

**INTEGRACION ECONÓMICA Y RELACIONES
TRANSFRONTERIZAS: ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE
SERVICIOS DE SALUD ENTRE EL SUR DE CALIFORNIA Y
EL NORTE DE MÉXICO,
VARGAS-HERNANDEZ, Jose G.***

Resumen

Se realiza un análisis de las relaciones de integración económica entre regiones transfronterizas de Estados Unidos y México en el mercado de servicios de salud, analizando los antecedentes previos al tratado de libre comercio, la delimitación de dicho mercado entre el Sur de California y el Norte de México, así como la problemática que estas relaciones económicas suscitan y la propuesta de políticas de coordinación.

Abstract

It is a research about economic integration relationships between the border regions of South California in the US and Norte de Mexico, regarding health services market. We analyze the features of this market, as well as the problems, opportunities that arise from these economic relationships and finally we suggest coordination policies.

JEL classification: F02, F15,

Palabras Claves: Integración Económica, TLCAN

1. Antecedentes

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,

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

los procesos de globalización han dado lugar a la emergencia de nuevas formas de oportunidades, procesos y organizaciones de negocios. El sector salud es una de estas áreas que ha sido afectado significativamente por la globalización económica a pesar de su naturaleza de bien público no comercial. El sector de servicios de cuidados de la salud esta entre los sectores de más rápido crecimiento en la economía mundial, el cual se estima en alrededor de 3 billones de dólares anuales solamente en los países de la OCDE y se espera se eleve a 4 billones para el 2005.

La globalización de los servicios de la salud se refleja en la emergencia de nuevas formas de organización para los cuidados de la salud en la ultima 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 resultado en la creación de un mercado internacional de cuidados y atención de la salud.

El comercio internacional es una actividad económica que beneficia a los países involucrados por las diferentes condiciones de producción que se encuentran en diferentes regiones y que 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 logrando alcanzar economías de escala. Finalmente, 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 mas profundo, y de la ventaja comparativa de acuerdo con la cual cada país tiende a especializarse en la producción y exportación de esos productos y servicios que puede producir a un costo relativamente bajo. Las áreas 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 o solamente como una forma de

incrementar sus ingresos sino también como una forma para 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, considerando que puede mantener los niveles de calidad necesarios.

El termino 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 biopsia, electrocardiograma, 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, 1007). Excepto en ciertas regiones fronterizas todavía es raro, y su desarrollo requiere de una infraestructura de comunicaciones apropiada y compartida por los proveedores localizados en varios países involucrados también en patrones estandarizados de referencias de pacientes a fin de asegurar confiabilidad e la información enviada.

La globalización de los servicios de salud es empujada por dos factores. 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 el cuidado de la salud en muchos países, la liberalización de los sectores relacionados tales como los seguros y las telecomunicaciones, que incrementan la movilidad de consumidores y proveedores de servicios de salud debido a la declinación en los costos de viaje y a las mayores facilidades para viajar, 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 Organization for Economic Cooperation and Development (1992). Afortunadamente para el sector de la industria de servicios de la salud, debido a su conocimiento base universal y a pesar de las diferencias en procedimientos de certificación y licenciamiento, la calidad de los servicios médicos esta logrando ser similar en casi todos los países, siendo los costos la mayor diferencia.

Las diferencias en costos, disponibilidad y calidad de la atención medica y cuidado de la salud entre los dos países, México y Estados Unidos son abismales. La emergencia de oportunidades de inversión en el sector de cuidados de la salud se incrementa con los procesos de liberalización y las desregulaciones en inversiones, y 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, son también factores que han contribuido a la globalización de los servicios de salud. Los mejores hospitales públicos y privados han establecido conexiones con cada uno de los tros hospitales, laboratorios y universidades en el extranjero. Grandes empresas y corporaciones transnacionales que operan en las áreas de hospitales, seguros y planes de salud que pueden abusar del poder del mercado y tomar ventaja de la falta de regulaciones.

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. No obstante hay que considerar 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 mas 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 implica al menos cruzar una sola, vez la frontera internacional y

pasar de un país a otro con el propósito de proveer servicios de salud. Este tipo de interacción da una oportunidad para mejorar el acceso a los servicios de salud que pocos en el área servida son capaces de usar por una 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 en los diferentes países involucrados necesitan estar estandarizados.

El comercio en servicios de salud vía el consumo externo también tiene algunas implicaciones. En el lado positivo, 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 en la mejora de su infraestructura de cuidados y atención de la salud, en conocimientos y habilidades médicas, capacidades técnicas, en estacares de servicios de salud nacionales, etc. Para los países que importan servicios de salud a través del consumo externo, esto puede ser importante medio para 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 a las tendencias anteriores, 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 estas y las consideraciones comerciales. Este entendimiento permitirá a los gobiernos balancear las preocupaciones de la competencia.

El comercio en servicios de salud tienen 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 Norte América (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, la portabilidad del aseguramiento, etc., los cuales deben estar negociando en este comercio ya han sido tratados en el contexto de los arreglos del TLCAN, como parte de iniciativas más amplias para liberalizar la región en el comercio de 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 la armonización de los tres sistemas, este proceso ha sido resistido por Canadá y México (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 evidencia que sugiere 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.

Médicos y paramédicos se les permite entrar de Estados Unidos a México en situaciones extremas y emergentes. El movimiento de personal 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 TLAN, 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 incluye 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 en armonizarlos.

En México, la obtención de la licencia es material federal y nacional, permitiéndoseles a los profesionales practicar en cualquier estado basado en 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 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 para discutir los criterios relacionados con las licencias y certificación de profesionales proveedores del servicio de la salud posiblemente orientados en cierto grado hacia la armonización 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. Mientras que la provisión no modifica la emigración existente y las regulaciones del mercado laboral, simplifica los procedimientos de entrada removiendo el alcance discrecional de los oficiales de la frontera para entregar visas a lo médicos.

En el caso de enfermería, la iniciativa trilateral es un esfuerzo de *venture* colaborativo entre el personal de enfermería dirigida a trabajar hacia el desarrollo de estándares mutuamente aceptables para la licencia y la certificación de enfermeras y armonización de los estándares, asegurar el tratamiento no discriminatorio hacia cada uno frente al otro personal de enfermería y tener en claro, medibles y verificables, las licencias y reconocimientos de 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 la inversión extranjera es permitida en los 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 e Baja California del ramo que representan 27 mil empleos directos. El sector de servicios médicos de Baja California esta compuesto por 451 clínicas y hospitales, 318 laboratorios especializados y distribuidores de medicamentos. (Elorduy Walter,)

2. 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, economicotas 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 mas bajo de vida y por la mezcla de la nacionalidad de sus familias. Junto a esta intensa migración diaria de sur a norte existe un flujo reciproco 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, en donde hay 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 ser una de las mejores del mundo y de las más altas de estados Unidos. Estos factores aunados con las renombradas mundialmente universidades e institutos de investigación de San Diego, han atraído compañías en tecnología de punta en biotecnología y telecomunicaciones a la región.

San Diego es un centro para la innovación de la alta tecnología, 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 famoso por su buen clima y las 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 más grande región de la frontera US -México 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% o 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 solamente es de 927, 600 con 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 hispano en san Diego de 1990 al 2003 representan el 71.3%, y constituyen el grupo de consumidores que tiene mas crecimiento. Para el año 2036, la población hispana en el Condado de San Diego representara 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 Digo y Tijuana, ambas comunidades continúan estando plagadas de problemas crecientes de desigualdades económicas y sociales entre los ricos y los pobres. El tema mas critico 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 tranfronteriza 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 creciente preocupación es la criminalidad que se exagera 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, como Barrio Logan, San Ysidro, Southeast San Diego, in South County como National City, and North County en Vista, San Marcos, Fallbrook, Rainbow y Oceanside. Todas estas son comunidades con significativo número 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 a un reporte reciente de la institución, San Diego ahora es el sexto lugar en el país entre las áreas metropolitanas que han tenido marcados incrementos en pobreza de acuerdo a 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 esta elevando a proporciones preocupantes con la mitad de los nuevos residentes viviendo en comunidades sin adecuada infraestructura, sin agua limpia o muy limitada, de agua contaminada que traen 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 a declinado sustancial y permanentemente en las dos ultimas décadas por sobre el 60% (Fairris and Popli, 2003). La distribución del ingreso en México es uno de los mas inequitativos en el mundo entero, con los mas pobres ganando aproximadamente 3.5% de total del ingreso nacional. (United Nations Centre for Human Settlements (UN Habitat), 2001).

La disparidad tan amplia en el ingreso está presente en Tijuana y ayuda a explicar el crecimiento de la pobreza urbana y los asentamientos irregulares en esta prospera económicamente 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 fines de lucro en San Diego y Tijuana. Sin embargo, dada la complejidad de las necesidades de servicio humano en los asentamientos irregulares de Tijuana, más colaboraciones sin fines de lucro se requieren entre los diferentes sectores. Desafortunadamente, como en Tijuana, la disparidad económica entre los que pudientes y los pobres está llegando a ser más pronunciada en San Diego.

Tijuana, al igual que San Diego, tiene estadísticas económicas que son impresionantes. De acuerdo al INEGI (2000), la ciudad tiene un ingreso per capita en paridad de poder de compra de 9,800 dólares anuales, muy arriba 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 competencia de China, la ciudad mantiene una relativamente baja 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 relación a otras partes de la República Mexicana, Tijuana continúa todavía siendo una ciudad de oportunidades.

En ambos lados, 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 a Marven Shepherd (cited by 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 no solamente quines viven cerca de la frontera con México sino que provenían de 37 estados incluyendo Washington, Maine, Minnesota and Massachusetts. Las personas viajan porque la mayor parte de los medicamentos se venden sobre el mostrador en México

Interesantemente, y debido a la proximidad, algunas de las deficiencias de los sistemas de salud de Estados Unidos están siendo cubiertas por el sector privado de servicios de salud de México, que en esta forma, esta 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 tercer mas largo de Estados Unidos. Los hispanos también referidos como latinos constituyen el grupo minoritario étnico que más crece y el segundo mas largo en los Estados Unidos. En el año 2000, 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 % contra una población de los afro americanos del 15.4% (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 mas de \$34.6 millones de dólares de gasto diario (San Diego Dialogue, 1999). El promedio del ingreso por hogar es de \$57,038 anualmente (Global Insight, 2003).El mercado de San Diego se considera que es uno de los mercados mas pudientes económicamente de todos los mercados hispanos. Tan solo el mercado hispano de San Diego, sin tomar en cuenta el de Tijuana, es el 11° más largo en población y el décimo mas largo 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 Esto es un estimado de \$5.5 millones mínimo de gasto diario de los Tijuanenses (San Diego Dialogue,1999). Los Tijuanenses representan el 8% de todas las ventas al detalle en San Diego,

generando millones de dólares en 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 altamente móvil. El propósito de los viajes de los Tijuanenses 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 tapes, 2% equipo de oficina y regalos, 1% accesorios, joyería (SRC San Diego Hispanic Market Study, 1989).

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 Celebrex que cuestan 5 dólares en Estados Unidos, se ofrecen en las farmacias en Tijuana a un precio 0.50 centavos de dólar.

En Vargas(2005) se analizan las principales características del mercado de servicios de salud en la región Tijuana-San Diego, con referencia a los principales segmentos de usuarios, productos y servicios, logística y canales de distribución, y actividades promocionales. En las próximas secciones analizamos las principales problemas y cuestiones que se plantean en este tipo de relaciones

transfronterizas así como varias de las posibles soluciones que pueden desarrollarse mediante la cooperación.

3. 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 buenas estimaciones del volumen del valor de comercio en servicios de salud y existen los datos existentes no están estimados con rigurosidad en su verdadera magnitud. La mayor parte de los datos e información disponible es anecdótica. Mientras que los servicios han sido siempre difícil de cuantificar en términos de volúmenes y valores debido a su naturaleza intangible y no almacenable, este problema es más que todo severo e el caso de los sectores sociales tales como los de salud donde la información y datos no están simplemente disponibles a niveles desagregados.

Existen una gran variedad de problemas en la frontera entre México y estados Unidos, relacionados con la salud que incluyen los de acceso a los servicios de salud lanzado como hipótesis. Limitaciones en los recursos humanos financieros y de infraestructura también limitan al alcance del comercio en los servicios de salud a través de todos los modos y formas de oferta. 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 prueba ser prohibitivo para muchos ciudadanos y residentes, particularmente 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, localización remota de instalaciones o lejos del

transporte público el sistema de pago de cuota por servicio, excluyendo el seguro público Medicare y Medicaid Además del intercambio externo en el futuro, las instalaciones y facilidades serán más competitivas para mejorar los estándares.

Existen muy pocos datos disponibles que midan los problemas relacionados con la salud en esta área y no existen un conjunto de datos primarios representativos y análisis 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 que 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 desde muchos aspectos, requiere reformas cuando grandes porciones de la población, especialmente los que viven cerca de la frontera con México, la cruzan a fin de obtener servicios y cuidados médicos en México.

Los pueblos de la frontera mexicana en general, como el caso de Tijuana, no está 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 primero. Coincidentemente, los departamentos de planeación local tienen la tendencia a preocuparse más por el desarrollo de fraccionamientos para las plantas ensambladoras o maquiladoras, más que otros tipos de comercio.

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 doméstico 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.

A pesar de que la UNCTAD ha estado analizando el comercio en servicios médicos desde 1985, fue hasta 1997 que el asunto fue visto como ventajoso para países desarrollados y menos desarrollados. En el caso de México y Estados Unidos, ambos países no han realizado 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 que acelerar la aplicación de leyes esenciales y regulaciones

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.

Además, hay una gran necesidad y suficientes evidencias a fin de convencer a los gobiernos locales de la importancia que tiene desarrollar este sector y de los beneficios de promoción internacional del comercio. Se requiere fortalecer el monitoreo del gobierno y los sistemas de control para asegurar la calidad, seguridad y precios razonables de productos a los consumidores. Además, hay que desarrollar mecanismos y cuerpos autónomos para el control de la calidad de los hospitales públicos y privados y para promover la disseminación de la información en estándares de calidad y precios de servicios hospitalarios a fin de estimular la competencia del mercado para la protección de los consumidores. Se requiere promover la participación del sector privado en investigación de servicios de salud, análisis de laboratorios, disseminación de información y

campanas para la protección del consumidor mediante apoyo presupuestal, apoyo 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, inapropiada e incluso los productos dañinos para la salud están en venta. Como resultado, el consumidor compra y utiliza la medicina prescrita por un profesional que no esta bien informado para tomar 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. Hay la necesidad por tanto, por una mayor regulación a fin de proteger al consumidor de los abusos y riesgos potenciales.

A pesar de la evidente cooperación transfronteriza, sigue esta siendo crítica para tratar muchos temas de salud en la frontera U.S. – México. Quienes promueven la salud y los oficiales 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, diseminar información acerca de las fuentes potenciales de problemas y riesgos de salud y necesitan mantener una relación de cooperación y cordialidad con sus socios del otro lado de la frontera. El trabajo estrecho entre gobiernos, consumidores, asociaciones públicas y privadas, etc., hará que esta región binacional funcione mas efectivamente para proveer el mejor cuidado y atención de la salud al menor costo para todos los residentes.

La interconexión de los asuntos de la salud y la interdependencia entre ofertantes y demandantes de servicios y productos para el cuidado de la salud culturalmente competentes se relacionan con la prescripción de medicina y drogas, los costos de los servicios médicos, etc. Los retos ambientales, 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

especiales de la región de la frontera, la importancia de la colaboración binacional y la cooperación se ha convertido en crítica. 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 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. Mas puede ser hecho para expandir culturalmente los servicios competentes de cuidados de salud a la creciente hispana comunidad de san Diego y en Tijuana las Organizaciones No Gubernamentales pueden jugar un rol muy importante. Se requiere promover la participación de organizaciones de consumidores y productores para monitorear y controlar los estándares, la eficiencia y calidad de los productos y servicios de salud e igualmente, se requiere alentar a las organizaciones no gubernamentales a involucrarse directamente o en joint venture con el gobierno en varias formas de provisión de salud publica con énfasis puesto en calidad y precios apropiados.

Cualquiera que se al 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 una mejor 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 entrenamiento de equipos profesionales para proveer servicios médicos a consumidores extranjeros, en estándares internacionales, introducir equipo medico y técnicas del estado del

arte orientadas hacia los requerimientos de los estándares de los servicios internacionales.

La región transfronteriza U.S. – México representa un reto para las dos naciones y oportunidades múltiples para alentar la infraestructura geo-física 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 cooperación de todas las partes involucrada, incluyendo el gobierno, organizaciones no gubernamentales, el sector de negocios, profesionales y técnicos, las gentes de las organizaciones y los medios de comunicación. Las provisiones relacionadas con los movimientos transfronterizos de proveedores y consumidores de servicios de la salud, e inversionistas en sector salud y negocios asociados tales como seguros y sistemas de pagos transfronterizos necesitan ser considerados en el contexto de los arreglos comerciales regionales transfronterizos donde hay alcance para los servicios comerciales de la salud..

Entre algunas de las soluciones posibles al problema de escasez de profesionales en salud, son abrir las oportunidades para que profesionales de la salud mexicanos entrenen en Estados Unidos o aporten 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 armonización de procedimientos de licenciamiento y certificación necesita ser considerada de acuerdo a los alcances de las conexiones de los servicios de salud con los servicios de viajes y turismo. La evidencia de varios países y regiones indica la importancia de conectar estos dos sectores.

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.

4. Cuestionamientos.

Algunos de los principales cuestionamientos que necesitan ser preguntadas en este contexto se relaciona con el impacto de la liberalización comercial en los servicios de salud sobre el costo, calidad y disponibilidad de tales servicios en países de desarrollo como el caso de México. Cuales son los tipos de políticas y estrategias adoptadas por países para promover las exportaciones de servicios públicos de servicios médicos y que lecciones pueden aprenderse de estas experiencias? Que 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 liberalización controlada puede dar a oportunidades de la 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 no proliferación de productos farmacéuticos puede esperarse razonablemente. Para la introducción de nuevas drogas en el mercado, más información relacionada con su utilización y efectos secundarios se requiere para quienes prescriben y para los pacientes. Sin embargo, el peligro es que estas medicinas consuman una parte no razonable de los recursos disponibles.

Esta investigación deja 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 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 mas 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, 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 – proveedor inamovible no puede ser confinado solamente a las personas con altos recursos económicos en los países en desarrollo como es el caso de México que buscan tratamiento especializado en países desarrollados.

Como puede el sector privado balancear para mantenerse en la entrega de servicios de salud en la tendencia de la creciente comercialización de los servicios de salud? Cual 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 algunos temas que merecen consideraciones serias si los gobiernos han de tomar ventaja de las oportunidades de la emergente globalización en servicios de salud mientras que se mitigan exitosamente los efectos adversos de tal globalización. 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 que alternativas tienen los hispanos para satisfacer sus necesidades de atención de la salud fuera del sistema formal de servicios de salud. La mayor parte de los hispanos son mexicano-americanos que viven en las comunidades fronterizas pobres y constituyen la población ideal para estudiar este cuestionamiento.

El hecho 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 servicios, 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. Se deben

reconocer las ventajas competitivas en la exportación de servicios de salud entre los países y los diferentes bloques comerciales regionales.

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_intplan.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). El mercado de servicios de salud en la región de Tijuana-San Diego: usuarios, productos, logística y actividades promocionales. *Regional and Sectoral Economic Studies/Estudios Económicos Regionales y Sectoriales*, 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.