
El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública

Román Umaña-Peña / Carlos Álvarez-Dardet

Observatorio de Políticas Públicas y Salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

similar papers at core.ac.uk

provided by Repositorio I

(General Agreement on Trade in Services and its
implications for public health)

Resumen

Debido a la importancia económica del sector servicios y a su potencial comercial, en 1995 entró en vigor el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), cuyos objetivos son liberalizar el comercio de servicios y establecer las normas y disciplinas que lo rijan. Sin embargo, hasta el momento el acuerdo ha generado poca jurisprudencia sobre sus normas, y algunas de ellas están en proceso de elaboración, lo que le da un carácter ambiguo a la vez que dificulta precisar sus implicaciones. No obstante, algunos analistas consideran que ciertas características y disposiciones representarían una amenaza a los mecanismos de financiación de los servicios públicos, así como a la autonomía reglamentaria gubernamental. Además, el acuerdo llevaría a la formalización de compromisos de carácter irreversible, que impedirían el restablecimiento de condiciones previas, en caso de que fallasen los sistemas de mercado y la participación privada; por otra parte, estaría en oposición a los monopolios y proveedores exclusivos y, en cierto grado, afectaría a los subsidios de los proveedores locales. La capacidad del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas para forzar la implementación de medidas competitivas en los servicios públicos genera incertidumbre por sus implicaciones para los sistemas sanitarios. El acuerdo de España con la OMC tiene muchos aspectos aún por consolidar, lo que abre una oportunidad política para el debate y la participación desde el sector salud en sucesivas rondas de negociación.

Palabras clave: AGCS. Comercio de servicios. Acuerdos comerciales. Globalización.

Abstract

Due to the economic importance of the service sector and its trade potential, in 1995 the World Trade Organization (WTO) launched the General Agreement on Trade in Services with the objective of liberalizing trade in services worldwide and of establishing rules and disciplines to regulate it. Until now, the Agreement has produced few case laws on its rules and some of them are in the process of being developed, which makes the Agreement ambiguous and hampers accurate forecasting of its implications. Nevertheless, some analysts consider that certain characteristics and rules represent a threat to the funding mechanisms of public services and to the sovereignty of governments to generate their own rules. Moreover, the Agreement would lead to irreversible formalization of commitments, without the possibility of returning to previous conditions in the case of failure of the market and/or private participation. In addition, the Agreement acts against exclusive monopolies and providers and to a certain extent this will affect subsidies to local providers. The ability of the European Communities Court of Justice to enforce the implementation of competitive measures in public services has produced uncertainty because of the implications for health services. The Spanish Agreement with the WTO contains many questions that remain open, representing an opportunity for the participation of the health sector in the next negotiation rounds.

Key words: GATS. Trade in services. Trade agreements. Globalization.

Correspondencia: Román Umaña-Peña.
Edificio de Ciencias Sociales. Campus de San Vicente.
Apdo. de correos 99. 03080 Alicante. España.
Correo electrónico: romanumana@hotmail.com

Introducción

Como resultado de las negociaciones de la Ronda Uruguay (1986-1994), en 1995 entró en vigor la Organización Mundial del Comercio (OMC) y con ella el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) y el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), entre otros. A diferencia del ADPIC, cuyas repercusiones en el acceso

a los medicamentos han sido objeto de amplio debate¹, el AGCS y sus posibles efectos en servicios fundamentales, como la asistencia sanitaria, la educación, el transporte, el suministro de agua, la energía, etc., continúan siendo un tema desconocido para la opinión pública española.

Aunque el AGCS no establece una definición del término «servicio», se puede entender como tal el «producto, no tangible, de una actividad humana que busca satisfacer una necesidad»². El sector servicios, por tanto, incorpora gran cantidad de actividades, entre las cuales están los servicios médicos y dentales, los servicios de seguros, los servicios educativos, los servicios de comunicaciones, los servicios sociales, los servicios de veterinaria, los servicios proporcionados por matronas, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico, los servicios de investigación y desarrollo, etc. Todas estas actividades están clasificadas en sectores y subsectores que, como guía para las negociaciones comerciales, están agrupadas en la lista de clasificación sectorial de servicios de la OMC³.

En el año 2000, las exportaciones mundiales de servicios representaron cerca del 20% del valor total de exportaciones a escala mundial. En términos generales, se entiende que un país exporta servicios cuando éstos son suministrados a pacientes extranjeros o cuando hay un desplazamiento al exterior, principalmente de carácter temporal, de personal sanitario. Europa occidental, Norteamérica y Asia supusieron más del 88% de las exportaciones de servicios: la Unión Europea el 45%, Norteamérica el 22% y Asia el 21%⁴. A su vez, el sector servicios proporcionó dos tercios de los empleos en la Unión Europea en el año 2001, aportando en 6 países más del 70% del empleo total⁵. Por el potencial comercial que representa el sector servicios, la OMC consideró el AGCS como «el acontecimiento más importante registrado en el sistema multilateral de comercio desde la entrada en vigor del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio, en 1948»⁶.

En esencia, el acuerdo pretende romper los aranceles internos que suponen la existencia de servicios públicos, como los sanitarios en muchos países del mundo, para así incrementar el desarrollo económico. Sin embargo, estas políticas no tienen en cuenta los beneficios para la salud de los pueblos que suponen tanto la redistribución de la riqueza como la existencia de una red pública de servicios sanitarios. Ambas cuestiones tienen un efecto positivo ya evidenciado sobre la salud de la población^{7,8}.

Descripción del acuerdo e implicaciones

El AGCS es el primer y único acuerdo de carácter multilateral sobre el comercio internacional de servicios.

Sus objetivos son establecer los principios, las normas y las disciplinas que rigen el comercio internacional⁹, y liberalizar dicho comercio por medio de sucesivas rondas de negociación⁴.

El proceso de liberalización consiste en la eliminación de obstáculos al comercio, por medio de la formalización de compromisos en los que los Estados miembros garantizan el acceso de servicios y proveedores de servicios extranjeros a sus mercados locales. Los obstáculos, en el sector servicios, están representados por medidas gubernamentales que limitan o condicionan dicho acceso al mercado local (acceso al mercado), que establecen diferencias en el trato que reciben los proveedores extranjeros respecto a los nacionales (trato nacional) o medidas que, sin tener los efectos anteriores, se pudiesen considerar «obstáculos innecesarios» al comercio de servicios. Según el AGCS, se incluye cualquier medida adoptada, ya sea en forma de «ley, reglamento, regla, procedimiento, decisión o disposición administrativa o en cualquier otra forma», por gobiernos centrales, regionales, locales o por instituciones no gubernamentales «en ejercicio de facultades en ellas delegadas por gobiernos o autoridades centrales, regionales o locales».

El AGCS, por tanto, contiene el mandato para la realización de sucesivas rondas de negociación, a la vez que establece normas y disciplinas que rigen la aplicación de las medidas gubernamentales que afecten al comercio de servicios^{10,11}. El hecho de que la jurisprudencia de la OMC haya establecido que el término «afecten» entraña un amplio alcance del AGCS y que no hay exclusión *a priori* de medida alguna permite prever el alto nivel de penetración de las disposiciones del Acuerdo en la autonomía reglamentaria gubernamental de los Estados miembros de la OMC.

Las normas estipuladas por el Acuerdo pueden ser generales o específicas. Las primeras son de acción directa y automática sobre las medidas adoptadas por todos los miembros en todos los sectores, independientemente de la existencia o no de compromisos, mientras que las específicas se aplican a medidas puestas en marcha en el acceso al mercado o el trato nacional, esto es, en los sectores en que se asumen compromisos. Sin embargo, dichas normas aún no están «totalmente completas y en gran medida no se han puesto a prueba»⁶, por lo cual muchas de estas disposiciones carecen de un precedente legal, lo que a su vez dificulta evaluar su impacto probable² y «determinar exactamente qué derechos han adquirido y qué obligaciones han asumido los Estados miembros de la OMC»⁶. Sin embargo, hay disposiciones en el Acuerdo que han permitido determinar algunas de sus posibles implicaciones.

La norma general sobre Reglamentación Nacional, artículo VI.4, es una de las que genera más preocupación por sus potenciales repercusiones. Dicho artí-

culo contiene un mandato para la elaboración de disciplinas que han de aplicarse sobre las medidas de la reglamentación nacional, «relativas a las prescripciones y procedimientos en materia de títulos de aptitud, las normas técnicas y las prescripciones en materia de licencias» con el fin de asegurar que «no constituyan obstáculos innecesarios al comercio de servicios» y de garantizar que tales prescripciones entre otras cosas «no sean más gravosas de lo necesario».

Debido a la ambigüedad que representa el hecho de que no haya una interpretación autorizada de las expresiones «obstáculos innecesarios al comercio» y «gravosas», algunos analistas consideran que, dependiendo del resultado de la elaboración de las disciplinas, las medidas reglamentarias nacionales podrían quedar expuestas a cuestionamientos por parte de los socios comerciales que consideren que son más gravosas de lo necesario o que restringen innecesariamente el comercio¹². Las disciplinas involucrarían una «prueba de necesidad» que exigiría a los gobiernos demostrar que una medida persigue objetivos legítimos y que es la menos restrictiva y menos «gravosa» para el comercio, que representaría una potencial amenaza para mecanismos de financiación, como los subsidios cruzados o los fondos universales de riesgo, al considerarlos restrictivos para el comercio y/o anticompetitivos¹³.

Por su parte, las normas específicas tienen implicaciones en los sectores en que se han asumido compromisos de acceso al mercado (artículo XVI) y de trato nacional (artículo XVII). Estos compromisos son negociables porque los miembros deciden voluntariamente, tras un proceso de negociación, los sectores que desean comprometer y son condicionales porque cada miembro puede imponer condiciones y limitaciones al acceso al mercado y al trato nacional y, de la misma forma, puede concretar su alcance a uno o más de los cuatro modos de suministro¹¹ establecido por el Acuerdo (tabla 1). Cada miembro debe elaborar una lista, en la que se consignan los sectores comprometidos, especificando las limitaciones y condiciones por sector y modo de suministro¹⁴.

Una gran mayoría de los países confirmaron en sus listas de compromisos las condiciones vigentes, en cuanto al acceso al mercado para los proveedores internacionales¹⁵. Aunque sin llegar a una verdadera liberalización, la inclusión de dichas condiciones en listas las convierte en obligaciones jurídicamente vinculantes, que en la práctica son difícilmente reversibles. Lo anterior significará para muchos países que el AGCS bloquee en los niveles vigentes de privatización a los sectores comprometidos¹⁶. Además, como la secretaría de la OMC afirma, estas listas de compromisos sólo representan el primer paso, ya que una de las características más importantes del Acuerdo es la obligatoriedad de entablar sucesivas rondas de negociación «a fin de proseguir la apertura del comercio mundial de servicios»⁶.

Tabla 1. Modalidades de suministro

Suministro transfronterizo (modo 1). Prestación de servicios desde el territorio de un país miembro de la OMC al territorio de otro miembro. Se mantiene una separación geográfica entre el vendedor y el comprador. Ej.: servicios bancarios prestados a través de sistemas de telecomunicaciones o de correo, telemedicina, servicios de gestión hospitalaria a distancia, etc.
Consumo en el extranjero (modo 2). Suministro de servicios en el territorio de un miembro a un consumidor de servicios de cualquier otro miembro. Ej.: pacientes que cruzan la frontera para comprar servicios de salud
Presencia comercial (modo 3). Consiste en el establecimiento legal de un proveedor de servicios extranjero en el territorio de otro miembro. Ej.: la construcción de sucursales o agencias, que en la mayoría de los casos implican Inversiones Extranjeras Directas (IED)
Presencia de personas físicas (modo 4). Se refiere al desplazamiento de ciudadanos de un Estado miembro al territorio de otro miembro para prestar servicios. Ej.: profesionales de la salud que cruzan la frontera para prestar servicios de salud

Fuente: Elaboración basada en la información contenida en las referencias 6, 10, 12 y en: Organización Mundial del Comercio. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS): objetivos, alcance y disciplinas. Disponible en: http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsqa_s.htm

Algunas disposiciones de los compromisos específicos pueden amenazar la disponibilidad de servicios básicos. Por ejemplo, el artículo XVI estipula que en caso de un compromiso pleno, los miembros no pueden establecer proveedores exclusivos de servicios, siendo esta una condición que, en el caso del suministro del agua, ha demostrado evitar una competencia ineficiente¹⁷. Por otra parte, aunque los gobiernos pueden modificar o retirar compromisos, la complejidad de este mecanismo los hace prácticamente irreversibles¹⁸, y esta característica impediría que se restableciera un monopolio en caso de que los sistemas de mercado y la participación privada fallasen¹⁷. El acuerdo reconoce, además, los efectos perturbadores que tienen los subsidios sobre el comercio y establece el compromiso de realizar negociaciones sobre el tema. Sin embargo, si en un sector comprometido un país desea conceder un subsidio a un proveedor local sin otorgarlo a los extranjeros, deberá haber introducido una limitación al trato nacional¹¹.

Todas estas características preocupan especialmente por su efecto sobre los servicios públicos o considerados esenciales, como los sanitarios. Al respecto, aunque la OMC ha manifestado que la protección para los servicios públicos está contenida en la excepción que establece el acuerdo, en el párrafo 3 del artículo I, para servicios no suministrados «en condiciones comerciales ni en competencia con uno o varios proveedores de servicios», no existe una interpretación autorizada de los términos «comercial» ni «competencia»¹⁹. Por lo citado anteriormente, algunos analistas se preguntan si los servicios suministrados por gobiernos, en que se cobra a los pacientes, se considerarían «comerciales»,

o si existe competencia cuando los servicios ofrecidos por los gobiernos son similares a los suministrados por los servicios de salud privados^{12,14}, mientras que otros afirman que en la mayoría de los países los servicios de salud involucran competencia y suministro comercial, por lo cual es difícil entender cómo estarían exentos los servicios de salud¹³.

Para la secretaría de la OMC «el sector hospitalario de muchos países está constituido por entidades públicas y privadas que operan sobre una base comercial, cobrando al paciente o a su seguro por el tratamiento administrado», por lo cual «parece poco realista en tales casos pretender que se deba seguir aplicando el párrafo 3 del artículo 1, y/o mantener que no existe una relación de competencia entre los dos grupos de proveedores o de servicios»¹⁸. Además, plantea que la coexistencia de hospitales públicos y privados suscita interrogantes sobre «sus relaciones de competencia y la aplicabilidad del AGCS»¹⁸. Por ello, los países que han alentado la participación privada en sus sistemas de salud no estarían cobijados por dicha excepción. Tal sería el caso del Reino Unido, donde la presencia del sector privado en los servicios hospitalarios ya ha generado incertidumbre^{13,20}, o de Canadá, donde las iniciativas para la participación privada en el sistema de salud en la provincia de Alberta han sembrado inquietud por la posible repercusión sobre todo el sistema^{21,22}. En el mismo sentido, produce inquietud la capacidad de las sentencias del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea de obligar a los países miembros a introducir medidas competitivas en los servicios públicos¹³. La aplicación o no de esta excepción determinarían si los servicios públicos en circunstancias similares son excluidos o no del dominio, entre otras, de normas generales, como las disciplinas del artículo VI.4, con todas sus posibles implicaciones.

Aunque, por su parte, las comunidades europeas han establecido una limitación horizontal, es decir, de aplicación a todos los sectores incluidos en su lista —en la cual se reservan el derecho a mantener monopolios públicos o proveedores exclusivos en los servicios considerados públicos, incluidos los servicios de salud—, esta limitación también está expuesta al mandato de liberalización progresiva del Acuerdo.

Los compromisos de España establecidos en 1994 (tabla 2), en cuatro de los subsectores que abarcan actividades relacionadas con el área de la salud, mantienen sin embargo muchos aspectos sin consolidar. En el subsector de servicios médicos y dentales, España no asume compromisos en la modalidad 1, es decir, que se reserva el derecho de establecer condiciones y limitaciones a este tipo de comercio. España, por ejemplo, podría negarse a transferir las prestaciones de los seguros en el caso de servicios de telemedicina recibidos por sus ciudadanos¹⁵. En la modalidad 2 asume compromisos plenos y, por tanto, se abstiene de tomar medidas encaminadas a persuadir a sus ciudadanos de consumir este tipo de servicios en el extranjero. En cuanto a la presencia comercial (modalidad 3), a diferencia de otros países, como Italia y Portugal, que autorizan la entrada de asociaciones de profesionales, o de Irlanda, que permite sociedades comerciales, los compromisos parciales que asumió España limitan el acceso al mercado a «personas físicas». En el subsector de servicios proporcionados por comadronas, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico, en la modalidad 1 no asume compromisos, en la modalidad 2 establece compromisos plenos, y en la modalidad 3 restringe el acceso a la figura de personas físicas.

En el subsector de servicios de hospital, España no asumió compromisos en la modalidad 1, mientras en la modalidad 2 asumió compromisos plenos. En la mo-

Tabla 2. Compromisos de España (acceso al mercado)

	Servicios médicos, dentales y de parteras	Servicios de enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico	Servicios de hospital	Servicios sociales: establecimientos de descanso para convalecientes y hogares para ancianos
Suministro transfronterizo	Sin consolidar	Sin consolidar	Sin consolidar	Sin consolidar
Consumo en el extranjero	Pleno	Pleno	Pleno	Pleno
Presencia comercial	Parcial: acceso limitado a personas físicas	Parcial: enfermeras con acceso limitado a personas físicas	Parcial: requiere la autorización de las comunidades autónomas	Pleno
Presencia de personas físicas	Sin consolidar excepto lo indicado en los compromisos horizontales	Sin consolidar excepto lo indicado en los compromisos horizontales	Sin consolidar excepto lo indicado en los compromisos horizontales	Sin consolidar excepto lo indicado en los compromisos horizontales

Compromiso pleno: compromisos sin limitaciones ni condiciones

Compromiso parcial: compromisos sujetos a limitaciones y/o condiciones, que se consignan en la tabla

Compromiso sin consolidar: no se asume compromisos

Adaptado de la lista de compromisos específicos de las Comunidades Europeas y sus Estados Miembros (GATS/SC/31).

alidad 3 «requiere la autorización previa de las comunidades autónomas, sobre la base de un examen de las necesidades económicas en el que se tiene en cuenta la población y los servicios de salud ya existentes en la respectiva zona sanitaria». En el subsector de servicios sociales en la modalidad 1 no asume compromisos, en las modalidades 2 y 3 asume compromisos plenos. En cuanto a la modalidad 4, España no establece compromisos específicos en ninguno de los cuatro subsectores anteriores, sino que se remite a los compromisos horizontales establecidos en la lista para las comunidades europeas, en los cuales se hace referencia, por ejemplo, a la movilidad temporal de personas trasladadas dentro de una empresa.

En relación con la modalidad 2 (consumo en el extranjero) de suministro de servicios, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas emitió dos sentencias en abril de 1998 (Kohll y Decker), en las cuales consideró que el requisito de una autorización previa para recibir tratamientos en el exterior estaba en contravía de las disposiciones de libre movimiento de bienes y servicios establecidas en el texto del Tratado de la Unión¹⁸. Como consecuencia de estas sentencias, se implementó un sistema dual para la obtención de reembolso por servicios médicos obtenidos en el extranjero. Posteriormente, otra sentencia del Tribunal confirmó que los Estados miembros deberían cumplir con las leyes comunitarias y que los servicios hospitalarios estaban incluidos dentro de los objetivos de movilidad de bienes y servicios del Tratado de la Unión. Sin embargo, con el fin de preservar un balance financiero de los sistemas de Seguridad Social, se establecieron algunas condiciones por las que se debería otorgar las autorizaciones para tratamiento en el exterior²³.

El proceso de negociación y la Organización Mundial del Comercio, por su parte, han sido cuestionados; el primero por el reconocido secretismo que lo rodea^{19,20}, y la segunda porque ha permanecido al margen del escrutinio público²¹. Al respecto, la OMC aduce que, si bien las reuniones no están abiertas a la prensa ni al público, éstas se realizan entre los gobiernos como legítimos representantes de los intereses de cada país¹¹. Este argumento pone de manifiesto la responsabilidad que tienen los gobiernos en la divulgación de la información. Por tanto, se tiene la oportunidad de participar más activamente en los procesos de negociación, desde el sector salud, en la medida en que se abra un debate sobre las implicaciones del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios.

Conclusiones

En primer lugar, cabría recordar que las características del Acuerdo le otorgan una amplia capacidad

de intervención en la estructura reglamentaria gubernamental. A pesar de haber entrado en vigencia hace casi 10 años, el AGCS es un acuerdo inacabado que contiene imprecisiones jurídicas que aún no permiten conocer su total repercusión.

Las disciplinas que actualmente están en elaboración pueden representar una amenaza para ciertos sistemas de financiación, como los subsidios cruzados o los fondos universales de riesgo, independientemente de la existencia de compromisos. El complejo y costoso proceso de modificación y eliminación de compromisos los hace prácticamente irreversibles, con lo cual bloquea la autonomía política de gobiernos posteriores, impiden restablecer condiciones más favorables para el suministro de servicios fundamentales y bloquea la privatización en sus niveles vigentes.

Las disciplinas de los compromisos específicos pueden impedir los monopolios y los proveedores exclusivos de servicios, así como el trato diferencial para los proveedores locales. Además, el proceso de negociación se ha desarrollado al margen de la opinión y participación pública. Finalmente, los aspectos que restan por consolidar en los compromisos de España son una oportunidad para la participación en las negociaciones desde el sector de la salud.

Bibliografía

1. Henry D, Lexchin J. The pharmaceutical industry as a medicines provider. *Lancet*. 2002;360:1590-5.
2. Sinclair S. GATS: how the World Trade Organisation's new «services» negotiations threaten democracy. Canadian Centre for Policy Alternatives [citado 8 Abr 2004]. Disponible en: <http://www.policyalternatives.ca/publications/gatssummary.html>
3. Organización Mundial del Comercio. Lista de clasificación sectorial de los servicios; 1991 (documento con signatura MTN. GNS/W/120).
4. United Nations Conference on Trade and Development. Trade in services: market access opportunities and the benefits of liberalization for developing economies. 2002 [citado 2 Sep 2004]. Disponible en: http://www.unctad.org/en/docs/itcdtab20_en.pdf
5. European Commission. European business. Facts and figures. Data 1991-2001. Part 6: Business services. 2003 [citado 2 Sep 2004]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-product/EN?catalogue=Eurostat&collection=04-Panorama%20of%20the%20EU&product=KS-BV-03-006-_-N-EN&mode=download
6. Secretaría de la OMC. Introducción al Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) 1999 [citado 19 Mar 2004]. Disponible en: http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gsintr_s.doc
7. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ*. 1992;304:165-8.
8. Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv*. 2003;33:419-94.
9. Secretaría de la OMC. Mercados Abiertos de Servicios Financieros: La función del AGCS. Serie de estudios especiales,

- 1997 [citado 18 Jun 2004]. Disponible en: http://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/special_study_1_s.pdf
10. Naciones Unidas, Comisión de las Comunidades Europeas, Fondo Monetario Internacional, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, Organización Mundial del Comercio. Manual de Estadísticas del Comercio Internacional de Servicios. 2002 (documento con signatura ST/ESA/STAT/SER.M/86).
 11. Organización Mundial del Comercio. AGCS: realidad y ficción [citado 26 Feb 2004]. Disponible en: http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsfacts1004_s.pdf
 12. Organización Panamericana de la Salud. Negociación de servicios de salud en los tratados de comercio e integración de las Américas. Washington. 2002 (informe técnico n.º 81).
 13. Pollock A, Price D. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. *Lancet*. 2000;356:1995-2000.
 14. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial del Comercio. Los Acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la secretaría de la OMC, 2002.
 15. Adlung R, Carzaniga A. Health services under the general agreement on trade in services. *Bull WHO*. 2001;79:352-64.
 16. Labonte R. Nailing health planks into the foreign policy platform: the Canadian experience. *MJA* [edición electrónica] 2004 [citado 13 Mar 2004];180:159-62. Disponible en: http://www.mja.com.au/public/issues/180_04_160204/lab10750_fm.pdf
 17. Türk E, Krajewski M. The right to water and trade in services: Assessing the impact of GATS negotiations on water regulation. 2003 [citado 26 Feb 2004]. Disponible en: http://www.ciel.org/Publications/GATS_WaterHR_28Oct03.pdf
 18. Secretaría de la OMC. Servicios Sociales y de Salud: nota documental de la Secretaría. Nota documental de la Secretaría. 1998 (documento con signatura S/C/W/50).
 19. Pollock A, Price D. The public health implications of the world trade negotiations on the trade in services and public services. *Lancet*. 2003;362:1072-5.
 20. World Development Movement. Serving (up) the nation: a guide to the UK's commitments under the WTO General Agreement on Trade in Services. World Development Movement. 2002 [citado 5 Mar 2003]. Disponible en: [http://www.wdm.org.uk/cambriefs/Serving%20\(up\)%20the%20nation.pdf](http://www.wdm.org.uk/cambriefs/Serving%20(up)%20the%20nation.pdf)
 21. Ostry AS. International trade regulation and publicly funded health care in Canada. *Int J Health Serv*. 2001;31:475-80.
 22. Shortt ED. Can Alberta buck stampede of healthcare globalisation? *Lancet*. 2000;356:1291-2.
 23. European Commission. The internal market and health services. 2001 [citado 19 Oct 2004]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf
-