico. En la segunda se describe el contexto de la negociación y se realiza el análisis de diversos aspectos para dar cuenta de la competitividad del país. Finalmente, se presentan las recomendaciones y conclusiones.

Salud y desarrollo económico

Definida la salud como la capacidad que tienen las personas para desarrollar su potencial a lo largo de la vida,⁶ se puede deducir que son múltiples los vínculos que la enlazan con el desarrollo y el crecimiento económico:

incrementos en la productividad mediante una mayor tendencia a la formación de capital humano, reducción de las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, mejoramiento en el aprendizaje de los niños, liberalización de recursos para usos alternativos que comúnmente se destinan al tratamiento de enfermedades, entre otros. Diversos estudios sustentan esta relación: Arora⁷ encuentra que para siete países avanzados, las innovaciones en salud tuvieron un impacto mayor en el crecimiento económico que otras innovaciones como maquinaria y avance en transporte; Gallup y Sachs⁸ muestran que aquellas regiones con problemas de enfermedades como la malaria presentan un crecimiento menor; Schultz,⁹ Strauss y Thomas,¹⁰ y Savedoff y Schultz¹¹ demuestran que existe un impacto representativo de la salud en el ingreso y la productividad de los individuos.

Si la salud se encuentra determinada por múltiples factores, debe considerarse entonces que una buena política debe reunir esfuerzos de varios sectores para mejorarla, como es el caso de las acciones que pueden emprenderse en la educación, el medio ambiente y los servicios de salud. Esto implica que al asignar recursos para buscar mejoras en ella se pueden comparar los beneficios de aumentar la provisión de servicios de asistencia médica frente a los derivados de inversiones o esfuerzos en medio ambiente, educación o estilos de vida. Además, la manera de proveer y producir los servicios puede ser objeto de un análisis acerca de los resultados que ofrece sobre el estado de salud, de modo que se indague por la eficiencia y eficacia del sistema de prestación.

La salud adquiere así importancia en el marco de las políticas públicas, lo cual se debe principalmente al doble carácter que ella adquiere: por una parte, al considerarla como un componente del bienestar, esta se convierte en un fin en sí misma, por cuanto constituye una prioridad el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas y, por otra parte, al concebirla como un medio para el desarrollo y el crecimiento económico, los avances en la salud se traducen en un aumento de oportunidades para las personas y un adecuado aprovechamiento de sus capacidades, lo que se expresa de manera especial en el rendimiento escolar y la productividad en el trabajo. Una versión reciente de esta cuestión se presenta en el informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud que fue convocada por la Organización Mundial de la Salud⁶ en el 2001:

Mejorar la salud y la longevidad de los pobres es un *fin* en sí mismo, un objetivo fundamental del desarrollo económico. Pero es también un *medio* de lograr los restantes objetivos de desarrollo relacionados con la reducción de la pobreza. Los lazos que vinculan a la salud con la reducción de la pobreza y con el creci-

miento económico a largo plazo son mucho más sólidos de lo que suele creerse [...] la carga de morbilidad representa un freno radical al crecimiento económico, por lo que debe ser objetivo prioritario de toda estrategia integral de desarrollo.

De acuerdo con lo anterior, la salud debe verse como una prioridad para una sociedad que desea mejorar sus perspectivas a mediano y largo plazo, en la que el comercio de servicios profesionales representa una fuente de ventajas y amenazas que motiva el interés de los gobiernos por el tema. En primer lugar, muchos de los acuerdos de integración que se establecen entre los diferentes países abarcan un amplio ámbito de aplicación, en los cuales aparecen los temas relacionados con salud y su forma de prestación a escala nacional e internacional. Acciones como permitir el ingreso de ciudadanos extranjeros a los mercados de servicios de salud, ampliación de los beneficios del comercio hacia el área, facilidades a la entrada de prestadores extranjeros al mercado nacional y fuga de profesionales nacionales son algunos ejemplos del impacto —positivo o negativo— que puede tener este tipo de intercambio comercial. En segundo lugar, si un país quiere ampliar los mercados extranjeros para sus proveedores de servicios de salud o permitir una mayor presencia extranjera en sus propios mercados, los acuerdos de comercio e integración constituyen un instrumento clave de política, ya sea a través de la importación —para cubrir deficiencias en el sistema o por escasez de recurso humano— o de la exportación —aprovechar ventaja competitiva—. En tercer lugar, si los países consideran que la entrada de proveedores extranjeros es una amenaza para los objetivos nacionales en materia de salud, se torna aún más importante participar en la política comercial.¹²

Comercio de servicios de salud

Como se mencionó previamente, en el estado de salud de las personas inciden una gran variedad de aspectos no necesariamente relacionados con los cuidados médicos. Para niveles bajos de renta, aspectos como la alimentación, las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos básicos son determinantes fundamentales. La actividad física, la educación y los diferentes hábitos y vicios de las personas son también aspectos clave. No obstante, en la eventualidad de una enfermedad, la recuperación depende en gran medida de los servicios médicos a disposición de las personas. Además, en sectores de la medicina, como los servicios prepagados o la cirugía estética, la atención gira en torno a la figura del profesional de la salud y los servicios que ellos provean.

El servicio de salud es el producto final de una acción o de una cadena de acciones con una duración y locali-

zación definida, resultado de la interacción entre diferentes tipos de productos y servicios con el usuario, quien busca un mejoramiento de sus condiciones de salud o la prevención de la enfermedad. Su oferta no es acumulable en el tiempo y su estructura final se configura solo en el momento en que es demandada.¹³ Además, posee las características de ser simultáneo, variable y de requerir la participación activa del paciente en su producción.

Los principales problemas de la provisión de servicios de salud son aquellos que tienen que ver con la incertidumbre, los fallos de mercado y los mercados inconexos. Los primeros se refieren a la asimetría de información que se presenta entre el proveedor y el usuario. Los segundos tienen que ver con las preferencias y necesidades heterogéneas de los agentes y con las externalidades que se producen en el mercado a raíz de la incidencia de los tratamientos médicos de unas personas en otras. Por último, los mercados inconexos aluden a la forma en que cada país configura, de forma peculiar y con diferentes restricciones, su propia organización de servicios de salud, impidiendo la asimilación entre componentes de sistemas de salud diferentes.¹⁴ A continuación se presentan las principales formas que adopta el comercio de servicios, enfatizando en los aspectos particulares del caso de la salud.

Modos de comercio de servicios en el marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios

Dentro del marco y los principios presentados por el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) para los acuerdos comerciales, se han definido cuatro modos de comercio de servicios, cada uno de los cuales presenta sus características y restricciones respecto al sector salud.

Suministro transfronterizo

Comercio que ocurre sin que el proveedor o el consumidor crucen una frontera.¹² Son ejemplos de este tipo de intercambio los estudios que se solicitan en laboratorios de otros países o las consultas médicas que hacen uso de la llamada *telemedicina*. Sus principales problemas se derivan de la ausencia de un acuerdo internacional sobre las diferentes normas de transmisión de datos, imágenes y registros médicos electrónicos, además de la existencia de desconfianza por parte del consumidor frente a la confidencialidad de la información que brinda sobre su estado de salud.¹³ Esta modalidad del comercio de servicios sanitarios comprende principalmente los servicios proporcionados a pacientes extranjeros; no obstante, los servicios educativos para estudiantes extranjeros pueden considerarse también incluidos en este concepto.

Consumo en el extranjero

Se refiere al cruce de una frontera político-administrativa de un país con la finalidad de obtener servicios de salud en otro. Su principal dificultad es la que tiene que ver con la inseguridad emocional del paciente, que no desea alejarse de sus familiares durante un lapso prolongado de tiempo o afrontar la intervención sin ningún tipo de apoyo. Esto ha motivado a los países a utilizar paquetes de prestación de servicios, que además del tratamiento o intervención que necesita el paciente, incluyen servicios adicionales como transporte, traducción, asesoría contable, acompañamiento, entre otros.

Los consumidores se pueden clasificar en la siguiente forma: a) los que van al extranjero para recibir un tratamiento especializado o quirúrgico con una tecnología adelantada que quizás no exista en su país de origen, o para ingresar en un centro de salud prestigioso; b) los que desean pasar la convalecencia en otro país; c) los que van a un lugar determinado para aprovechar sus recursos naturales, como los balnearios o las aguas termales, y que están dispuestos a adoptar el tratamiento médico simultáneamente con otras actividades, como el turismo recreativo; d) los que viajan para recibir tratamiento médico u odontológico como pacientes externos y desean un tratamiento de calidad similar al que podían recibir en su país de origen, pero menos costoso, o servicios determinados que no existen en el país de origen (grupos importantes de esta categoría son los emigrantes y los habitantes de territorios fronterizos); y e) personas ancianas que van a vivir a países donde la vida es menos cara y el clima es mejor que en el país de origen y personas que han vivido muchos años en el extranjero y se jubilan en su país de origen. Muchos consideran que los jubilados constituyen el mayor mercado potencial para los países en desarrollo y la atención sanitaria que estos países sean capaces de proporcionar influirá en su capacidad de atraer a las personas de la tercera edad. Sin embargo, un importante obstáculo a la jubilación en el extranjero es que los seguros de enfermedad no sean transferibles.

Presencia comercial

Establecimiento de operaciones o inversiones en entidades de servicios de salud de otro país.¹² En este caso, el mayor problema se presenta porque muchos países brindan tratos diferentes a los extranjeros y a los nacionales a la hora de realizar su actividad. Restricciones al establecimiento y propiedad de hospitales, establecimientos de límites porcentuales a la inversión extranjera y exigencias de tipo jurídico a ciertas entidades son algunas de las limitaciones más usadas para restringir esta forma de comercio.¹³ En este caso, la presencia

comercial puede dividirse en cuatro categorías: en el sector de la explotación/gestión de los hospitales, en el sector de los seguros de enfermedad, en el sector de la educación y en la presencia comercial extranjera para una finalidad específica.

Presencia de personas naturales

Comercio que ocurre cuando profesionales de la salud cruzan una frontera para prestar sus servicios temporalmente.¹² El desplazamiento del personal médico puede generar para estos mayores ingresos o mejorar su calidad de vida y sus condiciones de trabajo, además de dar lugar a ingresos de exportación en forma de remesas. No obstante, esto puede provocar una fuga capital humano en un país como Colombia, donde el mercado laboral no ofrece las mismas oportunidades que en otros países más desarrollados como Estados Unidos. En algunos casos, la emigración de nacionales se ve compensada por la afluencia de extranjeros, pero los países menos desarrollados se pueden ver perjudicados al verse en la incapacidad de reemplazar a quienes se van. En este punto aparecen restricciones referentes a la concesión de licencias, acreditación de títulos y reconocimiento de las calificaciones profesionales.

En Colombia, el consumo en el extranjero y la presencia de personas físicas son las que merecen una mayor atención. El primero, por la capacidad que posee el país para establecer *clusters* de salud y generar enlaces hacia otros sectores a partir de lo que se ha llamado “paquetes turísticos”, en que se incita al visitante no solo a que utilice el servicio de salud, sino también a que disfrute de un conjunto amplio de otros servicios. Según Rangel,¹³ ciudades como Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga vienen desarrollando estrategias basadas en *clusters* (Salud sin Fronteras, Salud Capital, Valle de la Salud), para aumentar el número de atención a pacientes extranjeros que demanden tratamientos especializados y quirúrgicos que requieren atención hospitalaria, alta tecnología y personal calificado, en áreas como cirugía estética, cardiovascular y oftalmológica, diagnóstico y tratamiento oncológico, fertilización, trasplantes, entre otros. Para el caso de la presencia de personas, el país cuenta con una oferta exportable de profesionales con reconocimiento en el entorno mundial, diferenciales de precios favorables y experiencias exitosas de algunas instituciones locales en la exportación de servicios.

Colombia y el TLC con Estados Unidos

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, de los treinta y cuatro países miembros de la Organización Mundial del Comercio en la región, nueve

no habían contraído ningún compromiso del AGCS respecto a los servicios de salud para el 2001; diez tenían compromisos para los seguros médicos pero no para los servicios y solo quince adquirieron obligaciones que comprometen el comercio de servicios: siete en lo tiene que ver con prestaciones médicas u hospitalarias y el resto suscribieron estos últimos además de seguros médicos. En diciembre del 2001, Colombia presentaba compromisos en los seguros médicos para el modo de suministro número tres o de presencia comercial y permitía un acceso total, tanto al mercado como al trato nacional, lo que significa que no debe existir, en teoría, ninguna limitación para que los extranjeros desarrollen su actividad en territorio patrio.

Experiencia de los tratados recientes de Estados Unidos

Antes de analizar las posibilidades del país en la exportación de servicios de salud, vale la pena conocer cómo ha llevado a cabo Estados Unidos las negociaciones y cuáles han sido los principales resultados, con el fin de tener un referente de lo que podría suceder en el caso colombiano y tomar los cuidados pertinentes.

El TLCAN (entre Estados Unidos, Canadá y México) tiene como características principales el manejo independiente de las inversiones y las reglas que tienen que ver con los servicios en general, además de limitar el ámbito de aplicación de la reglamentación. Este es un factor importante, ya que de acuerdo con la estructura del convenio, las implicaciones para la determinación de qué reglas y disciplinas rigen la inversión extranjera en servicios de salud puede cambiar¹² La experiencia en el TLCAN mostró que los tres países participantes estuvieron de acuerdo en reservarse el derecho de adoptar medidas de salud pública en cualquier momento en el futuro, con la inclusión de una reserva general bajo servicios sociales. La metodología utilizada en el tratado es el de la *lista negativa*, esto es, que cada país signatario se abstiene de discriminar los servicios o proveedores de otros países que participan en el acuerdo —caso de Colombia en seguros médicos—, pero mantiene sectores o actividades en las cuales se reserva la concesión y para poseer

así flexibilidad para aplicar medidas discriminatorias. De allí que las cláusulas de nación más favorecida y trato nacional se consideren principios incondicionales.* A continuación se presentan algunos ejemplos.

Respecto al movimiento de profesionales, se encuentra que los miembros del tratado TLCAN emiten una visa especial —válida por un año y renovable cada año— que les permite a odontólogos, técnicos de laboratorio médico, enfermeras matriculadas, terapeutas, nutricionistas, entre otros, prestar servicios de salud temporalmente en cualquiera de los países miembros.¹² Para el modo de prestación de presencia comercial se encuentran mayores problemas que para otros modos de suministro, a pesar de que en el capítulo 11 del acuerdo se permite la inversión extranjera en hospitales y clínicas hasta en 100% de la propiedad en cada país miembro del TLCAN. Además, en el capítulo 14 se declara que las empresas de seguros, los programas de atención de salud y los seguros médicos y de indemnización del trabajador del Estado se ubican fuera del alcance del capítulo, es decir, se mantiene la discrecionalidad para cada país.¹²

De forma similar, en el tratado con Chile ninguno de los dos países hace compromisos específicos en el macrosector de servicios sociales y de salud y mantiene flexibilidad en el subsector de servicios sociales, en la cual “se reservan el derecho de adoptar o mantener cualquier medida con respecto a la ejecución de leyes de derecho público y al suministro de servicios de readaptación social, así como los siguientes servicios: seguro o seguridad de ingreso, servicios de seguridad social, bienestar social, educación pública, capacitación pública, salud y atención infantil”.¹³

Lo anterior refleja que los países son cuidadosos a la hora de negociar qué sectores y actividades pueden liberalizarse, debido a problemas como: 1) identificación y conocimiento de las medidas que afectan el comercio de servicios de salud, problema que parte de la necesidad de información confiable que revele las potencialidades y debilidades de cada uno de los países, 2) existencia de restricciones a todos o alguno de los modos de prestación de servicios mencionados anteriormente (reglamentación interna, regulación, institucionalidad, infraestructura y costos de oportunidad) y 3) establecimiento de decisiones que obedecen a razones de tipo político o social, las cuales dependen de las características y objetivos de la autoridad económica. Este último punto puede ser beneficioso porque protege ciertos grupos y minorías que son prioridad para el gobierno, pero también puede cubrir aparatos administrativos y sociales ineficientes con sesgos negativos hacia la distribución de los recursos.

* El trato nacional se refiere a que los miembros del acuerdo han de conferir a todos los servicios y proveedores de servicios de otro miembro un trato no menos favorable que el que dispensen a sus propios servicios y proveedores de servicios similares. Mientras que la nación más favorecida se refiere a que una especificación que rige para un país debe regir para todos los miembros en las mismas condiciones, es decir, que si un país permite el comercio de servicios en un sector particular, deberá permitirse a todos los proveedores de otros países miembros el acceso al mercado bajo iguales condiciones, independientemente del país de origen.¹²

¿Qué se negocia?

En las negociaciones para el sector de servicios en el marco del TLC, en cuanto al acceso a los mercados y el comercio transfronterizo de servicios, se encuentra en los planes de negociación, en los artículos 203, 471, 473, 474 y 477 de la lista preliminar de negociación, el establecimiento de las condiciones específicas en lo referente a la revisoría fiscal, ciudadanía de los participantes y situaciones judiciales que debe cumplir una sociedad extranjera para emprender negocios permanentes en Colombia, tales como el establecimiento de sucursales, establecimientos mercantiles u oficinas; intervención como contratista en la ejecución de obras o en la prestación de servicios; participación en cualquier forma en actividades que tengan por objeto el manejo, aprovechamiento o inversión de fondos provenientes del ahorro privado; realización de operaciones de extracción; concesiones, o participación en asambleas de asociados, juntas directivas, gerencia o administración en el territorio nacional. Adicionalmente, con base en el Decreto 4000 del 2004, se plantea, en los artículos 115 y 116, la negociación en cuanto a restricciones en la visa de los extranjeros y el ejercicio de las actividades profesionales o de oficios, entre las cuales se encuentra estipulado que el extranjero deberá cumplir con los mismos requisitos consagrados en las normas vigentes para los nacionales colombianos y deberá aportar los documentos que le permitan el ejercicio de la profesión respectiva. En caso de profesiones u oficios que no estén regulados en el país, se hará necesaria la acreditación de experiencia o idoneidad y la autorización por parte del Ministerio de Relaciones Exteriores.

En cuanto a los aspectos laborales y la inversión extranjera se pretende, como está estipulado en los artículos 74 y 75 del Código Sustantivo del Trabajo, que en caso de que se tenga a su servicio más de diez trabajadores, se deben ocupar colombianos en proporción no inferior a 90% del personal de trabajadores ordinarios y no menos de 80% del personal calificado o de especialista o de dirección. Además, se establecen como condiciones para modificar estas reglamentaciones la autorización por parte del Ministerio de Trabajo. En la duodécima ronda de negociación se lograron avances en lo relacionado con los requisitos de ciudadanía y residencia para el ejercicio profesional en medicina, enfermería, odontología y paramédicos, entre otras profesiones, para los estados de Nueva York, Nueva Jersey, California, Texas, Florida y el distrito de Columbia.

Para finalizar, en el sector salud, la negociación del tratado se ha enfocado fundamentalmente en lo relacionado con la propiedad intelectual, las patentes y el tratamiento de los medicamentos, con pocas referencias

respecto de los servicios profesionales del área de la salud, que se evidencia en los resultados obtenidos en pasadas rondas de negociaciones. No obstante, algunas consideraciones sobre el sector de servicios en general son válidas para el caso analizado en este trabajo.

Potencial exportador de Colombia en servicios de salud

Establecer el potencial exportador de un país exige la consideración de la demanda de este tipo de servicios por parte del mercado externo, en especial los aspectos relacionados con la frecuencia de los eventos que se supone pueden ofrecerse al exterior y la capacidad de los individuos para desplazarse a recibir el tratamiento y el ahorro que obtendrían, que en esencia es lo que determina si este tipo de comercio es viable. Así las cosas, la primera variable importante que ha de considerarse es el requerimiento que tiene el mercado externo por los servicios nacionales. Este puede definirse como la probabilidad que tiene de ser requeridos, la cual es función del tamaño de la población que puede ser sujeto de servicios en el mercado externo. Pero además, es función de la incidencia de la enfermedad y la tasa de tratamiento con el procedimiento o conjunto de procedimientos a proyectar desde la oferta.¹⁴

En segundo lugar, aparece el acceso, que está determinado por la capacidad de pago de los individuos y que puede identificarse a partir del análisis del ingreso y su distribución en la población. Ello permite reconocer el tipo de servicios de salud demandados de acuerdo con el ingreso, la proporción de la población que los demanda —nacionales y extranjeros—, la frecuencia con que se acude a dichos servicios y la capacidad de utilización del *cluster* en salud por parte de los consumidores —cuáles otros servicios adicionales son utilizados por los pacientes.

En tercer lugar, están los precios de los servicios de salud. Sobre este aspecto se fundamenta, en parte, la ventaja competitiva de los países, teniendo en cuenta dos condicionantes: 1) el consumidor reaccionará frente al diferencial entre el precio del mercado nuevo que se le ofrece contra el precio de su propio mercado, puesto que esta diferencia constituye la utilidad de adquirir el servicio en el nuevo mercado, pero, 2) consumir en el nuevo mercado le representa costos adicionales, algunos tangibles como el transporte, la hotelería, los ingresos no percibidos y otros, como el lucro cesante, e intangibles, tales como la valoración del tiempo laboral y familiar y la percepción del riesgo del país al cual se desplaza, elemento importante en el caso de Colombia.¹⁴

En este punto es donde entra a regir la otra parte de la ventaja competitiva, ya que no solo se deben ofrecer

buenos precios para los tratamientos, sino también calidad en los servicios, reconocimiento internacional del capital humano que posee el país y servicios adicionales que hagan que el paciente busque el mercado nacional, no solo por una cuestión de ahorro sino de bienestar (ejemplo: paquetes turísticos).

En este aspecto se debe tener en cuenta que existen limitantes de la oferta interna frente a la demanda externa. En primer lugar, existen las restricciones de capacidad instalada, tecnología y recurso humano, ya que además de responder a la demanda externa es necesario tomar en cuenta las necesidades del mercado nacional. En segundo lugar, están las características del producto que se está ofreciendo: 1) la posibilidad de diferirlo: un servicio que esté ligado a una condición de emergencia que no permita el traslado, sin poner en peligro la vida o afectar la recuperación del paciente, no puede considerarse en un sistema de mercados interconectados; 2) temporalidad del consumo: la duración entre el inicio y la finalización del flujo del servicio incide sobre los costos indirectos y el lucro cesante de la persona que lo recibe;¹⁴ y 3) regulaciones y restricciones que se imponen a los prestadores de los servicios, tanto desde el punto de vista de la calidad como de la capacidad de respuesta a posibles contingencias.

Las ventajas que puede ofrecer Colombia a los residentes norteamericanos radican en el menor costo de los procedimientos médicos y en la calidad reconocida de diversas instituciones. Como se ha visto anteriormente, lo primero que se debe analizar es la demanda potencial de servicios, identificando las intervenciones susceptibles de comercio, el número de posibles pacientes y los costos relativos. En primer lugar, hay que reconocer que no todos los servicios suministrados por profesionales de la salud pueden comerciarse, ya sea porque los costos de transporte superan el valor del procedimiento, porque no existe una diferencia considerable entre los dos países o porque la atención no puede postergarse, como el caso de las urgencias. Así las cosas, las características fundamentales de los servicios específicos que pueden consumirse en el exterior son la posibilidad de diferirlo y un costo diferencial elevado, que justifique el desplazamiento al otro país. En un estudio del Cendex¹⁴ se identifican cuatro áreas en las que se tendrían oportunidades importantes: cirugía plástica, odontología, fecundidad y oftalmología.

El trasplante de órganos es otra área en la cual Colombia posee importantes ventajas, tanto en costos como en calidad, pero debido a que en muchos casos la espera puede poner en peligro la vida del paciente y que no siempre la disponibilidad de órganos es adecuada (debe considerarse aquí la demanda interna), es difícil considerar este tipo de cirugías como servicio de ex-

portación, a pesar de que existe una gran demanda y de que los costos favorecen al país. Según la OPTN (Organ Procurement and Transplantation Network) en el año 2004 había un total de 87.115 pacientes en espera de algún tipo de trasplante, en su mayoría de hígado, riñón y corazón, procedimientos en los que varias instituciones tienen una reconocida trayectoria.

El diferencial de costos es altamente favorable para Colombia. Los trasplantes más costosos —pulmón, corazón e hígado— oscilan entre 30 y 100 millones de pesos,* dependiendo de las instituciones donde se realice el procedimiento y de las complicaciones que surjan en la cirugía. Mientras tanto, en los Estados Unidos este tipo de trasplantes cuesta entre 250 y 725 millones de pesos, lo cual evidencia las altas posibilidades del país en este sector.

Tabla 1. Demanda potencial de procedimientos en Estados Unidos

<i>Condición</i>	<i>Número estimado de pacientes</i>
Falla cardíaca	550.000 (nuevos por año)
Trasplantes (pacientes en espera)	87.115
Ortodoncia	29.829.964
Fertilización <i>in vitro</i>	65.034
Oftalmología	52.614
Cirugía estética	157.798

Fuente: Cendex, American Heart Association y OPTN

Para el resto de procedimientos, puede considerarse que casi toda la población norteamericana posee la capacidad suficiente, con un ingreso per cápita anual superior a 40.000 dólares, para someterse a este tipo de procedimientos. La demanda potencial (tabla 1) muestra que existen grandes oportunidades en estas áreas, particularmente en los procedimientos odontológicos. Igualmente, se presenta el número de pacientes que requieren trasplantes en Estados Unidos, lo cual da cuenta de las amplias posibilidades a disposición de Colombia.

Ahora bien, una vez identificados los servicios y la demanda potencial, se debe analizar si Colombia posee ventajas en términos de costos. Debido a la falta de información confiable sobre estos, solo se pueden presentar algunos estimativos. De forma general, la comparación de los salarios del personal médico de Colombia y Estados Unidos permite deducir las ventajas que en este aspecto tiene el país, que si se acompañan

* Dado que la información sobre costos no es de libre circulación, estos valores fueron proporcionados por varios expertos en el tema.

de buena educación y una infraestructura apropiada, le reportarán grandes beneficios, ya que no hay solo ganancias del sector salud, sino también de los sectores hotelero, turístico, de transporte y de comercio. Como se observa en la tabla 2, el personal en Estados Unidos gana en promedio tres veces más que sus colegas colombianos, situación que se traduce en elevados costos de los servicios prestados por estos profesionales, por lo que la decisión de viajar a otro país para someterse a los procedimientos necesarios es una elección racional para el individuo.

Sin embargo, se debe considerar que el desplazamiento a otro país implica gastos de transporte, alojamiento y manutención. A razón de 100 dólares diarios para suplir estos gastos y suponiendo una estadía de un mes, el diferencial de costos en intervenciones como trasplantes (tabla 3), cirugía estética, ortodoncia y optometría aún es positivo, aunque en estos últimos tres casos la diferencia es menor.¹⁴ En definitiva, Colombia tiene grandes ventajas en términos de costos, además de la calidad de educación del personal, la disponibilidad de equipos de última tecnología, la reconocida trayectoria de algunos establecimientos de salud y la adopción de sistemas modernos de administración y aseguramiento de la calidad¹⁵ que le permiten incrementar su atractivo a mercados como el de Estados Unidos, suficientes para compensar los gastos de desplazamiento y aún reportar una ganancia neta para los pacientes, pero que disminuye a medida que aumenta la estadía en el país y la distancia a la que vive el individuo.

Tabla 2. Salario mensual de personal de salud; Colombia y Estados Unidos, 2003 (dólares de paridad de compra)

<i>Profesional</i>	<i>Colombia*</i>	<i>Estado Unidos</i>
Médico cirujano	2.638,95	9.171,07
Enfermera profesional	1.680,27	3.779,78
Nutricionista dietista	1.488,31	3.322,67
Profesional de terapia física	1.388,29	4.111,32
Profesional de terapia respiratoria	1.296,19	3.320,87
Profesional de terapia ocupacional	1.458,85	3.656,12
Odontólogo	2.072,52	5.432,03
Óptica	n. d.	7.721,06

Fuente: U.S. Department of Labor y Comisión Accidental de Investigación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mesa de Recursos Humanos.

* Actualizado por inflación; se empleó el tipo de cambio de paridad de compra reportado por el Banco Mundial.

Tabla 3. Costos comparativos de trasplantes entre Estados Unidos y Colombia

<i>Ítem</i>	<i>Costo (en dólares)</i>
Hospedaje*	70-130
Transporte†	
Los Angeles-Bogotá-Los Angeles	1.500-1.600
Miami-Bogotá-Miami	600-1000
Nueva York-Bogotá-Nueva York	1.300-1.600
Trasplantes EE. UU.‡	
Corazón	110.000-287.000
Hígado	314.500
Riñón y páncreas	141.000
Gasto per cápita en salud¶	
Colombia	105
Estados Unidos	4.887

* Costo promedio diario de una habitación en las principales ciudades. El valor depende del tipo de habitación

† Rango promedio de un tiquete ida y vuelta. Información de Avianca y Delta Airlines

‡ Datos disponibles en <http://www.kidney.org>

¶ World Bank. El dato corresponde al 2001

Conclusiones y recomendaciones

La salud es un elemento constitutivo y medio primordial en la búsqueda de mayor desarrollo y bienestar de las personas. Se constituye en una libertad fundamental que permite el logro de otras capacidades a la vez que complementa y les da fuerza a otras inversiones en la economía.

En salud, el desarrollo de la tecnología y la tendencia actual a la interdependencia de los países ha llevado a que el comercio de servicios se convierta en una estrategia interesante y promisoría para contribuir al desarrollo. Sin embargo, existe una deficiencia fundamental: la información. Aspectos como volumen o valor de las exportaciones e importaciones de servicios de salud en cada modo, obstáculos al comercio de estos servicios, políticas nacionales que rigen el comercio de servicios de salud y cálculos de las posibles ganancias o pérdidas resultantes de los cambios en el comercio de servicios de salud son desconocidos por la mayoría de los agentes que participan en el proceso. Lo anterior se deriva del desconocimiento de cuáles actividades pertenecen al comercio de salud y de la forma en que se deben registrar para el posterior monitoreo.

En este sentido, la primera recomendación apunta a establecer un sistema de información que permita conocer aspectos como el tipo de servicios que se están

exportando, quién los está exportando, el modo de prestación y las restricciones enfrentadas, que permitan realizar un monitoreo continuo de la actividad. Para este fin, se debe partir de la educación de los agentes comprometidos en el proceso, la realización de un conjunto de encuestas periódicas a establecimientos de salud y contribuyentes del servicio (que permitan formar una masa crítica de información para el análisis) y el aprovechamiento de los esfuerzos por mejorar la recopilación de datos sobre el comercio de servicios de salud que vienen adelantando organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, Eurostat, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo y la OMC. Estos organismos han trabajado para estandarizar, integrar y ampliar los esfuerzos de recopilación de datos a través del Grupo de Estudio Interinstitucional de las Naciones Unidas. En marzo del 2001, el grupo divulgó un manual sobre estadísticas del comercio internacional de servicios, que proporciona un marco metodológico común para que los países estructuren sus sistemas de información.¹²

Son múltiples los factores que inciden en el estado de salud de las personas: la alimentación, las condiciones de vivienda, los hábitos, entre otros. Sin embargo, la figura del profesional de la salud es una pieza fundamental en el proceso de recuperación de la enfermedad, ante lo cual el comercio de estos servicios se convierte en un punto que requiere la atención del gobierno y de los investigadores del área de la salud y la economía. Cuatro formas principales asume este tipo de comercio, constituyéndose en el centro del trabajo las formas de movilidad de pacientes o de profesionales.

En lo relacionado con los servicios transfronterizos, un acuerdo internacional sobre las normas debe promover el comercio y facilitar la compatibilidad y la comparabilidad de la asistencia en salud. En segundo lugar, también habría que prever un marco de regulación y aprobar la correspondiente legislación, por ejemplo, en cuanto a la responsabilidad ética, antes de que pueda procederse a la aplicación en gran escala de la telemedi-

cina. En cuanto al movimiento de personal, es necesario establecer programas de estudio coherentes y negociar en los acuerdos comerciales normas profesionales mutuamente aceptables por los países socios para facilitar la circulación futura de los profesionales de la salud.* Es importante además la discusión respecto al otorgamiento de visas, tanto para pacientes como para profesionales, aspecto que no se ha tratado con la debida profundidad en las negociaciones.

Existen varios posibles obstáculos al comercio de servicios de salud que podrían surgir de la negociación de un tratado comercial entre Colombia y Estados Unidos, que varían de un estado a otro de dicho país, tales como barreras comerciales que discriminan en función de nacionalidad y residencia, la exigencia de que las empresas prestadoras de servicios profesionales y empresariales tengan un socio local, el hecho de que para algunas profesiones no se contempla la posibilidad de licencias temporales, en tanto que para profesionales residentes en otros estados se otorgan por periodos más largos (para algunas profesiones solo se otorga licencia temporal a quien vaya a trabajar con un proveedor local).

De la misma manera, es necesario conocer de qué tipo de obstáculos se trata y en qué forma se están originando, ya que se puede buscar la protección de actividades en las cuales Colombia no tiene ventaja, pero también se puede estar respondiendo a posiciones políticas que buscan favorecer intereses individuales y de grupo. Es necesario que el establecimiento de los obstáculos sea de naturaleza sectorial, para así favorecer aquellas actividades que dentro del comercio de salud tienen ventaja y proteger aquellas que no la tengan, pues si se establecen en forma horizontal se podría perder dinámica en algunas actividades debido al bloqueo de otras. Eso sí, se debe partir de un sistema de información claro que permita definir potenciales y debilidades en el comercio internacional.

El desarrollo del comercio de servicios de salud y de bienes requeridos por los sistemas de salud es una parte importante y creciente de la globalización. En este contexto, es lógico que las políticas para promover y regular este comercio no se limiten a lo nacional, sino que comprendan el ámbito de los acuerdos de integración y de comercio; en este sentido, surgen algunas ventajas y oportunidades para sus participantes. Desde el punto de vista de las políticas nacionales dirigidas a promover actividades específicas dentro del comercio de servicios de salud, existen dos aspectos que han de tenerse en cuenta: 1) los funcionarios de salud deben familiarizarse con las políticas comerciales vigentes en el país, tanto en acuerdos multilaterales como regiona-

* En los Estados Unidos, por ejemplo, los requisitos de concesión de una licencia para la práctica de la medicina a quienes hayan obtenido sus calificaciones en otro país varían según el estado. Algunos la autorizan a titulados de universidades extranjeras, previo examen escrito. Los candidatos deben someterse también al examen de la Educational Commission for Foreign Medical Graduates (Comisión Educativa para los Titulados de Medicina en el Extranjero) y pasar un período de estudios superiores de medicina en un hospital de los Estados Unidos.

les y bilaterales y 2) es necesario analizar los efectos e impactos de la política puesta en marcha, es decir, reconocer si la participación en el comercio de servicios de salud genera problemas al sistema de salud o crea beneficios para este, ya que se debe considerar la existencia de una oferta de recursos limitada y la demanda se suscribe tanto al ámbito internacional como al nacional. Puesto que una mayor liberalización abre nuevas oportunidades, el mercado puede buscar mayor rentabilidad en el exterior en detrimento del bienestar de los consumidores nacionales.

Desde el punto de vista de la gestión, las experiencias internacionales han mostrado que el proceso de liberalización debe ser gradual, de forma que se permita a los proveedores y a los consumidores adaptarse a los cambios que resultan de un aumento de la competencia en el país o aprovechar la oportunidad de prestar servicios en mercados nuevos en el extranjero. Además, ese proceso debe ir acompañado de una reglamentación fortalecida que permita aprovechar las ventajas competitivas que tiene el país. Ejemplos de esto son la exportación de servicios de salud, donde reglas como el establecimiento de mecanismos para transferir alguna porción de los recursos generados por el comercio de servicios de salud al sistema de salud pública y la fijación de un impuesto —que se destine a la solidaridad del sistema— para todos los proveedores comerciales de servicios de salud o solo para los proveedores comerciales extranjeros propician, no solo que la liberalización sea exitosa, sino que también esté acorde con los objetivos de eficiencia, equidad y universalidad del sistema de salud colombiano.

La información presentada sugiere que Colombia tiene importantes ventajas en términos de costos, principalmente en lo relacionado con los salarios. El gran diferencial de precios en trasplantes hace de esta un área particularmente atractiva, que requiere mayores inversiones en espacios físicos y promoción de la cultura de donación de órganos entre los habitantes. Adicionalmente, dentro de las oportunidades que podría obtener Colombia con el comercio de servicios de salud, desde la perspectiva de los acuerdos comerciales, se encuentra la posibilidad de vincular las actividades de turismo y las de ampliación de la prestación de servicios de salud a extranjeros residentes temporales, lo cual le ofrecería al país nuevas oportunidades de generación de empleo e ingresos. En este caso, a diferencia de lo ya hecho con extranjeros residentes por períodos de uno o varios años, el mercado estaría constituido por los turistas, bien sea que la estadía de estos represente un incremento de la demanda de atenciones generales de salud o que algún producto turístico, donde el país pueda aprovechar ven-

tajas comparativas, posea un componente importante de atención de salud.

Referencias

1. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963; 53(5).
2. Barro R *et al.* Health and economic growth. En prensa; 1996.
3. Mushkin S. Health as an investment. *Journal of Political Economy* 1962;70(5):129-157.
4. Sen A. La salud en el desarrollo. Discurso inaugural pronunciado ante la 52.^a Asamblea Mundial de la Salud; 1999.
5. Grossman M. National Bureau of Economic Research. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. NBER; 1972.
6. Sachs J. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
7. Arora S. Health, human productivity and long-term economic growth. *Journal of Economic History* 2001;61(3).
8. Gallup J, Sachs J. The economic burden of malaria. Harvard University Working Paper 2000;(52).
9. Schultz TP. Health and schooling investments in Africa. *Journal of Economic Perspectives* 1999;13(3).
10. Strauss J, Thomas D. Health nutrition and economic development. *Journal of Economic Literature* 1998;36(2):766-817.
11. Savedoff WD, Schultz TP. Wealth from health: linking social investments to earnings in Latin America. Washington: Inter American Development Bank; 2000.
12. Lipson D. Negociación de servicios de salud en los tratados de comercio e integración de las Américas; 2002, Serie de Informes Técnicos: 81.
13. Rangel A. Restricciones al comercio de servicios de salud. *Archivos de Economía* 2004;(267).
14. Ruiz F, Peñaloza E, Garavito L. Modelo teórico y análisis empírico para la exportación en servicios de salud. Documento de trabajo Cendex 2003;(012B-04).
15. Banco Mundial. Perspectiva de exportación de turismo médico para el Caribe angloparlante. Banco Mundial; 1995.

Otras referencias

- Colombia. Ministerio de Industria y Comercio. Anexos I y II. Lista preliminar TLC Andinos - EE.UU. Borrador para discusión; 2005.

- Comisión del Comercio de Bienes y Servicios y de los Productos Básicos. Comercio internacional de servicios de salud: dificultades y oportunidades para los países en desarrollo. Ginebra: UNCTAD; 1997.
- Comisión del Comercio de Bienes y Servicios y de los Productos Básicos. Informe de la reunión de expertos en fortalecimiento de la capacidad y aumento de las exportaciones de los países en desarrollo en el sector de los servicios: servicios de salud. Ginebra: UNCTAD; 1997.
- De Navas C, Proctor B, Mills R. Income poverty and health insurance coverage in the United States: 2003. U. S. Census Bureau; 2004.
- Gómez O, Frenk J, Cruz C. Commerce in health services in North America within the context of the North American Free Trade Agreement. Revista Panamericana de Salud Pública 1997;1(6).
- León F. Modernización y comercio exterior de los servicios de salud. Santiago de Chile: Comisión Económica para América latina y el Caribe; 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. Globalización y Salud: Nuevas perspectivas para la acción de la OPS/OMS. Documentos de la 132.ª sesión del comité ejecutivo; 2003.
- Rangel A *et al.* ¿Se ha liberalizado el comercio de servicios en los acuerdos comerciales de EE.UU.? El caso de NAFTA y los TLC con Chile y Singapur. Archivos de Economía 2005;(278).
- Ruiz F. Comisión accidental de investigación del sistema general de seguridad social en salud. Mesa de Recursos Humanos. Documento de trabajo Cendex.
- Ruiz F, Peñaloza E, Garavito L. Los recursos humanos de salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Bogotá; 2002.
- Rupa C. Trade in health services. Bulletin of the World Health Organization 2002;80(2):158-163.
- Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 2000.
- U. S. Department of Labor. National Compensation Survey: Occupational Wages in the United States; 2004.
- Villacrés N. TLC y salud. Documento de trabajo FLACSO; 2004.