



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

EL ACUERDO GENERAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS (AGCS)  
CARACTERÍSTICAS Y ASOCIACIÓN CON SALUD

Román Andrés Umaña Peña



Tesis

Doctorales

[www.eltallerdigital.com](http://www.eltallerdigital.com)

UNIVERSIDAD de ALICANTE



**Universitat d'Alacant**  
**Universidad de Alicante**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA, MEDICINA PREVENTIVA  
Y SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**EL ACUERDO GENERAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS (AGCS)  
CARACTERÍSTICAS Y ASOCIACIÓN CON SALUD.**

**Román Umaña Peña**

**Tesis presentada para aspirar al grado de  
DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE**

**Programa de Doctorado en Salud Pública**

**Dirigida por:**

**Dr. Carlos Álvarez-Dardet Díaz**

**Dr. Álvaro Franco Giraldo**

**Tesis parcialmente financiada: Valoración del impacto en salud de los acuerdos de comercio en servicios de la organización mundial del comercio. (PI/060295). Ministerio de Ciencia e Innovación. Fondo de Investigación Sanitaria.**



**A mi madre Lilia y mi padre Ramiro**

**A mi hermano Edwin**

**A mi sobrina Neia**



**A la memoria de:**

**Mi abuelita María, mi tía Alicia y la profesora Concha Colomer**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



## AGRADECIMIENTOS

Durante estos años he tenido la suerte de contar con el inestimable apoyo y cariño de muchas personas, a quienes quiero agradecer a continuación.

A mi madre y mi padre, por su amor y apoyo incondicional. A mi hermano por enseñarme que no se debe renunciar a los sueños. A mi madrina Sofía por su energía revitalizante. A mi tía Alcira por transmitirme fortaleza.

A Carlos Álvarez-Dardet por su confianza en mí, su apoyo incansable, generosidad, buen humor, por sus brillantes ideas, sus consejos, por todo lo que me ha enseñado y por darme la oportunidad de crecer intelectualmente.

A María Teresa Ruiz Cantero, por su gran apoyo, aprecio y sus enseñanzas.

A Diana Gil, Carmen Vives, Rocío Ortiz y Mari Carmen Davó por sus contribuciones a mi formación y por su aprecio.

A Álvaro Franco por sus consejos y explicaciones.

A Mauricio Jiménez y Nayara Tamayo por emprender este bonito viaje.

A Virginia Cabrera, Gaby Ortiz y Mercedes Carrasco por su cariño, compañía y amistad.

A Elisa Chilet, por su cariño, apoyo y paciencia, especialmente en los años más difíciles de este proceso. A la Familia Chilet Rosell por su cariño y a Dani Chilet por su ayuda.

A Vicente Clemente por su aprecio, apoyo y por los chocolates.

A Panmela Soares por su amistad, su inconformismo y las buenas discusiones.

A Consuelo Torres por sus palabras de ánimo y las risas.

A Alejandra Zubieta por su apoyo, cariño y amistad inquebrantables de tantos años.

A Jordi Torrubiano, Mar Blasco y Ana Cayuela por el apoyo y la buena energía.



## ÍNDICE

FINANCIACIÓN.....	9
SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	10
PRESENTACIÓN.....	11
RESUMEN .....	13
SÍNTESIS.....	19
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA.....	19
1.1 Antecedentes del sistema mundial de comercio .....	19
1.2 Organización Mundial del Comercio (OMC).....	20
1.3 Sector servicios y liberalización .....	21
1.4 Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) .....	21
1.5 Justificación de la unidad temática .....	23
2. OBJETIVOS .....	27
3. TRABAJOS PUBLICADOS .....	29
4. PRINCIPALES RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	57
4.1 Características del AGCS.....	57
4.1.2 AGCS y Autonomía Gubernamental .....	57
4.1.3 AGCS y Servicios Públicos .....	58
4.2 Liberalización del comercio de servicios y Salud.....	58
4.2.1 Liberalización y Servicios de salud.....	59
4.2.2 Liberalización y Crecimiento económico .....	60
5. CONCLUSIONES .....	63
6. ANEXOS .....	65
7. REFERENCIAS.....	67



## FINANCIACIÓN

Valoración del impacto en Salud de los Acuerdos de Comercio en Servicios de la Organización Mundial del Comercio. (PI060295). Entidad financiadora: Ministerio de Sanidad y Consumo. Entidades participantes: Universidad de Alicante. Duración: desde 17/10/2006 hasta 30/12/2009. Investigador responsable: Carlos Álvarez-Dardet. Función del doctorando: Investigador colaborador bajo la dirección de Carlos Álvarez-Dardet.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT)

Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)

Banco Mundial (BM)

Fondo Monetario Internacional (FMI)

Inversión Extranjera Directa (IED)

Organización Mundial del Comercio (OMC)

Organización Mundial de la Salud (OMS)



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## PRESENTACIÓN

La memoria de Tesis Doctoral, que se presenta a continuación, se acoge a la modalidad de Tesis por compendio de publicaciones, regulada por la Normativa de fecha 2 de marzo de 2005, aprobada por el Pleno de la Comisión de Doctorado de la Universidad de Alicante. La solicitud para presentar la Tesis por esta modalidad fue autorizada por la Comisión Asesora de Doctorado con fecha 09/12/2015. Los tres artículos que comprende esta memoria se engloban en una misma línea de investigación como es la de Promoción y Políticas de Salud y son los siguientes:

1. **Umaña-Peña R**, Álvarez-Dardet C. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit.* 2005;19(6):475-80.
2. **Umaña Peña RA**, Álvarez-Dardet Díaz C, Vives Cases C. La opacidad de los acuerdos generales de bienes y servicios en España. *Gac Sanit.* 2006;20(3):228-32.
3. **Umaña-Peña R**, Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C, Ruíz-Cantero MT, Gil-González D, Hernández-Aguado I. Assessment of the Association of Health with the Liberalisation of Trade in Services under the World Trade Organisation. *PLoS ONE.* 2014;9(7):e102385.

En cuanto a la exposición de la presente Memoria según lo que dicta el Centro de Estudios de Doctorado y Postgrado de la Universidad de Alicante se ha realizado una síntesis estructurada dividida en los siguientes siete apartados: 1) Introducción y justificación de la unidad temática; 2) Objetivos; 3) Trabajos publicados; 4) Principales resultados y discusión; 5) Conclusiones; 6) Anexos; 7) Referencias.



## RESUMEN

### OBJETIVOS

Describir las características del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), y el debate sobre sus posibles implicaciones para la salud pública, los compromisos asumidos por España, la intensidad del debate en el parlamento español y determinar la asociación entre la liberalización bajo el AGCS y tres indicadores básicos de salud como la esperanza de vida (EV), mortalidad infantil (MI) y mortalidad materna (MM) en los países pertenecientes a la OMC.

### METODOLOGÍA

**Estudio 1:** Revisión bibliográfica sobre las características del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) y el debate en torno a su impacto en salud, a partir de la búsqueda de artículos y documentos en bases de datos como PubMed, Scirus, Scopus, Econlit, páginas de organismos internacionales como la Organización Mundial del Comercio (OMC), Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras.

**Estudio 2:** Búsqueda sistemática de las iniciativas parlamentarias sobre los AGCS y GATT tramitadas en el periodo democrático español (1979-2004), registradas en la base de datos del Congreso de los Diputados (véase en [www.congreso.es](http://www.congreso.es)). Estudio descriptivo basado en frecuencias y comparación de porcentajes. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda de iniciativas fueron: “acuerdo general sobre aranceles aduaneros y comercio” o “GATT”; “acuerdo” y “comercio de servicios”; “OMC” o “organización mundial del comercio”, y “ronda” no “GATT”. Análisis estadístico: SPSS 11.5.

**Estudio 3:** Estudio ecológico transversal que exploró la asociación en los años 2010 y 1995 entre liberalización y salud (EV, MI y MM), y entre liberalización y mejora en salud en el periodo 1995-2010, teniendo en cuenta variables asociadas a políticas económicas y sociales como la renta per cápita (PIB pc), gasto público en salud (GPS), y desigualdad de ingresos (Índice Gini). Las unidades de observación y análisis fueron los países de la OMC con datos disponibles en 2010 (n=116), 1995 (n=114), y 1995-2010 (n=114). Se realizaron análisis bivariados y regresiones lineales multivariadas ajustadas por PIB pc, Gini y GPS.

## RESULTADOS

**Estudio 1:** En 1995 entró en vigor la Organización Mundial del Comercio (OMC) cuyos objetivos han sido instaurar un sistema de comercio internacional con una base institucional y legal para la promoción de su liberalización. La liberalización consiste en la eliminación de obstáculos al comercio (aranceles o medidas reglamentarias), por medio de compromisos, en los que los estados miembros de la OMC garantizan el acceso de bienes, servicios y proveedores de servicios extranjeros a sus mercados locales.

Los compromisos en esencia son contratos jurídicamente vinculantes que asumen los estados al amparo de los acuerdos constitutivos de la OMC, entre los que se incluyen el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS). La OMC en el momento de su creación contaba con 123 países miembros.

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. Se engloban medidas adoptadas, 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 delegadas por gobiernos o autoridades centrales, regionales o locales”<sup>1</sup>.

El AGCS es el primer y único acuerdo de carácter multilateral para la liberalización del comercio internacional de servicios. El sector servicios abarca gran cantidad de actividades entre las que se incluyen los servicios médicos, odontológicos, servicios proporcionados por matronas, enfermeras, fisioterapeutas, personal paramédico, servicios sociales, servicios de seguros, educativos, financieros, de comunicaciones, servicios de investigación y desarrollo, etc. En el año 2001 el sector servicios proporcionaba dos tercios de los empleos de la Unión Europea, siendo esta región la mayor exportadora de servicios a nivel mundial con el 45% del mercado<sup>2</sup>.

El AGCS contiene el mandato para la realización de sucesivas rondas de negociación para la liberalización progresiva del comercio de servicios, a la vez que establece normas y disciplinas que rigen la aplicación de las medidas adoptadas por los países miembros de la OMC, que afecten dicho comercio<sup>3,4</sup>. Dado que el AGS no excluye a priori ninguna medida se puede prever un alto nivel de penetración de las disposiciones del Acuerdo en la autonomía reglamentaria de los países miembros de la OMC. Además, muchas de las disposiciones del acuerdo carecen de

un precedente legal, lo que dificulta evaluar su impacto probable <sup>5</sup> y “determinar exactamente qué derechos han adquirido y qué obligaciones asumido los Estados miembros de la OMC” <sup>6</sup>. Según la interpretación de la secretaría de la OMC, los servicios públicos de muchos países estarían expuestos a los procesos de liberalización, al estar constituidos por entidades públicas y privadas que operan sobre una base comercial<sup>7</sup>. Por otra parte, aunque los gobiernos pueden modificar o retirar compromisos, la complejidad de este mecanismo los hace prácticamente irreversibles <sup>7</sup> y esta característica impediría que se restableciera un monopolio en caso de que los sistemas de mercado y participación privada fallasen <sup>8</sup>.

**Estudio 2:** En los 26 años del período de estudio se presentaron 185 iniciativas parlamentarias sobre los acuerdos multilaterales de comercio, de las cuales 120 se referían exclusivamente al Acuerdo de Bienes, 8 al de Servicios y 57 a ambos. En el transcurso del tiempo se observa que las iniciativas parlamentarias sobre el GATT son más frecuentes que las iniciativas sobre el AGCS, excepto en el año 2003. Además, se observa que las iniciativas parlamentarias sobre ambos temas han sido más frecuentes en los años que precedieron a la finalización de la primera ronda de negociaciones multilaterales – finalizada en 1994 – que en los años previos a la firma de compromisos correspondientes a la actual ronda de negociaciones. En ambos tipos de acuerdos, las iniciativas parlamentarias más frecuentes fueron peticiones de comparencias (GATT, 28%; AGCS, 42%) y solicitudes de informes (GATT, 27.1%; AGCS, 15.4%). La mayoría de las iniciativas no fueron discutidas (GATT, 71%; AGCS, 55.4%). La casi totalidad de las iniciativas parlamentarias sobre ambos acuerdos no generó ninguna decisión política (GATT, 96%; AGCS, 91%).

**Estudio 3:** Una mayor liberalización global en servicios bajo la OMC se asoció a mejor salud en 2010 (MI:  $-0.358$   $p < 0.001$ ; MM:  $-0.338$   $p = 0.001$ ; EV:  $0.247$   $p = 0.008$ ), y también en 1995, tras ajustar por variables de políticas económicas y sociales. En el periodo 1995-2010 el progreso en salud se asoció con equidad en el ingreso, gasto público en salud y renta. No se detectó asociación con liberalización global en servicios.

## CONCLUSIONES

No se ha detectado que la adquisición de compromisos bajo el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), promueva a nivel global los beneficios en términos de salud, esgrimidos por los organismos financieros internacionales. No obstante, algunas de sus características pueden condicionar la autonomía gubernamental a largo plazo y reducir la capacidad para establecer redes de protección social, en caso de contracciones económicas.

Finalmente, en el caso español los compromisos se han asumido con escaso debate político, exigiendo una mayor implicación de los profesionales de la salud pública.

Las características del Acuerdo otorgan una amplia capacidad de intervención en la estructura reglamentaria gubernamental. Al momento de su entrada en vigor el AGCS continuaba siendo un acuerdo inacabado que contenía muchas imprecisiones jurídicas que no permitían conocer su total repercusión. Las disciplinas 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 bloquean la autonomía política de gobiernos posteriores, impiden restablecer condiciones más favorables para el suministro de servicios fundamentales y consolida 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. Por otra parte, 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.

Los acuerdos multilaterales de bienes y servicios se han adoptado con escaso debate político previo en España, siendo aún menor el debate en torno al acuerdo general de servicios. La toma de decisiones políticas entre los grupos parlamentarios, en torno a estos asuntos fue prácticamente ausente. El amplio espectro de actividades abarcadas por el acuerdo y el impacto probable de sus implicaciones a medio y largo plazo hacen necesario que los representantes del sector sanitario tengan mayor acceso a la información relacionada con las características del acuerdo y sus consecuencias. No son pocas y tampoco superficiales las características del acuerdo que generan incertidumbre, como tampoco es comprensible que la OMC, teniendo en cuenta las repercusiones que puede llegar a tener para la salud de las poblaciones, promueva la adquisición de compromisos al amparo de un acuerdo que está en proceso de elaboración y cuyos antecedentes no han permitido establecer jurisprudencia sobre la interpretación de sus principales normas. Ante la incertidumbre que rodea los efectos de la asunción de compromisos bajo el marco del AGCS, una actitud preventiva frente a éste está amparada por el principio de precaución, el cual requiere que, antes de asumir compromisos, se demuestre que el riesgo implícito es aceptablemente bajo, a la vez que exige una amplia información y participación pública en los procesos de decisión.

La liberalización de servicios bajo la OMC no se muestra como un factor determinante para la mejora de la salud de las poblaciones. Esto coincide con una notable parte de la evidencia que cuestiona las tesis promovidas por los organismos financieros, que establecen una relación robusta y favorable entre los procesos de liberalización y el desarrollo económico y social de los países. Por lo anterior, se hace necesario dar prioridad a la creación de políticas que favorezcan el desarrollo y la obtención de beneficios en salud, como prerrequisito para la implementación de los procesos de liberalización. Nuestros resultados respaldan la importancia de las políticas públicas que favorecen la redistribución de la riqueza y el acceso a servicios públicos, como mecanismos para garantizar la equidad en la salud de las poblaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Salud. AGCS. Comercio de servicios. Liberalización Comercial. Acuerdos comerciales. Globalización.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



# SÍNTESIS

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA

### 1.1 Antecedentes del sistema mundial de comercio

En Julio de 1944, en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, la Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones Unidas en Bretton Woods, New Hampshire (Estados Unidos), con la participación de 44 naciones lideradas por Estados Unidos y el Reino Unido, dio origen al Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo, más conocido como Banco Mundial (BM) y al Fondo Monetario Internacional (FMI). Estas dos instituciones eran el resultado de una serie de reuniones que buscaron crear mecanismos y condiciones que permitiesen la reconstrucción de Europa y que evitasen una nueva depresión económica en la posguerra. Las funciones del BM y del FMI serían la asistencia financiera y la estabilización económica global, respectivamente<sup>9</sup>. Además, basándose en la premisa de que el libre mercado era la mejor forma de garantizar la prosperidad y la paz, y en un intento por dejar atrás el proteccionismo vigente desde la década de 1930, al cual se culpaba de la extensión y profundidad de la Gran Depresión, se contempló la creación de la Organización Internacional del Comercio (OIC) con el fin de promover el comercio internacional y establecer sus disciplinas<sup>9, 10</sup>. Si bien la OIC no llegó a ser instituida al no lograr su ratificación en los congresos de algunos países, sí se acordó el establecimiento en 1948 del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), en el que se concertaron un conjunto de normas comerciales y una significativa cantidad de concesiones arancelarias para el comercio internacional de bienes (materias primas y productos industriales). A partir de entonces el GATT estableció las normas jurídicas del comercio internacional de bienes y funcionó como organización de facto y único instrumento multilateral rector de dicho comercio<sup>10</sup>.

Años más tarde, el proceso de revitalización del comercio internacional se vio favorecido por los programas de ajuste estructural diseñados por el BM y el FMI como requisito para que los países en desarrollo pudiesen acceder a mecanismos de financiación que les permitiese afrontar la crisis económica mundial de los años 80 y garantizar el pago de su deuda externa<sup>11</sup>. Estos programas se basaron en los principios de austeridad fiscal, privatización y liberalización económica establecidos por las políticas del Consenso de Washington<sup>9</sup>, y su cumplimiento requería reducción del gasto público, flexibilización laboral, privatización de empresas estatales, suministro de bienes públicos a partir de soluciones basadas en el mercado y liberalización comercial y financiera<sup>12</sup>.

La austeridad fiscal se estableció como condicionalidad de los programas de ajuste, ya que el Consenso de Washington consideraba que los déficits fiscales (más gastos que ingresos en los presupuestos de los gobiernos) grandes y sostenidos favorecían el aumento de la deuda y consecuentemente la fuga de capitales por la desconfianza que generaba en los acreedores<sup>13</sup>.

Por otra parte, la privatización se incorporó bajo el argumento de la mayor eficiencia de la gestión privada frente a la pública. Además, se le consideró un mecanismo de alivio para los presupuestos públicos a corto plazo, por los ingresos generados de la venta de las empresas estatales, y a largo plazo al hacerse innecesario continuar con la financiación de estas<sup>13</sup>. Así, la participación del estado en diversos sectores, incluido el de servicios de salud, debería reducirse en favor del sector privado y la eficiencia generada por las fuerzas del mercado<sup>14</sup>, de modo que la función del estado debería ser regular los mercados y no proveer servicios<sup>15</sup>.

La liberalización, que se refería esencialmente a la reducción de aranceles a la importación de bienes y a la entrada de inversión extranjera directa (IED), se justificó principalmente como mecanismo para acceder a insumos a precios competitivos, capital, habilidades y conocimientos técnicos, que bien podrían promover la producción de bienes necesarios para el mercado interno o impulsar nuevas exportaciones<sup>13</sup>.

Así, por medio tanto de la reducción del gasto público, la privatización y comercialización de servicios gestionados hasta entonces por el estado, como de la liberalización del comercio, el Consenso de Washington indujo en muchos países la reconfiguración de los servicios públicos, entre ellos los de salud<sup>14</sup>.

## **1.2 Organización Mundial del Comercio (OMC)**

La liberalización recibiría un impulso aún mayor en 1995 con la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC), como resultado de las negociaciones de la Ronda Uruguay (1986–1994). La OMC representó la materialización del proyecto de la OIC, es decir la creación de una institución para promover y administrar un sistema mundial o multilateral de liberalización comercial basado en normas, que abarcara no solamente el sector de bienes, sino otros sectores como los de servicios y propiedad intelectual. El sistema gestionado por la OMC se considera multilateral y no global o mundial, ya que no todos los países a nivel mundial son parte de la organización, aunque sí la mayor parte de ellos<sup>10</sup>. Actualmente la OMC tiene 162 países Miembros que representan cerca del 95% del comercio mundial.

Para cumplir su función, la OMC está constituida y administra acuerdos que contienen las normas que rigen la liberalización multilateral del comercio, bajo los cuales los países miembros negocian y asumen compromisos vinculantes de liberalización comercial. El sector de bienes se rige por el GATT, el de servicios por el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) y el de propiedad intelectual por el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

A pesar de la magnitud de la OMC, las negociaciones que condujeron a su creación y la institución en sí misma han sido cuestionadas por el secretismo y la ausencia de escrutinio público que las ha rodeado<sup>16, 17</sup>.

### **1.3 Sector servicios y liberalización**

La OMC se consideró la mayor reforma del comercio internacional desde la segunda guerra mundial, entre otras razones por abarcar nuevos sectores económicos. La inclusión del sector servicios respondió a su crecimiento económico y al potencial de su comercialización. Se puede definir como servicio a todo producto, no tangible, de una actividad humana que busca satisfacer una necesidad<sup>5</sup>. La liberalización por su parte consiste en la eliminación de obstáculos al comercio internacional, que en el sector servicios corresponden a medidas (leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, etc.) adoptadas a nivel nacional o regional, que buscan limitar o condicionar la entrada de productos, servicios o proveedores de servicios extranjeros a los mercados locales<sup>18</sup>.

### **1.4 Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)**

El AGCS es el primer y único acuerdo de carácter multilateral sobre el comercio internacional de servicios. Sus objetivos son establecer los principios, normas y disciplinas que rigen dicho comercio, así como impulsar su liberalización por medio de sucesivas rondas de negociación<sup>19</sup>,<sup>20</sup>. En otras palabras, establece un conjunto de normas y disciplinas que regulan las medidas adoptadas por los países miembros de la OMC en materia de comercio de servicios<sup>21</sup>. Con esto se busca asegurar que las reglamentaciones del sector servicios sean administradas de manera razonable, objetiva e imparcial y no constituyan obstáculos innecesarios al comercio<sup>22</sup>. El AGCS abarca entre otros a los servicios hospitalarios, médicos, dentales, sociales, educativos, de

investigación y desarrollo así como los de telecomunicaciones, financieros y seguros, etc., agrupados en un total de 12 categorías establecidas por la OMC<sup>23</sup>. (Tabla1)

El sector servicios ha sido el de más rápido crecimiento en la economía mundial en las últimas décadas, representa más de dos tercios del PIB mundial, un tercio del empleo y cerca del 20 por ciento del comercio<sup>10</sup>. Por el potencial comercial del 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 GATT en 1948<sup>6</sup>.

El AGCS establece cuatro modalidades de suministro de servicios por medio de las cuales puede transcurrir el comercio internacional de servicios<sup>22</sup>.

- **Suministro transfronterizo (modalidad 1)**

Es la prestación de servicios del territorio de un miembro de la OMC al territorio de otro, manteniendo una separación geográfica entre el vendedor y el comprador, en otras palabras en esta modalidad solo el servicio atraviesa las fronteras nacionales<sup>6</sup>. Ejemplos de esta modalidad son los servicios de telemedicina, gestión hospitalaria a distancia, servicios bancarios o de arquitectura prestados a través de sistemas de telecomunicaciones o de correo, etc.

- **Consumo en el extranjero (modalidad 2)**

Hace referencia al suministro de servicios en el territorio de un Miembro a un consumidor de servicios de cualquier otro Miembro. El consumidor de un país miembro de la OMC se desplaza a otro a recibir un tratamiento médico.

- **Presencia comercial (modalidad 3)**

Consiste en el establecimiento legal de un proveedor de servicios extranjero de un país miembro de la OMC en el territorio de otro. Por ejemplo la constitución de sucursales o agencias, que en la mayoría de los casos implica Inversiones Extranjeras Directas<sup>24</sup>.

- **Presencia de personas físicas (modalidad 4)**

Corresponde al desplazamiento de ciudadanos de un país miembro al territorio de otro para prestar un servicio.

## 1.5 Justificación de la unidad temática

Las políticas de liberalización del comercio internacional, impulsadas a partir de 1980 por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), irrumpieron a nivel mundial poco después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Declaración de Alma Ata (1978), planteara la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en donde rescataba la necesidad de una acción intersectorial que actuase tanto en los problemas de salud, como sobre sus determinantes sociales. En esta etapa, no solo se implementaron las políticas de liberalización comercial, sino también de privatización de empresas estatales y reducción del gasto público, que limitaron la capacidad de los gobiernos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud<sup>25</sup>.

Posteriormente, con la creación en 1995 de la Organización Mundial del Comercio (OMC), se instauró un sistema de liberalización comercial basado en normas y compromisos vinculantes, firmado en aquel momento por 123 países<sup>26</sup>. Estos países miembros de la OMC adquirieron compromisos en diversos sectores de la economía como los de bienes y servicios. En ellos acordaron liberalizar sus economías, es decir aumentar la apertura de sus mercados internos a los productores de bienes y servicios extranjeros, por medio de la reducción de aranceles y medidas no arancelarias (medidas regulatorias como leyes o normas), que pudiesen considerarse obstáculos al comercio. Así mismo se comprometieron a entablar sucesivas rondas de negociación para aumentar progresivamente la liberalización. La opacidad en torno a los procesos de negociación, así como los compromisos y su carácter vinculante fueron cuestionados, y gradualmente se fue visibilizando la incertidumbre generada por las potenciales repercusiones para la salud pública.

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), al contener las normas que regulan los compromisos de liberalización del comercio de servicios bajo la OMC y al abarcar los servicios de salud, irrumpió claramente como objeto de análisis, tanto en la literatura científica<sup>17, 27</sup>, como desde la sociedad civil<sup>5, 28</sup>.

En este contexto, para entender el alcance de las disposiciones del AGCS, era necesario hacer una revisión de la literatura científica y gris, que sintetizara la información sobre las características del acuerdo y el debate en torno a sus potenciales implicaciones para la pública, objetivo que fue planteado y llevado a cabo en el primer artículo de la presente tesis: El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública. Gac Sanit. 2005;19(6):475-80.

Ante la opacidad de las negociaciones, la OMC adujo que si bien las reuniones no estaban abiertas a la prensa ni al público, éstas se realizaban entre los gobiernos como legítimos representantes de los intereses de cada país<sup>4</sup>. Este argumento, así como el carácter vinculante de los compromisos, la progresividad de los procesos de liberalización y las potenciales implicaciones del acuerdo, plantearon la necesidad de analizar la intensidad del debate al interior del parlamento español, durante y después del proceso de negociación y adquisición de compromisos ante la OMC, teniendo en cuenta las oportunidades ofrecidas por el contexto parlamentario para el análisis de las discusiones generadas en torno a las potenciales implicaciones del AGCS. Este objetivo se desarrolló en el segundo artículo de esta tesis: La opacidad de los acuerdos generales de bienes y servicios en España. Gac Sanit. 2006;20(3):228-32.

Finalmente, el debate en torno al impacto para la salud, de las políticas de liberalización del comercio de servicios desplegadas a nivel global por el AGCS, demandaba un estudio que aportara evidencia empírica, explorando una posible asociación entre los niveles de liberalización asumidos por los países de la OMC y sus indicadores de salud. Este objetivo se llevó a cabo en el tercer artículo de la tesis: Assessment of the Association of Health with the Liberalisation of Trade in Services under the World Trade Organisation. PLoS ONE. 2014;9(7):e102385.

**Tabla 1. Subsectores del sector servicios según la clasificación de la Organización Mundial del Comercio**

1	Servicios prestados a las empresas
2	Servicios de comunicaciones
3	Servicios de construcción y servicios de ingeniería conexos
4	Servicios de distribución
5	Servicios de enseñanza
6	Servicios relacionados con el medio ambiente
7	Servicios financieros
8	Servicios sociales y de salud
9	Servicios de turismo y servicios relacionados con los viajes
10	Servicios de esparcimiento, culturales y deportivos
11	Servicios de transporte
12	Otros servicios

**Fuente:** World Trade Organization. Services sectoral classification list. 1991(MTN.GNS/W/120).



## 2. OBJETIVOS

### **Objetivo General**

Describir las características del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), y el debate sobre sus posibles implicaciones para la salud pública, los compromisos asumidos por España, la intensidad del debate en el parlamento español y determinar la asociación entre la liberalización bajo el AGCS y tres indicadores básicos de salud como la esperanza de vida (EV), mortalidad infantil (MI) y mortalidad materna (MM) en los países pertenecientes a la OMC.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir las características del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el debate sobre sus posibles implicaciones para la salud pública, así como los compromisos asumidos por España.
2. Explorar la intensidad del debate parlamentario sobre el Acuerdo General de Comercio de Servicios asumido por España ante la Organización Mundial del Comercio, y compararla con el Acuerdo General de Bienes.
3. Determinar la asociación entre la liberalización comercial en servicios asumida bajo la OMC y mejores niveles y progresos de tres indicadores básicos de salud como la esperanza de vida (EV), mortalidad infantil (MI) y mortalidad materna (MM) en los países pertenecientes a la OMC, considerando variables asociadas a políticas sociales y económicas que ya se han relacionado con la salud como son la renta per cápita (PIB pc), el gasto público en salud (GPS), el ingreso nacional bruto per cápita (INB pc) o la desigualdad en los ingresos.



### 3. TRABAJOS PUBLICADOS

1. **Umaña-Peña R**, Álvarez-Dardet C. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública. Gac Sanit. 2005;19(6):475-80.
2. **Umaña Peña RA**, Álvarez-Dardet Díaz C, Vives Cases C. La opacidad de los acuerdos generales de bienes y servicios en España. Gac Sanit. 2006;20(3):228-32.
3. **Umaña-Peña R**, Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C, Ruíz-Cantero MT, Gil-González D, Hernández-Aguado I. Assessment of the Association of Health with the Liberalisation of Trade in Services under the World Trade Organisation. PLoS ONE. 2014;9(7):e102385.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



**ARTICULO 1**

**EL ACUERDO GENERAL SOBRE EL COMERCIO DE SERVICIOS Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA.**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



OPINIÓN

# 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. Alicante. España.

(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

*Recibido:* 1 de diciembre de 2004.  
*Aceptado:* 2 de febrero de 2005.

## 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 debate<sup>1</sup>, 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»<sup>2</sup>. 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 OMC<sup>3</sup>.

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%<sup>4</sup>. 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 total<sup>5</sup>. 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»<sup>6</sup>.

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<sup>7,8</sup>.

### 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 internacional<sup>9</sup>, y liberalizar dicho comercio por medio de sucesivas rondas de negociación<sup>4</sup>.

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<sup>10,11</sup>. 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»<sup>6</sup>, por lo cual muchas de estas disposiciones carecen de un precedente legal, lo que a su vez dificulta evaluar su impacto probable<sup>2</sup> y «determinar exactamente qué derechos han adquirido y qué obligaciones han asumido los Estados miembros de la OMC»<sup>6</sup>. 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 comercio<sup>12</sup>. 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 anticompetitivos<sup>13</sup>.

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 suministro<sup>11</sup> 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 suministro<sup>14</sup>.

Una gran mayoría de los países confirmaron en sus listas de compromisos las condiciones vigentes, en cuanto al acceso al mercado para los proveedores internacionales<sup>15</sup>. 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 comprometidos<sup>16</sup>. 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»<sup>6</sup>.

**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](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 ineficiente<sup>17</sup>. Por otra parte, aunque los gobiernos pueden modificar o retirar compromisos, la complejidad de este mecanismo los hace prácticamente irreversibles<sup>18</sup>, y esta característica impediría que se restableciera un monopolio en caso de que los sistemas de mercado y la participación privada fallasen<sup>17</sup>. 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 nacional<sup>11</sup>.

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»<sup>19</sup>. 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<sup>12,14</sup>, 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 salud<sup>13</sup>.

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»<sup>18</sup>. Además, plantea que la coexistencia de hospitales públicos y privados suscita interrogantes sobre «sus relaciones de competencia y la aplicabilidad del AGCS»<sup>18</sup>. 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<sup>13,20</sup>, 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<sup>21,22</sup>. 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 públicos<sup>13</sup>. 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 ciudadanos<sup>15</sup>. 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 Unión<sup>18</sup>. 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 exterior<sup>23</sup>.

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<sup>19,20</sup>, y la segunda porque ha permanecido al margen del escrutinio público<sup>21</sup>. 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 país<sup>11</sup>. 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/itcd-tab20\\_en.pdf](http://www.unctad.org/en/docs/itcd-tab20_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/dashop/print-product/EN?catalogue=Eurostat&collection=04-Panorama%20of%20the%20EU&product=KS-BV-03-006-\\_-N-EN&mode=download](http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/dashop/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](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,

Umaña-Peña R, et al. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública

- 1997 [citado 18 Jun 2004]. Disponible en: [http://www.wto.org/spanish/res\\_s/booksp\\_s/special\\_study\\_1\\_s.pdf](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](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](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](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](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf)



**ARTICULO 2**

**LA OPACIDAD DE LOS ACUERDOS GENERALES DE BIENES Y SERVICIOS EN ESPAÑA.**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



ORIGINAL BREVE

# La opacidad de los acuerdos generales de bienes y servicios en España

Román Andrés Umaña Peña<sup>a,b</sup> / Carlos Álvarez-Dardet Díaz<sup>a,b,c</sup> / Carmen Vives Cases<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España;

<sup>b</sup>Red de Investigación sobre Salud y Género. España; <sup>c</sup>Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).

(Opacity of general agreements on goods and services in Spain)

## Resumen

**Objetivo:** Explorar la intensidad del debate parlamentario sobre el Acuerdo General de Comercio de Servicios (AGCS) asumido por España ante la Organización Mundial del Comercio (OMC), y compararla con la del Acuerdo General de Bienes (GATT).

**Métodos:** Búsqueda sistemática y análisis del contenido de todas las iniciativas parlamentarias sobre AGCS y GATT realizadas entre 1979 y 2004 en el Congreso de los Diputados y el Senado. Se calculó la frecuencia y porcentaje de iniciativas parlamentarias de ambos temas, resultado de su tramitación y tipo de iniciativa.

**Resultados:** Se presentaron 185 iniciativas parlamentarias sobre los acuerdos multilaterales de bienes y servicios, de las que 120 se referían al GATT, 8 al AGCS y 57 a ambos acuerdos. La mayoría de las iniciativas no fueron discutidas (GATT, 71%; GATS, 55,4%) o estuvieron sujetas a un debate político en el que apenas se dieron intervenciones por parte de los grupos parlamentarios.

**Conclusiones:** A pesar de las implicaciones del acuerdo multilateral de servicios para la política sanitaria española, éste se ha asumido con escaso debate parlamentario previo, incluso menos que en el caso de su homólogo sobre bienes. Se requiere en este tema una intensificación de la función de control al gobierno.

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

## Abstract

**Objective:** To explore the intensity of the debate in the Spanish Parliament on the General Agreement on Trade in Services (GATS) developed by Spain and the World Trade Organization, and to compare it with the debate on the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT).

**Methods:** A systematic search and content analysis were performed of all parliamentary initiatives on GATS and GATT undertaken from 1979 to 2004 in the Spanish Parliament and Senate. The frequency and percentages of initiatives on both issues were calculated, and the final result and kinds of initiative were analyzed.

**Results:** A total of 185 initiatives were presented in the Spanish Parliament on these agreements, of which 120 were on GATT, 8 were on GATS and 57 were on both agreements. Most of these initiatives were not discussed in parliament (GATT, 71%; GATS, 55.4%) or were the subject of political debate with low participation among parliamentary groups.

**Conclusions:** Despite the implications of the GATS for Spanish health policy, the agreement was developed with little prior political debate, which was even less intense than that on GATT. The parliamentary function of controlling the government should be reaffirmed in Spain.

**Key words:** GATS. Trade of services. Trade agreements. Globalization.

## Introducción

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), en vigor desde 1995, es el primer y único acuerdo multilateral sobre comercio internacional de servicios. Implementado bajo el

marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC), el AGCS tiene su equivalente para el área de mercancías en el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), cuyo origen se remonta a 1948 cuando se constituyó en un organismo no oficial y en el marco reglamentario para el comercio internacional de productos industriales, minerales, químicos, armamento, juguetería y muebles, entre otros<sup>1</sup>. El AGCS establece los principios, normas y disciplinas que rigen el comercio internacional de servicios de carácter multilateral<sup>2,3</sup>. Las disposiciones de este acuerdo abarcan tanto los servicios de atención sanitaria a la población como otros (educación, suministro de agua, transporte, investigación, comunicaciones, etc.) vincu-

*Correspondencia:* Román Andrés Umaña Peña.  
Departamento de Salud Pública. Edificio de Ciencias Sociales.  
Campus Sant Vicent del Raspeig. Universidad de Alicante.  
Ap. 99. 03080 Alicante. España.  
Correo electrónico: romanumana@hotmail.com

*Recibido:* 4 de octubre de 2005.

*Aceptado:* 24 de enero de 2006.

lados a los determinantes de la salud<sup>4</sup>. Además, el acuerdo prevé la realización periódica de rondas de negociación para la liberalización progresiva del comercio de servicios<sup>5</sup>.

El Acuerdo ha sido objeto de diversos cuestionamientos<sup>6</sup>. Uno de ellos se relaciona con la promoción de «compromisos jurídicamente vinculantes»<sup>3</sup> que exponen a los países miembros de la OMC a sanciones comerciales en caso de incumplimiento, a la vez que comprometen su capacidad y autonomía legislativa a futuro<sup>7</sup>. La OMC continúa impulsando y animando a sus países miembros a que asuman compromisos, a pesar de que éstos en la práctica son difícilmente reversibles<sup>7</sup>, y de que la propia OMC ha reconocido que se necesitarán años de negociaciones para perfeccionar algunas de las normas del Acuerdo<sup>4</sup>.

También se ha considerado que algunas de las principales disposiciones del Acuerdo permiten cierta ambigüedad interpretativa<sup>8,9</sup> que, en caso de una disputa comercial, sólo puede ser esclarecida por un grupo especial designado en el seno de la OMC. Esto, unido a la ausencia de una explicación de las normas del acuerdo avalada por dicha Organización, dificulta el conocimiento de los derechos adquiridos y las obligaciones asumidas por los países miembros<sup>4,7</sup>. Además, se estaría planteando la implantación de 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. Este hecho podría representar una amenaza para la supervivencia de sistemas de financiación basados en subsidios cruzados en caso de ser interpretados como anticompetitivos y restrictivos del comercio<sup>10</sup> por los órganos de solución de diferencias de la OMC, circunstancia que representaría una reducción en la equidad de los sistemas sanitarios<sup>8</sup>.

Por otra parte, el Acuerdo podría limitar la capacidad de toma de decisiones sobre la creación y ejecución de políticas de salud pública y gestión sanitaria por parte de instituciones de nivel central, regional y local y las organizaciones de la sociedad civil<sup>11</sup>. De hecho, se ha cuestionado que sólo un grupo especial designado por la OMC tenga capacidad de dirimir en caso de que se presentasen diferencias comerciales<sup>7</sup>. Igualmente, se ha manifestado cierta preocupación sobre los efectos de la poca claridad de las disposiciones del Acuerdo en cuanto a la negociación sobre servicios públicos<sup>12,13</sup>. Así, en el Acuerdo se plantea que, en caso de haberse adquirido compromisos plenos, los gobiernos están inhabilitados para establecer y mantener proveedores exclusivos de servicios (sanidad, educación, aguas, entre otros) que en la mayoría de los casos son de naturaleza pública.

Teniendo en cuenta que ya existe un listado de compromisos asumido por el Estado español y que están en marcha las negociaciones para profundizar en di-

chos compromisos dentro del marco de la actual ronda de negociaciones multilaterales de la OMC, es de esperar que, antes de la aprobación de obligaciones comerciales, en el interior de las instituciones gubernamentales se entablen debates respecto a las consecuencias del acuerdo, en los que participen diversos actores que directa o indirectamente se pueden ver afectados por sus disposiciones. Los debates que puedan tener lugar con respecto a las obligaciones adquiridas por el Estado español se hacen transparentes en el contexto parlamentario. De hecho, las Cortes Generales son identificadas en la Constitución Española como aquellas que «representan al pueblo español» y que «ejercen la potestad legislativa del Estado, aprueban presupuestos y controlan la acción del gobierno»<sup>14</sup>. Teniendo en cuenta las oportunidades que ofrece el contexto parlamentario para el análisis de las discusiones generadas en torno al AGCS, se plantea este estudio con el objetivo de explorar la intensidad del debate parlamentario sobre el Acuerdo General de Comercio de Servicios asumido por España ante la Organización Mundial del Comercio, y compararla con el Acuerdo General de Bienes.

## Metodología

Búsqueda sistemática y análisis de contenido de todas las iniciativas parlamentarias sobre los acuerdos generales de bienes y servicios realizados en el período democrático español (1979-2004). Se consultó la *web* del Congreso de los Diputados, que publica periódicamente información actualizada sobre las iniciativas parlamentarias y otros documentos oficiales de todos los temas que forman parte de la agenda del Congreso de los Diputados y el Senado español<sup>15</sup>.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de iniciativas parlamentarias sobre el GATT fueron: *acuerdo general sobre aranceles aduaneros y comercio o GATT*. Para la búsqueda de iniciativas parlamentarias sobre el AGCS, las palabras clave utilizadas fueron: *acuerdo y comercio de servicios*. Además, se utilizó la combinación de palabras clave *OMC u organización mundial del comercio* para obtener iniciativas parlamentarias que hicieran referencia a ambos tipos de acuerdo.

Se describieron los resultados de la búsqueda como frecuencia y porcentaje de iniciativas parlamentarias sobre los acuerdos multilaterales de bienes y servicios, resultados de su tramitación (aprobado, tramitado sin acuerdo o decisión, rechazado, inadmitido, decaído, retirado, caducado, extinguido o subsumido en otra iniciativa) y tipo de iniciativa parlamentaria (proyecto de ley, proposición de ley, propuesta de reforma de una ley, iniciativa legislativa popular, real decreto-ley, inter-

pelación urgente, pregunta al gobierno, comparecencia del gobierno u otras autoridades, solicitudes de informes, proposición no de ley, moción consecuencia de una interpelación urgente, comunicación del gobierno, planes y programas, objetivo de estabilidad presupuestaria, comisión de investigación, subcomisiones y ponencias, solicitud de una comisión no permanente, declaración institucional, y otras). Se utilizó el SPSS-11.5 para la realización de los cálculos mencionados.

## Resultados

En los 26 años del período de estudio se presentaron 185 iniciativas parlamentarias sobre los acuerdos multilaterales de comercio, de las cuales 120 se referían exclusivamente al Acuerdo de Bienes, 8 al de Servicios y 57 a ambos. En el transcurso del tiempo se observa que las iniciativas parlamentarias sobre el GATT son más frecuentes que las iniciativas sobre el AGCS, excepto en el año 2003. Además, se observa que las iniciativas parlamentarias sobre ambos temas han sido más frecuentes en los años que precedieron a la finalización de la primera ronda de negociaciones multilaterales –finalizada en 1994– que en los años previos a la firma de compromisos correspondientes a la actual ronda de negociaciones (fig. 1).

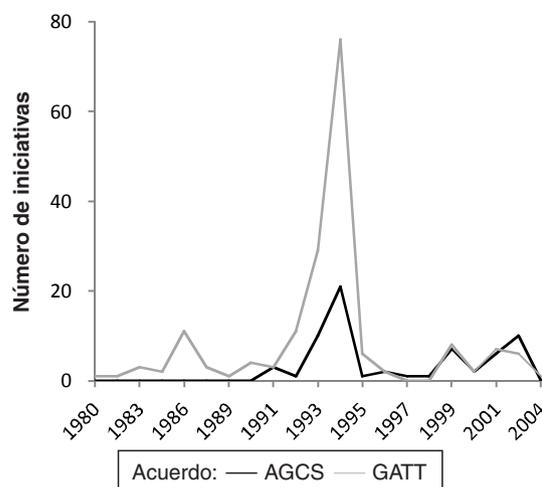
En ambos tipos de acuerdos, las iniciativas parlamentarias más frecuentes fueron peticiones de comparecencias (GATT, 28%; AGCS, 42%) y solicitudes de informes (GATT, 27,1%; AGCS, 15,4%). La mayoría de las iniciativas no fueron discutidas (GATT, 71%; AGCS, 55,4%). La casi totalidad de las iniciativas parlamentarias sobre ambos acuerdos no generó ninguna decisión política (GATT, 96%; AGCS, 91%).

## Discusión

En general, los acuerdos multilaterales de bienes y servicios se han adoptado con escaso debate político previo en España, resultando aún más pobre el debate generado en torno al acuerdo general de servicios y a la ronda de negociaciones en curso. La toma de decisiones políticas entre los grupos parlamentarios, en torno a estos asuntos, es prácticamente ausente.

La búsqueda realizada pudo verse condicionada por la ausencia de tesoro en la página web del Congreso de los Diputados y por la variedad de términos utilizados por los parlamentarios para referirse a los acuerdos objeto de estudio. Sin embargo, esta limitación se resolvió haciendo uso de distintas combinaciones de palabras clave y comparando los resultados que se obtenían en cada caso. En la búsqueda de iniciativas par-

**Figura 1. Frecuencia de iniciativas parlamentarias sobre los acuerdos generales de servicios (AGCS) y bienes (GATT), específica por años.**



lamentarias sobre el GATT, se observó que el número de entradas obtenidas con la combinación de palabras finalmente seleccionada –«acuerdo general sobre aranceles aduaneros y comercio» o «GATT»– era mayor y además contenía las iniciativas parlamentarias encontradas a partir de otras posibilidades de combinación de palabras –«acuerdo general sobre los aranceles aduaneros y el comercio» o GATT, «acuerdo general sobre aranceles aduaneros y el comercio» o GATT–. Para el caso de las iniciativas parlamentarias sobre el AGCS, la combinación de palabras clave seleccionadas –«acuerdo y comercio de servicios», «OMC o organización mundial del comercio»– también abarcaba mayor número de entradas y las que se obtenían con otras combinaciones –«GATT y Servicios», «organización mundial del comercio y servicios»–. Por tanto, puede decirse que las palabras clave seleccionadas garantizaron el mayor número de entradas sobre ambos temas.

La ausencia de debate público y la opacidad que ha rodeado el proceso de negociación<sup>9,11</sup> podrían conducir a la adquisición de compromisos que beneficien intereses comerciales en detrimento de la equidad, la universalidad y la solidaridad en el suministro de servicios públicos esenciales. Además, podría exponer al Estado español a cuantiosas sanciones comerciales como contraprestación por el retiro de compromisos desacertados. También podría llevar a los tomadores de decisiones políticas en España a un desconocimiento sobre las consecuencias de promover la implementación de políticas globales mediante este tipo de acuerdos para el estado de salud de otras naciones, especialmente de las que están en vías de desarrollo. Cabe

la posibilidad que estas consecuencias no sean objeto de preocupación desde su posición como país desarrollado.

Por otra parte, al no existir discusión en torno a la ausencia de claridad en algunas disposiciones fundamentales del acuerdo, el gobierno español podría verse obligado a acatar decisiones en las que prevalecen los intereses comerciales, incluso en materia de salud pública. Tal fue el caso en el que se rechazó la medida, adoptada por Tailandia, de prohibir la importación de tabaco, como mecanismo para disminuir el consumo, al ser considerada, por el grupo especial de la OMC, como discriminatoria en favor de los productores nacionales, planteándosele como alternativa la instauración de medidas menos restrictivas del comercio, como el establecimiento de limitaciones a la publicidad del tabaco<sup>16</sup>.

Asimismo, si bien los defensores del libre comercio argumentan que los efectos del comercio de servicios para los sistemas de salud serán favorables dependiendo del marco reglamentario que establezcan los países antes de asumir compromisos, dicho marco está sometido a disposiciones del acuerdo sobre las cuales existe incertidumbre jurídica en su interpretación. En caso de existir fallos en la instauración de las medidas reglamentarias «aceptadas» dentro de los parámetros establecidos por el acuerdo, los sistemas de salud podrían enfrentarse a efectos como la desviación de recursos humanos y financieros hacia los grupos sociales más favorecidos; por ejemplo, la entrada de proveedores de servicios extranjeros podría incentivar la movilidad de profesionales del sector público al privado en busca de mejores ingresos. Por otra parte, el sistema público podría perder fuentes de financiación en caso de que los sectores de la población con recursos se decanten por los servicios privados de salud<sup>17</sup>. Así, se promovería un sistema sanitario de 2 niveles donde la población con mayor poder adquisitivo tendría acceso a un buen conjunto de servicios, y el resto sólo podría beneficiarse de servicios básicos<sup>8</sup>.

Por otra parte, las normas y disposiciones del acuerdo promueven la reducción de la autonomía gubernamental, así como la presencia y las funciones del Estado, situación que es preocupante teniendo en cuenta que recientes investigaciones han demostrado la relación entre el gasto gubernamental total y un comportamiento positivo de indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la materna<sup>18,19</sup>.

El amplio espectro de actividades abarcadas por el acuerdo y el impacto probable de sus implicaciones a medio y largo plazo hacen necesario que los representantes del sector sanitario y todos los agentes implicados en la cartera de servicios comprometidos en el AGCS tengan mayor acceso a la información relacionada con los aspectos fundamentales del acuerdo y sus consecuencias<sup>8,20,21</sup>. De esta forma, podría intensificarse su par-

ticipación en las propuestas del Estado español de las próximas rondas de negociación del AGCS.

No son pocas y tampoco superficiales las características del acuerdo que generan incertidumbre, como tampoco es comprensible que la OMC, teniendo en cuenta las repercusiones que puede llegar a tener para la salud de las poblaciones, promueva la adquisición de compromisos al amparo de un acuerdo que está en proceso de elaboración y cuyos antecedentes no han permitido establecer jurisprudencia sobre la interpretación de sus principales normas. Ante la incertidumbre que rodea los efectos de la asunción de compromisos bajo el marco del AGCS, una actitud preventiva frente a éste está amparada por el principio de precaución, el cual requiere que, antes de asumir compromisos, se demuestre que el riesgo implícito es aceptablemente bajo, a la vez que exige una amplia información y participación pública en los procesos de decisión<sup>22,23</sup>.

## Bibliografía

1. Organización Mundial del Comercio. Entender la OMC. Ginebra: OMC; 2003. [citado 18 Jun 2004]. Disponible en: [http://www.wto.org/spanish/thewto\\_s/whatis\\_s/tif\\_s/understanding\\_s.pdf](http://www.wto.org/spanish/thewto_s/whatis_s/tif_s/understanding_s.pdf)
2. Organización Mundial del Comercio. AGCS: realidad y ficción. Ginebra: OMC; 2001 [citado 26 Feb 2004]. Disponible en: [http://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/serv\\_s/gatsfacts1004\\_s.pdf](http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsfacts1004_s.pdf)
3. Kono M, Low P, Luanga M, Mattoo A, Oshikawa M, Schuknecht L. Mercados abiertos de servicios financieros: la función del AGCS. Serie de estudios especiales. Secretaría de la OMC. Ginebra: OMC; 1997 [citado 18 Jun 2004]. Disponible en: [http://www.wto.org/spanish/res\\_s/booksp\\_s/special\\_study\\_1\\_s.pdf](http://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/special_study_1_s.pdf)
4. Secretaría de la OMC. Introducción al Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS). Ginebra: OMC; 1999 [citado 19 Mar 2004]. Disponible en: [http://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/serv\\_s/gsintr\\_s.doc](http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gsintr_s.doc)
5. Organización Mundial del Comercio. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS): objetivos, alcance y disciplinas [actualizado 30 May 2004; citado 19 Jun 2004]. Disponible en: [http://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/serv\\_s/gatsqa\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsqa_s.htm)
6. Umaña-Peña R, Álvarez-Dardet C. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit.* 2005;19:475-80.
7. 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)
8. Timmermans K. Developing countries and trade in health services: which way is forward? *Int J Health Serv.* 2004;34:453-66.
9. Chanda R. Social Services and the GATS: key Issues and Concerns. *World Development.* 2003;31:1997-2011.
10. Pollock A, Price D. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. *Lancet.* 2000;356:1995-2000.
11. Shaffer ER, Waitzkin H, Brenner J, Jasso-Aguilar R. Global trade and public health. *Am J Public Health.* 2005;95:23-34.

12. Price D, Pollock A, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *Lancet*. 1999;354:1889-92.
13. 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.
14. Constitución Española. Título III de las Cortes Generales. Madrid: Congreso de los Diputados; 1978. p. 66-82.
15. Congreso de los Diputados. Buscador de Iniciativas Parlamentarias (I-VIII Legislatura) [citado 14 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.congreso.es>
16. 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. Genève: OMC; 2002 [citado 25 Feb 2003]. Disponible en: [http://www.who.int/trade/resource/en/who\\_wto\\_s.pdf](http://www.who.int/trade/resource/en/who_wto_s.pdf)
17. Organización Panamericana de la Salud. Negociación de servicios de salud en los tratados de comercio e integración de las Américas (Informe Técnico N.º 81). Washington: OPS; 2002.
18. Franco A, Gil D, Álvarez-Dardet C. Tamaño del Estado (gasto público) y salud en el mundo, 1993-2000. *Gac Sanit*. 2005; 19:186-92.
19. Elola J, Nieto J, Sunyer J, Daponte A. Relationship between ideology and efficiency of health care systems. Notes on the reform of the Spanish health care system. *Gac Sanit*. 1996; 10:191-6.
20. Smith RD. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 2004;59:2313-23.
21. Belsky L, Lie R, Mattoo A, Emanuel EJ, Sreenivasan G. The General Agreement on Trade in Services. *Health Aff*. 2004; 23:137-45.
22. Sánchez E. El principio de precaución: implicaciones para la salud pública. *Gac. Sanit*. 2002;16:371-3.
23. Kriebel D, Tickner J. Reenergizing public health through precaution. *Am J Public Health*. 2001;91:1351-5.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



**ARTICULO 3**

**ASSESSMENT OF THE ASSOCIATION OF HEALTH WITH THE LIBERALISATION OF TRADE IN SERVICES UNDER THE WORLD TRADE ORGANISATION.**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





# Assessment of the Association of Health with the Liberalisation of Trade in Services under the World Trade Organisation

Román Umaña-Peña<sup>1\*</sup>, Álvaro Franco-Giraldo<sup>2,4</sup>, Carlos Álvarez-Dardet Díaz<sup>1,3,5</sup>, María Teresa Ruíz-Cantero<sup>1,3,5</sup>, Diana Gil-González<sup>1,3,5</sup>, Ildefonso Hernández-Aguado<sup>6</sup>

**1** Observatory of Public Policies and Health, University of Alicante, Alicante, Spain, **2** National School of Public Health, University of Antioquia, Medellín, Colombia, **3** Public Health Research Unit, University of Alicante, Alicante, Spain, **4** Research Committee of the University of Antioquia (CODI): Research Group on public policy and health, Sustainability Strategy CODI 2013–2014, Medellín, Colombia, **5** CIBER Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain, **6** Department of Public Health, History of Science and Gynaecology, Miguel Hernández University, San Juan de Alicante, Spain

## Abstract

**Background:** The liberalisation of trade in services which began in 1995 under the General Agreement on Trade in Services (GATS) of the World Trade Organisation (WTO) has generated arguments for and against its potential health effects. Our goal was to explore the relationship between the liberalisation of services under the GATS and three health indicators - life expectancy (LE), under-5 mortality (U5M) and maternal mortality (MM) - since the WTO was established.

**Methods and Findings:** This was a cross-sectional ecological study that explored the association in 2010 and 1995 between liberalisation and health (LE, U5M and MM), and between liberalisation and progress in health in the period 1995–2010, considering variables related to economic and social policies such as per capita income (GDP pc), public expenditure on health (PEH), and income inequality (Gini index). The units of observation and analysis were WTO member countries with data available for 2010 (n = 116), 1995 (n = 114) and 1995–2010 (n = 114). We conducted bivariate and multivariate linear regression analyses adjusted for GDP pc, Gini and PEH. Increased global liberalisation in services under the WTO was associated with better health in 2010 (U5M:  $-0.358$   $p < 0.001$ ; MM:  $-0.338$   $p = 0.001$ ; LE:  $0.247$   $p = 0.008$ ) and in 1995, after adjusting for economic and social policy variables. For the period 1995–2010, progress in health was associated with income equality, PEH and per capita income. No association was found with global liberalisation in services.

**Conclusions:** The favourable association in 2010 between health and liberalisation in services under the WTO seems to reflect a pre-WTO association observed in the 1995 data. However, this liberalisation did not appear as a factor associated with progress in health during 1995–2010. Income equality, health expenditure and per capita income were more powerful determinants of the health of populations.

**Citation:** Umaña-Peña R, Franco-Giraldo Á, Díaz CÁ-D, Ruíz-Cantero MT, Gil-González D, et al. (2014) Assessment of the Association of Health with the Liberalisation of Trade in Services under the World Trade Organisation. PLoS ONE 9(7): e102385. doi:10.1371/journal.pone.0102385

**Editor:** Alejandro Raul Hernandez Montoya, Universidad Veracruzana, Mexico

**Received:** February 2, 2014; **Accepted:** June 18, 2014; **Published:** July 31, 2014

**Copyright:** © 2014 Umaña-Peña et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Funding:** This study was funded by the Carlos III Health Institute and the Programme for Promotion of Biomedical and Health Sciences (<http://www.isciii.es/>) of the Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs (Ref. PI060295). The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

**Competing Interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

\* Email: romanumana@hotmail.com

## Introduction

The process of removing obstacles to cross-border trade in goods and services known as international trade liberalisation was promoted under the assumption that free trade would ensure political stability and promote investment and job creation, thus contributing to economic growth and improving the health conditions of populations [1]. These arguments formed the rationale for the introduction of trade liberalisation as the hegemonic economic model, a model which has been promoted and often imposed by international financial institutions [2]. Established in 1995, the World Trade Organisation (WTO) is responsible for promoting and managing the multilateral liberalisation of international trade in goods and services by negotiating binding commitments among its member countries, which

currently number 157 (three quarters of which are developing countries) and account for over 97% of world trade in goods and services [3].

Multilateral liberalisation of international trade in the service sector is governed by the legal framework of the General Agreement on Trade in Services (GATS) of the WTO. This sector accounts for over two-thirds of global GDP, a third of employment and about 20 percent of trade [3,4]. Sub-sectors of the service sector include hospital services, health and social services, dental care, education, finance and telecommunications, from a total of 12 sub-sectors established by the WTO (Table 1) [5]. This variety of activities encompassed within the GATS has generated uncertainty about the potential positive or adverse effects on health. It has been argued that liberalisation exerts both

**Table 1.** Service Sector Sub-Sectors as classified by the World Trade Organisation.

1	Business services
2	Communication services
3	Construction and related engineering services
4	Distribution services
5	Educational services
6	Environmental services
7	Financial services
8	Health-related and social services
9	Tourism and travel-related services
10	Recreational, cultural and sporting services
11	Transport services
12	Other services not included elsewhere

**Source:** Taken from reference 5.  
doi:10.1371/journal.pone.0102385.t001

a direct effect, through its impact on health systems and policies, and an indirect one, through its impact on the economic performance of countries and therefore on the living conditions of their populations [6].

The direct effects of liberalisation of international trade in the health services sub-sector are said to include attracting Foreign Direct Investment (FDI) [7,8], promoting technology transfer, competition and efficiency, and increasing the volume and variety of services [1]. However, there is also uncertainty about its potential impact on the accessibility, equity and quality of health and social services. Market logic could prompt private hospitals to prioritise regions with more lucrative markets, to the detriment of remote areas and disadvantaged groups [1].

As for the indirect effect of liberalisation on health through its impact on the economic performance of countries, the WTO promotes liberalisation based on the premise that its capacity to attract Foreign Direct Investment (FDI) favours economic growth and poverty reduction [3]. However, the available studies on the relationship between the liberalisation of the goods sector - which has received more research attention than the liberalisation of services - and economic growth have not established a simple and unambiguous association between these two processes. Furthermore, they have produced mixed results: some have established a beneficial relationship between liberalisation, growth and therefore health [9], [10], whilst others have qualified this assertion, indicating that such benefits have been observed in a limited number of countries, most of which are located in Asia [11].

Despite these conflicting results, international financial organisations have promoted liberalisation as the dominant economic model, and therefore it is to be expected that a favourable relationship will exist between liberalisation and greater progress towards better levels of health. Thus, liberalisation would join other factors known to affect health such as wealth [12], income inequality [13] and public expenditure on health. The aim of this study was to contribute further evidence to this debate by determining the association between the liberalisation of trade in services implemented under the WTO and better levels and progress in three basic health indicators, namely life expectancy (LE), Under-5 mortality (U5M) and maternal mortality (MM) in WTO member countries, considering variables associated with social and economic policies that have been related to health, such as per capita income (GDP pc), public expenditure on health

(PEH), per capita gross national income (GNI pc) and income inequality.

## Methods

### Study Design

This was a cross-sectional ecological study that explored the association between indicators of health and the service sector formal liberalisation initiated in 1995 by the creation of WTO. The indicators analysed for the dependent variables were mortality in children under five years of age (U5M), maternal mortality (MM) and life expectancy (LE). We studied the association between health and both service sector liberalisation as a whole (global liberalisation) and liberalisation limited to the sub-sector of health and social services. It was examined the association of the liberalisation's indicators of 1995 (only data available) with health's indicators of 2010 and 1995, and with health progress's indicators over the period 1995–2010.

A sample was selected from the 153 WTO member countries in 2010 [14] whereby each country was used as a unit of observation and analysis. Their distribution by continent according to the United Nations [15] and by per capita income according to the World Bank [16] are shown in (Table 2). Included in the study were countries on which data were available for the indicators analysed and with 5 or more years of liberalisation, leading to a total number of countries analysed as follows: 2010 ( $n = 116$ ), 1995 ( $n = 114$ ), and progress over the period 1995 to 2010 ( $n = 114$ ).

### Variables and information sources

The liberalisation indicators used were developed by the World Bank [17], both for the health and social services sub-sector, encompassing various activities established by the WTO (Table 3) [18], and for the global service sector, covering 12 sub-sectors also established by the WTO (Table 1) [5]. Each country is given a single value calculated for each of these liberalisation indicators, corresponding to the existing liberalisation commitments they have entered into in order to accede to the WTO. These indicators are scored on a scale of 0–100 according to the country's degree of liberalisation in each of the 12 service sub-sectors established by the WTO, and the total of these. A value of zero indicates no commitments in this sector or sub-sector (minimal liberalisation), while a value of 100 indicates unlimited commitments (maximum liberalisation) [19]. Other data obtained from the World Bank included the GDP per capita (GDP pc), public expenditure on health as a percentage of GDP (PEH % GDP) [20] and Gross National Income per capita (GNI pc), which classifies countries into four categories according to their income (Low, Lower middle, Upper middle and High) [16]. The index of family income inequality (Gini) was obtained from the United Nations [21]. Information on mortality in children under 5 years of age, life expectancy and maternal mortality was obtained from the World Health Organisation [22] (Table 4).

Progress indicators were calculated for each health variable, representing the decrease in maternal and infant mortality or the increase in life expectancy for each country over the period 1995–2010. To this end we identified, from the values of 2010 of all countries, the lowest value of each mortality and the highest life expectancy value, and these were considered “attainable ideal values” at the end of the period (AivU5M2010, AivMM2010 and AivLE2010). We then calculated the “ideal potential improvement” (Ipi) of each country for each health indicator, from their values in 1995 to the Aiv in 2010 ( $Ipi_{U5M} = U5M_{1995} - Aiv_{U5M2010}$ ;  $Ipi_{MM} = MM_{1995} - Aiv_{MM2010}$ , and  $Ipi_{LE} = Aiv_{LE2010} - LE_{1995}$ ). We also calculated the “observed

**Table 2.** Frequencies of WTO member countries in 2010 included in the analyses. According to region and GNI per capita.

	GNI Low			GNI Medium Low			GNI Medium High			GNI High			Total	
	2010	1995	2010	1995	2010	1995	2010	1995	2010	1995	2010	1995	2010	1995
<b>Africa</b>	20	25	13	7	5	3	-	-	-	-	38 (32%)	35 (31%)	38 (32%)	35 (31%)
<b>Asia</b>	4	11	8	5	6	1	4	2	2	2	22 (19%)	19 (17%)	22 (19%)	19 (17%)
<b>Europe</b>	-	1	1	8	5	5	23	16	-	16	29 (25%)	30 (26%)	29 (25%)	30 (26%)
<b>Latin America</b>	1	3	8	13	13	8	1	-	1	-	23 (20%)	24 (21%)	23 (20%)	24 (21%)
<b>North America</b>	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2 (2%)	2 (2%)	2 (2%)	2 (2%)
<b>Oceania</b>	-	-	1	2	-	-	1	2	2	2	2 (2%)	4 (3%)	2 (2%)	4 (3%)
<b>Total</b>	25 (21%)	40 (35%)	31 (27%)	35 (31%)	29 (25%)	17 (15%)	31 (27%)	22 (19%)	31 (27%)	22 (19%)	116	114	116	114

Sources: Classification by Gross National Income (GNI) per capita according to the World Bank [16], classification by region according to the United Nations [15] and by year of WTO membership [14]. doi:10.1371/journal.pone.0102385.t002

improvement” (Oi) achieved by each country between 1995 and 2010 ( $OiU5M = U5M_{1995} - U5M_{2010}$ ;  $OiMM = MM_{1995} - MM_{2010}$ , and  $OiLE = LE_{2010} - LE_{1995}$ ). Lastly, we calculated the ratio between the Oi and Ipi in each country, considering this ratio as the progress (Pgss) achieved by each country ( $PgssU5M = OiU5M \times 100 / IpiU5M$ ;  $PgssMM = OiMM \times 100 / IpiMM$ , and  $PgssLE = OiLE \times 100 / IpiLE$ ).

**Statistical Analysis**

Bivariate analyses were performed (Pearson’s correlation) between the two indicators of trade liberalisation in services (global liberalisation in the service sector and liberalisation in the health and social services sub-sector), the health indicators (U5M, MM and LE) and the socio-economic indicators selected (Gini, GDP pc and PEH % GDP). In cases of significant bilateral relationships, we subsequently performed multiple linear regression models, initially employing 2010 data, to determine the existence or not of an association between each liberalisation and health indicator, adjusting for socioeconomic indicators. Then, we performed multiple linear regressions with the liberalisation indicators using 1995 data for the other indicators (health, GDP per capita, public health expenditure and Gini), in other words, data from prior to the entry into force of liberalisation commitments, to identify any possible association at that time. Lastly, we performed linear regressions between the progress in health indicators for the period 1995–2010 and liberalisation indicators, adjusting for GDP per capita, public health expenditure and Gini for 1995, in other words, the conditions of the countries at baseline. We did not conduct multivariate analyses with the liberalisation indicator for the health and social services sub-sector because the bivariate analyses did not reveal any significant associations. Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 15.0.

**Results**

Results of the bivariate analyses performed using 2010 data showed that countries with higher global liberalisation in the service sector had lower Under-5 mortality ( $-0.532$ ;  $p < 0.001$ ) and maternal mortality ( $-0.490$ ;  $p < 0.001$ ) and increased life expectancy ( $0.524$ ;  $p < 0.001$ ). In addition, greater liberalisation was associated with higher income ( $0.512$ ;  $p < 0.001$ ), more public expenditure on health ( $0.544$ ;  $p < 0.001$ ) and a lower Gini index, i.e. less income inequality ( $-0.485$ ;  $p < 0.001$ ). Meanwhile, increased global liberalisation was associated with greater progress in reducing Under-5 mortality ( $0.379$ ;  $p < 0.001$ ) and an increase in life expectancy ( $0.408$ ;  $p < 0.001$ ) for the period 1995–2010. No significant associations were found between liberalisation of the health and social services sub-sector and health indicators (Table 5).

Results of the multiple linear regression analyses performed using data from 2010 indicated that final models accounted for 35% of the variability in U5M, 29% in MM and 43% in LE. In these models their principal determinants were global liberalisation in the service sector and GDP per capita. Thus, it was observed that the higher the GDP per capita and level of liberalisation in the service sector, the lower the rates of Under-5 and maternal mortality and the higher the values for life expectancy (Table 6).

Results of the regression analyses performed using data from 1995, the year in which the WTO was established, also indicated a positive association between global liberalisation of services and health indicators. These models accounted for 37%, 33% and 44% of the variability in U5M, MM and LE, and their principal

**Table 3.** Activities encompassed within the health and social services sub-sector as classified by the World Trade Organisation.

<b>Hospital services</b>	Services delivered under the direction of medical doctors chiefly to in-patients, aimed at curing, reactivating and/or maintaining the health status of a patient. Hospital services comprise medical and paramedical services, nursing, laboratory and technical services including radiology and anaesthesiology, etc.	
<b>Other human health services</b>	<b>Ambulance services</b>	General and specialised medical services delivered in the ambulance.
	<b>Residential health facility services other than hospital services</b>	Combined accommodation and medical services not carried out under the supervision of a medical doctor located on the premises.
	<b>Other human health services</b>	Services in the field of: morphological or chemical pathology, bacteriology, virology, immunology, etc., and services not classified elsewhere, such as blood collection services.
<b>Social services</b>	<b>Social services with accommodation</b>	Welfare services delivered through residential institutions to the elderly and the disabled
		Welfare services delivered through residential institutions to children and other clients
	<b>Social services without accommodation</b>	Child day-care services including day-care services for the disabled
		Guidance and counselling services n.e.c. related to children
		Welfare services not delivered through residential institutions
		Vocational rehabilitation services

**Source:** Taken from reference 18.  
doi:10.1371/journal.pone.0102385.t003

determinants were global liberalisation of the service sector and government expenditure on health and GDP per capita (Table 7).

Results of the multiple linear regressions performed using health progress data for the period 1995–2010 indicated that the principal determinants were income inequality and wealth of the countries, whereby greater inequality in income distribution was associated with lower progress, whilst greater wealth per capita was associated with more progress. These models accounted for

20%, 19% and 50% of the variability in U5M, MM and LE progress, respectively (Table 8).

## Discussion

The results indicate that in 2010, higher levels of liberalisation in the service sector under the WTO were associated with better levels of health, but this association was also observed in data from 1995, the year of entry into force of the liberalisation processes

**Table 4.** Definition of the study variables.

**Liberalisation under the General Agreement on Trade in Services (GATS) of the World Trade Organisation (WTO):** Indicators developed by the World Bank. These yield a value on a scale of 0–100, depending on the level of liberalisation commitments entered into by each country, for each of the 12 service sub-sectors established by the WTO, and for the total of these. A value of zero indicates no commitments in this sector or sub-sector (minimal liberalisation), while a value of 100 indicates unlimited commitments (maximum liberalisation). In the analyses, we used two indicators of liberalisation developed by the World Bank: 1) GATS commitments restrictiveness index - all service sectors: estimates the level of liberalisation in the service sector as a simple average of the 12 component sub-sectors established by the WTO. 2) GATS commitments restrictiveness index - health/social services: estimates the level of liberalisation in the of social and health services sub-sector.

**Maternal mortality ratio per 100,000 live births:** The maternal mortality ratio (MMR) is the annual number of female deaths from any cause related to or aggravated by pregnancy or its management (excluding accidental or incidental causes) during pregnancy and childbirth or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, for a specified year (expressed per 100,000 live births).

**Mortality rate, under-5 (per 1,000):** The under-five mortality rate is the probability per 1,000 that a newborn baby will die before reaching age five, if subject to current age-specific mortality rates.

**Life expectancy at birth, total (years):** Life expectancy at birth indicates the number of years a newborn child would live if prevailing patterns of mortality at the time of its birth were to stay the same throughout its life.

**GDP per capita:** GDP per capita is gross domestic product divided by midyear population. GDP is the sum of gross value added by all resident producers in the economy plus any product taxes and minus any subsidies not included in the value of the products. It is calculated without making deductions for depreciation of fabricated assets or for depletion and degradation of natural resources. Data are in constant U.S. dollars.

**Gross National Income (GNI per capita):** GNI per capita is the gross national income, converted to U.S. dollars using the World Bank Atlas method, divided by the midyear population. GNI is the sum of value added by all resident producers plus any product taxes (less subsidies) not included in the valuation of output plus net receipts of primary income (compensation of employees and property income) from abroad. GNI, calculated in national currency, is usually converted to U.S. dollars at official exchange rates for comparisons across economies. Economies are divided according to 2010 GNI per capita, calculated using the World Bank Atlas method. The groups are: low income, \$1,005 or less; lower middle income, \$1,006–\$3,975; upper middle income, \$3,976–\$12,275; and high income, more than \$12,275.

**Health expenditure, public (% of GDP):** Public health expenditure consists of current and capital spending from government (central and local) budgets, external borrowing and grants (including donations from international agencies and non-governmental organisations), and social (or compulsory) health insurance funds.

**Gini Index:** Measures the extent to which the distribution of income (or consumption) among individuals or households within a country deviates from a perfectly equal distribution. A value of 0 represents perfect equality, a value of 100 perfect inequality.

doi:10.1371/journal.pone.0102385.t004

**Table 5.** Correlations between indicators of liberalisation, health, macroeconomics and policies.

	Liberalisation in the Health and Social Services sub-sector		Global liberalisation in the Service sector	
	Coefficient (p value)	n	Coefficient (p value)	n
<b>Under-5 mortality (U5M) 2010</b>	-0.136	116	-0.532	116
<b>Maternal mortality (MM) 2010</b>	-0.106	116	-0.490	116
<b>Life expectancy (LE) 2010</b>	0.104	116	0.524	116
<b>Under-5 mortality (U5M) 1995</b>	-0.076	114	-0.514	114
<b>Maternal mortality (MM) 1995</b>	-0.068	114	-0.476	114
<b>Life expectancy (LE) 1995</b>	0.067	114	0.520	114
<b>U5M progress 1995–2010</b>	0.132	114	0.379	114
<b>MM progress 1995–2010</b>	0.043	114	-0.150	114
<b>LE progress 1995–2010</b>	0.059	114	0.408	114
<b>GDP per capita</b>	0.018	116	0.512	116
<b>Public expenditure on health % GDP</b>	0.201	116	0.544	116
<b>Gini</b>	-0.239	116	-0.485	116

Members in 2010 with 5 or more years of liberalisation and data availability. Pearson's Correlation.  
doi:10.1371/journal.pone.0102385.t005

analysed, and therefore these associations cannot be attributed to an effect of the WTO. Moreover, greater progress in reducing mortality and increasing life expectancy over the period 1995–2010 was associated with lower income inequality and higher GDP per capita of the countries at the beginning of the study period. Consequently, we believe that liberalisation in the service sector under the WTO is not clearly identified as a factor associated with progress in health variables. Our analysis did not detect any association between liberalisation of trade in the health and social services sub-sector and levels of health in the countries.

When interpreting the findings, it should be borne in mind that our study was limited to analysing liberalisation in the service sector and did not consider liberalisation in the goods sector. Moreover, the indicators employed referred exclusively to liberalisation assumed in compliance with the WTO, and did not take into account any unilateral, bilateral or plurilateral liberalisation commitments that the countries may have assumed, which might limit the explanatory power of the study. However, the indicators

do reflect whether or not the countries are under obligation to achieve a certain level of liberalisation, and they are also the only indicators currently available with extensive sectoral coverage [23]. The aggregate nature of our study has limited analytical depth, which could be achieved with a case study. Furthermore, the use of secondary data could represent a limitation due to lack of availability for some countries and because their quality depends on the institutions responsible for collecting them. However, the information sources and methodology used in this study represent the only means to conduct a global test of the hypotheses.

Our results are not in agreement with some of the existing evidence, upheld by the World Bank, which has established a positive and unequivocal relationship between liberalisation and better health through economic growth. This premise is based on studies that analysed liberalisation in the goods sector, which has received more research attention than the service sector, and found higher rates of growth in more liberalised groups of

**Table 6.** Linear regression models.

	Under-5 mortality (per 1000 live births)	Maternal Mortality (per 100000 live births)	Life Expectancy (in years)
	Coefficient (p value)	Coefficient (p value)	Coefficient (p value)
<b>Constant</b>	112.828	469.768	61.360
<b>Global Liberalisation</b>	-0.358 (<0.001)*	-0.338 (0.001)*	0.247 (0.008)*
<b>GDP per capita</b>	-0.275 (<0.013)*	-0.283 (0.014)*	0.448 (<0.001)*
<b>Gini</b>	-0.082 (0.361)	-0.090 (0.339)	-0.020 (0.815)
<b>Public expenditure on health % GDP</b>	-0.136 (0.210)	-0.094 (0.404)	0.070 (0.485)
	n = 116/R <sup>2</sup> = 0.350	n = 116/R <sup>2</sup> = 0.296	n = 116/R <sup>2</sup> = 0.436

Under-5 and Maternal Mortality and Life Expectancy with Global Liberalisation in the Service Sector under the WTO. 2010.

**Method:** entered in SPSS.

\*p < 0.05.

doi:10.1371/journal.pone.0102385.t006

**Table 7.** Linear regression models.

	<b>Under-5 mortality (per 1000 live births)</b>	<b>Maternal Mortality (per 100000 live births)</b>	<b>Life Expectancy (in years)</b>
	<b>Coefficient (p value)</b>	<b>Coefficient (p value)</b>	<b>Coefficient (p value)</b>
<b>Constant</b>	132.969	619.927	55.753
<b>Global Liberalisation</b>	-0.249 (0.011)*	-0.221 (0.028)*	0.196 (0.033)*
<b>GDP per capita</b>	-0.154 (0.128)	-0.096 (0.354)	0.284 (0.003)*
<b>Gini</b>	-0.0002 (0.998)	-0.021 (0.817)	-0.019 (0.818)
<b>Public expenditure on health % GDP</b>	-0.334 (0.002)*	-0.383 (0.001)*	0.309 (0.002)*
	n = 114/R <sup>2</sup> = 0.371	n = 114/R <sup>2</sup> = 0.332	n = 114/R <sup>2</sup> = 0.440

Under-5 and Maternal Mortality and Life Expectancy with Global Liberalisation in the Service Sector under the WTO. 1995.

**Method:** entered in SPSS.

\*p = <0.05.

doi:10.1371/journal.pone.0102385.t007

developing countries [24]. Such growth would lead to an increase in income among poorer segments of the population, favouring access to education and health [9]. However, these studies and this causal pathway have been the subject of controversy and qualification. Some authors have argued that those liberalisation processes considered successful because they generated economic growth have been restricted to a limited number of countries which present a given set of characteristics, such as the existence of adequate physical and human infrastructures, strong regulatory institutions, and process implementation rates that diverge from those established by international financial organisations [11]. They have also maintained that some of these countries already showed considerable economic growth before implementation of their liberalisation processes [25].

Regarding the causal pathway, some cross-sectional studies found no evidence of a systematic relationship between liberalisation and growth [26], whilst others have identified a wide range of effects on growth [9,11]. Thus, studies on the liberalisation of trade in goods have found that East Asian countries have achieved much better growth performance with lower tariff cuts than countries such as Brazil or Peru. In other cases, such as Kenya and Nicaragua, liberalisation provoked economic stagnation or decline. Thus, the association between liberalisation and economic growth is determined by a number of factors both internal and

external to countries [27], which influence any potential effect on health.

Moreover, even should economic growth occur, its impact on health through providing some sectors of the population with access to food, health care and housing [28] will also be determined by the level of income distribution [27]. Recent studies have indicated that there was a weak correlation between income growth and changes in health over the last 40 years, suggesting that although important, economic growth is not essential for progress in health. Factors that could explain health gains include national health and education policies and the spread of innovations in medicine through concerted action programmes implemented by the international community [21].

The lack of an association in our results between liberalisation of the health and social services sub-sector and health indicators suggests that other factors may have more impact on the health of populations. It may also reflect the absence of an association between significant increases in investment flows in this sub-sector and commitments under the GATS [29], a partial reason for which might be that the current commitments in all sub-sectors were more a consolidation of the levels of market access in place at the time of signing in 1995, rather than an increase in liberalisation [1,30].

**Table 8.** Linear regression models.

	<b>Progress in reducing Under-5 mortality</b>	<b>Progress in reducing Maternal Mortality</b>	<b>Progress in increasing Life Expectancy</b>
	<b>Coefficient (p value)</b>	<b>Coefficient (p value)</b>	<b>Coefficient (p value)</b>
<b>Constant</b>	56.676	93.988	48.873
<b>Global Liberalisation</b>	0.161 (0.141)	0.048 (0.661)	-0.016 (0.852)
<b>GDP per capita</b>	0.026 (0.816)	0.326 (0.005)*	0.465 (<0.001)*
<b>Gini</b>	-0.280 (0.005)*	-0.269 (0.008)*	-0.323 (<0.001)*
<b>Public expenditure on health % GDP</b>	0.134 (0.253)	-0.286 (0.170)	0.084 (0.365)
	n = 114/R <sup>2</sup> = 0.206	n = 114/R <sup>2</sup> = 0.191	n = 114/R <sup>2</sup> = 0.501

Progress in reducing Under-5 and Maternal Mortality and increasing Life Expectancy with Global liberalisation in the Service Sector under the WTO. Period 1995–2010.

**Method:** entered in SPSS.

\*p = <0.05.

doi:10.1371/journal.pone.0102385.t008

If the commitments made under the WTO in 1995 were indeed a consolidation of existing liberalisation in services, then the favourable association observed in 1995 may reflect a probable health benefit of this pre-WTO liberalisation, which would persist until 2010. If this were the case, it would be reasonable to expect to find a similar association over the period 1995–2010, in which new conditions converged to favour trade in services, such as the entry into force of binding GATS commitments and the emergence of new communication technologies. However, our results for progress in health over this period did not reveal any such association. Rather, they indicated that the pattern of the WTO's liberalisation of trade in services was not associated with progress in health between 1995 and 2010, and that factors such as unequal income distribution and the wealth of countries have been more powerful determinants. It is also clear that countries which improve their levels of health achieve greater progress in economic development [21].

The liberalisation of services under the WTO does not emerge as a factor in improving the health of populations. This coincides with a considerable proportion of the evidence that questions the thesis promoted by financial institutions, who contend that there is a strong and positive relationship between liberalisation and the

economic and social development of countries. On the contrary, the relationship between the liberalisation of services and health is far from clear. Therefore, it becomes necessary to prioritise the creation of policies that favour the development and attainment of health benefits as a prerequisite for the implementation of liberalisation processes. In this regard, our results support the importance of public policies that favour the redistribution of wealth and access to public services as mechanisms to ensure equity in the health of populations.

## Acknowledgments

This paper is the product of research conducted by Román Umaña Peña within the context of the Doctoral Programme in Public Health at the University of Alicante, and will be used as part of the material presented in his doctoral thesis by publication. We thank Miguel San Sebastian and Jordi Torrubiano for their comments and suggestions.

## Author Contributions

Conceived and designed the experiments: CAD. Performed the experiments: RUP. Analyzed the data: RUP CAD AFG MTR DGG IHA. Wrote the paper: RUP CAD AFG MTR DGG IHA.

## References

- World Health Organization and World Trade Organization (2002) WTO agreements & public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization/World Trade Organization.
- San Sebastian M, Hurtig AK, Rasanathan K (2006) Is trade liberalization of services the best strategy to achieve health-related Millennium Development Goals in Latin America? A call for caution. *Rev Panam Salud Publica* 20: 341–346.
- World Trade Organization (2008) Understanding the WTO. Geneva: World Trade Organization.
- World Trade Organization (2008) Measuring trade in services. A training module produced by WTO in collaboration with the Inter-agency Task Force on Statistics of International Trade in Services. Geneva: World Trade Organization. Available: [http://www.wto.org/english/res\\_e/statis\\_e/services\\_training\\_module\\_e.pdf](http://www.wto.org/english/res_e/statis_e/services_training_module_e.pdf) Accessed 2008 Sep 10.
- World Trade Organization (1991) Services sectoral classification list. (MTN.GNS/W/120). Available: [www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/mtn\\_gns\\_w\\_120\\_e.doc](http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/mtn_gns_w_120_e.doc) Accessed 2011 May 20.
- Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D (2001) Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bull World Health Organ* 79: 875–81.
- Outreville JF (2007) Foreign direct investment in the health care sector and most-favoured locations in developing countries. *Eur J Health Econ* 8: 305–12.
- Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V (2009) Trade in health-related services. *Lancet* 373: 593–601.
- Dollar D (2001) Is globalization good for your health? *Bull World Health Organ* 79: 827–33.
- Dollar D (2005) Globalization, Poverty, and Inequality since 1980. *The World Bank Research Observer* 20: 145–75.
- Cornia GA (2001) Globalization and health: results and options. *Bull World Health Organ* 79: 834–41.
- Pritchett L, Summers LH (1996) Wealthier is Healthier. *J Hum Resour* 31: 841–68.
- Wilkinson RG (1997) Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ* 314: 591–95.
- World Trade Organization (2012) Understanding the WTO. Members and Observers. Available: [http://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/tif\\_e/org6\\_e.htm](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/org6_e.htm) Accessed 2012 Sep 24.
- United Nations (2008) Methods & Classifications. Country or area & region codes. United Nations. Available: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm> Accessed 2008 Feb 20.
- World Bank (2011) Country classification database. Available: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/a-short-history> Accessed 2011 Oct 23.
- World Bank (2009) World Trade Indicators. 2009/2010. Available: <http://info.worldbank.org/etools/wti/1a.asp> Accessed 2009 Jun 6.
- United Nations (2007) Methods and Classifications. Provisional Central Product Classification (CPCprov). Available: <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=9&Lg=1> Accessed 2007 Nov 14.
- World Bank Institute (2008) World Trade Indicators User Guide. Available: <http://info.worldbank.org/etools/wti2008/docs/userguide.pdf>. Accessed 2009 Jun 6.
- World Bank (2012) World Development Indicators Online. Available: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> Accessed 2012 Sep 24.
- United Nations (2010) Human Development Report 2010: The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. New York: United Nations.
- World Health Organization (2012) Global Health Observatory Data Repository. Available: <http://apps.who.int/ghodata/> Accessed 2012 Nov 11.
- Islam R, Zanini G, World Bank (2008) World trade indicators 2008: benchmarking policy and performance. Washington, DC: World Bank.
- Dollar D, Kraay A (2004) Trade, Growth, and Poverty. *The Economic Journal* 114: F22–F49.
- Rodrik D (2000) Comments on “Trade, Growth and Poverty” by D. Dollar and A. Kraay. Boston: Harvard University. Available: <http://www.hks.harvard.edu/fs/drodrik/Research%20papers/Rodrik%20on%20Dollar-Kraay.PDF> Accessed 2011 Jun 6.
- United Nations Development Programme (2003) Making Global Trade Work for People. London: Earthscan Publications.
- United Nations (2005) Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade, and Security in an Unequal World. New York: United Nations.
- World Bank (1993) World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University Press.
- Mashayekhi M (2000) GATS 2000 Negotiations: Options for Developing Countries. Working Paper 9. Geneva: South Centre. Available: <http://www.southcentre.int/publications/gats/gats.pdf> Accessed 2011 Feb 17.
- Hoekman BM (1995) Tentative First Steps: An Assessment of the Uruguay Round Agreement on Services. Washington: World Bank. Available: [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/1995/05/01/000009265\\_3961019105408/Rendered/PDF/multi\\_page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/1995/05/01/000009265_3961019105408/Rendered/PDF/multi_page.pdf). Accessed 2009 Oct 7.



## 4. PRINCIPALES RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que a continuación se presentan son una síntesis de los obtenidos en los artículos que forman parte de esta tesis doctoral.

### 4.1 Características del AGCS

Algunas características del AGCS han planteado interrogantes sobre el alcance de sus normas y sus potenciales efectos en la salud pública.

#### 4.1.2 AGCS y Autonomía Gubernamental

El acuerdo en su definición establece que sus normas y disciplinas se aplican a las medidas adoptadas por los países miembros que afecten el comercio de servicios. El acuerdo cubre a toda medida implementada 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<sup>29</sup>. Al respecto, desde la OMC se ha señalado que el acuerdo no excluye ninguna medida y que el término “afecten” entraña un amplio alcance del AGCS<sup>30</sup>. Lo anterior, junto con la posición de la secretaria de la OMC según la cual “no existe apenas medida alguna que rija la organización del sector o el suministro de los diferentes servicios que no afecte las condiciones de acceso previstas en los cuatro modos de suministro”<sup>7</sup>, permite prever que la capacidad de injerencia del acuerdo en la autonomía regulatoria gubernamental podría ser bastante amplia.

Por otra parte, también se ha cuestionado el efecto a largo plazo sobre la autonomía de los gobiernos, ya que si bien estos pueden modificar o retirar compromisos, el proceso se considera largo, complejo y costoso, al requerir entablar negociaciones con todos los miembros afectados para establecer compensaciones económicas, haciendo a los compromisos en la práctica irreversibles<sup>28</sup>. Esta situación además impediría por ejemplo restablecer las condiciones previas en caso de que los sistemas de mercado y la participación privada fallasen<sup>8</sup>.

### 4.1.3 AGCS y Servicios Públicos

La OMC afirma que el acuerdo “es aplicable a todos los sectores de servicios”<sup>22</sup>, a excepción de “los servicios suministrados en ejercicio de facultades gubernamentales” según lo establece el apartado b) del párrafo 3 del artículo I del acuerdo<sup>29</sup>. Sin embargo, se ha señalado que aunque inicialmente algunos miembros de la OMC sostuvieron que el citado apartado efectivamente brindaba protección a los servicios públicos, existe ambigüedad en la interpretación dicha protección<sup>17,27</sup>.

El AGCS define “servicios suministrados en ejercicio de facultades gubernamentales” como “todo servicio que no se suministre en condiciones comerciales ni en competencia con uno o varios proveedores de servicios”, sin embargo no precisa una interpretación de los términos “condiciones comerciales” ni “en competencia”<sup>17</sup>. No obstante el punto de vista de la OMC se puede deducir a partir de las que considera ejemplos de actividades que cumplen con dichas características como son el “suministro estatal directo de tratamiento médico y hospitalario con carácter gratuito”<sup>7</sup>, el “tratamiento médico gratuito en instalaciones públicas”<sup>24</sup>, y “los sistemas de seguridad social y cualquier otro servicio público, como la sanidad o la educación, que no se preste en condiciones de mercado”<sup>22</sup>, es decir que para que los servicios sean cobijados por el Artículo I.3 deben ser suministrados de forma gratuita<sup>31</sup>.

Además la OMC ha reconocido que “en prácticamente todos los países la prestación pública de servicios como la educación y la salud coexisten con la prestación del sector privado”<sup>4</sup>, y según la secretaria 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.”<sup>7</sup>.

### 4.2 Liberalización del comercio de servicios y Salud

Se ha planteado que la liberalización puede impactar directamente en la salud por su efecto en la configuración de los sistemas de salud e indirectamente por su acción sobre el desempeño económico de los países<sup>32</sup>. Se afirma que el efecto sobre los sistemas de salud sería favorable al atraer inversión extranjera que estimularía la transferencia de tecnología, la competencia y la eficiencia, a la vez que el volumen y variedad de los servicios. Sin embargo, también hay argumentos que advierten sobre un posible deterioro en la accesibilidad, equidad y calidad de

los servicios<sup>33</sup>. Por otra parte, la liberalización bajo el AGCS se ha promovido bajo el supuesto de que un régimen comercial abierto con condiciones razonablemente estables y previsibles favorece el clima para la inversión y por lo tanto el crecimiento económico, el desarrollo y la salud de las poblaciones<sup>24</sup>.

#### *4.2.1 Liberalización y Servicios de salud*

La entrada de competencia externa en los mercados locales podría atraer recursos que mejorasen la infraestructura y tecnología, permitiendo a la vez generar empleo y proveer servicios especializados y de alto coste. A su vez, estos servicios podrían atraer pacientes provenientes de países donde no estuviesen disponibles, generando con ello ingresos que podrían reinvertirse en el sistema de salud local. Además, los recursos públicos no utilizados por los usuarios de los servicios privados podrían redirigirse hacia los segmentos más vulnerables de la población<sup>34</sup>.

La liberalización, sin embargo puede en algunos países generar y en otros exacerbar, problemas asociados a los mercados de servicios, en especial en aquellos aceptados como bienes públicos, ya que se considera que por lo general los mercados fallan en su suministro<sup>35</sup>. Por lo anterior es probable que la mayor parte de los potenciales efectos adversos no se deba a si los países tienen presencia extranjera en sus mercados, sino a qué tan grande es el sector comercial y a si la inversión extranjera lo aumentará y hará más complejo<sup>36</sup>. Para evitar o minimizar estos riesgos se requiere que estos mercados sean adecuadamente regulados<sup>37</sup>, aún más al reconocerse que los mercados liberalizados representan a menudo mayores desafíos reglamentarios y requieren diferentes tipos de estructuras reglamentarias<sup>38</sup>. Estas condiciones, sin embargo, en muchos países en desarrollo no se cumplen debido a la escasez de recursos físicos y humanos<sup>39</sup>.

En general se acepta que los mercados de servicios de salud por sí solos no garantizan sus potenciales beneficios, al incorporar fallos como la asimetría de información, que expone a los pacientes a riesgos como la manipulación de precios, tratamientos y prescripciones inadecuadas y en general a atención de mala calidad<sup>33</sup>. Asimismo, en el caso del aseguramiento en salud, la selección del riesgo representa la posibilidad de exclusión de individuos con perfiles de alto riesgo<sup>40</sup> o con enfermedades preexistentes. Del mismo modo, un mercado con un entorno de competencia imperfecta favorecería el aumento de los precios, así como una menor calidad y eficiencia de los servicios<sup>33</sup>. Por otra parte, la inversión privada al responder a incentivos de mercado, tiende a concentrarse en hospitales y clínicas urbanas que atienden a poblaciones de

bajo riesgo y alto poder adquisitivo, dejando de lado zonas rurales, periferias urbanas y los segmentos de la población con mayor riesgo y necesidades<sup>41</sup>.

#### *4.2.2 Liberalización y Crecimiento económico*

Los Organismos financieros internacionales y la OMC han promovido la liberalización del comercio como modelo económico hegemónico para estimular el crecimiento económico y el bienestar de las poblaciones<sup>10</sup>. La evidencia que apoya estos argumentos expone que la integración económica ha impulsado significativamente el crecimiento económico y la reducción de la pobreza de los países en desarrollo, especialmente a partir de 1980<sup>42, 43</sup>. Esta idea de la apertura al comercio como inherentemente beneficiosa para el crecimiento y el desarrollo humano ha servido para justificar el énfasis puesto en la promoción de procesos de liberalización acelerados, como paso esencial para la integración plena a los mercados mundiales<sup>44</sup>.

Sin embargo, existe evidencia que ha cuestionado el alcance de estos supuestos. China, considerado uno de los países más exitosos en términos de crecimiento económico en las últimas tres décadas, ha registrado sus mayores tasas de crecimiento al margen de las secuencias y ritmos de liberalización promovidos por los organismos financieros internacionales<sup>9</sup>. Además, junto con la India, la República de Corea y la Provincia China de Taiwán han aumentado su integración en el comercio mundial solo después de haber conseguido crecimientos económicos sostenidos, siguiendo políticas con pautas nacionales<sup>44, 45</sup>. Por otra parte, aunque estos son ejemplos exitosos, los beneficios prometidos de la globalización se han concentrado especialmente en unos pocos países de Asia Oriental<sup>45</sup>. Precisamente, el sector de bienes ha demostrado que la integración en los mercados internacionales ha sido sumamente desigual para los países en desarrollo, ya que por ejemplo 7 de ellos han concentrado más del 70% de su participación en el comercio internacional de productos con bajo y alto uso de tecnología<sup>44</sup>. Por otra parte, los beneficios en términos de reducción de la pobreza, de un potencial crecimiento económico, están condicionados por los niveles de equidad en la distribución del ingreso dentro de cada país<sup>44, 46</sup>.

Si bien se acepta que el crecimiento económico, por medio de la reducción de la pobreza, puede favorecer el bienestar de las poblaciones<sup>35</sup>, la evidencia sugiere que no se puede asumir que la liberalización conduce inexorablemente al crecimiento<sup>47</sup>. Los resultados del tercer estudio de esta tesis, que indican que la liberalización de servicios bajo la OMC no se muestra como un

factor determinante para la mejora de la salud de las poblaciones, coincidirían con la evidencia que defiende que no hay una relación inequívoca entre liberalización, crecimiento y salud.

Los hallazgos contradictorios en la literatura plantean también el interrogante de las consecuencias que pueden tener a largo plazo los acuerdos vinculantes, cuando no se obtienen los resultados prometidos por las instituciones financieras. Dada la compleja reversibilidad de los compromisos, sugerida por los análisis de las características del acuerdo, los gobiernos estarían limitados en su capacidad de reformular sus políticas. Precisamente, una de las características que se ha atribuido a los procesos de liberalización, especialmente de los mercados de servicios financieros, es la inestabilidad económica que ha traído a nivel mundial, y que ha generado importantes crisis económicas con graves consecuencias para el bienestar de las poblaciones<sup>48, 49</sup>.

Por otra parte, el carácter progresivo de las negociaciones, que busca reducir paulatinamente medidas reglamentarias y aranceles, genera una competencia fiscal entre los países para atraer a la inversión extranjera, que reduce los presupuestos para la financiación de servicios públicos<sup>48, 50, 51</sup>. Este escenario, ante el impacto de una crisis económica, haría más vulnerables a las poblaciones, por la ausencia de recursos para establecer redes de seguridad social, como sucedió con los procesos de liberalización impuestos por los organismos financieros internacionales por medio de los programas de ajuste estructural<sup>9</sup>.

El impacto indirecto en la salud, de los procesos de liberalización, por medio del desempeño económico, podría explicar la ausencia de asociación entre la liberalización del subsector de servicios salud y los indicadores de salud, de nuestros resultados. También podría reflejar la ausencia de un vínculo entre aumentos significativos de las corrientes de inversión en dicho subsector y los compromisos asumidos bajo el AGCS<sup>52</sup>.

La literatura afirma que para que los procesos de liberalización tengan mayor probabilidad de producir beneficios, los países involucrados deben tener instituciones regulatorias sólidas<sup>12, 45</sup>, es decir que deberían tener adecuados niveles de gobernanza. Una de las características que algunos investigadores, valoran para determinar los niveles de gobernanza de los países, es la calidad gubernamental, en donde se evalúa “la calidad de la formulación e implementación de políticas, y la credibilidad del compromiso del gobierno con esas políticas”<sup>53</sup>. Por lo anterior, el escaso debate detectado en el parlamento español en torno al acuerdo general de servicios, plantea la necesidad de una mayor implicación por parte de los profesionales de la salud pública, en los procesos de toma de decisión.

## **Fortalezas y limitaciones**

La búsqueda realizada para el segundo artículo, pudo verse condicionada por la ausencia de tesoro en la página web del Congreso de los Diputados y por la variedad de términos utilizados por los parlamentarios para referirse a los acuerdos objeto de estudio. Sin embargo, esta limitación se resolvió haciendo uso de distintas combinaciones de palabras clave y comparando los resultados que se obtenían en cada caso.

En la interpretación de los hallazgos del tercer artículo, se debe considerar que nuestro estudio se ha limitado a analizar la liberalización en el sector servicios sin incluir la liberalización en el de bienes. Por otra parte, los indicadores empleados reflejan sólo la liberalización asumida ante la OMC, dejando de lado los compromisos de liberalización unilateral, bilateral y plurilateral que han podido adquirir los países, lo cual puede limitar la capacidad explicativa del estudio. No obstante, se considera que los indicadores reflejan si los países están obligados a un cierto nivel de liberalización y por otra parte, son de momento los únicos indicadores disponibles con una extensa cobertura sectorial<sup>54</sup>. El carácter agregado de nuestro estudio limita la profundidad analítica, que se puede conseguir con un estudio de casos. Además, la utilización de datos secundarios puede ser una limitación, por problemas de disponibilidad en algunos países y porque su calidad depende de las instituciones responsables de los mismos. Sin embargo, sólo el uso de estas fuentes de información y la metodología aplicada en este estudio permite testar hipótesis a nivel global.

## 5. CONCLUSIONES

No se ha detectado que la adquisición de compromisos bajo el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), promueva a nivel global los beneficios en términos de salud, esgrimidos por los organismos financieros internacionales. No obstante, algunas de sus características pueden condicionar la autonomía gubernamental a largo plazo y reducir la capacidad para establecer redes de protección social, en caso de contracciones económicas. Finalmente, en el caso español los compromisos se han asumido con escaso debate político, exigiendo una mayor implicación de los profesionales de la salud pública.

Las características del Acuerdo otorgan una amplia capacidad de intervención en la estructura reglamentaria gubernamental. Al momento de su entrada en vigor el AGCS continuaba siendo un acuerdo inacabado que contenía muchas imprecisiones jurídicas que no permitían conocer su total repercusión. Las disciplinas 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 bloquean la autonomía política de gobiernos posteriores, impiden restablecer condiciones más favorables para el suministro de servicios fundamentales y consolida 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. Por otra parte, 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.

Los acuerdos multilaterales de bienes y servicios se han adoptado con escaso debate político previo en España, siendo aún menor el debate en torno al acuerdo general de servicios. La toma de decisiones políticas entre los grupos parlamentarios, en torno a estos asuntos fue prácticamente ausente. El amplio espectro de actividades abarcadas por el acuerdo y el impacto probable de sus implicaciones a medio y largo plazo hacen necesario que los representantes del sector sanitario tengan mayor acceso a la información relacionada con las características del acuerdo y sus consecuencias. No son pocas y tampoco superficiales las características del acuerdo que generan incertidumbre, como tampoco es comprensible que la OMC, teniendo en

cuenta las repercusiones que puede llegar a tener para la salud de las poblaciones, promueva la adquisición de compromisos al amparo de un acuerdo que está en proceso de elaboración y cuyos antecedentes no han permitido establecer jurisprudencia sobre la interpretación de sus principales normas. Ante la incertidumbre que rodea los efectos de la asunción de compromisos bajo el marco del AGCS, una actitud preventiva frente a éste está amparada por el principio de precaución, el cual requiere que, antes de asumir compromisos, se demuestre que el riesgo implícito es aceptablemente bajo, a la vez que exige una amplia información y participación pública en los procesos de decisión.

La liberalización de servicios bajo la OMC no se muestra como un factor determinante para la mejora de la salud de las poblaciones. Esto coincide con una notable parte de la evidencia que cuestiona las tesis promovidas por los organismos financieros, que establecen una relación robusta y favorable entre los procesos de liberalización y el desarrollo económico y social de los países. Por lo anterior, se hace necesario dar prioridad a la creación de políticas que favorezcan el desarrollo y la obtención de beneficios en salud, como prerrequisito para la implementación de los procesos de liberalización. Nuestros resultados respaldan la importancia de las políticas públicas que favorecen la redistribución de la riqueza y el acceso a servicios públicos, como mecanismos para garantizar la equidad en la salud de las poblaciones.

## 6. ANEXOS

### ANEXO 1. FORMACIÓN ACADÉMICA

**Diploma de Estudios Avanzados. Programa de Doctorado en Salud Pública.** Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería comunitaria, Medicina preventiva y Salud Pública. Calificación: Sobresaliente (9.1)

- Periodo de docencia (33 créditos). Calificación: Notable (7.87)
- Periodo de investigación (12 créditos). Línea Promoción y Políticas de Salud. Calificación: Sobresaliente (10)

**Máster Universitario en Salud Pública.** Curso 2006/2007. Universidad Miguel Hernández. Calificación: Notable (8.36)

**Licenciado en Odontología. Universidad Nacional de Colombia.** 1999. Calificación: 3.7/5

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO 2. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Título del proyecto: Determinantes políticos del deterioro medioambiental. (CSO2010-22289).  
Entidad financiadora: Ministerio de Ciencia e Innovación. Entidades participantes: Universidad de Alicante. Duración: desde 01/01/2011 hasta 31/12/2013. Investigador responsable: Carlos Álvarez-Dardet. Función: Investigador colaborador bajo la dirección de Carlos Álvarez-Dardet.

Título del Proyecto: ¿Está contribuyendo la Política de cooperación española al alcance de los objetivos de desarrollo del milenio? (PI08/90577) Entidad financiadora: Ministerio de Sanidad y Consumo. Entidades participantes: Universidad de Alicante. Duración: desde 01/01/2009 hasta 30/12/2011. Investigador responsable: Carlos Álvarez-Dardet. Función: Investigador colaborador bajo la dirección de Carlos Álvarez-Dardet.

Título del Proyecto: Valoración del impacto en Salud de los Acuerdos de Comercio en Servicios de la Organización Mundial del Comercio. (PI060295). Entidad financiadora: Ministerio de Sanidad y Consumo Entidades participantes Universidad de Alicante. Duración: desde 17/10/2006 hasta 30/12/2009. Investigador responsable: Carlos Álvarez-Dardet. Función: Investigador colaborador bajo la dirección de Carlos Álvarez-Dardet.

Universidad de Alicante

## 7. REFERENCIAS

1. World Trade Organization. General Agreement on Trade in Services 1994. [http://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26-gats.pdf](http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats.pdf) (accessed).
2. European Commission. European business. Facts and figures. Data 1991-2001. Part 6: Business services. 2003.
3. United Nations, International Monetary Fund. Manual on statistics of international trade in services. Geneva; 2002.
4. Organización Mundial del Comercio. AGCS: realidad y ficción. Ginebra: Organización Mundial del Comercio.; 2004.
5. Sinclair S. GATS: How the World Trade Organisation's new "services" negotiations threaten democracy. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2000.
6. World Trade Organization. Secretariat. Introducción al Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), 1999.
7. Organización Mundial del Comercio. Secretaría. Servicios sociales y salud: nota documental de la secretaría. Ginebra: Organización Mundial del Comercio, 1998.
8. Türk E, Krajewski M. The right to water and trade in services: Assessing the impact of GATS negotiations on water regulation, 2003.
9. Stiglitz JE. Globalization and Its Discontents. New York: W.W. Norton; 2002.
10. World Trade Organization. Understanding the WTO. Geneva: World Trade Organization; 2008.
11. Schrecker T, Labonte R. What's politics got to do with it? Health, the G8, and the Global Economy. In: Kawachi I, Wamala S, eds. Globalization and health. Oxford, New York: Oxford University Press, Inc.; 2007.
12. Cornia GA, Rosignoli S, Tiberti L. Globalisation and Health: Pathways of Transmission and Evidence of Impact. Ottawa: Institute of Population Health, University of Ottawa, 2008.

13. Williamson J. What Washington Means by Policy Reform. Latin American Adjustment: How Much Has Happened? Washington: Institute for International Economics; 1990.
14. Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. Promoting Public Health in the Twenty-First Century: The role of the World Health Organization. In: Kawachi I, Wamala S, eds. Globalization and health. Oxford; New York: Oxford University Press. Inc.; 2007.
15. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; **17**(3): 210-20.
16. Ostry AS. International Trade Regulation and Publicly Funded Health Care in Canada. *International Journal of Health Services* 2001; **31**(3): 475-80.
17. Pollock AM, Price D. The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. *Lancet* 2003; **362**(9389): 1072-5.
18. Umana-Pena R, Alvarez-Dardet C. [General Agreement on Trade in Services and its implications for public health]. *Gac Sanit* 2005; **19**(6): 475-80.
19. Organización Mundial del Comercio. Secretaría de la OMC. Mercados abiertos de servicios financieros: la función del AGCS. Ginebra: Organización Mundial del Comercio., 1997.
20. United Nations Conference on Trade and Development. Trade in services: market access opportunities and the benefits of liberalization for developing economies.; 2002.
21. 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. Ginebra: Naciones Unidas, 2002.
22. Organización Mundial del Comercio. El acuerdo general sobre el comercio de servicios (AGCS): objetivos, alcance y disciplinas. 2004. [https://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/serv\\_s/gatsqa\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsqa_s.htm) (accessed Jun 01 2015).
23. World Trade Organization. Services sectoral classification list. 1991; (MTN.GNS/W/120).
24. World Health Organization, World Trade Organization. Secretariat. WTO agreements & public health : a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization : World Trade Organization; 2002.

25. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2007.
26. World Trade Organization. Understanding the WTO. Members and Observers. 2007. [http://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/tif\\_e/org6\\_e.htm](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/org6_e.htm) (accessed 10 September 2008).
27. Pollock AM, Price D. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. *Lancet* 2000; **356**(9246): 1995-2000.
28. World Development Movement. Serving (up) the nation: A guide to the UK's commitments under the WTO General Agreement on Trade in Services. London: World Development Movement, 2002.
29. Organización Mundial del Comercio. Acuerdo general sobre el comercio de servicios. Anexo 1B. Marrakech: Organización Mundial del Comercio, 1994.
30. World Trade Organization. WTO analytical index: general agreement on trade in services. 2004. [https://www.wto.org/english/res\\_e/booksp\\_e/analytic\\_index\\_e/gats\\_e.htm#p](https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/analytic_index_e/gats_e.htm#p) (accessed Jun 1 2015).
31. Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *Lancet* 1999; **354**(9193): 1889-92.
32. Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; **79**: 875-81.
33. Lagomarsino G, Nachuk S, Singh Kundra S. *Public stewardship of private providers in mixed health systems: Synthesis report from the Rockefeller Foundation—sponsored initiative on the role of the private sector in health systems*. Washington, DC: Results for Development Institute, 2009.
34. Chanda R. Trade in health services. *Bull World Health Organ* 2002; **80**(2): 158-63.
35. United Nations. Human Development Report 2010: The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. New York: United Nations, 2010.
36. Smith RD. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. *Soc Sci Med* 2004; **59**(11): 2313-23.

37. Mashayekhi M, Julsaint M, Tuerk E. Strategic considerations for developing countries: the case of GATS and health services. In: Blouin C, Drager N, Smith R, eds. *International trade in health services and the GATS : current issues and debates*. Washington, D.C.: World Bank; 2006.
38. Nielson J. Ten steps to consider before making commitments in health services under the GATS. In: Blouin C, Drager N, Smith R, eds. *International trade in health services and the GATS : current issues and debates*. Washington, D.C.: World Bank; 2006.
39. Woodward D. The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy* 2005; **12**(3): 511-34.
40. World Bank. *Investing in health*. New York: published for the World Bank, Oxford University Press; 1993.
41. Bayliss K, Kessler T. Can privatisation and commercialisation of public services help achieve the MDGs? an assessment. Brasilia DF: United Nations Development Programme. International Poverty Centre., 2006.
42. Dollar D. Is globalization good for your health? *Bull World Health Organ* 2001; **79**(9): 827-33.
43. Dollar D. Globalization, Poverty, and Inequality since 1980. *The World Bank Research Observer* 2005; **20**(2): 145-75.
44. United Nations. *Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade, and Security in an Unequal World*. New York: United Nations, 2005.
45. Cornia GA. Globalization and health: results and options. *Bull World Health Organ* 2001; **79**(9): 834-41.
46. Alonso JA. Crecimiento económico, pobreza y política social en los países de renta media. In: Editorial Complutense, ed. *Cooperación con países de renta media*. Madrid; 2007.
47. Samman E. *Openness and growth: An empirical investigation*. New York: UNDP, 2004.
48. Stiglitz JE. Trade agreements and health in developing countries. *Lancet* 2009; **373**(9661): 363-5.
49. United Nations. *Human Development Report 1999: Globalization with a human face*. New York: United Nations, 1999.

50. Koivusalo M. The Impact of Economic Globalisation on Health. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2006; **27**(1): 13-34.
51. Labonte R. Liberalisation, health and the World Trade Organisation. [comment]. *J Epidemiol Community Health* 2001; **55**(9): 620-1.
52. Mashayekhi M. GATS 2000 Negotiations: Options for Developing Countries: South Centre, 2000.
53. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. The Worldwide Governance Indicators Methodology and Analytical Issues. Policy Research Working Paper 5430: The World Bank, 2010.
54. Islam R, Zanini G, World Bank. World trade indicators 2008 : benchmarking policy and performance. Washington, DC: World Bank; 2008.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante