



MERCADOTECNIA TRANSFRONTERIZA DE SERVICIOS DE SALUD EN TIJUANA

R esumen

Este artículo analiza las ventajas competitivas de la venta de servicios de salud en la región fronteriza de Tijuana - San Diego. En tanto muchos mexicanos y en general latinos pudientes viajan a Estados Unidos en procura de medicina especializada, muchos hispanos centroamericanos y norteamericanos provenientes de los sectores marginales buscan en México servicios de salud baratos. Este estudio ahonda en aspectos ideológicos, políticos y culturales de un campo específico de la economía transfronteriza en una zona de amplia integración económica.

A bstract

This article analyzes the competitive advantage of selling health services in the region of Tijuana-San Diego. Some Mexicans, and generally Latinoamericans, travel to the USA looking for more specialized medical services; some of them Centralamerican and Norteamerican hispanics, coming from marginal sectors, find in Mexico much cheaper health services. This study goes deeper into the cultural, political and ideological aspects in the specific field of the frontier's economy, in which there is of wide economic integration.

Por
José Guadalupe Vargas Hernández
Assistant Research Institute
of Urban and Regional.
University of California at
Berkeley.
E-mail: jvargas08@berkeley.edu

Palabras Clave:

Servicios de salud, economía
fronteriza, globalización,
TLCAN.



I NTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas la globalización ha afectado todos los sectores directa o indirectamente. Empujados en parte por los avances tecnológicos y por las convulsiones políticas y económicas, los procesos de globalización han dado lugar a nuevas formas de oportunidades, procesos y organizaciones de negocios. El sector salud es una de las áreas que ha sido afectada significativamente por la globalización económica a pesar de su naturaleza como bien público no comercial.

El sector salud está entre los sectores de más rápido crecimiento en la economía mundial. Su movimiento alcanza los 3 billones de dólares anuales solamente en los países de la OCDE y se espera que llegue a 4 billones para el 2005.

La globalización de los servicios de la salud se refleja en la emergencia de nuevas formas de organización en la última década y en el incremento de la entrega transfronteriza de servicios de salud a través del movimiento de productos y servicios. Una reestructuración mundial en el sector salud debido a los altos costos de los servicios médicos, particularmente en países desarrollados, ha generado la creación de un mercado internacional de cuidados y atención de la salud.

El comercio internacional beneficia a los países involucrados gracias a que las diferentes condiciones de producción de las diferentes regiones permiten a los países concentrarse en producir aquellos bienes y servicios en los cuales tienen ventajas comparativas o ventajas competitivas en términos de recursos naturales, trabajo, capital, tecnología, etc. Los costos de producción se reducen para alcanzar economías de escala. El comercio internacional provee acceso a los productos que satisfacen a una gran variedad de gustos. Sin embargo, estos factores que apoyan al comercio internacional surgen de un principio más profundo: de la

ventaja comparativa de acuerdo con la cual cada país tiende a especializarse en la producción y exportación de productos y servicios que puede producir a un costo relativamente bajo. Las áreas de libre comercio permiten actividades complementarias que tienen lugar dentro de sus fronteras y que refuerzan las ventajas comparativas de los países involucrados.

El comercio internacional en servicios de la salud en los países en desarrollo ha aparecido en la escena como una forma de incrementar ingresos y de fortalecer e incrementar los servicios nacionales de salud. El alto contenido de trabajo, capital y habilidades dentro de los servicios médicos provee una oportunidad para el desarrollo de los países, a lo que hay que sumar el sostenimiento de los niveles de calidad necesarios.

El término exportación de servicios de salud se refiere al movimiento de información de diagnóstico, tales como los resultados de los tests de laboratorio o interpretación de biopsias, electrocardiogramas, rayos X, CAT scan y otros más; o información terapéutica, por ejemplo, el tratamiento recomendado siguiendo la revisión de los registros clínicos del paciente, entre los profesionales de la salud o instituciones en diferentes países. Como se ha indicado previamente, tal exportación puede tener lugar electrónicamente, por satélite, por correo regular o por transporte (Gómez-Dantés; Frenk and Cruz, 1997). En ciertas regiones fronterizas su desarrollo requiere de una infraestructura de comunicaciones apropiada y compartida por los proveedores; también de patrones estandarizados de referencias de pacientes a fin de asegurar la confiabilidad de la información enviada.

Dos factores estimulan la globalización de los servicios de salud. Por un lado, la declinación de los gastos en el sector público de los servicios de salud y, por otro lado, el aumento de la participación del sector privado. En muchos países este fenómeno está relacionado con la privatización de sectores relacionados como seguros y telecomunicaciones, que incrementan la movilidad de consumidores y proveedores de servicios de sa-

lud, debido a la reducción de costos de viaje, a las mayores facilidades para viajar y a los avances tecnológicos que permiten la entrega transfronteriza de muchos servicios de salud.

El movimiento internacional de consumidores de servicios de salud involucra cruzar al menos una frontera internacional, pasando de un país a otro con el propósito de obtener servicios de salud. En la balanza de pagos de los Estados Unidos, las cuentas nacionales en la categoría de servicios ya consignan la exportación de servicios médicos en lo que se ha definido como ingreso de hospital, generado por los pacientes que viajan al país a recibir alguna forma de tratamiento médico, como lo confirma la Organization for Economic Cooperation and Development (1992). Afortunadamente para el sector de la industria de servicios de la salud, debido a su base científica universal y a pesar de las diferencias en procedimientos de certificación y licenciamiento, la calidad de los servicios médicos es similar en casi todos los países, siendo los costos la mayor diferencia.

Las diferencias en costos, disponibilidad, calidad de la atención médica y cuidado de la salud entre los dos países, México y Es-

tados Unidos, son abismales. La emergencia de oportunidades de inversión en el sector de cuidados de la salud se incrementa con los procesos de privatización y desregulación en inversiones. El incremento general en la demanda de servicios de salud que surge de los aumentos de los niveles de ingreso y de edades de los individuos también ha contribuido a la globalización de los servicios de salud. Los mejores hospitales públicos y privados han establecido conexiones con otros hospitales, laboratorios y universidades en el extranjero.

A pesar de que el comercio en los servicios de salud es importante actualmente dado el rápido crecimiento global de la industria del sector salud y la remoción de algunas barreras regulatorias de dicho comercio en los niveles regionales, multilaterales y nacionales, el comercio en los servicios de salud tendrá más relevancia en un futuro cercano. Mas aun grandes empresas y corporaciones transnacionales, que operan en las áreas de hospitales, seguros y planes de salud, pueden abusar de su poder sobre el mercado y tomar ventaja de la falta de regulaciones. Hay que considerar, por tanto, que para asegurar que los procesos de la creciente competencia sean justos y claros en el mercado y se lleven a cabo en la forma más eficiente, el





Estado debe considerar la opción de jugar un papel crucial como proveedor de servicios de salud y como una fuente de financiamiento, mientras que se expande su rol como regulador.

El movimiento internacional de proveedores de servicios de salud brinda una oportunidad para mejorar el acceso a los servicios de salud, a beneficios poco empleados por variedad de razones económicas y culturales, incluyendo la falta de recursos y de familiaridad con el lenguaje empleado. Además, el movimiento de proveedores tiende a servir como una fuente significativa para la transferencia o intercambio internacional de procedimientos clínicos y conocimiento entre médicos y hospitales. A fin de maximizar la efectividad de este tipo de interacción, el criterio usado para licenciar y certificar los proveedores de servicios de salud deben estar estandarizados.

El comercio en servicios de salud vía el consumo externo también tiene algunas implicaciones. En primer lugar, puede permitir a los países exportadores realizar mejoras en el sistema nacional de salud mediante la generación de ganancias de cambio o divisas y recursos adicionales para inversiones en este sector. Puede también ayudar a mejorar la infraestructura de cuidados y atención de la salud, en conocimientos y habilidades médicas, capacidades técnicas, en estándares de servicios de salud nacionales. Para los países que importan servicios de salud a través del consumo externo puede ser importante solucionar limitaciones de recursos humanos y físicos, particularmente para los servicios especializados en salud pública. La disponibilidad de la buena calidad, las posibilidades de adquisición de tratamientos en proximidades geográficas es con frecuencia un importante criterio en tales casos.

Los países en desarrollo consumen un estimado del 25 por ciento de las medicinas del mundo. A pesar de lo limitado del mercado, los países en desarrollo están sujetos a poderosas prácticas de mercadotecnia de las compañías multinacionales.

De acuerdo con lo anterior, hay necesidad de entender las implicaciones de la globalización en los servicios de salud para la realización de objetivos de desarrollo social y el potencial de negociaciones entre éstas y las consideraciones comerciales. Este entendimiento permitirá a los gobiernos balancear las preocupaciones de la competencia.

El comercio en servicios de salud tiene fuertes dimensiones regionales porque no se limita solamente al comercio entre países vecinos como el caso de la región transfronteriza Tijuana-San Diego sino que también es un importante aspecto del comercio dentro del bloque comercial del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (TLCAN). Los 5 capítulos de TLCAN que se relacionan directamente con el comercio de servicios de salud, XI, XII, XIV, XVI y XVII, tratan respectivamente con inversiones, servicios transfronterizos, servicios financieros, entrada temporal de gente de negocios y propiedad intelectual. El contenido de cada capítulo describe los tipos básicos de comercio de servicios de salud (Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, 1994).

Algunos países han hecho esfuerzos concertados para establecer mercados regionales para el comercio de servicios de salud, incluso fuera de los arreglos formales del comercio regional. El comercio en servicios de salud en varios asuntos tales como el reconocimiento, los estándares, el aseguramiento, ya han sido tratados en el contexto de los arreglos del TLCAN, como parte de iniciativas más amplias para privatizar en la región los servicios de salud.

Los servicios de salud han sido un asunto muy sensible dentro del TLCAN tomando en cuenta los diferentes sistemas de salud que existen en Estados Unidos, Canadá y México. Las necesidades, intereses y actitudes de los países miembros en este sector han sido muy diferentes. Mientras que Estados Unidos busca integrar los tres sistemas, Canadá y México se han resistido (USITC, 1999). Esto ha dado lugar a un número limitado de iniciativas para tratar las medidas

regulatorias relacionadas con el comercio de los servicios médicos. Sin embargo, hay evidencias que sugieren que el comercio en los servicios de salud en sus diferentes modalidades ha sido estimulado por la formación del bloque regional.

El TLCAN ha previsto el movimiento temporal de proveedores de servicios dentro de la región. Sin embargo, esto excluye el movimiento de los profesionales de atención y cuidado a la salud. A médicos y paramédicos se les permite entrar de Estados Unidos a México en situaciones extremas y emergentes. El movimiento de médicos y enfermeras no es permitido libremente. El libre movimiento de médicos y paramédicos, principalmente de Estados Unidos a México, se permite solo bajo petición y en situaciones extremas, tales como inundaciones, terremotos, etc. El TLCAN no incluye, entre los profesionales mencionados en el acuerdo, el libre movimiento de médicos. De acuerdo al TLCAN, los profesionales que desean trabajar en el extranjero deben cumplir con los requisitos establecidos.



La movilidad de los proveedores en este sector permanece sujeta a las regulaciones del país anfitrión donde los profesionales desean trabajar. Esto implica obtener la licencia y la certificación requeridos por el país anfitrión para ser elegible como practicante. Estos procedimientos y requerimientos son muy diferentes entre los tres países miembros y a la fecha ha habido poco progreso para hallar un consenso.

En México, la obtención de la licencia es material federal y nacional. Se permite a los profesionales practicar en cualquier estado con la licencia nacional, mientras que en Estados Unidos y Canadá, las regulaciones varían entre los estados y las provincias, respectivamente, y las asociaciones profesionales juegan un papel importante en asegurar la calidad y los estándares. A pesar de

que los países miembros del TLCAN acordaron continuar con las regulaciones existentes y las provisiones en el licenciamiento y certificación de los servicios de salud, en el TLCAN se incluyeron provisiones para motivar la movilidad transfronteriza de los proveedores de servicios de salud y facilitar el reconocimiento mutuo de calificaciones y entrenamiento entre los países.

Por ejemplo, el anexo del TLCAN sobre la movilidad de los proveedores de servicios de salud requiere de los cuerpos profesionales de los países miembros discutir los criterios relacionados con las licencias y certificación de profesionales proveedores del servicio de la salud; también orientar la integración regional en la entrega de atención y cuidados de la salud. Estas provisiones se encuentran en el capítulo 12 del TLCAN que contiene un artículo y un anexo sobre la movilidad entre los países miembros de proveedores del servicio de salud. Además, en enero de 1996, todos los requerimientos de nacionalidad y residencia permanente para la práctica profesional fueron removidos del TLCAN a pesar de que el reconocimiento todavía no era automático.

Los acuerdos permitieron a los proveedores de servicios de salud escoger libremente el lugar donde proveer sus servicios sin estar sujetos a requerimientos del establecimiento de una oficina representativa o sucursal. El TLCAN también contiene provisiones para facilitar la admisión temporal de gentes de negocios, incluyendo médicos y sus asociados para propósitos de enseñanza e investigación sujetos a límites de cuotas especificadas. La provisión no modifica la emigración existente y las regulaciones del mercado laboral simplifican los procedimientos de entrada removiendo el alcance discrecional de los oficiales de la frontera para entregar visas a los médicos.

En el caso de la enfermería, la iniciativa trilateral es un esfuerzo de *venture*



colaborativo entre el personal de enfermería, con el que se busca desarrollar estándares aceptables para la licencia y la certificación de enfermeras, asegurar el tratamiento no discriminatorio entre el personal de enfermería y tener claridad sobre licencias y requerimientos.

El TLCAN también contiene una provisión para facilitar la inversión extranjera directa en el sector de los servicios de salud dentro de la región. Hasta el 100% de inversión extranjera se permite en hospitales y clínicas. A pesar de que no ha habido iniciativas específicas para promover inversiones directas en servicios de salud bajo el TLCAN, la evidencia indica que el establecimiento transfronterizo de facilidades de cuidados y atención de la salud ha crecido después de la implementación del TLCAN. Hay un interés creciente entre las firmas de Estados Unidos para invertir en el sector público en México, particularmente en hospitales, clínicas y HMOs. Las firmas estadounidenses han establecido facilidades de cuidados de la salud en diferentes ciudades mexicanas.

El directorio de empresas del agrupamiento de productos médicos confirma la presencia de 61 empresas en Baja California, que representan 27 mil empleos directos. El sector de servicios médicos de Baja California está compuesto por 451 clínicas y hospitales, 318 laboratorios especializados y distribuidores de medicamentos (Elorduy Walter).

DELIMITACIÓN DEL MERCADO TRANSFRONTERIZO SUR DE CALIFORNIA - NORTE DE MÉXICO

En los años transcurridos desde el Tratado de Guadalupe en 1948, la frontera de Estados Unidos y México ha experimentado un continuo flujo de personas y productos. La región fronteriza Tijuana - San Diego es un espacio geográfico que ha evolucionado como binacional y que coexiste con espacios económicos y sociales integrados.

La frontera de California-Baja California es el hogar del 40% del total de la población que vive en la frontera entre México y Estados Unidos. La región binacional Tijuana-San



Diego se ha desarrollado en el tiempo. Un intenso desarrollo urbano y un continuo flujo de personas y productos han transformado las comunidades de esta frontera en una región distintiva con interacciones y relaciones sociales, económicas y políticas únicas. Estas características tienen un impacto en el desarrollo físico y social.

El ambiente político en la región de la frontera San Diego-Tijuana es a veces altamente contencioso. Diariamente hay una enorme concentración de transeúntes en el cruce de la frontera. Tijuana es el hogar de muchas familias binacionales con miembros que trabajan en los Estados Unidos y viven en Tijuana por el costo de vida más bajo y por la mezcla de la nacionalidad de sus familias. Junto a esta intensa migración diaria de sur a norte existe un flujo recíproco hacia el sur de nacionales mexicanos que viven al norte de la frontera y que viajan a Baja California por alimentos y servicios así como también para mantener las ligas familiares, vecinales y de amistades.



La región Tijuana-San Diego cubre el noroeste de México y el Sur de California. Cuenta con desarrollos de telecomunicaciones, biotecnología, manufacturas, etc. La región fronteriza San Diego-Tijuana tiene uno de los climas ideales en Norteamérica. La calidad de vida de San Diego es considerada una de las mejores del mundo y de las más altas de Estados Unidos. Estos factores, aunados a universidades de renombre mundial e institutos de investigación de San Diego, han atraído compañías en tecnología de punta en biotecnología y telecomunicaciones a la región.

San Diego tiene un centro para la innovación de la alta tecnología y ha incubado muchas de sus propias y crecientes compañías. San Diego es considerado como el Valle del Silicón de la biotecnología y las telecomunicaciones. La industria de la defensa también juega un rol importante en la economía y la manufactura por su gran contribución al producto interno bruto regional. San Diego es famosa por su buen clima y unas playas fabulosas. Tijuana es uno de los centros

manufactureros mundiales más competitivos para los negocios de mano de obra intensa, lo que ha atraído a muchas empresas europeas y asiáticas.

La región San Diego - Tijuana es la mayor región de la frontera con una población combinada de más de 4 millones de personas. El puerto de entrada a Estados Unidos, San Isidro y Tijuana, es el más ocupado del mundo, con más de 55 millones de cruces en el año 2000 (Annual Border Health Status Report, 2000). El total de la población hispana de San Diego- Tijuana es de 2'520.835 y el total de hogares hispanos es de 610.720. El porcentaje de densidad hispana es de 56.1%; casi 3 de cada 5 personas en la región es de origen hispano (San Diego Dialogue, 1999; Tijuana DMA Estimates, 2002).

La población hispana de San Diego es de 927.600. El 31% de densidad, mayor a 1 de cada tres personas en el Condado de San Diego, es de origen hispano con un total de 204.200 hogares. El crecimiento poblacional de los hispanos en San Diego de 1990 al 2003 representa el 71.3%, y constituye el grupo de consumidores con mayor crecimiento. Para el año 2036, la población hispana en el Condado de San Diego representará el más grande segmento de la población total (Live Births By Race/Ethnic Group Of Mother, California Counties And Selected City Health Departments, California, 2002).

El total de la población de Tijuana es de 1'593.235 de habitantes con un total de hogares de 370.520 (Tijuana DMA Estimates, 2002). La población está distribuida en un 90% en Tijuana, 6% en Tecate, 4% en Rosarito (Strategy Research Corporation, 2000). La ocupación se distribuye en un 54% de cuello blanco, 36% de cuello azul, 7% desempleados y 3% otros (Hispanic Marketing Research Corporation, 1990 - Tijuana Market Study).

El ingreso medio por familia en San Diego en 1999 fue de \$54.438, comparado con el ingreso medio de los hispanos de \$33,433 en el condado. Las disparidades económicas son evidentes cuando se examinan los niveles de pobreza. La tasa de pobreza de todo



el condado es 12% mientras que para los hispanos es de 22% (U.S. Census Bureau, 2000).

A pesar de los adelantos económicos de San Diego y Tijuana, ambas comunidades continúan estando plagadas de problemas crecientes de desigualdades económicas y sociales entre los ricos y los pobres. El tema más crítico para los residentes de la región transfronteriza Tijuana-San Diego son los bajos estándares de salud identificados y las bajas condiciones socioeconómicas cuando se comparan con el resto del Estado de California y de Estados Unidos. La disponibilidad de más bajos costos de servicios transfronterizos en México es, por tanto, percibido como una fuente alternativa económica viable de cuidados de la salud.

La disparidad económica entre los pobres y los ricos en San Diego y Tijuana se está ampliando y está logrando grandes áreas de pobreza en ambas comunidades. Mientras que la naturaleza del grado de pobreza es diferente en San Diego que en Tijuana, el pobre en ambas comunidades sufre de falta de acceso y disponibilidad de servicios para tratar de satisfacer sus necesidades de salud. Otra preocupación es la criminalidad que se exacerba por los retos económicos de la pobreza urbana que enfrentan ambas comunidades.

La pobreza urbana y rural se incrementa en ambos lados de la frontera, en comunidades selectas de la Ciudad de San Diego, en Barrio Logan, San Ysidro, Southeast San Diego; in South County, National City; en North County en Vista, San Marcos, Fallbrook, Rainbow y Oceanside. Todas estas son comunidades con un número significativo de trabajadores emigrantes de México y América Central quienes están menos inclinados a retornar a sus lugares de origen con el incremento reciente en la vigilancia de la frontera desde la Operación Gatekeeper.

De acuerdo con un reporte reciente de la institución, San Diego es ahora el sexto lugar en el país entre las áreas metropolitanas que han tenido marcados incrementos en pobreza de acuerdo con los seguimientos censales

de sus respectivas regiones (Jargowky, 2003). Una revisión del Consulado Mexicano en los datos de la matrícula consular del condado de San Diego revela una correlación positiva entre estas áreas que experimentan incrementos en pobreza con aquellas que tienen una alta concentración de trabajadores emigrantes mexicanos (Rungsten, 2003).

En Tijuana, la pobreza urbana se ha elevado a proporciones preocupantes. La mitad de los nuevos residentes viven en comunidades sin infraestructura adecuada, sin agua limpia o muy limitada. El agua contaminada trae consigo enfermedades infecciosas. A pesar de que la tasa de desempleo de Tijuana permanece baja, el costo de vida es alto y el valor real del salario mínimo en México ha declinado sustancial y permanentemente en las dos últimas décadas por sobre el 60% (Fairris and Popli, 2003). La distribución del ingreso en México es uno de los más inequitativos en el mundo entero: los más pobres ganan aproximadamente 3.5% de total del ingreso nacional (United Nations Centre for Human Settlements, UN Habitat, 2001).

Esta disparidad en el ingreso explica el crecimiento de la pobreza urbana y los asentamientos irregulares en esta próspera ciudad de la frontera norte de México. A pesar de los crecientes retos de las comunidades irregulares de Tijuana, el progreso medido se logra gracias a los esfuerzos de un selecto número de organizaciones sin ánimo de lucro. Sin embargo, dada la complejidad de las necesidades de servicio humano en los asentamientos irregulares de Tijuana, se requiere más colaboración entre los diferentes sectores. Desafortunadamente, como en Tijuana, la disparidad económica entre los pudientes y los pobres es igualmente pronunciada en San Diego.

Tijuana, al igual que San Diego, tiene estadísticas económicas que llaman la atención. De acuerdo al INEGI (2000), la ciudad tiene un ingreso per cápita en paridad de poder de compra de 9.800 dólares anuales, por encima de los 7.500 del promedio nacional. A pesar de que Tijuana ha experimentado recientemente pérdidas de trabajos, debido al cierre de incontables maquiladoras por la com-

petencia china, la ciudad mantiene una tasa de desempleo menor del 2.5%. Tijuana ha sido capaz de atraer a la firma Toyota Motors para establecer su presencia en la región. En comparación con otras regiones mexicanas, Tijuana continúa siendo una ciudad de oportunidades.

El flujo del cruce de las fronteras de los consumidores se basa en la proximidad geográfica al mercado del país anfitrión y se concentra en los pueblos y ciudades a ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos. Sin embargo, de acuerdo con Marven Shepherd (Hawryluck, 2001), del 25 al 40.5 de los residentes estadounidenses que viajan a México traen de regreso productos farmacéuticos prescritos. En su encuesta encontró que los viajeros provienen no solo de la frontera sino de 37 estados incluyendo Washington, Maine, Minnesota y Massachusetts. Las personas viajan porque la mayor parte de los medicamentos se venden sobre el mostrador en México.

Debido a la proximidad, algunas de las deficiencias de los sistemas de salud de Estados Unidos son cubiertos por el sector privado de servicios de salud de México, que, en esta forma, está abriendo oportunidades para el comercio. Además de la ventaja de localización y proximidad geográfica, la región de la frontera también tiene un desarrollo potencial para el comercio internacional en servicios médicos. El mercado hispano de San Diego - Tijuana tiene un poder de compra total de \$15.1 miles de millones de dólares anuales, de los cuales \$12.6 miles de millones corresponden a San Diego y \$2.5 miles de millones a Tijuana. Esto representa más de \$41.4 millones de dólares de gasto diarios en San Diego (San Diego Dialogue, 1999; Synovate, 2004).

Este mercado hispano es el tercero en los Estados Unidos. Los hispanos también referidos como latinos constituyen el grupo minoritario étnico de mayor crecimiento y el segundo más importante en los Estados Unidos. En el año 2000, el 11.4% de la población de Estados Unidos era hispana. La Oficina del Censo de los Estados Unidos proyecta para el año 2010 que el 13.8% de la

población será hispana y para el 2050 será el 24.5%, en contraste con una población de 15.4% de afroamericanos (Day, 1996).

El poder de compra del mercado hispano de San Diego es de 12.6 miles de millones de dólares anuales, lo que representa más de \$34.6 millones de dólares de gasto diario (San Diego Dialogue, 1999). El promedio del ingreso por hogar es de \$57.038 anual (Global Insight, 2003). El mercado de San Diego se considera uno de los más pudientes de todos los mercados hispanos. Tan solo el mercado hispano de San Diego, sin tomar en cuenta el de Tijuana, es el 11° en población y el décimo en ventas al detalle de los Estados Unidos (San Diego Dialogue, 1999).

El mercado de consumidores de Tijuana tiene un poder de compra total superior a \$3.0 mil millones anuales en el condado de San Diego, que corresponden a unos \$5.5 millones de gasto diario de los tijuanaenses (San Diego Dialogue, 1999). Los tijuanaenses representan el 8% de todas las ventas al detalle en San Diego, que generan ingresos para las municipalidades locales (Tijuana DMA Estimates, 2002).

Tijuana es considerado uno de los mercados más fuertes en todo México y es un mercado de consumidores de alta movilidad. El propósito de los viajes de los tijuanaenses a Estados Unidos está relacionado con compras el 42%, 24% trabajan en San Diego, el 19% otros, el 11 % visitas sociales y el 4% por turismo (San Diego Dialogue, 1994). Los productos comprados en San Diego son el 79% de ropas y calzado, el 44% productos alimenticios, el 27% aparatos electrodomésticos, 10% equipo eléctrico, 3% partes automotrices, 3% muebles, 3% cosméticos y perfumes, 2% películas, rentas de películas y grabadoras, 2% equipos de oficina y regalos, 1% accesorios y joyería (SRC San Diego Hispanic Market Study, 1989).

EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN TIJUANA - SAN DIEGO

Los estudios sobre la provisión de los servicios de salud en el área de la frontera entre



Tijuana y San Diego empieza a incrementarse en la década de 1990 debido al incremento de la población de origen hispano en los pueblos de la frontera y a la apertura del mercado mexicano para las inversiones como un resultado directo del TLCAN.

Los residentes que viven en la frontera de Estados Unidos y México experimentan tasas más altas de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y las enfermedades prevenibles con vacunas, altas tasas de hepatitis, infecciones intestinales por la falta de agua limpia y un adecuado deshecho de aguas negras. Subsecuentemente, los indicadores de salud y resultados en la región son igualmente significativos. Los frecuentes movimientos entre ambos países y dentro de Estados Unidos, comprometen la continuidad de los servicios de salud para los residentes de la región. La región cuenta con altas tasas de pobreza, desempleo y personas no aseguradas (National Latino Research Center, 2004).

Estos eventos han producido diferentes reacciones en la literatura sobre el tema que van desde estudios relacionados con el control y la erradicación de enfermedades transmisibles que amenazan a la región de la frontera Tijuana - San Diego, hasta los estudios de mercadotecnia que buscan las oportunidades de inversión, sobre todo de Estados Unidos en el mercado de los servicios de la salud en dicha región fronteriza. Los estudios sobre el comercio en la frontera entre los Estados Unidos y México no intentan buscar elementos de ventajas comparativas sino proveer información que puede ser interpretada en ese sentido.

Se ha puesto poca atención del lado mexicano para el estudio del impacto que tiene el comercio de medicinas y de servicios de salud. Se han identificado 45 estudios sobre el mercado de las medicinas y los servicios de salud en la región de la frontera San Diego - Tijuana. Cuatro de esos estudios se efectuaron entre 1986 y 1989, 31 entre 1990 y 1996 y el resto posteriormente. La mayor parte de estos estudios han sido realizados por individuos y organizaciones de Estados Unidos, cuatro por instituciones mexicanas

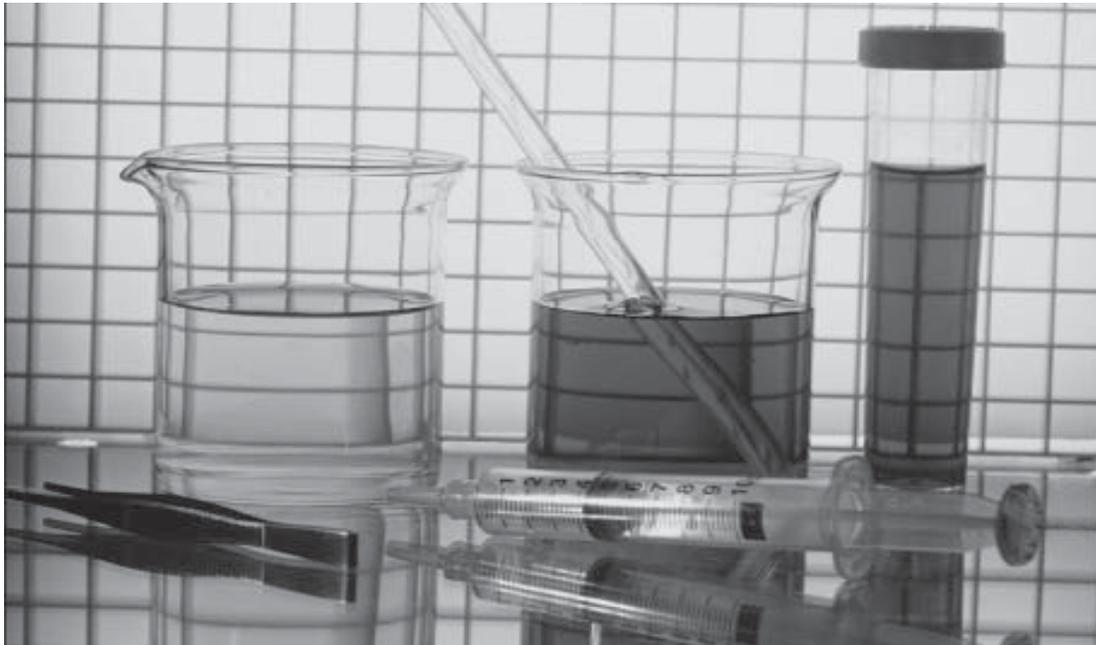
y solamente dos por investigadores de ambos lados de la frontera. La información proviene de seis grupos que han realizado las investigaciones.

Los estudios relacionados con el estado de la salud, el control y la erradicación de enfermedades transmisibles concluyen en la necesidad de crear un programa binacional de atención a la salud. Otro grupo de estudios cubre temas de control migratorio con ciertas implicaciones xenofóbicas, a pesar de que son incapaces de demostrar que los indigentes mexicanos se convierten en una carga para el sector de salud pública de los Estados Unidos. El tercer grupo de estudios se concentra en criticar los defectos y fallas del sistema de salud estadounidense. El cuarto se concentra en la tendencia de los estadounidenses a consumir medicinas y usar los servicios de salud de México en la frontera, llegando a la conclusión de que los estadounidenses lo hacen porque todos los elementos necesarios están presentes.

El quinto grupo toma en consideración las posibilidades de usar el sistema de salud pública de México como una posibilidad de reducción del gasto en salud de Estados Unidos. Recientemente, después de la implementación del TLCAN, el sexto grupo trata con los estudios de mercadotecnia en las oportunidades de Estados Unidos para invertir en el sector salud de México como una forma de captura del gasto que se realiza por los estadounidenses en México.

A pesar de que casi todos los estudios reconocen que los estadounidenses viajan a México para la atención de los servicios médicos, solamente algunos lo ven como una nueva tendencia. Los estudios que tratan de las oportunidades de inversión de los estadounidenses y la reducción del gasto en salud en Estados Unidos, enfocan la tendencia en diferentes áreas, vistas desde diferentes perspectivas.

El gasto en cuidados de salud representa más del 16 por ciento del producto interno bruto de los Estados Unidos, el más alto en gasto per cápita en cuidados de salud entre los países desarrollados. Estados Unidos enfren-



ta una crisis de los servicios de salud: falta de acceso o acceso limitado de algunos grupos de población, altos costos de los servicios de salud y medicinas, falta de calidad en los servicios que se ejemplifica por el alto grado de errores médicos y de medicación. La reimportación de medicinas y productos farmacéuticos se ha incrementado en los últimos años ante la falta de monitoreo y administración de productos y cuidados del paciente.

Más de 34 millones de residentes estadounidenses no asegurados requieren de un sistema de cuidados de salud más accesible y económicamente disponible. De acuerdo con Valdez et al. (1993, p. 889), los hispanos tienen la peor cobertura de seguro de salud de cualquier grupo étnico en Estados Unidos. El 39% de los hispanos no está asegurado comparados con el 13.8% para los anglos y el 24% para la población negra. Al menos la mitad de los que no tienen seguro en California, entre 6,2 y 6,4 millones de personas sin seguro de salud de ninguna clase, son hispanos. Una parte son indocumentados que ahora pueden contratar servicios de salud con la aceptación de la matrícula por parte de Blue Cross para ellos y sus familias.

Los no asegurados no son siempre pobres. Muchos trabajadores de la clase media tampoco pueden pagar las pólizas crecientes de los seguros médicos para las empresas pequeñas y medianas que ofrecen seguro de salud como un beneficio a sus empleados.

A pesar de que introducir cualquier droga prescrita en territorio de Estados Unidos es técnicamente ilegal, la agencia Food and Drug Administration reconoce que más de dos millones de paquetes con productos regulados entran anualmente a través del correo.

La proximidad de California a la frontera con México hace la salud binacional y fronteriza sinónimos para muchos profesionales del sector salud. Las relaciones comerciales transfronterizas en la región Tijuana-San Diego son muy intensas tanto entre consumidores de servicios de salud y proveedores en forma presencial así como en el tráfico electrónico y por otros medios. Esto se refleja en el creciente número de empresas y organizaciones involucradas en el sector de los servicios de salud, que tienen acuerdos de colaboración, alianzas estratégicas, joint ventures, etc., así como en la intensificación de los intercambios fronterizos para la



diseminación de información, educación y entrenamiento en este sector.

Ha habido un crecimiento significativo en oportunidades y en las formas de comercio e inversión directa extranjera (IED) en los años recientes, entre los dos países, uno desarrollado y otro en vías de desarrollo. Las implicaciones de la presencia comercial también puede generar recursos adicionales para la inversión en la mejora de la infraestructura de los servicios de salud y las tecnologías, generar empleo y reducir el desempleo del personal de salud. Puede permitir la provisión de servicios médicos costosos y especializados e incrementar la competitividad, la capacidad, la calidad, la accesibilidad y la productividad de los servicios de salud.

Considerado uno de los mercados latinoamericanos más desarrollados de farmacéuticos, la infraestructura regulatoria de México promueve el crecimiento de la manufactura farmacéutica. Más de 170 plantas de manufactura operan cerca de 400 instalaciones y facilidades de empresas de prestigio como Pfizer, Janssen-Cilag, GlaxoSmithKline, Schering-Plough, and Bristol-Myers Squibb, entre otras. De estas, algunas están instaladas en Tijuana.

La disponibilidad del capital privado puede reducir la carga total de los recursos del gobierno y ayudar a reasignar el gasto gubernamental hacia el sector público del cuidado



y atención de la salud. Hasta ahora el gobierno no ha desempeñado un papel importante en el desarrollo del comercio internacional en el sector de los servicios médicos. El gobierno solo ha intervenido en el proyecto de telemedicina, donde el gobierno mexicano ha visto la posibilidad de entrega de servicios médicos a las áreas remotas y con facilidades e instalaciones en los cruces fronterizos, una política que el gobierno mexicano considera importante debido al influjo de los turistas.

Este mercado ha creado oportunidades de entrenamiento en centros internacionales de excelencia. La presencia comercial puede también mejorar la calidad a través de la introducción de técnicas de administración superior y de sistemas de información. La presencia comercial foránea en el sector de la educación médica en la forma de joint ventures entre escuelas de medicina locales y extranjeras puede ayudar a los países receptores a diferenciar y a mejorar el currículo de estudios mientras se generan ingresos para la institución exportadora y se alienta la reputación técnica y científica.

La importancia de la frontera México - Estados Unidos, con una población de más de diez millones ha sido desestimada. Sharp's (1998, p.13) la describe como un área de crecimiento sin prosperidad. El estado de California tiene una población de 35 millones de habitantes, de los cuales 6.3 millones de residentes no tienen seguro. De estos, 3.3 millones de personas han estado sin seguro por más de un año (Brown et.al, 2003, p. 11-12). Los californianos de bajos ingresos son más propensos a estar sin seguro por un tiempo mayor. Un promedio de 86% de los infantes en edades entre 0 y 17 tienen seguro médico.

Entre los niños pobres de familias con ingresos menores al 100% del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL), el 14.4% no tiene seguro y otro 10.4% solamente cubre una parte del año (Brown et.al., 2003. p. 18). Uno de cada cuatro de los niños californianos pobres ha carecido de cobertura de seguro médico continuamente. Los

niños de hogares pobres o casi pobres (abajo del 200% de FLP) son el 80% de los niños sin seguro médico (Brown et al., 2003. p. 17). La cobertura del seguro médico es más bajo para la población de los adultos (edades entre 18 y 64). Solamente un poco más del 50% de los adultos en pobreza tienen seguro todo el año, comparado con el 88 % de aquellos hogares que ganan 300% o más de FLP (Brown et al., 2003. p. 16).

La cobertura de salud varía de acuerdo con el ingreso, la etnicidad y el status de ciudadanía e inmigración. El 28% de los latinos en edades entre las edades de 0 a 64 años no están asegurados, comparados con el 9% de los blancos (Aguayo et al. 2003 p.1). Los niños latinos son cinco veces más propensos a no tener seguro de salud que los blancos o africanos. De los niños americanos, más del 90% de blancos, afroamericanos y asiáticos americanos/isleños del Pacífico están asegurados todo el año, en contraste con el 76% de los niños latinos (Brown et al., 2003 p. 18). Los adultos latinos menores de 65 años tienen una tasa del 28.5% de no asegurados, durante todo el año. Entre los no ciudadanos que carecen de seguro médico: el 44% de los adultos y el 34 % de los niños no tienen seguro (Brown et al., 2003 p. 19-20).

Lo más importante para nuestra investigación es que el TLCAN ha dado impulso a la movilidad transfronteriza de consumidores dentro de la región. Clínicas privadas de Tijuana cubren parte del mercado de servicios de salud de las ciudades fronterizas de San Diego con base en servicios de alta calidad y precios bajos. Con el avance en la integración de los sistemas de salud, las compañías de seguros, HMOs y clínicas pueden conjuntamente proveer servicios médicos a consumidores estadounidenses a precios muy bajos.

Incluso fuera del TLCAN, siempre ha habido un movimiento transfronterizo de pacientes entre Estados Unidos y México. El movimiento transfronterizo de servicios ha consistido históricamente en transmisión de información de diagnóstico o terapéutica. Muchos labo-

ratorios privados mexicanos solicitan regularmente a los Estados Unidos exámenes especializados de laboratorio.

A pesar de la amplia idea de que los servicios médicos de México son de muy baja calidad, en general los estadounidenses viajan al sur de la frontera buscando servicios de salud asequibles, medicinas de bajo costo y niveles de calidad aceptables. Los impactos crecientes de salud transfronteriza se han intensificado. En promedio mensual había en 1994 más de 300.000 cruces de frontera de Estados Unidos a México y viceversa para el consumo de servicios médicos, de los cuales 50 mil fueron de los pueblos fronterizos de México a San Diego y 250 mil de los pueblos fronterizos de Estados Unidos a Tijuana (UNCTAD/WHO, 1998). No obstante, otra encuesta realizada en 2003, demostró que los ciudadanos de ambos lados, San Diego y Baja California hacen al menos 100.000 cruces mensuales de frontera relacionados para la atención de servicios médicos (Terman, 2004).

Se calcula que más de \$1.3 miles de millones de dólares se gastan anualmente en servicios de salud en el condado de San Diego. En promedio cada ciudadano de San Diego gastó \$3'759.224 en el 2001, uno de los más altos de Estados Unidos a pesar de que todavía el 21% del segmento de la población no anciana (edades 0-64) no tienen o solo parcialmente tienen seguro médico (Brown et al, 2003: 23).

La entrega de servicios de salud en la región de la frontera se caracteriza por un sistema de cuidado y atención médica formado por tres componentes: para residentes con seguro privado y/o ingreso discrecional, seguro público y los no asegurados. En San Diego, los consumidores de medicamentos y usuarios de servicios médicos sin seguro obtienen gratis y sin compensación cuidado o pagan de su propio bolsillo de acuerdo con una escala de tarifas en las clínicas comunitarias y otros proveedores de seguridad y salud. Los programas de aseguramiento Medical y Medicare están disponibles para segmentos estrictamente



definidos de la población y no están con frecuencia disponibles para muchos trabajadores mexicanos en San Diego. Como resultado, muchos trabajadores emigrantes y residentes no califican para la asistencia en cuidados de salud o frecuentemente no tienen acceso a los servicios médicos básicos.

En el condado de San Diego, las disparidades étnicas con respecto a la tenencia del seguro médico son más pronunciadas. Solo el 73% de los niños hispanos tiene seguro médico comparado con el 94% de los afroamericanos y el 93.4% de niños blancos (San Diego, County Child and Family Health and Well-Being Report Card, 2002). La agencia de Servicios de Salud y Humanos del condado de San Diego afirma que a pesar de que el porcentaje de niños menores de 19 años con seguro médico se incrementó en San Diego en el periodo 1995-2000, el 24 por ciento de niños y jóvenes hispanos aún carece de seguro.

La carencia de seguro médico no significa que la salud de los niños hispanos está descuidada. Según el informe, el 88% de niños hispanos en San Diego fueron adecuadamente inmunizados comparados con el 79% de otros grupos étnicos. No obstante, la falta de seguro médico hace muy difícil, sino imposible, para un gran número de niños hispanos recibir adecuada atención médica, especialmente cuando se requiere atención de especialistas.

Los niños y jóvenes de otros grupos étnicos tienen más del 90 % de cobertura (County of San Diego Health and Human Services Agency, 2001, p. 26).

Siempre existe la alternativa de retornar a la atención médica en Tijuana, la cual es mucho más económica que en San Diego. Hay evidencias científicas de que una porción significativa, el 41.2% de la población fronteriza de Estados Unidos, utiliza servicios de salud y cuidados médicos en México. Algunos también retornan a los cuartos de emergencia en facilidades médicas de San Diego, a pesar de que algunos pacientes no pueden pagar la cuenta de sus servicios médicos

por menos del 5% de las visitas a los cuartos de emergencia en San Diego (Orange and San Diego Wrokgroup, 2002).

Mientras que en Tijuana de acuerdo con datos del censo del 2000, el 47.9% de los residentes tiene cobertura de seguro médico y más del 90% de esta cobertura es a través del programa de salud pública (Lomelí, 2001: p. 2).

Dentro de las fronteras de cada país existen comunidades desatendidas o mal servidas. Algunas áreas de San Diego tienen índices altos de pobreza que contradicen su imagen de prosperidad. La tasa de pobreza entre los niños menores de 18 años es de 12% considerada como baja en un promedio de 24 % para el Estado de California. Igualmente, Tijuana, considerada una de las ciudades más ricas de México, tiene muchas colonias populares que carecen de los servicios de urbanización básicos, que la hacen vulnerable a las infecciones o enfermedades prevenibles.

La región Tijuana - San Diego comparte muchos aspectos de infraestructura para la atención y servicios de salud y enfermedades infecciosas, tales como tuberculosis, hepatitis, dengue, HIV/SIDA. La alta incidencia de algunas enfermedades entre los hispanos tiene un impacto en la entrega de servicios de salud y en el estatus de residentes de la región fronteriza de San Diego - Tijuana.

A pesar de que el mercado de prescripción de drogas en Baja California es más eficiente que en San Diego, la regulación es menos rigurosa. Tijuana tenía solamente 500 farmacias en 1997; ahora el número es superior a 1700. Mientras que en Tijuana hay más de 1700 farmacias, en San Diego hay algo más de 100. El negocio de los farmacéuticos en la frontera de México genera cientos de millones de US dólares a la economía mexicana. El número de farmacias mexicanas y negocios para ordenar medicinas por correo crecerá más con la legislación que hace el acceso más fácil y el control más difícil.

No existe el equivalente al FDA que revise este creciente número de farmacias en

Tijuana. La falta de supervisión médica, la falta de entendimiento del paciente acerca de cómo usar los productos médicos y farmacéuticos correctamente, el indiscriminado uso de los productos, la falta de aseguramiento de calidad y seguridad, son preocupaciones para la salud de los usuarios.

En algunos casos, la venta de medicamentos sobre el mostrador en las farmacias de Tijuana requiere de una prescripción médica en los Estados Unidos. Muchos residentes en ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos se benefician de medicinas a precios más bajos, sin una consulta médica acreditada, práctica que puede dar lugar a serias consecuencias médicas.

Se puede decir en general que este desarrollo tiene dos causas: los altos costos de las medicinas en los Estados Unidos y las diferencias de control en las prescripciones y medicinas entre los dos países. En vez de gastar sus ahorros en medicinas y servicios médicos caros, muchos estadounidenses prefieren encontrar otras formas de obtener los mismos servicios a precios más accesibles. Para algunos de ellos, viajar a México se ha convertido en una solución viable.

La política existente deja en las manos de los consumidores ejercer su juicio y seguir el consejo de su médico o del farmacéutico. Un maestro de la escuela preparatoria de Nacional City nacido en Rosarito dice tener seguro médico en los Estados Unidos pero no usarlo salvo cuando es verdaderamente necesario (Escala Rabadán and Vega, 2003). Los consumidores y usuarios estadounidenses encuentran en Tijuana que debido a la proximidad con los Estados Unidos las distancias de viaje no son tan largas, no hay períodos de espera, la calidad de los servicios es aceptable y los costos son bajos.

Los elevados costos de servicios médicos en los Estados Unidos, la pobre cobertura médica de los programas Medicare, las pocas posibilidades de obtención de programas de seguros médicos para una gran parte de la población, las diferencias en los salarios y en el control sobre la prescripciones y medicinas entre los dos países, y la devaluación

del peso mexicano, son factores que se relacionan con la alta demanda de los servicios médicos y medicinas mexicanas.

En términos comerciales estrictos, la ventaja que tienen los socios mexicanos frente a sus socios norteamericanos es el bajo costo de los servicios de salud y productos farmacéuticos dentro de sus fronteras y ciertos factores culturales y geográficos que permiten a los proveedores mexicanos acceder al amplio mercado que ofrecen los retirados y pensionados estadounidenses que residen en México, así como la extensiva población hispana que vive en los Estados Unidos y Canadá. La salud transfronteriza incluye una geografía común y realidades sociales, demográficas, económicas y culturales compartidas.

En la actualidad se identifican cuatro grupos principales de usuarios de los servicios médicos privados mexicanos en la frontera de Tijuana: a) el hispano de origen que habla español, los americanos de origen latino como los *pochos*, *chicanos* y emigrados que viven en Estados Unidos cerca de la frontera; b) estadounidenses, principalmente el segmento de los pensionados y ancianos, y los marginalmente enfermos, usuarios y consumidores; c) *tijuanenses* usuarios de servicios médicos, que consumen medicinas de Estados Unidos; y d) usuarios y consumidores que desean pólizas para atención médica en ambos lados de la frontera.

SEGMENTO DE HISPANOS

Los hispanos - estadounidenses de origen mexicano cuyas ligas culturales y familiares les obliga a regresar periódicamente a los pueblos mexicanos de donde son originarios. La población hispana en California es de 12'066.000 y es la mayor población de origen hispano en los Estados Unidos. El mercado hispano de California representa el 31.2 por ciento del total del mercado hispano en los Estados Unidos, es decir, uno de cada tres hispanos vive en California (Strategy Research Corporation-2002).

Los hispanos representan el 30 % de la población del Estado de California, pero sola-



mente el 4.8% de los médicos con licencia. A un médico hispano le corresponde atender a 2.900 pacientes en promedio, comparado con 335 pacientes no hispanos en promedio para cada médico no hispano (UCLA's Center for the Study of Latino Health, 2001).

Los hispanos de California constituyen un mercado que se disputan las compañías aseguradoras. El turismo de hispanos que consumen servicios médicos privados en Tijuana ha venido creciendo en los últimos años. En el 2001, el 7% equivalente a 1.5 millones de visitantes de los 26.3, acudió por servicios de salud. Para el 2003 el turismo de hispanos generó unos 208 millones de dólares, de los cuales el 8% corresponde a servicios médicos privados.

El acceso y la utilización de servicios de la salud ha sido objeto de varios estudios (Clark 1959; Andersen et al. 1981; Giachello 1988; Hoppoe et al. 1975; Trevino et al. (1996). Algunos investigadores, como Trevino et al. (1996), Giachello (1988), Ginzberg (1991), Andersen et al. (1981) han documentado la baja utilización de servicios de salud entre hispanos debido a los problemas de acceso al sistema de entrega de salud.

Las barreras que describen las características situacionales de los hispanos para tener acceso a los servicios de salud más notorias son una combinación de factores estructurales y de impedimentos institucionales, entre los que se destacan la falta de tenencia de seguro médico (Amey 1995; Park 1997; Valdez et al. 1993), la falta de conocimientos de servicios comunitarios (COSMHO 1995), barreras del idioma (Brenner 1997, Schur et al. 1996), bajo nivel de educación y bajo estatus socioeconómico (Andersen et al. 1981), lugar de residencia (Weinick 1996) y ocupaciones sin cobertura de salud o días de enfermedad (Ginzberg 1991).

Los trabajadores emigrantes mexicanos en los Estados Unidos y en particular en San Diego enfrentan grandes dificultades en los servicios de salud. La inhabilidad para comunicarse efectivamente en inglés con los profesionales de la salud, las diferencias

culturales que les hace difícil confiar al dar su historia personal de salud o los problemas de salud, y la limitada posibilidad para pagar y tener acceso a los servicios de cuidados y atención médica, son solamente algunos de los problemas más comunes que tienen los trabajadores emigrantes legales o indocumentados. Los hispanos tienen familias grandes que gastan y consumen más productos y servicios médicos (Strategy Research Corporation-2002).

Los trabajadores emigrantes no documentados son especialmente vulnerables a los problemas de salud debido a que sus condiciones laborales tienden a estar por debajo de los estándares mínimos establecidos por el gobierno federal, estatal y local o del condado. Estos trabajadores no documentados tienen menor acceso a los cuidados y atención médica que los trabajadores emigrantes documentados.

Para los pacientes que prefieren ser atendidos en México, los bajos costos no son la única consideración. Los hispanos, sobre todo los emigrantes recién llegados, se sienten incómodos y no familiarizados con la cultura médica de los Estados Unidos, debido a las diferencias culturales y a las barreras del lenguaje. El acceso limitado a los sistemas de cuidados y atención de la salud ha sido una preocupación. La pobreza, el status de indocumentados y la marginalización de la población hispana en la región son los principales obstáculos para el acceso limitado e inadecuado a los servicios de salud pública.

La burocracia de los servicios de la salud en Estados Unidos, el transporte, la falta de esfuerzos apropiados de las agencias de cuidados de la salud y las barreras del lenguaje impactan el acceso a los cuidados de la salud. Para muchas familias hispanas, buscar los servicios de cuidados de salud frecuentemente significa cruzar la frontera internacional. Bajo costo, menos burocracia y un idioma común hacen buscar la atención a la salud en Tijuana, la opción preferida para muchos. Esta estrategia binacional de atención a la salud hace de la cooperación un

imperativo. A pesar de que muchos hispanos tienen acceso al sistema de salud en los Estados Unidos, hay necesidad de más atención médica culturalmente competente.

Se ha encontrado que los trabajadores del campo en Estados Unidos prefieren la atención médica en México porque esperan un tratamiento que involucra el uso de la acción rápida, medicinas potentes, pocos o ningún examen de laboratorio y mínimo papeleo. Los trabajadores mexicanos están acostumbrados a visitas rápidas y medicinas potentes administradas en la casa. Para quienes no hablan inglés, las visitas al médico en las clínicas y hospitales de Estados Unidos les parece demandar mucho de su tiempo. A los trabajadores mexicanos no les gusta que en las visitas al médico se les pregunte en inglés, que llenen muchas hojas con información, que hagan esperas para que se les tome la presión sanguínea y se les mida la temperatura, ver al clínico, ir a tomarse exámenes médicos y finalmente tener que regresar en algunos días o semanas nuevamente (Mines, Mullenax, and Saca, 2001:6).

El impacto en la salud y bienestar de la comunidad hispana de San Diego como una comunidad transfronteriza tiene grandes efectos con la ciudad de Tijuana, en su población de 1.4 millones de habitantes. Más de 757.000 personas de los latinos o hispanos, que representan el 27% de la población de San Diego, son mal atendidos en los servicios de salud porque no cuentan con seguro médico, hablan el español de preferencia y en muchos casos ésta es su única lengua.

USUARIOS ESTADOUNIDENSES DE ORIGEN NO HISPANO

Varios reportes dan cuenta de la regularidad con la cual los estadounidenses frecuentan los pueblos y ciudades fronterizas con el propósito de comprar medicina prescrita (Casner and Guerra 1992; Conian 1997; Families USA 1992; Gorman 1996; Korf 1994; McKeithan and Shepherd 1996; Skolnik 1995; Warner 1991).

Los americanos ancianos y los pensionados buscan un buen clima, medicinas baratas y

cuidado médico accesible a largo plazo. Muchos estadounidenses marginalmente enfermos, con enfermedades terminales como leucemia, cáncer, AIDS, diabetes, etc., buscan en México tratamientos de salud alternativos o medicina que no es considerada disponible en los Estados Unidos, cuyo uso está restringido o que ha sido prohibido.

Reportes anecdóticos señalan que los residentes estadounidenses utilizan servicios médicos en México, pero no existen estudios científicos representativos que midan este fenómeno. El creciente número de estadounidenses que se retiran a vivir en las ciudades fronterizas mexicanas o que viajan de los Estados Unidos a los pueblos de la frontera por varias razones y el creciente número que buscan medicamentos, servicios farmacéuticos, dentales y médicos mexicanos están relacionados con las condiciones de la demanda. Algunas de las razones por las cuales los residentes de Estados Unidos van a México a obtener sus prescripciones de medicinas son el fácil acceso, ya que la mayoría de los productos farmacéuticos no requieren prescripción; los precios bajos, lo que significa ahorros sustanciales; y disponibilidad de productos.



Los servicios médicos más usados por los norteamericanos son aquellos que hacen uso directo del tiempo de médicos y enfermeras como consultas generales, terapia y cirugías menores. Este hecho se explica por dos factores: los salarios de los médicos en México son bajos y la calidad de servicios



médicos generales es aceptable de acuerdo con los estándares de Estados Unidos. Si consideramos que los servicios médicos que consumen los americanos caen dentro del rubro de las actividades de trabajo y habilidades intensas, se puede decir que México tiene ventajas comparativas frente a Estados Unidos en la provisión de estos servicios médicos.

Los residentes americanos hacen uso de servicios dentales y oftalmológicos en las ciudades de la frontera mexicana debido a que son más baratos que en los Estados Unidos. Esta misma tendencia se observa en la frontera entre Estados Unidos y Canadá. La principal restricción de este intercambio comercial es la falta de portabilidad en los seguros médicos.

USUARIOS Y CONSUMIDORES TIJUANENSES QUE SE ATIENDEN EN ESTADOS UNIDOS

Guendelman y Jasis (1990) encontraron que solamente el 2.5% de la población mexicana de Tijuana usa servicios de salud en Estados Unidos. En 1994, el promedio mensual de entradas de mexicanos de los pueblos fronterizos que cruzaron a San Diego para atención médica fue de 50 mil (UNCTAD/WHO, 1998).

Las restricciones aplicadas a la migración física entre los Estados Unidos y México, intensificadas recientemente, han limitado el acceso de ciudadanos mexicanos a los servicios de salud disponibles en el lado de la frontera de Estados Unidos. El más frecuente ejemplo de restricción es la reciente aprobación en el Estado de California de la proposición 187 que prohíbe usar servicios públicos de salud y educación a inmigrantes indocumentados (Cornelius, 1995).

USUARIOS Y CONSUMIDORES QUE DESEAN PÓLIZAS PARA ATENCIÓN MÉDICA EN AMBOS LADOS DE LA FRONTERA

El estudio de la Academia de Estudios Internacionales de Salud (The Academy for International Health Studies or AIHS) encontró que la mayoría de los nacionales mexicanos que trabajan en Estados Unidos tienen interés en obtener un seguro médico comprensivo con una póliza que sirva en ambos lados de la frontera (Grantmakers in Health Bulletin, 2000, p. 3). El estudio encontró que el 73% de los nacionales mexicanos que trabajan en los Estados Unidos gana US\$25,000 o menos por año (Grantmakers in Health Bulletin, 2000: p.3). Esto significa, de acuerdo con el estudio de AIHS, que las primas mensuales serían de \$60 o menos (Managed Care Magazine, 2000).



En el 2000, la mayoría de los 80 mil jubilados que vivían en Baja California eran beneficiarios del plan de salud de Medicare, programa que no proporciona servicios fuera de los Estados Unidos.

El consumo externo de servicios de salud puede generar un segmento del mercado que demanda altos niveles de calidad con precios muy elevados dirigido a consumidores nacionales y extranjeros que pueden pagarlos y otro segmento que comprende a los pobres, atendidos con menor calidad en los servicios médicos, restringido en recursos y con poco dinero para pagarlos. La disponibilidad de recursos, incluyendo camas, doctores y otro personal entrenado puede elevarse en los centros con más altos estándares a expensas del sector público.

California ha aprobado un nuevo plan de salud, el Blue Shield's Access Baja HMO, que por primera vez permite a los individuos con beneficios de salud sufragados por empleadores de Estados Unidos obtener servicios médicos en Tijuana. Los servicios de seguros de salud transfronterizos de la Blue Shield, Health Net and Pacific Care toman ventaja de las fortalezas de los sistemas de atención y cuidados de salud de ambos lados de la frontera.

En julio del 2002, Blue Shield lanzó Access Baja SM HMO con un plan para dependientes de trabajadores mexicanos en Estados Unidos que les ofrece cobertura en Tijuana. Más de 50 mil trabajadores cruzan legalmente la frontera diariamente para trabajar en California. Estos tienen ahora acceso a los servicios de salud en la casa Blue Shield of California en asociación con la compañía mexicana de seguros, General de Seguros y tres prominentes hospitales de Tijuana: el Centro Medico Excel, Hospital Notre Dame y Hospital Nova. Este plan atiende empleados de California que prefieren recibir sus servicios de salud en Tijuana, en total unas 50 mil familias, beneficiarias de una amplia gama de servicios mediante pagos fijos y no deducibles. A los empleadores el plan les ofrece más opciones para satisfacer las necesidades de su personal, bajos costos y la consolidación de un plan administrativo.

Las provisiones clave del programa Access Baja HMO Plan incluyen: médicos con licencia para practicar en México y práctica registrada en el Estado de Baja California. Todos los especialistas tienen certificado en sus áreas de especialidad. Todos los hospitales han recibido certificación de la Comisión Nacional Mexicana en Certificación de Hospitales y están entre los primeros hospitales que voluntariamente toman el proceso de certificación. Calidad de cobertura a costos razonables con un bajo pago conjunto para la mayor parte de los servicios de salud. Programas de salud y bienestar para los miembros y sus familias.

PRODUCTOS Y SERVICIOS DE SALUD Y CUIDADOS MÉDICOS EN LA REGIÓN FRONTERIZA

El sistema de servicios y cuidados de salud de San Diego incluye unos 7.000 médicos que ejercen con licencia, enfermeras y enfermeras practicantes, 59 clínicas comunitarias, 27 hospitales, 6 centros de traumatología, centros de atención de urgencias (con orientación de negocios), varios servicios de ambulancia, paramédicos y casi 7.000 camas en hospitales bajo un Sistema de Servicios Médicos de Emergencia operado por el condado y con reconocimientos (San Diego Book of Facts - 2001).

En Tijuana hay 475 hospitales, clínicas, sanatorios y consultorios que ofrecen desde medicina general hasta especialidades tales como oncología, según la Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud.

Además de las iniciativas sin ánimo de lucro de la región fronteriza, las entidades del gobierno también buscan la cooperación intergubernamental de la Oficina de California para la Salud de la Frontera Binacional. En el 2000, a fin de tratar las disparidades significativas en salud y la interdependencia práctica de estadounidenses, inmigrantes, trabajadores emigrantes y nacionales mexicanos en cada uno de los sistemas de entrega de servicios de salud, se creó la Oficina de California para la Salud de la Frontera Binacional (California Office of Binational Border Health, COBBH).



Originalmente, esta oficina tenía la intención de ser una organización de clarificación para los proyectos de salud existentes y emergentes. COBBH asiste en la implementación de una estrategia múltiple para mejorar las condiciones de prevención de enfermedades mediante la conjunción de esfuerzos en la frontera y planea construir facilidades para la atención a la salud en la frontera.

Las facilidades médicas de San Diego ofrecen servicios especializados que no son disponibles en Tijuana; sin embargo, Tijuana ofrece servicios competentes culturalmente no disponibles en San Diego. Los pacientes mexicanos van a los Estados Unidos solamente a buscar tratamientos especializados.

Los servicios y la atención médica en Tijuana son atractivos no solamente por sus bajos costos sino también porque ofrece servicios culturalmente competentes para la población latina. El cuidado de la salud en México es más económico que en San Diego debido a que se ofrece a través de agencias públicas con fuertes subsidios y otros factores tales como bajos costos laborales, menos trabajo de llenado de papeles y medicina más barata. Por ejemplo, una cirugía para la remoción de un tumor canceroso que costaría 7.000 dólares en San Diego, cuesta unos 2.800 dólares en Tijuana (Daily Policy Digest, 2002. 86).

Desde la apertura del Hospital Infantil de las Californias en 1994 y su expansión subsiguiente, los niños en Tijuana y otras partes de Baja California reciben atención médica a pesar de las posibilidades de sus padres para pagar. Antes de esta apertura, los niños tenían dificultades para recibir adecuados tratamientos, ya que Baja California era el único estado fronterizo que no contaba con instalaciones adecuadas. El HIC ofrece consultas en 42 especialidades, con 145 pediatras que donan su tiempo. A pesar de que la mayoría de los pacientes son de México, el HIC también acepta pacientes de Estados Unidos y ofrece servicios médicos a niños de bajos ingresos o de jefes de familia provenientes de San Diego.



Las medicinas alternativas atraen pacientes foráneos, que requieren atención especial. Muchas de las clínicas de Tijuana operan en medicina alternativa y atraen a su clientela mediante recomendaciones persona a persona y no bajo un esquema de actividades promocionales y publicitarias. Los proveedores de esta industria de servicios médicos alternativos predicen que está n presentes en las próximas décadas con un incremento en la demanda más sofisticada.

Siguiendo los resultados del estudio AIHS, los proveedores del seguro médico han empezado recientemente a mercadear productos y servicios que ofrecen ventajas y fortalezas a través de un seguro médico transfronterizo. El seguro médico transfronterizo brinda cubrimiento en ambos lados de la frontera. En el lado de Tijuana, el sistema es culturalmente competente, rápido y de bajo costo; en el lado de San Diego, es técnicamente correcto y provee excelente traumatología y asistencia médica terciaria.



Servicios Médicos Nacionales S.A., con base en Tijuana, Access Baja HMO, un producto de Blue Shield de California, Salud con Health Net, y Blue Cross/ Blue Shield de México, colectivamente sirven a más de 25.000 hispanos enrolados en planes que les ofrecen opciones expandidas para los no asegurados y los indocumentados en los Estados Unidos. Los servicios de salud transfronterizos suscriben servicios primarios de atención médica en Tijuana y servicios de emergencia en California. El pago de la prima mensual es bajo, entre 250 y 300 dólares por familia de cuatro en comparación con los 600 dólares, en otros programas.

En la última década, México se ha convertido en un productor en productos biomédicos con más de 210 FDA facilidades registradas, más que Israel y que Australia e Irlanda combinadas. Para atraer más empresas biomédicas a Tijuana, la Oficina de Desarrollo Económico del gobierno de Baja California ha creado un puesto de tiempo completo de-

dicado a la promoción y desarrollo de esta industria (Terman, 2003). La producción de Tijuana tiene su base en más de 60 firmas de productos, de las cuales 40 tienen su matriz en el Estado de California y afiliadas en San Diego. Entre estas se destacan Alaris Medical Systems, Breg, Continental Laboratories, DJ Orthopedics, Molecular Bioproducts and Sunrise Medical (Terman, 2004).

Con respecto a productos farmacéuticos y medicinas la situación es más compleja. El mercado ofrece grandes oportunidades de negocios a las compañías farmacéuticas, pero tiene muchas imperfecciones. Los costos de investigación y promoción son altos y la competencia lleva a las compañías farmacéuticas multinacionales a fusionarse y concentrarse. La investigación y desarrollo biofarmacéutico es limitado pero existen oportunidades para estimular la capacidad a través de colaboraciones transfronterizas, considerando que las grandes corporaciones reducirían sus costos hasta en un 40%. La producción de farmacéuticos en la región San Diego - Tijuana se muestra como un mercado interesante, pese al comercio informal transfronterizo de productos farmacéuticos y de implementos médicos.

La importación de productos farmacéuticos y equipos médicos para uso doméstico en Estados Unidos debe estar aprobada por la Administración de Alimentos y Bebidas (Food and Drugs Administration or FDA) del Ministerio de Salud Pública. Los productos importados deben pasar los procedimientos de las inspecciones aduanales normales. Sin embargo hay una ley de patentes que controla el licenciamiento de productos farmacéuticos y equipos médicos.

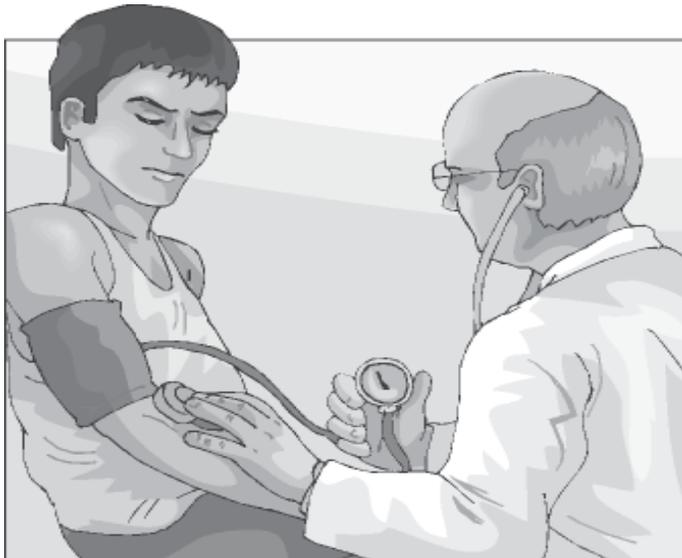
Se calcula que entre 10 y 15 mil personas cruzan diariamente la frontera para recibir atención médica o servicios de homeopatía, para ir al dentista o al óptico, pero más que nada, para comprar medicinas en las farmacias de Tijuana (California Connected, 2003). Las regulaciones de la Food and Drug Administration (FDA) permiten a los ciuda-



danos estadounidenses comprar y reimportar una provisión equivalente hasta de tres meses de medicamentos prescritos validados por una prescripción mexicana o de Estados Unidos. Los precios para una medicina en farmacias de Tijuana pueden ser de hasta un 40% menos que el precio de la misma en San Diego.

Hay otras áreas emergentes para la globalización de los servicios de salud que incluyen los servicios de educación médica y de salud, bases de datos y servicios de diseminación de información, análisis clínicos, investigación, servicios de diagnóstico y especializados, servicios de seguro médico y servicios de consultorio asociados con el mantenimiento y la administración de la entrega de servicios de salud.

El comercio en servicios educacionales relacionados con la salud es una de las áreas emergentes en servicios de atención médica. Se destaca la asistencia a discapacitados y ancianos y el servicio para personas con condiciones de salud crónicas o que se recobran de procedimientos quirúrgicos. Las oportunidades de globalización son también crecientes en áreas de consultorio a distancia, particularmente en cuidados especiales, en curación tradicional y medicina alternativa.



Se ha promovido, aunque limitadamente la investigación y desarrollo de productos y servicios de salud en los sistemas públicos y privados mediante la consolidación de grupos de investigación en la academia y en la empresa. Los fondos financieros para la realización de proyectos de investigación y desarrollo provienen de las empresas interesadas independientemente de que estén asociadas con una institución de investigación y desarrollo tecnológico, una universidad, un centro tecnológico, instituciones de educación superior, empresas de ingeniería y/o consultoría especializada, laboratorios nacionales o extranjeros, para la realización de actividades puntuales y altamente especializadas, indispensables para el éxito del proyecto.

LOGÍSTICA Y CANALES DE DISTRIBUCIÓN

El lugar de origen en Estados Unidos y la distancia de viaje de los usuarios y consumidores de medicinas y servicios de salud son variables. Algunos vienen de tal lejos como de Canadá y en todos los casos su preferencia son los pueblos fronterizos como Tijuana, a fin de mantenerse cercanos a los Estados Unidos por varias razones.

La entrega de servicios de salud transfronterizos incluye el envío de muestras de laboratorio, diagnóstico y consulta clínica por canales de correo tradicional. En la última década, han surgido varias formas de entrega de servicios de salud. Con respecto a las diversas formas de comercio, el movimiento de consumidores en la forma de movimiento de pacientes es el más común, a pesar de que recientemente otros sistemas, como los movimientos de proveedores con presencia comercial de afiliados u otras *joint ventures* y la telemedicina, han aparecido en la región de la frontera Tijuana - San Diego.

Una de las más importantes tendencias es la telemedicina y la integración de información y tecnología con servicios del cuidado de la salud. Este modelo incluye entrega electrónica de servicios de salud o servicios

de telesalud y de telemedicina; también mercadotecnia a través de farmacias on-line. La telemedicina no está sujeta a barreras comerciales sino a capacidades tecnológicas.

La entrega transfronteriza de los servicios de salud a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones tienen implicaciones directas e indirectas para las condiciones de la salud en los países menos desarrollados. Por ejemplo, la telemedicina puede llegar a áreas remotas y desatendidas y a nuevos segmentos de la población. Esto permitirá mayor acceso a los servicios de salud y promover la equidad en la provisión de servicios médicos, mejorar el cuidado, la atención de la salud y la prevención de enfermedades.

En un mercado maduro con libre competencia, la sobrevivencia depende de la calidad de los productos y los servicios. Los servicios médicos, en sentido amplio, son un tipo de producto y de su calidad depende su presencia en el mercado.

La presencia de médicos calificados, dentistas y enfermeras; el bajo costo de los servicios médicos y de productos farmacéuticos; el mejor tratamiento del personal; la buena calidad de los servicios; la rapidez del servicio; el fácil acceso a la infraestructura; la proximidad a los Estados Unidos y la facilidad para cruzar la frontera hacia México se convierten en ventajas comparativas. El consumo externo está vinculado al movimiento de profesionales de la salud y de estudiantes que reciben educación médica y paramédica.

El consumo externo basado en el comercio de servicios de salud puede también generar estructuras de mercados duales o agravar tales tendencias dentro del sistema de cuidados de la salud. Así como puede contribuir a alcanzar una mejor calidad, también puede dar lugar a servicios caros para los nacionales y extranjeros pudientes y una muy baja calidad de servicios para otro segmento del mercado pobre. La disponibilidad de re-

ursos, incluyendo camas, doctores y otro personal entrenado pueden elevarse en los centros con altos estándares a expensas del sector público, a menos que los esfuerzos para asegurar la calidad de los servicios sea uniforme.

La presencia comercial involucra el establecimiento de hospitales, clínicas, centros de tratamiento y enfermerías. Los países se están convirtiendo en economías abiertas a las inversiones extranjeras directas a fin de mejorar y modernizar su infraestructura de servicios de salud y las facilidades de entrenamiento. Las empresas de cuidado y servicios de la salud realizan convenios de cooperación y riesgos compartidos, alianzas y conexiones administrativas.

Dichos arreglos involucran la adquisición de facilidades, contratos administrativos y arreglos de licencias con algún grado de participación local para asegurar el

acceso al entrenamiento y la certificación adecuada de las personas locales y para garantizar los contactos locales y los compromisos. La creciente tendencia hacia la presencia comercial en servicios de salud es evidente en muchos centros regionales de servicios de salud y en las redes y cadenas que

se han formado en los años recientes.

La proximidad y la presencia de proveedores de Estados Unidos de equipo médico, ya sea nuevo o renovado, y la oferta de productos farmacéuticos mexicanos a bajo costo están relacionados y asociados con los servicios de las empresas de soporte.

La comercialización de los servicios de salud a través del movimiento de personal de salud incluye médicos, especialistas, enfermeras, paramédicos, técnicos, consultores, entrenadores, personal de administración de la salud y otros profesionales entrenados y competentes.

La determinación de los sistemas de distribución de la manufactura de medicinas y pro-





ductos farmacéuticos: distribuidores, manejadores, transportistas, mayoristas y vendedores son parte de una compleja red de actividades y tareas que pueden ser muy costosas.

ACTIVIDADES PROMOCIONALES (promoción, publicidad, relaciones públicas, propaganda y ventas directas)

El español es el idioma de uso en los medios de comunicación de los habitantes de Tijuana y de los hispanos de San Diego. El idioma español permanece en el corazón de la cultura y es el idioma en que se toman decisiones de compra. El español constituye la única forma efectiva de alcanzar los \$3 mil millones de dólares de mercado consumidor de Tijuana. En el mercado de consumidores, el 88% de los hispanos de San Diego hablan español (Nielsen Station Index, 2004). El 91.3% de todos los hogares hispanos en San Diego ven y escuchan medios de comunicación en español (Strategy Research Corporation, 2000).

La única manera de alcanzar efectivamente al mercado hispano parlante y a la población bilingüe es anunciar en español, ejemplificar su compromiso y respetar a la comunidad hispana. Los comerciales en español son la única forma de alcanzar el mercado monolingüe en ambos lados de la frontera Tijuana - San Diego. En cuanto a la comprensión de la publicidad a través de los medios de comunicación es mayor en el idioma español que en el nivel de comprensión de los anuncios en inglés (Nielsen Station Index, 2004).

La publicidad en español puede alcanzar más del 85% del mercado hispano de San Diego. Los anuncios en español son más efectivos que en inglés, entre quienes hablan los dos idiomas (RRG - Peter Roslow Research Group, Inc., 2000). Los anuncios en español por correo son 61% mejores que los anuncios por llamadas, tienen un mayor nivel de comprensión y logran resultados con un alto retorno sobre la inversión en publicidad.

Actualmente, el Internet y la Web brindan un alcance global mediante páginas atractivamente diseñadas que se exhiben en

los sitios del mercado que anuncian terapias usando lo más avanzado de la ciencia, pero en muchos casos estas ofertas de servicios no están correctamente sustentadas. En realidad, algunos segmentos son atraídos por recomendaciones de boca a boca.

El área donde puede haber una mayor expansión en el futuro es en cuidados curativos basados en hospitalización. En un futuro los hospitales tendrán un papel más importante en la exportación de servicios para desarrollar por sí mismos el potencial en los mercados externos. Esto significa ofrecer sus servicios en los mercados de servicios médicos internacionales, establecer subsidiarias en el extranjero o abrir canales para enviar profesionales al exterior.

ADMINISTRACIÓN DE VENTAS Y PRECIOS

Los beneficios económicos generados por los pacientes provenientes de Estados Unidos en los servicios privados de salud fue superior a los 18 millones de dólares en el 2003 (Secretaría de Turismo y el Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana, 2003).

A fin de tomar decisiones para la compra de servicios de salud y de medicinas, los consumidores o usuarios deben considerar diferentes factores tales como los costos del viaje y las comunicaciones continuas, los problemas y las inconveniencias de no ser capaz de encontrar a los oferentes en corto tiempo cuando algo va mal y los posibles ahorros asociados con los precios bajos o el tipo de calidad de los servicios o medicinas que necesitan.

Ante la falta de cobertura de los seguros médicos, medicinas como Celebrex que cuestan 5 dólares en Estados Unidos, se ofrecen en las farmacias en Tijuana a un precio 50 centavos de dólar.

Los criterios de seguridad, tolerabilidad, eficacia, facilidad de uso y costos, usualmente utilizados para definir el valor del medicamento, no siempre coinciden con los intereses económicos de las compañías farmacéuticas. Un maestro originario de Rosarito que trabaja en Nacional City sostiene que los es-

tudiantes son llevados por sus padres al médico en Tijuana porque solo pagan de 3 a 20 dólares por visita incluyendo la prescripción y algunas veces la medicina; en contraste, se pagan de 100 a 150 dólares en Estados Unidos cuando se tiene gripe y la mayor parte de las veces no prescriben ninguna medicina (Escala Rabadán and Vega, 2003).

PROBLEMÁTICA

Una restricción para entender la naturaleza del comercio en servicios de salud en la región fronteriza de Tijuana - San Diego y para analizar las tendencias en esta área es la falta de datos internacionalmente confiables, comprensivos y comparables. No existen cifras acerca del volumen del valor de comercio en servicios de salud y los datos existentes no están calculados con rigurosidad en su verdadera magnitud. La mayor parte de los datos e información disponible es anecdótica. Los servicios han sido siempre difíciles de cuantificar en términos de volúmenes y valores debido a su naturaleza intangible y no almacenable. Esto es más delicado en el caso de servicios sociales como salud, donde la información y los datos no están disponibles ni clasificados.

Existe una gran variedad de problemas en la frontera entre México y Estados Unidos, relacionados con la salud. Las limitaciones en los recursos humanos, financieros y de infraestructura restringen el alcance del comercio. Se requiere reformar los mecanismos financieros de atención de la salud enfatizando la eficiencia y equidad en la asignación y utilización de recursos de salud. El costo de cuidados de salud termina siendo prohibitivo para muchos ciudadanos y residentes, particularmente para aquellos que no están asegurados. Se requiere descentralizar la autoridad para la administración de recursos de salud a niveles locales y municipales y de organizaciones no gubernamentales. Es necesario promover el uso de nuevas tecnologías y técnicas de administración de negocios para mejorar la administración de la salud pública.

Entre las barreras institucionales para acceder a los servicios de atención de la salud están la falta de proveedores disponibles de servicios médicos, la localización remota de instalaciones o lejos del transporte público el sistema de pago de cuotas por servicio, excluyendo el seguro público Medicare y Medicaid.





Existen muy pocos datos disponibles que midan los problemas relacionados con la salud en esta área y no existen datos primarios representativos en la literatura publicada. La constante migración entre estas ciudades fronterizas afecta los problemas relacionados con la salud e impacta la forma de acceder a los servicios y cuidados de la salud.

La alternativa para viajar a la frontera mexicana para la provisión de servicios médicos es una medida desesperada para solucionar las barreras relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud para recibir atención local y limita a los estadounidenses, especialmente hispanos, residentes en la frontera.

El sistema de servicios de salud de Estados Unidos, el más grande en el mundo, requiere reformas cuando importantes porciones de la población, especialmente los que viven cerca de la frontera con México, la cruzan a fin de obtener servicios y cuidados médicos allí.

Los pueblos de la frontera mexicana en general, como el caso de Tijuana, no están totalmente preparados para negociar con el comercio internacional en servicios de salud. Tijuana, por ejemplo, tiene considerables limitaciones de infraestructura y las condiciones existentes necesitan mejorarse. Los departamentos de planeación local tienen la tendencia a preocuparse por el desarrollo de fraccionamientos para las plantas ensambladoras o maquiladoras más que por otros tipos de comercio.

Se hace necesario el establecimiento de reglas y marcos regulatorios internacionales en áreas que anteriormente eran de dominio exclusivo de las políticas nacionales. Por lo tanto, se requiere revisar las leyes y regulaciones que inciden en el crecimiento de la industria de la salud tanto para el consumo doméstico como para el exterior. Se deben realizar acuerdos y compromisos multilaterales para promover un medio ambiente libre en el comercio en servicios de la salud. A pesar de que la UNCTAD ha estado analizando el comercio en servicios médicos desde 1985, solo hasta 1997 el asunto

fue visto como ventajoso para países desarrollados y menos desarrollados. Ni México ni Estados Unidos han analizado el potencial total del desarrollo internacional del comercio en servicios médicos entre los dos países. Es necesario reducir procedimientos innecesarios y regulaciones que limitan el desarrollo; al mismo tiempo, acelerar la aplicación de leyes esenciales.

Si se tiene que desarrollar el comercio internacional en servicios de salud, se requieren estudios más profundos para identificar con precisión la demanda de los servicios médicos mexicanos. Se hace necesario monitorear sus tendencias y cambios, divisar esquemas específicos de comercio y efectuar reuniones binacionales al respecto. Hasta ahora, las reuniones han tratado el asunto de la salud en general y no el comercio internacional de los servicios de salud.

Las circunstancias actuales obligan a los gobiernos locales a desarrollar este sector como una fuente real de beneficios comerciales. Se requiere fortalecer el monitoreo del gobierno y los sistemas de control para asegurar la calidad, la seguridad y los precios razonables de productos a los consumidores. Hay que desarrollar mecanismos y cuerpos autónomos para el control de la calidad de los hospitales públicos y privados y para promover la diseminación de la información sobre estándares de calidad y precios de servicios hospitalarios, para estimular la competencia del mercado y proteger a los consumidores. Se requiere promover la participación del sector privado en investigación de servicios de salud, análisis de laboratorios, diseminación de información y campañas para la protección del consumidor mediante apoyo presupuestal y documentos técnicos mientras se reduce el control innecesario de las regulaciones del gobierno.

En países en desarrollo como el caso de México, la posibilidad de demandar a una compañía multinacional es remota, inefectiva, innecesariamente costosa e inapropiada. Productos dañinos para la salud están en venta. Como resultado, el consumidor compra y utiliza la medicina prescrita por un profesional que no está bien informado para to-

mar la mejor decisión o, bien, no tiene la licencia para hacerlo. La información disponible para los pacientes es pobre o inexistente y la calidad de la publicidad no es confiable. Es necesario, por tanto, una mayor regulación que proteja al consumidor de los abusos y riesgos potenciales.

A pesar de la evidente cooperación transfronteriza, la situación de los servicios de salud sigue siendo crítica. Quienes promueven la salud y las autoridades de ambos países se encuentran en un dilema por la dificultad para balancear las dificultades evidentes cuando requieren tratar asuntos de salud relacionados con sus ciudadanos. La estrecha colaboración entre gobiernos, consumidores, asociaciones públicas y privadas, etc., hará que esta región binacional funcione efectivamente para proveer el mejor cuidado y la atención de la salud al menor costo para todos los residentes.

La interconexión de los asuntos de la salud y la interdependencia entre ofertantes, demandantes de servicios y productos para el cuidado de la salud se relacionan con la prescripción de medicina y drogas, los costos de los servicios médicos, etc. Los retos ambientales y las disparidades en los indicadores de salud en la frontera indican que la región requiere de intervenciones estratégicamente orientadas a una cultura apropiada, bien integrada y de alcance binacional. Los Estados de California y Baja California buscan estrategias para satisfacer las necesidades de la región. Mientras que un acercamiento bilateral parece ser el medio necesario para resolver las necesidades de salud humanas y ambientales de la región, el trabajo binacional es un extraordinario reto. El conocimiento de estos factores puede mejorar la cooperación transfronteriza y fortalecer las ligas en beneficio de todas las artes involucradas.

En el área de salud, hay tremendas oportunidades para las iniciativas binacionales innovadoras para mejorar la calidad de la salud entre los residentes de la región fronteriza de San Diego - Tijuana. Los hospitales están tratando de obtener acreditación en las normas de calidad ISO para ser aceptados

por las firmas aseguradoras internacionales que buscan hospitales adecuados para satisfacer las necesidades de sus clientes.

Cualquiera que sea el método posible para el comercio internacional de servicios de salud, la calidad es un requisito indispensable, no solamente para la promoción de su potencial sino también para mejorar su posición en el mercado de los servicios médicos domésticos. Con la orientación hacia la exportación de servicios médicos de salud, los hospitales deben hacer un mayor esfuerzo y requerir mejores estándares de calidad en el servicio. Otras medidas adicionales, comprenden el entrenamiento de equipos profesionales para proveer servicios médicos a consumidores extranjeros en estándares internacionales, introducir equipo médico y técnicas del estado del arte orientadas hacia los requerimientos de los estándares de los servicios internacionales.

La región transfronteriza representa un reto para la dos naciones y oportunidades múltiples para alentar la infraestructura geofísica y para el desarrollo de empresas económicas en el área de salud. Se requiere promover las redes de desarrollo de la salud en todos los niveles involucrando la cooperación de todas las partes involucradas, incluyendo el gobierno, las organizaciones no gubernamentales, el sector de negocios, las organizaciones y los medios de comunicación. Se deben analizar en el contexto las provisiones relacionadas con los movimientos transfronterizos de proveedores y consumidores de servicios de la salud, el papel de los inversionistas en el sector salud y de negocios asociados tales como seguros y sistemas de pagos transfronterizos.

Entre las posibles soluciones al problema de la escasez de profesionales en salud está la de abrir las oportunidades para que profesionales de la salud mexicanos tengan sus prácticas en Estados Unidos u obtengan una licencia especial para satisfacer la demanda creciente de profesionales en la salud en la región fronteriza. La posibilidad de establecer sistemas regionales de mutuo reconocimiento y unificación de procedimientos de licenciamiento y certificación necesita ser



considerada de acuerdo con los alcances de las conexiones de los servicios de salud con los servicios de viajes y turismo.

Un plan estratégico para incrementar la participación en los servicios de salud debe considerar como objetivos incrementar la capacidad en la producción de materias primas necesarias para la manufactura doméstica de las medicinas tradicionales y modernas revisando la estructura de los impuestos de exportación e importación para materias primas y para la promoción de licencias o *joint ventures* en la manufactura de medicinas.

CUESTIONAMIENTOS

Algunos de los principales cuestionamientos que deben ser planteados en este contexto se relacionan con el impacto de la privatización comercial en los servicios de salud sobre costo, calidad y disponibilidad de tales servicios en países de desarrollo como el caso de México. ¿Qué políticas y estrategias pueden promover las exportaciones de servicios públicos médicos y qué lecciones pueden aprenderse de experiencias previas? ¿Qué tipos de políticas de apoyo y medidas se requieren para asegurar que el comercio en los servicios de salud no sea a expensas de las prioridades nacionales y de los intereses de los pobres?

Con respecto al sector farmacéutico, la privatización controlada puede dar lugar a oportunidades de competencia. Sin embargo, desde que la medicina privada se expande poco a poco y limitadamente, las zonas urbanas y la pobreza absoluta es todavía frecuente y común. La introducción de nuevas drogas en el mercado demanda información relacionada con su utilización y sus efectos secundarios.

Queda en claro que el comercio en los servicios de salud lleva a una variedad de preguntas difíciles. Las respuestas a estas cuestiones no pueden generalizarse porque dependen en gran parte de las circunstancias específicas de los países y del ambiente de las políticas. Es difícil concluir que la relación entre las ciudades y los pueblos fronterizos, como es el caso en la región Tijuana

- San Diego, sea una relación de dependencia porque en la mayoría de los casos se pueden encontrar relaciones complementarias relacionadas con la división del trabajo. Sin embargo, uno de los principales puntos que se enfatizan en este estudio es que si es posible elevar los ingresos provenientes del comercio de los servicios de salud y mitigar las consecuencias negativas asociadas al diseño de políticas y de iniciativas a niveles multilateral, nacional y regional.

En general, el incremento del movimiento de personas ha tenido un efecto importante en el comercio de servicios de salud. Aunado a esto, el concepto de usuario móvil y proveedor inamovible no puede ser confinado solamente a las personas con altos recursos económicos en los países en desarrollo.

¿Cómo puede balancearse el sector privado para mantenerse competitivo frente a la tendencia de la creciente comercialización de los servicios de salud? ¿Cuál es el rol de la comunidad internacional, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Mundial del Comercio en este aspecto? Estos son temas que merecen consideraciones serias para determinar si los gobiernos han de tomar ventaja de las oportunidades de la emergente globalización en servicios de salud.

A pesar de que el sistema de salud eventualmente se beneficia del crecimiento económico resultante de los procesos de globalización, los beneficios de corto plazo pueden ser favorables para los médicos individuales, los farmacéuticos privados y las compañías de medicamentos. Si se aceptan estos resultados, resulta interesante preguntarse qué alternativas tienen los hispanos para satisfacer sus necesidades de salud fuera del sistema formal de servicios.

El hecho de que los estadounidenses usen servicios médicos y compren medicina en Tijuana abre la hipótesis de que México puede tener una ventaja comparativa sobre los Estados Unidos en la provisión de servicios médicos específicos. Esta capacidad para vender los servicios a los extranjeros incluye factores tales como la calidad de los ser-

vicios, costos bajos, lenguaje o ligas de competencia culturales y proximidad geográfica. Para los pacientes estadounidenses, la ventaja competitiva de México en la oferta de servicios médicos es tanto en calidad como

en precio. Esta es una prueba más de las ventajas competitivas en la exportación de servicios entre países y bloques comerciales regionales.

BIBLIOGRAFÍA

AGUAYO, Jennifer; BROWN E., Richard; RODRÍGUEZ, Michael A.; y MARGOLIS, Lia (2003). Important Health Care Issues for California Latinos: Health Insurance and Health Status. Health Policy Fact Sheet, available (last accessed 1/15/04) en: <http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/publication.asp?pubID=60#download>.

CHERYL, Amey; SECCOMBE, Karen; DUNCAN R., Paul (1995), Health Insurance Coverage of Mexican American Families in the U.S. Journal of Family Issues, 16, (4), 488-510.

ANDERSEN, Ronald; KRAVITS, Joana; ODIN, Anderson (1975). Equity in Health Services. Cambridge: Ballinger.

ANDERSEN, Ronald; ZELMAN LEWIS, Sandra; GIAEHELLO, Aida L.; ADAY, Lu Ann; y CHIU, Grace (1981), Journal of Health and Social Behavior. 22 (March), 78-79.

Annual Border Health Status Report (2000). California Office of Binational Border Health. BRENNER, Paul R. (1997). Issues of Access in a Diverse Society. The Hospice Journal, 12 (2), 9-16.

BROWN E., Richard; PONCE, Ninez; RICE, Thomas; y LAVARREDA, Shana Alex. (2003). The State of Health Insurance in California: long-term and intermittent lack of health insurance coverage. UCLA Center for Health Policy Research. Available at <http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/publication.asp?pubID=78>, last accessed 1/14/04.

California Connected (2003). (KPBS May 22, 2003).

CASNER, Paul R.; Guerra, Luis G. (1992). Purchasing Prescription Medication in Mexico without a Prescription, the Experience at the Border. Western Journal of Medicine 156 (5): 512-16.

CLARK, Margaret (1959), Health in the Mexican-American Culture. Berkeley: University of California Press.

CONIAN, Michael F. (1997). Border Pharmacy: down Mexico way, Rx prices are low and Americans are loading up. Drug-Topics 141: 42-54.

CORNELIUS, WA. (1995) ¿Ninguna salida? La migración mexicana hacia los Estados Unidos y la relación bilateral después del TLC. Este país 1995;26-31.

COSSMHO. National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations (1995), Meeting the Health Promotion Needs of Hispanic Communities. American Journal of Health Promotion, 9 (4), 300-11.

County of San Diego Health and Human Services Agency (2001). Report Card. p. 26. Daily Policy Digest (2002), April 29, 2002. 86.

DAY, Jennifer Cheeseman (1996). Population Projections of the United States by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin: 1995 to 2050. U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports, P25-1130. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. Available at <http://www.census.gov/prod/1/pop/p25-1130>. ELORDUY WALTER, Eugenio (). Tercer Informe de Gobierno. Baja California.





ESCALA RABADÁN, Luis; VEGA, German (2003) Cross-Border Commuters in the Tijuana-San Diego Region: Insights from Case Studies. Presented at Center for U.S.-Mexican Studies, University of California, San Diego, November 14, 2003.

Families USA Foundation (1992) Crossing to Mexico: Priced out of American health care. Washington, DC: Families USA Foundation. 15.

GIACHELLO, Aida L. (1988) Hispanics and Health Care. Pp. 159-194 in Hispanics in the United States, Pastora San Juan Cafferty and William C. McCready, Editors. New Brunswick, New Jersey: Transaction Books.

GINZBERG, Eli (1991) Access to Health Care for Hispanics. Journal of the American Medical Association. 265 (January), (2), 238-41.

Global Insight (2003). The Hispanic Consumer Market in 2002 & Forecasts to 2022. May 2003.

GÓMEZ-DANTÉS, Octavio; FRENK, Julio; CRUZ, Carlos (1997). Commerce in health services in North America within the context of the North American Free Trade Agreement. Rev. Panam Salud Publica, Vol. 1 n. 6, Washington, June.

GORMAN, Christine (1996). Border bargains. Time 147 (54).

Grantmakers in Health Bulletin (2000), July 24, 2000, p.3.

GUENDELMAN, Sylvia; M. Jasis (1990) Measuring Tijuana residents' choice of Mexican or U.S. health care services. Public Health Reports, 105 (6), 575-84.

HAWRYLUCK, Markian (2001). Drugs without borders: When prescription drugs go over the line. To ease drug price concerns, congressional lawmakers seek to legalize personal reimportation of prescriptions. But safety concerns persist. AMNews staff. Oct. 22/29, 2001

HIC website (2004) (<http://www.usfcc.org/hospital.html>), last accessed 1/14/04.

Hispanic Marketing Research Corporation (1990). Tijuana Market Study.

HOPPOE, Sue K.; HELLER, Peter L. (1975) Alienation, Familism and the Utilization of Health Services by Mexican-Americans. Journal of Health and Social Behavior 1b (3), 304-14

INEGI (2000). XII Censo General de Población y Vivienda. México.

JARGOWKY (2003). Stunning Progress, Hidden Problems: The Dramatic Decline of Concentrated Poverty in the 1990s. May 2003, Washington, D.C.: Brookings Institution. 101.

KORF, D.J. (1994). Drug tourists and drug refugees. In E. Leuw and I. H. Marshall editors, Between prohibition and Legalization: the Dutch experiment in Drug Policy. Amsterdam/New York: Kugler Publications.

Live Births By Race/Ethnic Group* Of Mother, California Counties And Selected City Health Departments, California, 2002.

LOMELÍ, Blanca (2001). La salud en Baja California: Necesidades y oportunidades desde una perspectiva comunitaria. Mimeo.

Managed Care Magazine (2000). available (last accessed on 3/8/04) at http://www.managedcaremag.com/archives/0008/0008.news_intlplan.html.

MCKEITHAN, E. Kristin; SHEPHERD, Marvin D. (1996). Pharmaceutical products declared by U.S. residents on returning to the United States from Mex co. Clinical Therapeutics 18 (6):1242-51.

MINES; MULLENAX; SACA (2001) The Binational Farm Worker Health Survey. p. 6.

National Latino Research Center (2004). The Border that Divides and Unites: Addressing Border Health in California. October 2004

Research Report Prepared for The California Endowment by the NATIONAL LATINO RESEARCH CENTER California State University San Marcos.

Nielsen Station Index (2004). Language Universe Estimates Orange and San Diego Wrokgroup, (2002). Insure the Uninsured Project. Charts, available (as of 3/8/04) from <http://www.work-and-health.org/regionalWG/OrangeSDCounty/OrangeandSD.html>.

PARK, J.; BUECHNER, J.S. (1997). Race, Ethnicity, and Access to Health Care. *Journal of Health & Social Policy*, 9, 1, 1-14.

RUNGSTEN, David (2003) The Origin of Mexican Migrants in San Diego County: Information from Mexican Matricula Consulars. Preliminary research findings presented at workshop Ties that Bind Us: Mexican Migrants in San Diego. UCSD, Center for U.S.-Mexico Studies, November 14, 2003.

SCHUR, Claudia L.; ALTIERS, Leigh Ann (1996) Language, sociodemographics, and health care use of Hispanic adults. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 7 (2), 140-58.

SHARP, John (1998). *Bordering the future: challenge and opportunity in the Texas border region*. Texas Comptroller of Public Accounts. Austin, Texas.

SKOLNICK, Andrew A. (1995). Crossing 'Line on the Map' In Search of Hope. *Journal of the American Medical Association*, 173 (21), 1646-48.

SRC San Diego Hispanic Market Study (1989). *Crossborder Shopping 1989*, Strategy Research Corporation, (2000)- Tijuana population estimates. Tijuana DMA: Tijuana, Tecate & Rosarito.

Strategy Research Corporation (2002). *U.S. Hispanic Market Blue Book*.

Synovate (2004). *U.S. Hispanic Market Report*.

TERMAN, Elias (2004). *From TVs To Biomedical Devices*. San Diego Metropolitan. December.

TERMAN, Elias (2003). *Cross border life science manufacturing. Where do we go from here?* San Diego Dialogue.

TREVINO, Robert P.; TREVINIO, Fernando M.; MEDINA, Rolando; RAMIREZ, Gilbert; y RAMIREZ, Robert R. (1996) Health care access among Mexican Americans with different health insurance coverage. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 7 (2), 112-21.

UCLA's Center for the Study of Latino Health (2001).

UNCTAD/WHO (1998). *Regional trade between the US and Mexico in the context of NAFTA*, Chapter 10.

United Nations Centre for Human Settlements (UN Habitat) (2001). *Cities in a Globalizing World: Global Report on Human Settlements*. 2001. Pages 17-18.

U.S. Customs Service (2000-2001). Fiscal Year 2000-2001 estimates were not available yet.

USITC (1999). *Health Care Services*. In *Recent Trends in US Services Trade*, Chapter 13, Washington DC, 1999, pp. 13-1-13-8.

VALDEZ, R. Burciaga; MORGENSTERN, Hal; BROWN, E. Richard; WYN, Roberta; WANG, Chao; y CUMBERLAND, William (1993) Insuring Latinos Against the Costs of Illness. *Journal of the American Medical Association*, 2;69 (February 17), 7, 889-94.

WARNER, David C. (1991). Health Issues at the U.S.-Mexican Border. *Journal of the American Medical Association*, 2;65 (January 9), 2, 242-47.

WEINICK, R. M.; DRILEA, S. K. (1996). Usual sources of health care and barriers to care. *Statistical Bulletin Metropolitan Insurance Company*, 79, 1, 11-70.

