

**EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN
TIJUANA-SAN DIEGO: USUARIOS, PRODUCTOS,
LOGÍSTICA Y ACTIVIDADES PROMOCIONALES**
VARGAS-HERNANDEZ, Jose G.*

Abstract.

This article analyses cross-border trade of health services, between Mexico and the US in the area of Tijuana-San Diego, focusing on the different kinds of customers, the variety of products and services, logistics, advertisements and promotional activities. It is a novel study of an important branch of the economy with suggestions to foster socio-economic cooperation between both countries.

JEL classification: F2, I11, R22

Keywords: Health Services, Tijuana, San Diego, cross-border trade, Mexico, USA.

Resumen

Este estudio analiza los distintos aspectos del comercio transfronterizo de servicios de salud en el área Tijuana-San Diego, incluyendo las distintas modalidades de usuarios, las variedades de productos y servicios, la logística y las actividades de publicidad y promoción. Se trata de un estudio novedoso de un sector importante en un área de integración económica que es preciso regular para impulsar la cooperación socio-económica entre ambas regiones.

Palabras clave: Servicios de Salud, Tijuana, San Diego, Relaciones fronterizas, México, USA

* José G. Vargas-Hernández, M.B.A.;Ph.D.Visitant Scholar, Institute of Urban and Regional Development, University of California at Berkeley, CA, USA, e-mail: jvargas08@berkeley.edu, and Centro de Estudios Superiores del Noroeste-Universidad, Tijuana, Baja California, Mexico, e-mail: jvargas@cesun.edu.mx

1. Los servicios de salud en la región Tijuana-San Diego.

Varios estudios sobre la provisión de los servicios de salud en el área de la frontera entre Tijuana y San Diego se han hecho por diferentes organizaciones. Curiosamente, la literatura sobre este tema empieza a incrementarse en los 90s debido a los desarrollos que tienen su base en el incremento en la población de origen hispano en los pueblos de la frontera y en 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 de intensos y de integrados. 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. Adicionalmente, 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 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, sobretodo de Estados Unidos en el mercado de los servicios de la salud en dicha región fronteriza. Los estudios que existen sobre el comercio en la frontera entre los Estados Unidos y México no intentan buscar elementos de ventajas comparativas sino que proveen 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 a estas fechas. La mayor parte de estos estudios

han sido hechos 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.

El grupo que realiza estudios relacionados con el estado de la salud, el control y la erradicación de enfermedades transmisibles que 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 para 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 capturar el 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, estos esfuerzos se consideran como formas de ejercicio para alentar el comercio internacional en los servicios médicos entre México y los Estados Unidos.

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 capita en cuidados de salud entre los países desarrollados. Estados Unidos enfrenta una crisis de los servicios de salud la falta

de acceso o limitado de algunos grupos de población, los altos costos de los servicios de salud y medicinas, a falta de calidad en los servicios que se ejemplifica por el alto grado de errores médicos y de medicación que se documentan. La reimportación de medicinas y productos farmacéuticos esta escalando en los últimos años ante la falta de monitoreo y administración de productos y cuidados del paciente. Mas de 34 millones de residentes estadounidenses no asegurados requieren de un sistema se cuidados de salud mas accesible y económicamente disponible. De acuerdo a 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 están asegurados 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 si pueden contratar servicios de salud con la aceptación de la Matrícula por parte de Blue Cross para ellos y a sus familias.

Los no asegurados no son siempre los pobres. Muchos trabajadores de la clase media tampoco pueden pagar las pólizas crecientes de los seguros médicos, lo que los hace prohibitivos para las empresas pequeñas y medianas que ofrecen seguro de salud como un beneficio a sus empleados. Por lo tanto, a muchos pobres les gustaría tener seguro medico pero no pueden pagarlo. A pesar de que introducir cualquier droga prescrita en territorio de Estados Unidos es técnicamente ilegal, la agencia Food and Drug Administration estima que mas de dos millones de paquetes conteniendo productos regulados entran anualmente a través del correo. La proximidad de California a la frontera con México hace la salud binacional y fronteriza como 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 trafico 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, capacidad, calidad, accesibilidad y productividad de los servicios de salud. Considerado uno de los más desarrollados mercados latinoamericanos 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. Por lo tanto, los temas que están relacionados con la intervención del gobierno son los que se relacionan con la telemedicina, una forma que el gobierno mexicano ha visto para la 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. Además crea oportunidades para los entrenados de los países en desarrollo para buscar entrenamiento en centros internacionales de excelencia. La presencia comercial puede también hacer posible la mejora mejorar la calidad a través de la introducción de técnicas de administraron superior y de sistemas de información. También puede haber externalidades positivas para las instituciones de entrenamiento

nacional. La presencia comercial foránea en el sector de la educación medica en la forma de joint ventures entre escuelas de medicina locales y extranjeras puede ayudar a los países receptores a diferenciar y a mejorar la curricula de estudios mientras se generan ingresos para la institución exportadora y se alienta la reputación técnica y científica.

La importancia de la frontera U.S. – México, 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 una anualidad medica (Brown, et.al, 2003, p. 11-12). Los californianos de bajos ingresos son más propensos a estar sin seguro por un tiempo más largo. Un promedio de 86% de los infantes en edades entre 0 y 17 tienen seguro medico. 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 medico continuamente. Los niños de hogares pobres o casi pobres (abajo del 200% de FLP) son el 80% de los niños sin seguro medico (Brown et.al., 2003. p. 17). La cobertura del seguro medico 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 al 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 solamente 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, afro americanos y asiáticos americanos/isleños del Pacifico están asegurados todo el año comparado con solamente 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%, más alta de no asegurados, durante todo el año. Son los no ciudadanos los que más 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 un impulso a la movilidad transfronteriza de consumidores dentro de la región. Clínicas privadas de Tijuana están cubriendo 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. Debe ser notado, sin embargo, que incluso fuera del TLCAN, siempre ha habido un movimiento transfronterizo de pacientes entre Estados Unidos y México. El movimiento transfronterizo de servicios siempre ha existido como la transmisión de información de diagnóstico o terapéutica por medios de comunicación normal no ha sido nunca restrictiva. En todo caso, por varios años un número de laboratorios privados mexicanos han preguntado regularmente a los Estados Unidos por ciertos tipos de 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 sur buscando servicios de salud asequibles y medicinas de bajo costo, encontrando además que los niveles de la calidad son también aceptables. Similarmente, los impactos crecientes de la salud transfronteriza están logrando ser más pronunciados. 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 a ciudadanos 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 estima 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 se estima que cada ciudadano de San Diego gasto \$3,759.224 en el 2001, comparativamente uno de los mas 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 medico (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 medica formado por tres componentes: para residentes con seguro privado y/o ingreso discrecional, seguro público y los no asegurados.

En San Diego, consumidores de medicamentos y usuarios de servicios médicos sin seguro obtienen gratis y sin compensación cuidado o pagan de su propio bolsillo de acuerdo a una escala de tarifas en las clínicas comunitarias y otros proveedores de seguridad y salud. Los programas de aseguramiento Medi-cal 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 medico son mas pronunciadas. El 73% de los niños hispanos tienen segur medico comparado con el 94% de africano americano y 93.4% de niños blancos (San Diego County Child and Family Health and Well-Being Report Card 2002, p) La agencia de Servicios de Salud y Humanos del Condado de San Diego que a pesar de que el porcentaje de niños menores de 19 años quienes tienen seguro medico se incrementó en san Diego en el periodo 1995-2000, el 24 por ciento de niños y jóvenes hispanos aun carecen de seguro en el 2000.

La carencia de seguro medico no significa que la salud de los niños hispanos se descuide por sus padres. El reporte encontró que el 88%, un porcentaje más alto de niños hispanos en San Diego fueron adecuadamente inmunizados comparados con el 79% de otros grupos étnicos. No obstante, la falta de seguro medico 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). La alternativa que tienen 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 utilizan 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 por la cuenta de sus servicios médicos por menos del 5% de las visitas a los cuartos de emergencia en el Condado de San Diego (Orange and San Diego Wrokgroup, 2002)

Mientras que en Tijuana de acuerdo a datos del Censo del 2000, el 47.9% de los residentes tienen 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 muy 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, haciéndola vulnerable a las infecciones o enfermedades prevenibles.

La región Tijuana – San Diego que comparte la frontera de México con Estados Unidos también comparte muchos aspectos de infraestructura para la atención y servicios de salud, enfermedades infecciosas que cruzan libremente la frontera, tales como tuberculosis, hepatitis, dengue, HIV/SIDA. La alta incidencia de algunas enfermedades entre los hispanos indudablemente que tienen 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 mayor a 1,700. Mientras que en Tijuana hay mas de 1700 farmacias, en San Diego hay solamente un poco mas de 100. El negocio de los farmacéuticos en la frontera de México es una atracción turística y genera cientos de millones de US Dólares a la economía mexicana. El número de farmacias mexicanas y negocios para ordenar medicinas por correo crecerá mas con la legislación que hace el acceso mas fácil y el control mas difícil.

No existe el equivalente al FDA que revise este creciente número de farmacias en Tijuana. La falta de supervisión medica, la falta de entendimiento del paciente de como 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 incrementar 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 medicas serias. 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 asequibles. 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 medico o del farmacéutico. De acuerdo a un maestro de la escuela preparatoria de Nacional City nacido en Rosarito, quien dice tener seguro medico en los estados Unidos pero no usarla salvo en casos cuando es verdaderamente necesario. (Escala Rabadán and Vega, 2003). Al arribar los consumidores y usuarios estadounidenses de medicinas y servicios de salud a Tijuana, encuentran que debido a la proximidad con los Estados Unidos, las distancias de viaje no son tan largas, no hay

periodos 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 medica de los programas Medicare, las pocas posibilidades para la obtención de programas de seguros médicos para una gran parte de la población, 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. La derrama económica generada 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 de aviso 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 buena cobertura de los seguros médicos, medicinas como Celebrix que cuestan 5 dólares en Estados Unidos, se ofrecen en las farmacias en Tijuana a un precio 0.50 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 estudiantes son llevados por sus padres al medico en Tijuana porque solo pagan de 3 a 20 dólares por visita e incluye la prescripción y algunas veces la medicina cuando se paga de 100 a 150 dólares en Estados Unidos cuando se tiene gripe y la mayor parte de las veces no prescriben ninguna medicina para eso (Escala Rabadán and Vega, 2003). 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 ofrece 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 incluyen temas compartidos por una geografía común y por realidades sociales, demográficas, económicas y culturales de la región Tijuana San Diego.

Tres principales grupos de usuarios de los servicios médicos privados mexicanos y consumidores de medicinas en la frontera de Tijuana, se identifican en la actualidad: 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) Tijuanaenses usuarios de servicios medicos, que consumen medicinas de estados Unidos, y d) usuarios y consumidores que desean pólizas para atención medica en ambos lados de la frontera.

2. Principales segmentos de usuarios

2.1. Segmento de hispanos: Los hispanos - estadounidenses de origen mexicano cuyas ligas culturales y familiares los mantienen regresando periódicamente a los pueblos mexicanos de donde son originarios. La población hispana en California es de 12, 066, 000 y es la más grande 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 esta en California.(Strategy Research Corporation-2002). Los hispanos representan el 30 % de la población del Estado de California, pero solamente el 4.8% de los médicos con licencia. A un medico hispano le corresponde atender a 2 900 pacientes en promedio, comparado con 335 pacientes no hispanos en promedio para cada medico 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, acudieron por servicios de salud. Para el 2003 el turismo de hispanos dejó una derrama de 208 millones de dólares, de los cuales el 8% fue en servicios médicos privados.

La preocupación sobre el acceso y la utilización de servicios de la salud ha sido el tema de estudio (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 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 retos para la satisfacción de sus necesidades de salud. La inhabilidad para comunicarse efectivamente en Inglés con los profesionales de la salud, las diferencias culturales que les hace difícil confiar en 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 extendidas y más 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 sus condiciones laborales y de vida que 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, sobretodo, los más recientes emigrantes 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, la transportación, 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.

Un estudio encontró 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 trabajo de llenado de papeles mínimo. 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 tienen grandes efectos con la ciudad de Tijuana, con una población estimada de 1.4 millones de habitantes. De los más de 757,000 personas de los latinos o hispanos que representan el 27% de la población de San Diego, la gran parte de los cuales son mal atendidos en los servicios de salud porque no cuentan con seguro médico, hablan el español de preferencia y muchos casos como su única lengua, y tienen problemas para comunicarse en Inglés.

2.2. Segmento de 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). En este segmento se comprenden los americanos ancianos y los pensionados buscan un buen clima, medicinas baratas y asequible cuidado médico a largo plazo, y los estadounidenses que son considerados como marginalmente enfermos, que sufren de enfermedades terminales como leucemia, cáncer, AIDS, diabetes, etc., y que buscan 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 por el fácil acceso, ya que la mayoría de los productos

farmacéuticos no requieren prescripción, los precios bajos lo que significa ahorros sustanciales y obtener productos que no están disponibles en los Estados Unidos. Los servicios médicos mas 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 a 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 por sobre estados Unidos en la provisión de estos servicios médicos. Por lo tanto, existen oportunidades en estas áreas. Los residentes americanos hacen uso de servicios dentales y oftalmológicos en las ciudades de la frontera Mexicana debido a que son mas baratos que en los Estados Unidos. Esta misma tendencia se observa en la frontera entre estados Unidos y Canadá para el consumo de servicios de salud. La principal restricción de este intercambio comercial es la falta de portabilidad en los seguros médicos.

2.3. Segmento de usuarios y consumidores tijuanaenses que se atienden en Estados Unidos: El único estudio que reporta la utilización transfronteriza de medicina es el realizado por Guendelman and Jasis (1990) en Tijuana, habiendo encontrado que solamente 2.5% de la población mexicana en 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 fueron 50 mil (UNCTAD/WHO, 1998). Las restricciones considerables aplicables a la migración física entre los Estados Unidos y México intensificada recientemente, ha limitado el acceso de ciudadanos mexicanos a los servicios de salud disponibles en el lado de la frontera de estados Unidos El mas frecuente caso citado como 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 de los inmigrantes indocumentados (Cornelius, 1995).

2.4. Segmento de 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 ganan US\$25,000 o menos por año, (Grantmakers in Health Bulletin, 2000: p.3). lo que significa, de acuerdo al estudio de AIHS que las primas mensuales serían de \$60 o menos (Managed Care Magazine, 2000). En el 2000, más de 80 mil jubilados que viven en Baja California son 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 resultar en la creación de un segmento del mercado que demanda altos niveles de calidad con precios muy elevados dirigido a consumidores nacionales y extranjeros que pueden pagarlos y en 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 proveídas 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, quienes ahora tienen 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 Médico Excel, Hospital Notre Dame y Hospital Nova, tienen en el mercado Access Baja HMO Plan para los empleados de California que prefieren recibir sus servicios de cuidados de salud en Tijuana. El Departamento de Corporaciones de California ha aprobado el plan de Blue Shield para operar Access Baja HMO. Este plan impacta a más de 50 mil familias ofreciéndoles una amplia gama de beneficios 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 plan Access Baja HMO Plan incluyen: Los médicos tienen licencia para practicar en México, así como práctica registrada en el Estado de Baja California. Todos los especialistas tienen la certificación 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.

3. Productos y servicios de salud y cuidados médicos en la región fronteriza

El sistema de servicios y cuidados de salud de San Diego incluye una estimación de 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, de acuerdo a Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud en el Estado. Además de las iniciativas de colaboración sin afán de lucro que se realizan en la región de la frontera, las entidades

del gobierno también busca la cooperación intergubernamental con 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 las intenciones de ser unas organizaciones de clarificación para los proyectos de salud existentes y emergentes en la frontera de las agencias de salud federales, estatales y del condado. 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 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 obtenible económicamente 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 7000 dólares en San Diego solamente le cuesta el equivalente a 2800 dólares en Tijuana (Daily Policy Digest, 2002. 86). Algunos hospitales privados proveen cuidados dentales y cosméticos.

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 HIC website (200). A pesar de que la mayoría de los pacientes son de México, el HIC también acepta pacientes de Estados Unidos ofreciendo servicios médicos a niños de bajos ingresos o de jefes de familia sin seguro de san Diego.

Una importante área de crecimiento es en las medicinas alternativas, la cual atrae pacientes foráneos. Los sistemas diferentes de medicinas requieren atenciones especiales si se quieren ofertar en forma competitiva. Muchas de las clínicas de Tijuana operan en la cobertura del movimiento de la medicina alternativa que atraen a sus prospectos a través de las recomendaciones de boca a boca y no bajo un esquema de un programa de actividades promocionales y publicitarias. Los proveedores de esta industria de servicios médicos alternativos predicen que estarán presentes en las próximas décadas con un incremento en la demanda mas sofisticada. Siguiendo los resultados del estudio AIHS, los proveedores del seguro medico han empezado recientemente a mercadear productos y servicios que ofrezcan las ventajas y fortalezas de los dos sistemas de salud a ambos lados de las fronteras a través de un seguro medico transfronterizo. El seguro medico transfronterizo tiene las ventajas de las fortalezas de los sistemas de salud 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 medica 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 Mexico, colectivamente sirven a mas 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 son bajos, entre 250 y 300 dólares por una familia de cuatro e comparación a un

pago de 600 dólares por una familia similar. En la última década, México se ha convertido en un productor en productos biomédicos con más de 210 FDA facilidades registradas, mas que Israel y que Australia e Irlanda combinadas. Para atraer mas empresas biomédicas a Tijuana, la Oficina de desarrollo Económico del gobierno de Baja California ha creado un puesto de tiempo completo dedicada 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 casi un cuarto tienen una afiliada en San Diego entre las que destacan Alaris Medical Systems, Breg, Continental Laboratories, DJ Orthopedics, Molecular Bioproducts and Sunrise Medical (Terman, 2004).

Con respecto a productos farmacéuticos y medicinas, hay más complejidad en el mercado que 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 través de procesos de fusiones y concentración. 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 es un área de oportunidad para la colaboración en la región San Diego – Tijuana, en donde existe un comercio significativo de comercio informal transfronterizo de productos farmacéuticos y de implementos médicos. La importación de productos farmacéuticos y equipo medico para uso domésticos en Estados Unidos, debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Bebidas (Food and Drugs Administration or FDA) del Ministerio de Salud Publica. 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 equipo medico.

Se estima que de 10 a 15 mil personas cruzan diariamente la frontera para recibir atención medica o servicios de homeopatía, para

ir al dentista o al optometrista, pero mas que nada, ara comprar medicinas y prescripción de drogas en las farmacias de Tijuana (California Connected, 2003). Las regulaciones de la Food and Drug Administration (FDA) permiten a los ciudadanos 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 en farmacias de descuento en Tijuana pueden ser de hasta un 40% o más que el precio de la misma medicina en san Diego. Hay otras muchas 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 diagnostico y especializados, servicios de seguro medico y servicios de consultorio asociados con mantenimiento y administración de la entrega de servicios de salud. Hay otras áreas que están siendo muy importantes para el comercio en servicios de salud.

El comercio en servicios educacionales relacionados con la salud es una de estas áreas y otra es el área emergente en servicios de atención médica basados en el hogar que incluye el cuidado, entre los cuales destacan la asistencia para individuos discapacitados y ancianos y servicios para personas con condiciones de salud crónicas o aquellas recobrándose de procedimientos quirúrgicos. Las oportunidades de la globalización son también crecientes en áreas tales como la consultorio a distancia, particularmente en cuidados especiales, en curación tradicional y medicina alternativa. Se promueve 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 universidades, tecnológicos, 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.

4. Logística (Distribución física) 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, varía. 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 proximidad geográfica es un aspecto interesante que se convierte en una importante condición para el comercio de servicios de salud y medicinas. La entrega de servicios de salud transfronterizos incluye el envío de muestras de laboratorio, diagnóstico y consulta clínica hecha por canales tradicionales de correo tradicional. En la última década, varias formas de entrega de servicios de salud están emergiendo. 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 modos, como los movimientos de proveedores, con presencia comercial de afiliados u otras joint ventures y la telemedicina, están comenzando a aparecer 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. Incluye entrega electrónica de servicios de salud o servicios de telesalud y de telemedicina. Ya que un número significativo de hispanos en los Estados Unidos sufren económicamente durante los últimos años, no es extraño que las farmacias on-line harán mercadotecnia en este segmento del mercado. La telemedicina como modo de ofertar y otros medios de provisión transfronteriza no parecen estar sujetas a barreras comerciales en la actualidad, sino que depende más bien de las 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 permitir a los proveedores de servicios de salud entregar a áreas remotas y desatendidas y a segmentos de la población, lo que les permitirá mayor acceso a los servicios de salud y a promover la equidad en la

provisión de servicios médicos y trabajo directo para mejorar el cuidado y atención de la salud y prevención de enfermedades.

El consumo externo de servicios de salud y medicinas se refiere al movimiento de consumidores orientados al país que provee el servicio para el diagnóstico y el tratamiento. Tal comercio es manejado por las diferencias en costo, calidad y disponibilidad de tratamiento entre los países, así como a los factores tales como a la dotación de recursos naturales, existencia de medicinas alternativas y procedimientos de tratamiento, largas listas de espera para tratamiento en los recursos nacionales, la cultura, lengua, y proximidad geográfica entre países que reciben y que envían. En un mercado maduro con libre competencia, la calidad de los productos y servicios significa su sobre vivencia. Los servicios médicos, en sentido amplio, también son un tipo de producto y su calidad significa su presencia e el mercado porque esta relacionado directamente con la salud y las vidas de los consumidores. Elementos tales como la presencia de médicos calificados, dentistas y enfermeras, el bajo costo de los servicios médicos y de productos farmacéuticos, mejor tratamiento del personal, buena calidad de los servicios, la falta de largos periodos de espera, 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 en servicios de salud también consiste e el movimiento de profesionales de la salud y estudiantes que reciben educación medica y paramédica así como entrenamiento externo.

El consumo externo basado en el comercio de servicios de salud puede también resultar en estructuras de mercados duales o agravar tales tendencias dentro del sistema de de cuidados de la salud. Puede resultar en la creación de una mejor calidad, un segmento de servicios caros para los nacionales y extranjeros potentados y una muy baja calidad de servicios para otro segmento del mercado que no tiene dinero para pagar buenos servicios. La disponibilidad de recursos, incluyendo camas, doctores y otro personal entrenado pueden elevarse en los centro con altos estándares a expensas del sector publico, a menos que los esfuerzos para asegurar que la

calidad de los servicios sea igualmente uniforme. La presencia comercial es el tercer modo de comercio que involucra el establecimiento de hospitales, clínicas, diagnósticos, 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 facilidades de entrenamiento. Las empresas de cuidado y servicios de la salud se involucran en arreglos de cooperación como los riesgos compartidos, las alianzas y las conexiones administrativas. Dichos arreglos típicamente involucran la adquisición de facilidades, contratos administrativos y arreglos de licencias con algún grado de participación local para asegurar el acceso al entrenamiento y 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 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 a médicos, especialistas, enfermeras, paramédicos, técnicos, consultores, entrenadores, personal de administración de la salud y otros profesionales entrenados y con competencias y habilidades. La determinación de los sistemas de distribución de la manufactura de medicinas y productos farmacéuticos, los distribuidores, manejadores, transportistas, mayoristas y vendedores son parte de una compleja red de actividades y tareas que pueden ser muy costosas.

5. 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 lenguaje en el

que las decisiones de compra se realizan 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 cultura y el idioma se refuerzan diariamente resultando en un uso mayor del idioma español. La única manera de de alcanzar efectivamente al mercado hispano parlante y a la población bilingüe es establecer rapport con los anuncios en español, ejemplificar su compromiso y respeto por la comunidad hispana.. con la población bilingue Los comerciales en español son solamente la única forma de alcanzar el dominante 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 Ingles (Nielsen Station Index, 2004)

La publicidad en español puede alcanzar mas del 85% del mercado hispano de San Diego con un alto impacto. Los anuncios en idioma español son significativamente mas efectivos en la persuasión, que el Ingles, entre los que hablan los dos idiomas (RRG - Peter Roslow Research Group, Inc., 2000). Los anuncios en español son 4.5 veces más persuasivos que los anuncios en Ingles. Los anuncios en español por correo son 61% mejores que los anuncios por llamadas. Sobretudo, los anuncios en español tienen un mayor nivel de comprensión y logran resultados con un alto retorno sobre la inversión en publicidad. Las clínicas de Tijuana operaron en el segmento del movimiento de la medicina alternativa y fueron mas atraídas por recomendaciones de boca a boca. Actualmente, el Internet y Web les da un alcance global mediante páginas atractivamente diseñadas que se exhiben en los sitios del mercado que anuncia terapias usando lo mas avanzado de la ciencia, aunque en muchos de los casos estas ofertas de servicios no están correctamente sustentadas por estudios validos. 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 mas importante en la exportación de servicios para desarrollar

por si mismos el potencial en los mercados externos, por lo que deben iniciar a publicitarse en los mercados de servicios médicos internacionales y establecer subsidiarias en el extranjero, o abrir canales para enviar profesionales al exterior.

6. Problemática y soluciones

En Vargas(2005) se analizan los problemas y soluciones que plantean este tipo de relaciones transfronterizas, con sugerencias de cooperación internacional para la solución de la problemática planteada. Algunas de las principales conclusiones es este sentido son las siguientes, las cuales se analizan con mayor detalle en el citado estudio: “Se hace necesario el establecimiento de reglas y marcos regulatorios internacionales en áreas en las cuales previamente eran 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 domestico como para el exterior. Se deben de tomar la delantera en la realización de acuerdos y compromisos multilaterales para promover un medio ambiente libre en el comercio en servicios de la salud.”

“Si se tiene que desarrollar el comercio internacional en servicios de salud, se requieren estudios más profundos a fin de identificar más precisamente y tipo y extensión de la demanda de los servicios médicos mexicanos. Se hace necesario monitorear la demanda, sus tendencias y cambios, a fin de divisar esquemas específicos de comercio, pero más que todo, hay necesidad de conducir reuniones binacionales que tratan de este tema. Hasta ahora, las reuniones han tratado el asunto de la salud en general y no el comercio internacional de los servicios de salud.”

“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 esta tratando de obtener acreditación en las normas de calidad ISO a fin de ser aceptados por las firmas aseguradoras internacionales que buscan hospitales adecuados para satisfacer las necesidades de sus clientes.”

“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 domestica de las medicinas tradicionales y modernas revisando la estructura de los impuestos de exportación e importaron para materias primas y para la promoción de licencias o joint ventures en la manufactura de medicinas.”

Referencias

- Aguayo, Jennifer, E. Richard Brown, Michael A. Rodríguez, and Lia Margolis. (2003). “Important Health Care Issues for California Latinos: Health Insurance and Health Status.” Health Policy Fact Sheet, available (last accessed 1/15/04) at <http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/publication.asp?pubID=60#download>.
- Amey, Cheryl, Karen Seccombe, R. Paul Duncan (1995), "Health Insurance Coverage of Mexican American Families in the U.S", *Journal of Family Issues*, 16, (4), 488-510.
- Andersen, Ronald, Joana Kravits and Odin Anderson (1975), *Equity in Health Services*. Cambridge: Ballinger.
- Andersen, Ronald, Sandra Zelman Lewis, Aida L. Giaehello, Lu Ann Aday, and Grace Chiu (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, Ninez Ponce, Thomas Rice, and Shana Alex Lavarreda. (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. and Luis G. Guerra. 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, Report Card 2001, 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 and 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 and 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. and 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. and Peter L. Heller (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. Mexico.
- 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 and Marvin D. Shepherd. 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, and 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>.

- Organization for Economic Cooperation and Development (1992). *Services: statistics on international transactions 1970-1991*. Paris: OECD; 1992.
- Park, J. and 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.
- San Diego Dialogue 1994 "Who Crosses the Border" - San Diego Dialogue (1999) June 1999.
- Schur, Claudia L. and Leigh Ann Altiers (1996), "Language, sociodemographics, and health care use of Hispanic adults," *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 7 (2), 140-58.
- Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (1994). *The North American Free Trade Agreement*. Mexico City: Miguel Angel Porrúa.
- Secretaría de Turismo y el Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana (2003). "Impacto del sector turismo en la economía de Baja California"
- 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.

Tijuana DMA Estimates (2002) – Tijuana, Tecate & Rosarito – Crossborder Business Associates – (619) 710-8120 (Considered a conservative estimate).

Trevino, Robert P., Fernando M. Trevino, Rolando Medina, Gilbert Ramirez, and Robert R. Ramirez (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, Hal Morgenstern, E. Richard Brown, Roberta Wyn, Chao Wang, and William Cumberland (1993), "Insuring Latinos Against the Costs of Illness," *Journal of the American Medical Association*, 2;69 (February 17), 7, 889-94.

Vargas, José G. (2005). "Integración económica y relaciones transfronterizas entre el Sur de California y el Norte de México: el mercado de los servicios de salud". *Estudios Económicos de Desarrollo Internacional*, Vol. 5-1, pp.

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