

El comercio internacional de servicios de salud en México: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Eduardo Portas



CEPAL



El comercio internacional de servicios de salud en México: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Eduardo Portas



NACIONES UNIDAS



Sede Subregional de la CEPAL en México

México, D.F., mayo de 2011



Este documento fue preparado por Eduardo Portas, consultor de la Unidad de Comercio Internacional e Industria de la Sede Subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, en el marco de un proyecto conjunto entre la Red MERCOSUR de Investigaciones Económicas (Red MERCOSUR) y la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-8800

ISBN: 978-92-1-121787-2

LC/L.3331-P

LC/MEX/L.1009

N° de venta: S.11.II.G.49

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, México, D. F.

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. Definiciones y metodología	11
A. Definición del comercio internacional de servicios de salud ...	11
B. Metodología	14
II. Panorama mundial del comercio internacional de servicios de salud	17
A. Tamaño y dirección del comercio	17
B. Motores que impulsan el comercio internacional de servicios de salud	19
C. Barreras que inhiben el comercio internacional de servicios de salud	23
III. México	25
A. Principales tendencias	25
1. Residentes en estados fronterizos de los Estados Unidos	26
2. Residentes de Estados Unidos que viajan a México por intervenciones quirúrgicas	27
3. Expatriados estadounidenses que residen en México.....	28
B. Factores que impulsan el comercio de servicios de salud en México	28
1. Factores de demanda	29
2. Factores de oferta	29

C.	Cadena de valor.....	33
D.	Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).....	35
IV.	Monterrey, ciudad de la salud.....	37
A.	Principales características	37
B.	Infraestructura hospitalaria privada	38
C.	Desarrollo del <i>cluster</i> y la cadena de valor	40
D.	Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).....	43
V.	Recomendaciones y líneas de investigación futuras	45
A.	Recomendaciones de política pública.....	45
B.	Recomendaciones al sector privado.....	46
C.	Líneas futuras de investigación.....	48
	Bibliografía	49
	Anexo: Perfil del sistema de salud de México	53
	Serie estudios y perspectivas, México: números publicados	57
	Índice de cuadros	
Cuadro 1	Clasificación del comercio de servicios de salud por modos de suministro	12
Cuadro 2	Exportadores e importadores de servicios de salud por modos de suministro.....	12
Cuadro 3	Países seleccionados: Exportaciones de servicios de salud, 2000-2007.....	18
Cuadro 4	Pacientes que viajan al extranjero por región geográfica de origen y destino.....	19
Cuadro 5	principales países en desarrollo exportadores de servicios de salud por región geográfica	19
Cuadro 6	Países seleccionados: Comparación de precios de cirugías, diciembre de 2009	21
Cuadro 7	Países seleccionados: Número de hospitales y clínicas de salud con certificación vigente de la Joint Commission International (JCI), 2009.....	22
Cuadro 8	Hospitales mexicanos certificados por la Joint Commission International (JCI)	31
Cuadro 9	Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).....	35
Cuadro 10	Análisis para las FODA del <i>cluster</i> de servicios de salud de Monterrey.....	43
	Índice de figuras	
Figura 1	Esquema de la investigación del comercio internacional de servicios de salud de México; consumo extranjero.....	15
Figura 2	México: Principales cadenas de hospitales privados, diciembre de 2009	31
Figura 3	Ejemplo de las etapas de modalidad II de comercio de servicios de salud. Pacientes de los Estados Unidos que viajan a México para intervenciones quirúrgicas en hospitales privados.....	34
Figura 4	Etapas y actividades de la cadena de valor del paciente estadounidense que viaja a Monterrey y para cirugías	42

Resumen

La participación de México en el comercio internacional de servicios de salud es bastante reciente y se debe a la modalidad en la que el residente de los Estados Unidos se desplaza a México para recibir atención médica en un hospital privado. A partir de los años noventa varios hospitales y gobiernos estatales tomaron iniciativas orientadas específicamente a impulsar la atención de pacientes estadounidenses. La inversión privada nacional y extranjera ha desempeñado un papel importante al fortalecer las instalaciones, equipo, operación y administración hospitalaria. Más recientemente, se destaca el acuerdo de empresarios y del gobierno de la ciudad de Monterrey para desarrollar un agrupamiento de hospitales, universidades, clínicas y laboratorios.

El impulso de la incipiente inserción de México en la cadena global de valor de servicios de salud no sólo puede generar una derrama importante de divisas, empleo y contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud, sino también a desarrollar actividades de innovación en industrias como la de tecnologías de la información y comunicación (TIC), dispositivos médicos y medicamentos.

Introducción

En los últimos años el comercio internacional de servicios se ha expandido gracias a la globalización de los procesos de producción y de distribución, los avances en las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y el incremento en la movilidad de proveedores y consumidores, entre otros. La característica principal de la globalización ha sido una creciente fragmentación de las actividades que llevan a cabo empresas de países desarrollados para suministrar una amplia gama de servicios. Estas empresas han encontrado ventajas para subcontratar a otras localizadas en diferentes regiones, entre ellas, América Latina.

El sector de servicios de salud no ha sido la excepción. Se ha observado una tendencia creciente en el suministro de servicios de salud por parte de proveedores de un país para satisfacer la demanda de consumidores que residen en otro país.

Los crecientes costos de los servicios de salud, la agudización de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población en países desarrollados como los Estados Unidos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y el Japón, han motivado a los residentes de estos países a buscar alternativas más accesibles en países emergentes. Por su parte, gobiernos y empresas privadas de países como la República de Corea, Tailandia, Singapur, Costa Rica y México, han desarrollado iniciativas para impulsar las exportaciones de servicios de salud y así contribuir a la generación de divisas y empleo.

El objetivo del presente estudio es investigar la inserción de México en las corrientes del comercio internacional de servicios de salud. Se busca conocer el proceso por el que un proveedor en México suministra el servicio

a un consumidor que reside en el extranjero, las actividades que se realizan, el grado en el que se fragmentan las actividades para producir y distribuir los servicios, así como los actores que participan.

La metodología utilizada incluye lo que en la literatura se define como la “cadena global de valor”, entendida como las actividades que llevan a cabo diferentes actores para combinar recursos tecnológicos, materiales y humanos a fin de suministrar un producto o un servicio. En el presente análisis se busca identificar la forma en que está organizada la cadena global de valor de los servicios de salud, el papel que desempeñan los participantes y las ventajas y oportunidades de México en los diferentes eslabones.

Se pretende derivar un conjunto de propuestas de futuras líneas de investigación y de recomendaciones dirigidas a los principales actores para fortalecer su participación en la cadena, sobre todo en actividades de alto valor agregado y no solamente las intensivas en mano de obra.

Una de las principales limitantes de la investigación es la insuficiente información sobre la magnitud del comercio internacional de servicios de salud de México. Las estimaciones disponibles se refieren principalmente al desplazamiento de residentes, sobre todo de los Estados Unidos hacia México para recibir diferentes tratamientos (modo dos de suministro de servicios conforme a las definiciones establecidas en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, AGCS).

Incluso en esta modalidad, las estimaciones son muy generales, con poco detalle y con grandes diferencias según la fuente consultada. No se dispone de información detallada para cuantificar el valor de las exportaciones de los proveedores del servicio, que pueden ser médicos individuales, clínicas especializadas y hospitales privados, que proporcionan desde consultas para interpretar resultados de análisis clínicos y tratamientos dentales, hasta intervenciones quirúrgicas estéticas y cirugías más complejas como las de corazón o trasplante de órganos.

La información insuficiente dificulta cuantificar el valor de las exportaciones, el tipo de servicios exportados, el volumen de pacientes y por tanto el valor agregado en cada etapa de la cadena. En el mejor de los casos, para algunos hospitales existe información aislada, parcial y se limita a intervenciones quirúrgicas.

La segunda limitante se refiere a la complejidad de la cadena de valor de los servicios de salud, que surge por varias razones. Al tratarse de un servicio de atención a la salud humana, participan los Gobiernos de México y de los Estados Unidos para establecer disposiciones que disminuyan los riesgos inherentes en la atención del paciente, y así establecer criterios de calidad mediante la acreditación de recursos humanos especializados, como médicos y enfermeras, y la certificación de los procesos que siguen los diferentes proveedores para proporcionar el servicio, a fin de buscar ante todo la seguridad del paciente. Estas disposiciones son diferentes en cada país y la asimetría de ambos sistemas de salud complica su homologación.

La participación de un gran número de actores también dificulta cuantificar el valor en los eslabones de la cadena. Pueden intervenir desde agencias especializadas que guían al paciente para obtener el tratamiento más conveniente (las llamadas empresas facilitadoras de servicios de salud); los proveedores del servicio, desde médicos hasta hospitales y laboratorios; las compañías privadas de seguros que pueden no cubrir los gastos médicos de residentes cuando viajan al extranjero para recibir el tratamiento, y empresas turísticas que ofrecen servicios de hospedaje y entretenimiento.

Debido a las limitaciones de información y a la complejidad de la cadena, la investigación se concentra en analizar los servicios de salud bajo la modalidad dos de suministro, en la que el paciente se desplaza a México para recibir la atención de salud en un hospital privado. Más que intentar cuantificar el valor y el volumen de las actividades de la cadena, se identifican las principales tendencias.

En el primer capítulo se presenta el marco conceptual del estudio, que incluye brevemente la definición del comercio de servicios de salud conforme el AGCS con objeto de facilitar el entendimiento de las diversas formas en que se puede exportar e importar el servicio y una breve explicación de la metodología utilizada. En el capítulo II se hace referencia a las principales tendencias internacionales del comercio, que han surgido recientemente a fin de contextualizar el caso de México y el de América

Latina. En el capítulo III se presentan las tendencias recientes que caracterizan la participación de México en el comercio de servicios de salud y se identifican los motores que la impulsan, las barreras que la limitan y las oportunidades y retos más importantes. Se identifican las etapas en la cadena de valor, las principales actividades y actores, y se apunta el potencial para mejorar la participación de México en la cadena.

Dadas las limitaciones de información cuantitativa, en la investigación se incluye un análisis con mayor detalle de la ciudad de la salud de Monterrey, agrupamiento regional pionero en la exportación de servicios de salud a fin de ilustrar el funcionamiento de la cadena de valor y los elementos necesarios para potenciar su participación.

Por último, se proponen algunas recomendaciones de política pública, algunas dirigidas al sector privado, así como propuestas de investigación hacia el futuro.

I. Definiciones y metodología

A. Definición del comercio internacional de servicios de salud

En el artículo primero del AGCS se definen las transacciones comerciales de servicios entre residentes y no residentes. Éstas se pueden llevar a cabo mediante una o más de las siguientes cuatro modalidades: 1) el suministro transfronterizo; 2) el consumo en el extranjero; 3) la presencia comercial, y 4) la presencia de personas físicas (OMC, 1994). En el Acuerdo se circunscriben 12 categorías de servicios, incluidos los de salud. En el cuadro 1 se clasifica el comercio de los servicios de salud que directa e indirectamente están relacionados con la atención a pacientes conforme a las cuatro modalidades.

Los servicios de salud que proporcionan los gobiernos están fuera del alcance del AGCS, debido a que no se ajustan a las condiciones de mercado, y por lo tanto de competencia, por lo que el comercio de servicios de salud sólo se refiere a las transacciones del sector privado. Las partes involucradas que usualmente participan directamente en la exportación e importación de servicios se presentan en el cuadro 2.

De los cuadros siguientes se desprende que el comercio internacional de servicios de salud es un fenómeno complejo debido a la amplia gama de servicios, directa e indirectamente vinculados a la atención de la salud y por el variado número de actores (médicos, clínicas especializadas en el tratamiento de diversos padecimientos, hospitales y laboratorios que ofrecen servicios de muestras clínicas, entre otros), que pueden participar en la cadena de valor.

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DEL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD
POR MODOS DE SUMINISTRO

Modo de suministro	Comercio de servicios de salud directamente vinculados a la atención de pacientes	Otros servicios relacionados
I Transfronterizo	Prestación de servicios de salud a distancia, por ejemplo, telemedicina.	Capacitación de médicos y enfermeras a distancia.
II Consumo en el extranjero	Desplazamiento del paciente que reside en un país para recibir el tratamiento en otro. Asistencia médica de emergencia al paciente de un país cuando viaja al extranjero y en este último es asistido. Asistencia médica a pacientes que residen en un país distinto a su país de origen (expatriados).	Servicios de transporte, hospedaje y alimentación de extranjeros que viajan a otro país para recibir tratamiento médico.
III Presencia comercial	Empresas multinacionales que establecen oficinas en el exterior para suministrar el servicio. Por ejemplo, inversión extranjera directa en hospitales, clínicas y centros de salud.	Alianzas estratégicas entre universidades, centros de investigación y empresas facilitadoras de servicios (cadenas de hoteles, agencias de viaje especializadas).
IV Presencia física	Desplazamiento de médicos y enfermeras al extranjero para proporcionar atención a pacientes.	Movimiento de médicos y enfermeras para recibir capacitación.

Fuente: Elaboración propia con base en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la Organización Mundial de Salud (OMS).

CUADRO 2
EXPORTADORES E IMPORTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
POR MODOS DE SUMINISTRO

Modo de suministro	Exportador	Importador
I Transfronterizo	Médicos, clínicas, hospitales y laboratorios del país que suministra el servicio. Los exportadores no se desplazan a otro país; por ejemplo, el servicio se suministra vía correo electrónico.	Pacientes en el extranjero. El paciente no se desplaza; recibe el servicio proporcionado por un exportador mediante, por ejemplo, teleconferencia.
2 Consumo en el extranjero	Médicos, hospitales, laboratorios y clínicas facilitan el servicio al paciente que reside en un país distinto al del exportador.	El paciente se desplaza a otro país para recibir el servicio.
4 Presencia física	Médicos y enfermeras se desplazan (usualmente de manera temporal) de México hacia los Estados Unidos para dar servicio en hospital, clínica y laboratorio de aquel país.	Hospitales, clínicas y laboratorios contratan a médicos y enfermeras para la atención de pacientes.

Fuente: Elaboración propia con base en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la Organización Mundial de Salud (OMS).

El desarrollo de las TIC ha permitido que hospitales, clínicas, laboratorios y médicos otorguen servicios de atención a la salud a pacientes en el extranjero sin necesidad de desplazar alguna de las partes, gracias a que el servicio se ofrece mediante medios electrónicos. Los adelantos en telecomunicaciones facilitan el suministro transfronterizo, lo que disminuye los costos de la transacción

comercial. Las telecomunicaciones también han abierto la puerta a la capacitación vía remota de médicos y enfermeras entre países.

Bajo el modo transfronterizo I, el servicio puede ser tan sencillo como una consulta directa de un médico (exportador) a un paciente que reside en el extranjero (importador) a través de videoconferencia o correo electrónico.

Los servicios de atención a la salud mediante medios electrónicos como la telemedicina se pueden llevar a cabo por medio de una gama muy amplia, entre las que destacan el suministro directo de servicios de interpretación de resultados de laboratorio, telediagnóstico, telepatología y telerradiología, entre otros.

Los servicios suministrados bajo esta modalidad también pueden complementar la oferta de otros servicios de salud, como los tratamientos dentales y las intervenciones quirúrgicas, en las que el paciente necesariamente tiene que viajar al extranjero. Por ejemplo, en el caso de que éste sea intervenido para corregir padecimientos de la rodilla, los análisis clínicos y su interpretación son servicios complementarios que puede suministrarlos un doctor en un laboratorio en el extranjero, en la etapa previa y posterior a la intervención quirúrgica.

El comercio de servicios de salud directamente vinculado a la atención de pacientes bajo el modo II, consumo en el extranjero, puede realizarse mediante tres tipos de transacciones: cuando el paciente de un país se desplaza a otro para recibir el tratamiento, la asistencia médica de emergencia al paciente de un país cuando viaja al extranjero y la asistencia médica a extranjeros que residen en un país distinto a su país de origen (expatriados). El más común de los tres casos consiste en que el paciente recibe el servicio en un país distinto al de su residencia.

De los tres tipos de transacciones comerciales bajo esta modalidad, el que ha captado mayor atención en los últimos años es el de pacientes que se desplazan a un país distinto al de su residencia para recibir el servicio de salud. Este interés surge por varias razones, la más importante es la generación de divisas y de empleo que puede derivarse por este tipo de exportaciones en países emergentes.

La República de Corea, Tailandia, Singapur, la India, los Emiratos Árabes, Costa Rica y México, entre otros, han impulsado la atracción de pacientes tanto de países desarrollados geográficamente cercanos, como de países como los Estados Unidos, principal consumidor mundial de servicios de salud.

El desplazamiento del consumidor de un país hacia otro para recibir la atención a la salud se ha asociado al término “turismo de salud” o “turismo médico”. De acuerdo con la Asociación de Turismo Médico, el turismo médico “se da cuando una persona que reside en un país viaja a otro para recibir el servicio médico, dental o quirúrgico de mejor calidad y a menores costos con relación al que recibiría en su país”¹.

Esta definición tiene varios problemas conceptuales, entre ellos el término turismo. De acuerdo con la Organización Mundial de Turismo (OMT): “Un turista internacional es aquella persona que se traslada de su lugar de residencia habitual hacia otro país, estando ausente más de 24 horas y realizando pernoctación. Comprende las actividades que realizan los turistas durante sus viajes y estancias en lugares distintos al de su entorno habitual, por un período de tiempo consecutivo inferior a un año, con fines de ocio, por negocios y otros motivos” (OMT, 1995).

Frente a la definición de la OMT, la Asociación no considera la duración de la estancia del turista médico en el extranjero, que, para el caso de México, es muy relevante. Desde finales de los sesenta, los residentes de ciudades fronterizas de los Estados Unidos cruzan la frontera para ser atendidos por médicos, clínicas y hospitales ubicados en ciudades mexicanas cercanas para consumir tratamientos dentales y cirugías estéticas, entre otros servicios. Una proporción importante de este flujo de pacientes

¹ La Asociación de Turismo Médico se estableció en 2007 y en ella se agrupan hospitales, compañías proveedoras de servicios de salud, agencias facilitadoras especializadas, compañías de seguros y organismos promotores. Su objetivo consiste en promover la calidad en el cuidado de salud de los pacientes en el ámbito internacional. <<http://medicaltourismassociation.com/spanish/index.html>>.

recibe el servicio en menos de 24 horas y por lo tanto se regresa sin consumir servicios de hospedaje. Según la definición de turista internacional, este tipo de viajeros no serían turistas, a pesar de utilizar servicios de salud y por tanto considerarse como exportaciones.

El consumo de servicios de salud de estadounidenses que residen en ciudades cerca de la frontera y que de manera rutinaria cruzan hacia México puede ser importante. En algunas investigaciones recientes se estima que cada año, 312.000 californianos viajan a Tijuana en busca de atención médica, 426.000 por cuidados dentales y 651.000 para adquirir medicamentos. Además, a este destino acuden por cirugías cosméticas y de ojos, y tratamientos alternativos contra enfermedades crónicas (Brown, 2008).

Otro problema que presenta la definición de turismo médico de la Asociación es la amplia gama de servicios de atención a la salud que podrían incluirse. Tratamientos dentales o para disminuir la obesidad, intervenciones quirúrgicas de menor a mayor grado de complejidad, e incluso estancias en los llamados Spas, pueden combinarse con viajes del paciente al extranjero con fines de entretenimiento.

La presencia comercial, modo III de suministro, se refiere al establecimiento de un proveedor de servicios de salud en un país distinto al de su residencia. En la mayoría de los casos conlleva inversión extranjera directa (IED), por ejemplo, de hospitales y clínicas especializadas usualmente de países desarrollados mediante alianzas y *joint ventures* con hospitales y clínicas en países emergentes, lo que da como resultado redes internacionales de servicios de salud. Esta modalidad ha adquirido también una mayor importancia debido a la liberalización que los países emergentes han llevado a cabo para atraer IED en el segmento privado de sus sistemas de salud.

La presencia de personas físicas, modo IV, es la modalidad más visible del comercio de servicios de salud, ya que se refiere al movimiento de médicos y enfermeras entre países, comúnmente de manera temporal, para atender al paciente en un país distinto al de su residencia. Este tipo de comercio puede ser el más lento en avanzar a causa de las dificultades para homologar las acreditaciones de médicos y enfermeras entre países, lo que restringe el movimiento de este tipo de profesionales.

B. Metodología

El comercio internacional de servicios de salud puede realizarse en más de una de las modalidades de suministro. Por ejemplo, el viaje de un paciente que reside en los Estados Unidos hacia México para operarse de un padecimiento de la cadera (modo II) puede detonar el uso de otros servicios de salud complementarios y de servicios turísticos.

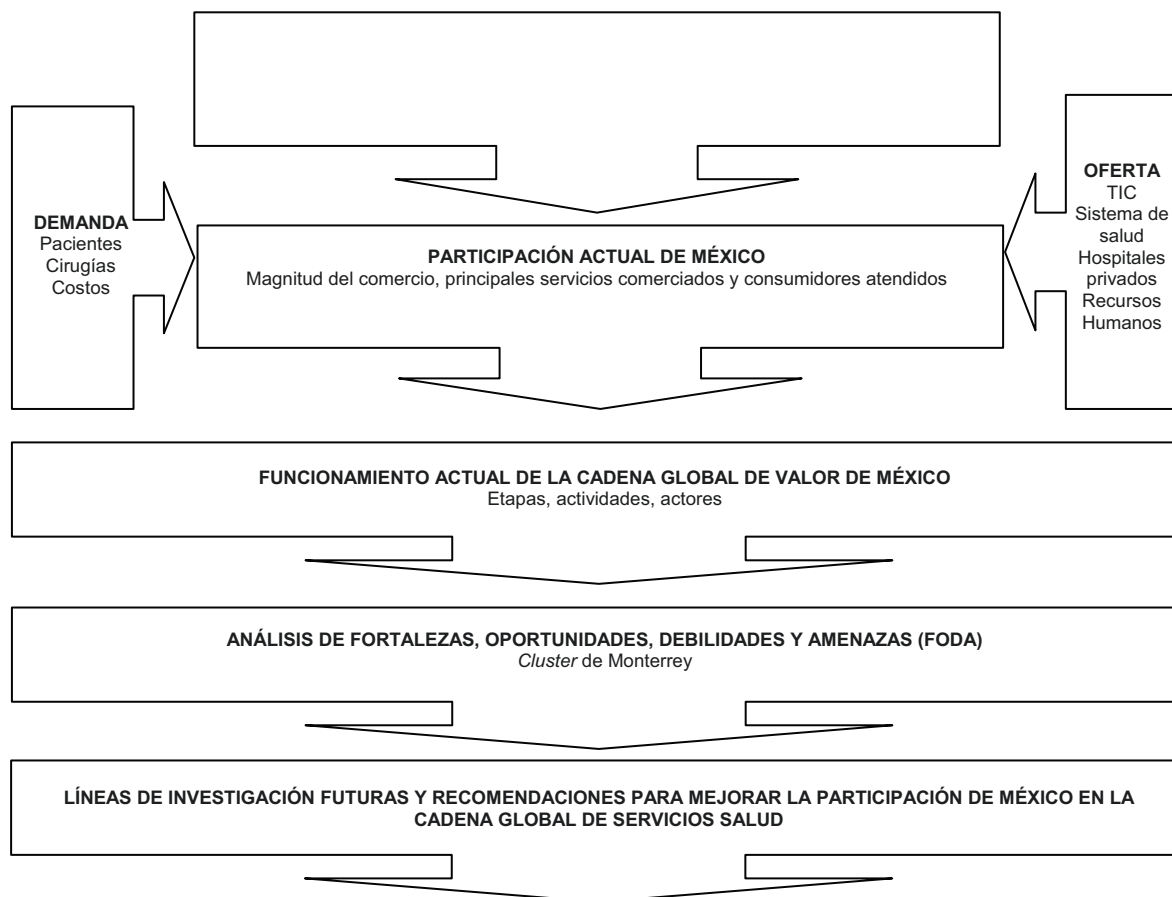
La presente investigación se concentra en el comercio de servicios de salud bajo esta modalidad, es decir, el paciente que viaja al extranjero para ser intervenido quirúrgicamente en un hospital privado. En el caso de intervenciones quirúrgicas, la derrama de divisas y empleo que puede generarse es mayor que en el caso del suministro de servicios aislados, como una consulta de diagnóstico general o el tratamiento dental. Asimismo, se pueden gestar beneficios económicos para un mayor número de proveedores. Debido al impacto económico del comercio de este tipo de servicios, los gobiernos estatales y hospitales privados en México han intentado atraer pacientes estadounidenses, ya que los costos de las intervenciones quirúrgicas en los Estados Unidos superan a los de México.

Se busca conocer si existe una tendencia para consumir servicios de salud en México y cuáles son los tipos de intervenciones quirúrgicas. La hipótesis del análisis consiste en que México, gracias a su cercanía con los Estados Unidos, puede convertir esta ventaja geográfica en combinación, con otras que puede desarrollar, en una fuente permanente de divisas y empleo de actividades de alto valor agregado. Se apunta la conveniencia de explorar las posibilidades de México para desarrollar actividades vinculadas al desarrollo tecnológico e innovación en industrias directamente relacionadas a la de servicios de la salud, como la de dispositivos médicos y la farmacéutica.

La investigación se desarrolla a partir del análisis de los principales países demandantes y oferentes de servicios de salud bajo la modalidad de consumo en el extranjero, las tendencias más importantes que caracterizan la participación de México, el funcionamiento de la cadena de valor, el

análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (análisis FODA) con énfasis en el caso Monterrey (véase la figura 1).

FIGURA 1
ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN DEL COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD DE MÉXICO; CONSUMO EXTRANJERO



Fuente: Elaboración propia.

La información estadística disponible de los flujos mundiales de comercio no permite cuantificar con suficiente detalle el número de pacientes que se desplazan y el valor de los servicios que consumen. No obstante, de la revisión de las principales fuentes internacionales, investigaciones de consultores privados y del sector académico se desprenden algunas estimaciones que muestran la importancia que ha adquirido este tipo de comercio en los últimos años.

Para el caso de México, no existe un sistema de recopilación de datos estadísticos que facilite estimar el valor y el volumen de las transacciones de servicios de salud con el exterior. La información disponible que elabora el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), encargado de las cuentas nacionales, y la del Banco de México para la balanza de pagos es muy agregada y no está lo suficientemente desglosada. En el caso de la Dirección General de Estadísticas de Salud de la Secretaría de Salud de México, la información se refiere a indicadores básicos del sistema de salud, principalmente del componente público y muy poco del privado².

² Páginas en Internet y entrevistas con funcionarios del INEGI, Banco de México y Secretaría de Salud.

En virtud de esta limitante, la metodología de la investigación se basa en revisar bases de datos de organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de los Estados Unidos y de México, así como de fuentes secundarias como las de empresas consultoras privadas y del sector académico.

Se llevaron a cabo entrevistas con funcionarios públicos, con ejecutivos de hospitales y de empresas facilitadoras y con investigadores del sector académico para conocer con mayor detalle su opinión sobre la importancia del comercio de servicios de salud a pacientes extranjeros, las ventajas de México, los principales retos, sus planes de inversión y las oportunidades hacia el futuro. Algunas de estas entrevistas se realizaron en hospitales y universidades miembros del *cluster* de Servicios de Salud de Monterrey. Este agrupamiento de reciente creación ha sido pionero a la hora de impulsar las exportaciones de servicios de salud en México y se ha seleccionado gracias a los avances que ha hecho para fortalecer la infraestructura hospitalaria privada y su participación en la atención de pacientes extranjeros.

II. Panorama mundial del comercio internacional de servicios de salud

A. Tamaño y dirección del comercio

Existe muy poca información estadística con el suficiente detalle que permita conocer el valor del comercio de servicios de salud de acuerdo con los cuatro modos de suministro. Es probable que esta situación se deba a que el comercio de servicios de salud es un fenómeno relativamente reciente, además de la complejidad para recopilar la información. No obstante, algunos organismos internacionales como la OCDE y la OMS llevan a cabo proyectos para apoyar a las instituciones responsables de obtener la información en diversos países a fin de que mejoren sus sistemas de recopilación (OCDE, 2009).

Específicamente para el comercio de servicios en la modalidad de consumo en el extranjero, las estimaciones del número de personas que viajan y el valor de los servicios consumidos son muy agregados y con grandes diferencias según la fuente consultada. Los servicios incluidos y el método para realizar las estimaciones explican dichas variaciones.

Por ejemplo, la base de datos de servicios de las Naciones Unidas contiene información del valor de las exportaciones de servicios de salud de acuerdo con el gasto de las personas que viajan al extranjero para un reducido grupo de países. Según esta fuente, en ocho años el valor total de las exportaciones se duplicó, al pasar de 2.428 millones de dólares en 2000 a 5.299 millones en 2007. Es muy probable que este valor sea

mucho mayor debido a que se excluyeron las exportaciones de países asiáticos y de medio oriente. En el cuadro 3 se presenta la evolución del valor de las exportaciones de acuerdo con la fuente.

CUADRO 3
PAÍSES SELECCIONADOS: EXPORTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD, 2000-2007
(En millones de dólares)

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Brasil	5	7	11	8	9	18	26	25
Canadá	63	63	64	73	81	91	101	117
Costa Rica	1	1	1	3	2	2	2	3
México	88	126	217	172	214	274	258	311
Estados Unidos	1 497	1 479	1 460	1 571	1 660	1 964	2 168	2 308
Subtotal	1 653	1 676	1 752	1 826	1 967	2 349	2 554	2 764
Otros	775	908	1 325	1 644	1 680	2 014	2 407	2 535
Total	2 428	2 584	3 077	3 470	3 647	4 363	4 961	5 299

Fuente. Elaboración propia con información de la base de datos del comercio de servicios de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/ServiceTrade/default.aspx>).

Independientemente de las limitaciones de información, lo relevante es la tendencia creciente del valor de las exportaciones de países como México, Brasil y Costa Rica. Sus exportaciones han crecido con gran dinamismo, a tasas mucho mayores que las de los Estados Unidos y el Canadá. En este período las exportaciones del Brasil se multiplicaron por 5, las de Costa Rica por 3 y las de México por casi 4.

Por su parte, en la OCDE se estima que en 2007 las exportaciones de servicios de salud de la mitad de sus miembros alcanzaron un valor de 5.000 millones de dólares (Morgan, 2009).

La empresa consultora Deloitte analiza el caso de los Estados Unidos, principal consumidor de servicios de salud en el extranjero. Según esta fuente, en 2007, 750.000 estadounidenses viajaron para tal fin y en 2012 esta cifra podría llegar a 1,6 millones. En ese período el gasto de este flujo de pacientes aumentaría de 1,500 a 2,300 millones de dólares. La empresa calculó este gasto con base en los precios de las 15 intervenciones quirúrgicas más demandadas por pacientes estadounidenses en 21 países latinoamericanos, asiáticos y de medio oriente. Entre las cirugías se encuentran las de rodilla, próstata, hernias, rinoplastia y cataratas, entre otras (Deloitte, 2008 y 2009).

La consultora privada McKinsey calcula flujos más conservadores. Estima que entre 60.000 a 85.000 consumidores viajan anualmente para consumir servicios de atención a la salud, principalmente intervenciones quirúrgicas. La diferencia frente a Deloitte se explica porque en la estimación de McKinsey se excluyen pacientes de países vecinos, que viajan por tratamientos de masajes y acupuntura y tratamientos fuera de hospitales (The McKinsey Quarterly, 2008).

Esta misma consultora identifica la dirección del comercio de servicios por regiones geográficas, como se muestra a continuación.

Del cuadro anterior se desprende que Asia es el principal destino, ya que 45% de los estadounidenses que viajan al extranjero y 39% de los europeos tienen como destino esa región. Prácticamente, la totalidad de los pacientes asiáticos viajan a otros países de esta misma región.

Destaca también que más de la cuarta parte de los pacientes estadounidenses viajan a países de América Latina y que más de 10% de los latinoamericanos viajan a otros países de la región.

CUADRO 4
PACIENTES QUE VIAJAN AL EXTRANJERO POR REGIÓN GEOGRÁFICA DE ORIGEN Y DESTINO
(En porcentajes)

Región de origen	Región de destino				
	Asia	Norteamérica	América Latina	Medio Oriente	Europa
Norteamérica	45	27	26	2	-
Europa	39	33	5	13	10
Asia	93	6	-	-	1
América Latina	1	87	12	-	-
Medio Oriente	32	58	-	2	8

Fuente: Elaboración propia con base en The Mckinsey Quarterly (2008), "Mapping the market for medical travel", Health Care, mayo.

Por otra parte, desde hace muchos años se ha dado el movimiento de pacientes extranjeros para recibir tratamientos médicos entre países desarrollados y de pacientes con recursos económicos en países emergentes hacia países desarrollados. La nueva tendencia consiste en la creciente participación de países latinoamericanos, asiáticos y del Medio Oriente como proveedores de servicios de salud.

Los principales países que impulsan activamente las exportaciones de servicios de salud mediante la atracción de pacientes extranjeros se muestran en el cuadro 5.

CUADRO 5
PRINCIPALES PAÍSES EN DESARROLLO EXPORTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
POR REGIÓN GEOGRÁFICA

Asia	América Latina	Medio Oriente
India, Malasia, Singapur, República de Corea, China, Provincia china de Taiwán, Filipinas y Tailandia	Argentina, México, Costa Rica, Cuba, Brasil, Panamá, Chile y Colombia	Arabia Saudita, Qatar y Emiratos Árabes Unidos

Fuente: Elaboración propia con base en la Asociación de Turismo Médico y páginas de Internet de los organismos promotores de cada país.

B. Motores que impulsan el comercio internacional de servicios de salud

Las fuentes consultadas en esta investigación coinciden en cuanto a los motores que impulsan la mayor participación de países emergentes en el comercio de servicios de salud.

Los avances en las tecnologías de información y telecomunicaciones han facilitado el comercio transfronterizo (modo D), al permitir almacenar, interpretar y acceder a imágenes digitales a distancia, consultas y diagnósticos electrónicos (telemedicina).

En 2005 la OMS estableció el Observatorio Global de Salud con el propósito de apoyar a los países miembros y monitorear sus avances en la aplicación de las TIC en el suministro de servicios de salud. Con esta decisión, la OMS reconoce la importancia y contribución que las TIC pueden aportar para ampliar y hacer más eficiente el suministro de servicios de salud³.

³ <http://www.euro.who.int/telemed/20060512_1>.

Tailandia, la India, Singapur, Filipinas y Cuba son los principales países exportadores de servicios de telemedicina. Afinidades culturales y de idioma facilitan que 70% de los pacientes en Asia sean de esa misma región, mientras que los atendidos por Cuba son originarios de España, el Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte y otros países latinoamericanos, principalmente de Centroamérica y del Caribe. En el caso de Cuba, la inversión extranjera en la infraestructura de telecomunicaciones ha sido determinante, principalmente en los años noventa, lo que ha convertido a Cuba en un centro de servicios médicos de consultas y diagnósticos electrónicos (Smith y otros, 2002).

Además de los factores estructurales, como la proximidad geográfica, afinidad cultural y de idiomas, el crecimiento de las exportaciones de servicios de salud de países emergentes bajo la modalidad de consumo a pacientes que residen en el extranjero (modo II) se relaciona a factores que inciden en la demanda y la oferta.

El envejecimiento de la población en países desarrollados y el incremento de enfermedades crónicas han impulsado el crecimiento acelerado de la demanda por servicios de salud. En el caso particular de los Estados Unidos, la mayor demanda no ha podido satisfacerse con respecto a los segmentos de la población que no cuentan con seguro médico, o que tienen que esperar mucho tiempo para ser atendidos, e incluso explorar cierto tipo de tratamiento no autorizado por las autoridades de ese país como una alternativa. Estos factores, aunados a los elevados precios de los servicios de salud, han motivado a los pacientes a buscar tratamientos a un menor precio y de calidad similar en el extranjero (WHO, 2002).

Por su parte, fortalecer la oferta hospitalaria privada, los menores costos de los servicios y las facilidades para atraer inversión extranjera en países emergentes son los principales factores que explican la creciente tendencia para atender a pacientes que residen en el extranjero (WHO, 2002).

El diferencial de precios para las cirugías más demandadas entre los Estados Unidos y países emergentes puede llegar a ser hasta 80% menor. Por ejemplo, una cirugía de rodilla tiene un precio de 50.000 dólares en los Estados Unidos, mientras que en la India de 7.000, en Costa Rica de 11.500 y en México de 10,650. Estos precios no incluyen los gastos de transporte y alojamiento en hotel, que varían según el país de destino y el tiempo que permanezca el paciente en el país exportador para su recuperación. Incluso, si se incluyeran los gastos de transporte y alojamiento, es muy probable que los precios sean inferiores.

De acuerdo con la información proporcionada por ejecutivos de hospitales privados mexicanos, en la medida en que el diferencial de precios sea al menos 30% inferior que en los Estados Unidos, el paciente considerará viajar al extranjero para intervenciones quirúrgicas⁴.

En el cuadro 6 se presenta una comparación de los precios de las cirugías más demandadas por pacientes estadounidenses que viajan al extranjero.

Del cuadro se desprende que el costo de estas cirugías en México puede ser hasta cuatro veces menor que en los Estados Unidos y muy competitivo en relación con el de países asiáticos y latinoamericanos, más aún si se toma en cuenta el menor costo del transporte no incluido en estas estimaciones.

⁴ Según información proporcionada por hospitales privados de Monterrey, México.

CUADRO 6
PAÍSES SELECCIONADOS: COMPARACIÓN DE PRECIOS DE CIRUGÍAS, DICIEMBRE DE 2009
(En dólares corrientes de julio de 2009)

Cirugía	Estados Unidos	Colombia	Costa Rica	India	República de Corea	México	Singapur	Tailandia
Bypass de corazón	144 000	14 630	25 000	8 500	24 000	20 000	18 500	24 000
Angioplastia	57 000	7 000	13 000	8 500	19 600	16 000	7 500	7 000
Reemplazo de válvula cardíaca	170 000	10 450	30 000	12 000	36 000	30 000	18 500	22 000
Reemplazo de cadera	50 000	10 500	12 000	8 000	16 450	13 000	11 000	14 000
Reemplazo de rodilla	50 000	7 500	11 500	7 000	17 800	10 650	10 800	12 000
Implante dental	2 000	1 670	1 000	700	3 400	900	2 900	3 000
Banda gástrica ajustable	30 000	6 500	8 500	7 500	9 500	8 450	12 000	12 000
Implante de seno	10 000	2 600	3 500	4 500	9 000	8 000	5 400	3 700
Rinoplastia	8 000	1 600	5 500	3 500	4 000	4 000	2 700	3 400
Estiramiento facial	15 000	3 500	5 900	7 000	3 000	7 200	4 000	6 600

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Asociación de Turismo Médico (www.medicaltourismassociation.com). Esta fuente obtiene a su vez la información de Healthbase (www.healthbase.com), compañía facilitadora que proporciona a consumidores servicios de información, asesoría y organización de viajes a pacientes interesados en recibir tratamientos en hospitales privados.

La falta de seguro de gastos médicos total o parcial en los Estados Unidos es uno de los factores que impulsa la demanda por recibir tratamientos quirúrgicos en el exterior. Se estima que 35 millones de estadounidenses no cuentan con seguro médico y que 30 millones se encuentran subasegurados. Sin embargo, la falta de cobertura de gastos médicos en el extranjero compensa este impulso, ya que la póliza no cubre los gastos, por ejemplo, de intervenciones quirúrgicas en el exterior. Esta falta es un factor que inhibe el comercio internacional de servicios de salud entre los Estados Unidos y países emergentes. Algunas compañías de seguros como Anthem Blue Cross; Blue Shield, Health Net (se concentran en ofrecer seguro médico a empresas que contratan inmigrantes de origen mexicano) y Blue Cross en Tailandia han iniciado programas piloto para cubrir opcionalmente gastos médicos en el extranjero, aunque los avances son todavía muy lentos (Mattoo y Rathindran, 2006).

Algunos expertos estiman que si uno de cada 10 pacientes estadounidenses que demandan alguna de las 15 intervenciones quirúrgicas más comunes viajaran al exterior para recibir el tratamiento, en los Estados Unidos los ahorros podrían alcanzar los 1,400 millones de dólares anuales (Mattoo y Rathindran, 2006).

Los avances en el fortalecimiento de la oferta hospitalaria privada en países como la India, República de Corea, Filipinas, Tailandia, Singapur y México, son elementos que explican el crecimiento de las exportaciones de servicios de salud bajo esta modalidad. Los gobiernos de estos países han apoyado este fortalecimiento al establecer *hubs* de servicios de salud (Cattaneo, 2009).

Los flujos de IED, principalmente de países desarrollados hacia países emergentes, han contribuido a robustecer la infraestructura hospitalaria privada. Estos países han tomado medidas para facilitar la entrada de inversión extranjera para construir, administrar, asesorar, capacitar y operar hospitales, así como mejorar la calidad e imagen de sus servicios, sobre todo mediante alianzas con hospitales y universidades estadounidenses. La transferencia de tecnología, conocimientos, recursos económicos y el prestigio de la marca son algunos de los elementos que impulsan la atracción de IED.

La importancia que adquiere la inversión extranjera en este sector se muestra en el valor del flujo de fusiones y adquisiciones en los sectores de servicios sociales y salud, que aumentó de 615 millones de dólares en 1989 a 14,625 millones en 2006⁵.

Cadenas hospitalarias y universidades estadounidenses han ampliado su presencia en varios países emergentes. Por ejemplo, CIMA en México y Costa Rica, Christus en México, Clínica de Cleveland y Clínica Mayo en Emiratos Árabes Unidos, Cornell en Qatar, el Centro de Oncología John Hopkins en la Provincia china de Taiwán, el Centro Médico de Harvard, en varios países asiáticos, de Medio Oriente y latinoamericanos y John Hopkins en México, Panamá y Brasil.

Para mejorar la confianza del paciente y de las compañías aseguradoras, un creciente número de hospitales privados en varios países emergentes y desarrollados han acudido a organismos internacionales como la Joint Commission International (JCI). La JCI es una división internacional de la Joint Commission Resources, empresa establecida en 1994 con el propósito de mejorar la seguridad de la atención al paciente por medio de servicios de acreditación y certificación. En septiembre de 2007, la JCI recibió la acreditación de la Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua). Esta acreditación garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por la JCI para evaluar el desempeño de las organizaciones de atención de la salud cumplen con los parámetros internacionales vinculados a la acreditación⁶.

Hasta el año 2009, 220 hospitales en el mundo habían sido certificados por esta organización. En el siguiente cuadro se presenta el número de hospitales y clínicas certificados por la JCI para países seleccionados de América Latina, Asia y Medio Oriente.

CUADRO 7
PAÍSES SELECCIONADOS: NÚMERO DE HOSPITALES Y CLÍNICAS DE SALUD CON CERTIFICACIÓN
VIGENTE DE LA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI), 2009

País	Hospitales y clínicas certificados	País	Hospitales y clínicas certificados
Brasil	19	México	8
Chile	2	Colombia	1
China	5	Costa Rica	3
Israel	3	Singapur	15
Jordania	4	India	13
Arabia Saudita	29	República de Corea	2
Malasia	4	Tailandia	8
Filipinas	2	Emiratos Árabes Unidos	25
Qatar	5	Taiwán	7

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Joint Comisión Internacional (JCI).

Las TIC han permitido obtener información sobre las alternativas que ofrecen diversos países emergentes a los pacientes que buscan tratamientos en el extranjero. Internet se ha convertido en el principal medio por el que los pacientes solicitan información antes de decidir viajar al extranjero. De la revisión de las páginas de Internet se desprende que se ha creado un mayor número de empresas llamadas “facilitadoras”, que llevan a cabo funciones de intermediación entre pacientes y proveedores de los servicios, como clínicas y hospitales. Este tipo de compañías orienta y apoya a los pacientes para viajar al extranjero, al ofrecerles información sobre logística y opciones de destinos, hospitales y

⁵ Base de datos en línea de inversión extranjera directa de la UNCTAD, FDI STAT <<http://stats.unctad.org/FDI/TableView/tableView.aspx?ReportId=900>>.

⁶ JCI <http://www.jointcommissioninternational.org/language>.

médicos. Pueden ser grupos de hoteles, agencias de viajes especializadas y hospitales con paquetes de tratamientos y estancias turísticas⁷.

C. Barreras que inhiben el comercio internacional de servicios de salud

Las barreras al comercio de servicios que se identifican en las fuentes consultadas varían según el modo de suministrar el servicio. Por ejemplo, los principales obstáculos en telemedicina se relacionan con la ausencia de un marco regulatorio adecuado y aceptado universalmente para proteger la confidencialidad de la información de los pacientes.

En el caso del movimiento transfronterizo de pacientes, el principal obstáculo es la prácticamente nula portabilidad (cobertura fuera del país de origen del paciente) de los seguros médicos, tanto por los sistemas públicos de salud como por las compañías privadas de seguros (Mattoo y Rathindran, 2006).

Las compañías de seguros no están dispuestas a cubrir los gastos en el extranjero debido a su preocupación respecto de la calidad del servicio proporcionado y a posibles malas prácticas que provoquen demandas legales (Mattoo y Rathindran, 2006).

En junio de 2008 la Asociación de Medicina de los Estados Unidos emitió una serie de lineamientos a fin de alertar a los pacientes que viajen al exterior. La asociación recomienda a los empleadores, compañías de seguros y empresas que facilitan o incentivan el tratamiento de pacientes fuera de los Estados Unidos, que sean cautelosos en la promoción de tratamientos en el exterior⁸.

La dificultad para reconocer y homologar las capacidades de médicos y enfermeras entre países es también una barrera que limita la expansión del comercio internacional de servicios de salud.

⁷ Patient Beyond Borders <<http://patientsbeyondborders.com/>>

⁸ <<http://www.ama-assn.org/>>.

III. México

A. Principales tendencias

El interés por investigar el comercio internacional de servicios de salud de México se inicia a finales de los años noventa. La mayoría de las investigaciones se enfoca en analizar el comercio de servicios entre México y los Estados Unidos bajo el modo de suministro 2.⁹

Al revisar las fuentes consultadas, se identifican tres principales grupos de demandantes de servicios de salud suministrados por proveedores en México:

- 1) Residentes de los Estados Unidos, la mayoría de origen hispano, que viven en ciudades de California, Arizona y Texas, con vínculos familiares en México y que recurrentemente cruzan en busca de tratamientos dentales, ortopédicos, estéticos y para comprar medicinas;
- 2) Residentes tanto en ciudades de los Estados Unidos cercanas a la frontera, como en otras ciudades de ese país, que viajan a México en busca de tratamientos quirúrgicos de buena calidad accesibles más rápidamente y con menores costos que en Estados Unidos, y
- 3) Expatriados, principalmente estadounidenses que residen en México y demandan servicios de salud.

⁹ Por ejemplo, una de las investigaciones más completas es la de Jorge Augusto Arredondo Vega, publicada conjuntamente por la UNCTAD y la OMS. "The case of the Mexico-United States border area", Ginebra, 1998. Otro ejemplo es el de la investigación de Octavio Gómez-Dantés, Julio Frenk y Carlos Cruz, "El comercio de servicios de salud en América del Norte en el contexto del Tratado de Libre Comercio", publicado en el Boletín de la Oficina Panamericana de Salud, 1996.

1. Residentes en estados fronterizos de los Estados Unidos

El cruce frecuente de estadounidenses residentes de estados fronterizos hacia México en busca de este tipo de servicios es una tendencia que se remonta a finales de los años sesenta, aun cuando la mayor parte de la población que reside en las ciudades fronterizas es de origen hispano. Una parte importante de esta población se desplaza a ciudades mexicanas para consumir tratamientos dentales, oftalmológicos, cirugías estéticas y ortopédicas y para comprar medicamentos (Leong y otros, 2009).

A partir de los noventa se observa incremento sustancial de este tipo de comercio. Este fenómeno se presenta sobre todo en las poblaciones de ciudades hermanas como Tijuana-San Diego, Mexicali-Caléxico, Ciudad Juárez-El Paso, Nuevo Laredo-Laredo, Reynosa-McAllen y Matamoros-Brownsville (Leong y otros, 2009).

Por ejemplo, en el caso de los residentes de California, en algunas investigaciones se estima que del millón de adultos de ese estado que anualmente buscan atención médica, dental o medicamentos en México, medio millón son migrantes mexicanos (Wallace y otros, 2009).

En una investigación reciente de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) se confirma esta tendencia. Cada año 312.000 californianos viajan a Tijuana en busca de atención médica, 426.000 por cuidados dentales y 651.000 para comprar medicamentos. Además, a este destino se acude por cirugías cosméticas y de ojos y tratamientos alternativos contra enfermedades crónicas. Por ejemplo, en Los Algodones, Baja California, localidad que se ha especializado en el suministro de tratamientos dentales, los pacientes pueden recibir atención en un día y regresar ese mismo día a su ciudad de origen. Resalta que 6.4 millones de californianos no cuentan con seguro médico y que la cercanía y el costo de los tratamientos son ventajas de Tijuana con relación a otros destinos (Brown, 2008).

La cercanía geográfica, las afinidades culturales y lingüísticas y los menores costos de los servicios de salud en México, frente a los de los Estados Unidos, son los motores más importantes que motivan a residentes estadounidenses de ciudades fronterizas a viajar a México. La mayoría de este tipo de demandantes no cuenta con seguro médico, e incluso para aquellos que lo tienen, éste no cubre los tratamientos dentales y las cirugías estéticas.

La disponibilidad de médicos y enfermeras capacitadas en los Estados Unidos, bilingües y con afinidades culturales, es señalada como una ventaja de Tijuana. La reciente creación de la Asociación de Prestadores de Servicios de Salud de esta ciudad es considerada como un avance importante para promover coordinadamente la atracción de pacientes de los Estados Unidos. En la Asociación participan hospitales, clínicas y médicos con el apoyo del gobierno del estado de Baja California¹⁰.

No existen datos oficiales de los cruces fronterizos de estadounidenses hacia México que demandan servicios de salud. Algunas de las estimaciones son de organizaciones privadas y gobiernos locales. Por ejemplo, el presidente del Colegio de Médicos Generales y Familiares de Tijuana estima que diariamente los médicos privados de esta ciudad atienden a 12.000 pacientes estadounidenses y apenas a 3.000 residentes mexicanos¹¹.

El gobierno de Baja California, por su parte, estima que los extranjeros y sus acompañantes dejan en ese estado 2.000 millones de dólares anuales por servicios de salud¹².

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas calcula que una tercera parte de los residentes de El Paso cruzan la frontera frecuentemente para comprar medicamentos y servicios de salud. Destaca que 33% de los residentes viajan a Ciudad Juárez y sólo 5,2% de Ciudad Juárez a El Paso. En este estudio se confirma que la población sin seguro médico (casi 60% de los residentes no cuentan con éste) y los menores costos de servicios de salud en Ciudad Juárez explican el cruce hacia esta última ciudad (Rivera y otros, 2009).

¹⁰ <<http://www2.uacj.mx/icsa/Investiga/RNIU/pnencias%20pdf/Copy%20of%20Pon.%20Jorsé%20Vargas%20Mercadotecnia.pdf>>.

¹¹ *Periódico Frontera*, 13/junio/2006.

¹² *Periódico Frontera*, 2007.

Es muy probable que estos cruces comprobados de residentes de ciudades de California y Texas hacia Tijuana y El Paso se confirme, entre otras ciudades fronterizas.

2. Residentes de Estados Unidos que viajan a México por intervenciones quirúrgicas

Una tendencia más reciente es la de estadounidenses que residen tanto en ciudades cercanas a la frontera como en otros estados y que buscan tratamientos quirúrgicos a precios más accesibles. La diferencia con relación al primer grupo de demandantes consiste en que este tipo de pacientes viaja a México con el propósito de obtener atención quirúrgica y permanece varios días en este país para consumir servicios de salud previos a la intervención, durante la cirugía y en la etapa de recuperación. En la última etapa, el consumidor puede optar por servicios complementarios a los de salud, como los asociados al alojamiento en hoteles y actividades de entretenimiento (turista médico).

Este grupo de demandantes puede viajar a México tanto por vía terrestre como por aérea. En este sentido, un indicador interesante es el de la intención del viaje al exterior declarado por los residentes estadounidenses al salir de los Estados Unidos. De acuerdo con el Departamento de Comercio de ese país, cerca de 4 millones de ciudadanos que viajaron al extranjero por avión en 2008 informaron que el principal motivo de su viaje era la atención médica¹³.

Entre los factores que motivan la búsqueda de tratamientos quirúrgicos en el extranjero se encuentran la dificultad para obtener el servicio en los Estados Unidos, ya sea por la falta de seguro médico o por los largos tiempos de espera para recibirlo. En estos casos, la cercanía, calidad y costo de los servicios en México son factores determinantes¹⁴.

Los tratamientos quirúrgicos más demandados incluyen los relacionados para reducir la obesidad, rodilla, reemplazo de cadera y cardiovasculares, como válvulas del corazón. Se demandan también los denominados tratamientos en clínicas del bienestar especializadas, como las estancias en Spas, los tratamientos de medicina alternativa y los suministrados por clínicas especializadas en tratamientos oftalmológicos, dentales y estéticos¹⁴.

No existen estimaciones confiables sobre el número de estadounidenses que viajan a México y el gasto que hacen en servicios de salud. La ONU estima el valor de las exportaciones de servicios de salud de acuerdo con el gasto de personas que viajan al extranjero para un reducido grupo de países. De acuerdo con esta fuente, México incrementó sus exportaciones por servicios de salud de 88 millones de dólares en 2000 a 311 millones de dólares en 2007, es decir casi cuatro veces más¹⁵.

Es probable que estas cifras sean mayores debido a la insuficiente información que se recopila por parte de las fuentes oficiales mexicanas sobre los extranjeros no residentes que son intervenidos quirúrgicamente en los hospitales privados. En todo caso, lo importante es el dinamismo de los ingresos por exportaciones que se observa durante ese período, indicador que muestra la importancia que ha adquirido el consumo de este tipo de servicios de salud en México.

¹³ <http://www.tinet.ita.doc.gov/outreachpages/download_data_table/2008_Outbound_Profile.pdf>.

¹⁴ Diversos artículos publicados sobre México publicados en la *Revista de la Asociación de Turismo Médico* <<http://www.medicaltourismmag.com/>>.

¹⁵ Base de datos del comercio de servicios de las Naciones Unidas <<http://unstats.un.org/unsd/ServiceTrade/default.aspx>>.

3. Expatriados estadounidenses que residen en México

Desde fines de los años sesenta, algunos adultos mayores estadounidenses han tomado la decisión de residir en México. Sin embargo, en los últimos 20 años, el interés por residir en México se ha incrementado, ya sea de manera temporal (*snowbirds*) o definitiva.

De acuerdo con estimaciones del Departamento de Estado de Estados Unidos, más de 6,5 millones viven fuera de ese país, de los cuales 1,2 millones residen en México; se espera que esta tendencia continúe en las próximas décadas.

Según el Bureau de Censos de los Estados Unidos, cerca de 80 millones de estadounidenses de la generación conocida como *baby boomers* se retirará en los próximos 20 años (personas de más de 50 años que nacieron en Estados Unidos y Canadá entre finales de los cuarenta y principios de los sesenta). Cerca de 60% de esta generación enfrentará dificultades para mantener su nivel de vida. El alto costo en los Estados Unidos, incluidos los servicios de salud, propiciará que los adultos mayores opten por cambiar su lugar de residencia hacia destinos en los que rinda más su pensión (Ernest y Young, 2008).

Los expatriados han sido motivados para residir en México por varios factores, entre los que destaca el acceso a servicios de salud de calidad, a menores precios que en los Estados Unidos. Los expatriados han usado servicios de hospitales y clínicas privados o el sistema público de salud como, por ejemplo, el IMSS, cubriendo una aportación especial.

De acuerdo con los resultados de una encuesta aplicada a 1.000 estadounidenses que residen en cinco ciudades de México, 67% de los encuestados respondió que la calidad de los servicios de salud utilizados en México es igual o mejor que en los Estados Unidos¹⁶.

El 80% de los encuestados señaló que cuenta con algún tipo de seguro médico, ya sea bajo el programa gubernamental de Medicare o con algún seguro privado. Sin embargo, debido a que estos seguros no cubren los gastos médicos en México, tienen que viajar a los Estados Unidos en caso de enfermedades serias. Los encuestados indicaron que en caso de que los programas gubernamentales o los planes de seguros privados (portabilidad del seguro médico) cubrieran los gastos médicos, no regresarían a los Estados Unidos para recibir los tratamientos, ya que consideran que la calidad en México es buena y similar a la de los servicios en su país¹⁶.

Según la revista "International Living", en 2007 y 2008, México fue catalogado como el mejor país para el retiro de estadounidenses de un total de 29 países. El índice utilizado incluye aspectos tales como: bajos precios y facilidad para comprar una propiedad; variedad de actividades de entretenimiento, culturales y educativas; costo de vida y la calidad y precio de los servicios de salud¹⁷.

B. Factores que impulsan el comercio de servicios de salud en México

En esta sección se intenta profundizar en los factores que explican los viajes crecientes de estadounidenses a México para consumir tratamientos quirúrgicos. Estos factores pueden dividirse en los que inciden en la demanda y los relacionados con la oferta en México.

¹⁶ <http://www.utexas.edu/lbj/chasp/publications/downloads/Warner_Medicare_in_Mexico.pdf>.

¹⁷ <www.internationalliving.com/retirement/index>.

1. Factores de demanda

La estructura y funcionamiento del sistema de salud de los Estados Unidos, el incremento de enfermedades crónicas y algunos aspectos demográficos como el envejecimiento de la población son algunos de los factores que impulsan la demanda por servicios de salud de estadounidenses en el extranjero.

En contraste con el de México, el sistema de salud de los Estados Unidos pertenece a los denominados sistemas de “medicina administrada”, en el que proveedores privados proporcionan los servicios y no las instituciones públicas.

De acuerdo con la información más reciente del National Center For Health Statistics, este sistema es uno de los más costosos del mundo. En 2009 el gasto en salud como proporción del PIB estadounidense fue de 16%, el número de personas sin seguro médico aumentó de 42 millones en 1998 a 45.4 millones en 2009 y el porcentaje que no obtuvo el servicio médico requerido debido a su elevado costo subió de 4,2% a 7,2% en el mismo período¹⁸.

La Asociación Médica de los Estados Unidos señala que las principales causas que impulsan a los estadounidenses a viajar al extranjero, específicamente para intervenciones quirúrgicas, se relacionan con el elevado costo, pero también con una mayor especialización, calidad de los servicios y facilidades para viajar al exterior hacia países como México¹⁹.

Entre las principales causas que explican el elevado gasto en salud de los Estados Unidos se encuentran los altos costos de hospitalización, de los honorarios médicos, de la administración del sistema y la falta de un seguro médico, lo que presiona al gobierno estadounidense a subsidiar a una proporción importante de la población sin seguro. Además, a estos factores se le añade el aumento en enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y cardiovascular (Ramírez, 2007).

Las compañías aseguradoras tienen un papel fundamental en el sistema de salud de los Estados Unidos, ya que ofrecen una gran variedad de seguros, cuyo costo lo cubren parcialmente las empresas, y otra parte los propios empleados. Además, el gobierno estadounidense ofrece fondos gubernamentales de asistencia para la población de escasos recursos, adultos mayores y discapacitados mediante los programas Medicare y Medicaid.

Asimismo, los procedimientos innecesarios que llevan a cabo los médicos, el alto costo administrativo de las compañías aseguradoras de las primas de seguros para cubrir a los médicos contra potenciales demandas por malas prácticas son también factores que elevan el costo (Ramírez, 2007).

En suma, estas limitantes abren la oportunidad para que países como México incrementen sus exportaciones y proporcionen servicios de salud a potenciales pacientes estadounidenses.

2. Factores de oferta

El fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria privada ocurrido a partir de principios de los noventa ha facilitado la atracción de pacientes estadounidenses a México, en lo que la IED ha desempeñado un papel importante. Si bien es difícil disponer de información detallada sobre la inversión extranjera, de acuerdo con fuentes secundarias la mayoría de los hospitales privados en México que atienden a pacientes extranjeros han realizado alianzas con cadenas hospitalarias o universidades estadounidenses a fin de obtener tecnología, conocimiento, capital y prestigio.

Christus, la cadena más importante de hospitales en el sur de Texas, se ha asociado con el grupo mexicano Mugerza para operar varios hospitales en Monterrey, Puebla, Reynosa, Chihuahua y Saltillo. Próximamente abrirá uno más en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas muy cerca de la frontera de México con Guatemala²⁰.

¹⁸ Bases de datos del National Center For Health Statistics.

¹⁹ Boletín de la American Medical Association de 2007.

²⁰ <<http://www.christusmugerza.com.mx/>>.

En 1992 se estableció la International Hospital Corporation (IHC) con el propósito de ofrecer en México y América Latina servicios médicos privados de alta calidad. La IHC invierte y opera hospitales privados bajo el nombre de Centro Internacional de Medicina (CIMA). Actualmente, el CIMA cuenta con hospitales en Hermosillo, Chihuahua y Monterrey, y construye uno más en Puebla²¹.

En 2006 el Centro Médico ABC instituyó un convenio con el Methodist International Hospital de Houston, Texas, para intercambiar conocimientos y capacitar a profesionales en alta tecnología²².

El grupo empresarial Ángeles, el conjunto hospitalario más grande con 17 hospitales distribuidos en las principales ciudades de México, está en proceso de ampliar su presencia en Tampico y Jalapa. Su capital es 100% mexicano y, en la actualidad, se espera que supere el porcentaje de pacientes estadounidenses alcanzado en 2010 (20%). Este grupo ha creado su propia empresa con sede en San Diego, California para promover la atracción de pacientes estadounidenses hacia sus hospitales. Su hospital de Torreón, Coahuila ofrece tratamientos especializados en cirugía bariátrica y estética²³.

El Grupo Star Médica (GSM) cuenta actualmente con seis unidades hospitalarias en Ciudad Juárez, San Luis Potosí, Mérida, Acapulco, Morelia, Aguascalientes y Ciudad de México y espera construir siete más en los próximos años²⁴.

La mayoría de las cadenas hospitalarias mexicanas más importantes han invertido con la intención de establecer facilidades de alojamiento cercanas a los centros de atención de salud, a fin de proporcionar el servicio antes, durante y después del tratamiento médico. Tal es el caso del Grupo Ángeles asociado con hoteles Camino Real y de Médica Sur con Holiday Inn y Suites dentro de su complejo hospitalario.

Otra de las recientes tendencias observadas en México consiste en desarrollar agrupamientos o *clusters* de salud regionales y estatales, tanto en los estados fronterizos como en los que ya residen expatriados estadounidenses. En estos conglomerados participan gobiernos estatales y municipales, hospitales privados, universidades, autoridades turísticas y de salud y empresas facilitadoras. Entre los principales agrupamientos destacan: la Ciudad de la Salud en Monterrey (2005); la Asociación de Turismo Médico de Tijuana, A. C. (2008); Medical City en Chihuahua (2009); el Consejo Consultivo de Turismo de Salud de la Ciudad de México (2009), y el *Cluster* de Turismo de Salud de Sonora (2009)²⁵.

Abajo se presenta un mapa que ilustra la ubicación de las principales cadenas de hospitales en México.

La ubicación de las unidades hospitalarias privadas y los proyectos de inversión en marcha sugieren que los inversionistas han considerado la oportunidad de atender tanto la creciente demanda nacional como la de extranjeros, principalmente estadounidenses y de aquellos que ya residen en México.

Un número importante de unidades hospitalarias de las principales cadenas privadas en México se localiza en ciudades fronterizas con los Estados Unidos. Asimismo, destaca que algunas de estas cadenas han establecido hospitales en ciudades consideradas como polos de atracción turística o en ciudades en las que residen expatriados como Guadalajara, Cancún, San Miguel de Allende, Puerto Vallarta y Mérida, entre otras.

²¹ <<http://www.hospitalcima.com.mx/>>.

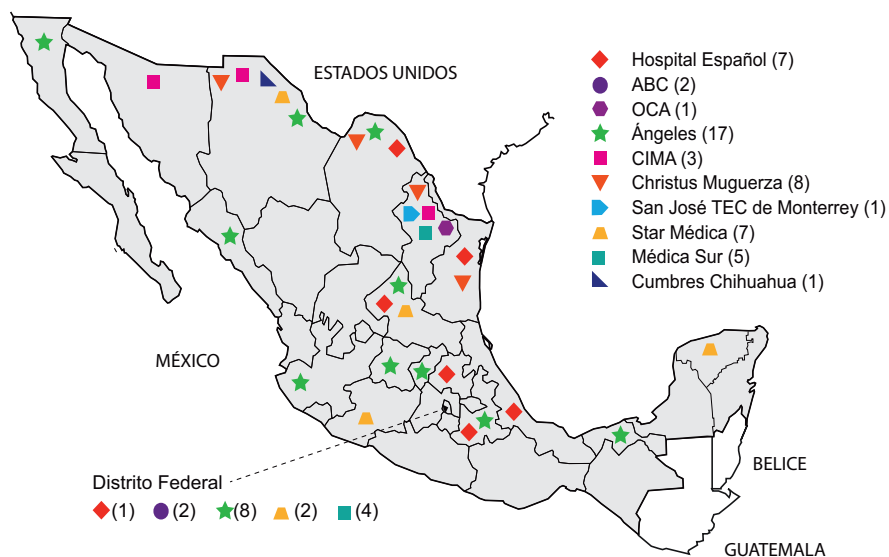
²² <<http://www.abchospital.com>>.

²³ <<http://www.gass.com.mx/index.html>>.

²⁴ <<http://www.starmedica.com.mx/default.asp>>.

²⁵ <monterreyciudaddeasalud.com>; <saludtijuana.com>; <www.chihuahuamedicalcity.com>; <<http://www.mexicocity.gob.mx>> y <<http://www.saludsonora.gob.mx/healthtourism/>>.

FIGURA 2
MÉXICO: PRINCIPALES CADENAS DE HOSPITALES PRIVADOS, DICIEMBRE DE 2009



Fuente: Elaboración propia.

Nota: "Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas".

Las certificaciones de hospitales privados otorgadas por las autoridades mexicanas y su homologación con las certificaciones de organismos internacionales, como la JCI, han contribuido a fortalecer la calidad de los servicios. Se ha avanzado en el establecimiento de requerimientos, así como en la certificación de calidad para atender a los pacientes, los servicios que se ofrecen y los procedimientos de atención (para mayor detalle, véase el anexo I).

Ocho hospitales privados cuentan con la certificación de la JCI y varios más están en proceso de obtenerla. La reputación internacional que ha logrado la JCI como un organismo confiable que brinda prestigio a los hospitales y el interés de las compañías aseguradoras para considerar esta certificación como un elemento que disminuye los riesgos de prácticas médicas desfavorables, han motivado estas iniciativas. El número de hospitales privados mexicanos que actualmente cuentan con certificaciones vigentes de la JCI es inferior al de países como Brasil, India, Tailandia y Arabia Saudita.

CUADRO 8
HOSPITALES MEXICANOS CERTIFICADOS POR LA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)

Hospital	Tipo de acreditación y fecha	Ubicación
American British Cowdray Medical Center	Hospital, 6 de diciembre de 2008	Ciudad de México, Observatorio
American British Cowdray Medical Center	Hospital, 12 de diciembre de 2008	Ciudad de México, Santa Fe
Christus Muguerza Alta Especialidad	Hospital, 22 de julio de 2007	Monterrey, Nuevo León
Clínica Cumbres	Cuidado ambulatorio, 23 de abril de 2008	Chihuahua, Chihuahua
Hospital CIMA	Hospital, 11 de diciembre de 2008	Hermosillo, Sonora
Hospital CIMA	Hospital, 19 de diciembre de 2008	Monterrey, Nuevo León
Hospital San José TEC de Monterrey	Hospital, 25 de diciembre de 2007	Monterrey, Nuevo León
Hospital y Clínica OCA, S.A. de C.V.	Hospital, 27 de septiembre de 2008	Monterrey, Nuevo León

Fuente: Elaboración propia con base en la JCI.

Si bien las certificaciones son un paso en la dirección correcta, se ha detectado la necesidad de capacitar a enfermeras, médicos y otro tipo de profesionales especializados, no sólo en las habilidades propias de la profesión, sino en aspectos básicos como el aprendizaje del idioma inglés especializado (Gojman, 2009).

En este sentido, conviene fortalecer la infraestructura para capacitar profesionales de la salud en México. Existen alrededor de 180 programas de formación a nivel técnico, licenciatura y posgrado de médicos, enfermeras y técnicos especializados en universidades tanto públicas como privadas²⁶.

El prestigio internacional que varias universidades mexicanas han logrado gracias a la calidad de la enseñanza en sus escuelas de medicina constituye una ventaja que están aprovechando desde hace varios años y que podría fructificar aún más mediante alianzas con cadenas de hospitales y universidades extranjeras. Por ejemplo, la Universidad Autónoma de Guadalajara y la escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey con DeBakery Heart Center en el área de cardiología y el Hospital de San José de Monterrey con el Colegio de Medicina de Baylor y la Escuela de Medicina de John Hopkins en cuanto a seguridad del paciente (Treviño, 2009).

Vale destacar la iniciativa que en los primeros meses de 2010 anunció el gobierno federal para impulsar el turismo médico. De acuerdo con el proyecto, en 2015 México podría generar 1.350 millones de dólares de ingresos y atender a 450.000 turistas, y en 2020, 4.000 millones de dólares y 650.000 turistas. Se busca ofrecer servicios tanto directamente relacionados con la atención a la salud, como los que están asociados a la organización del viaje del paciente antes, durante y después del procedimiento quirúrgico (Secretaría de Turismo, 2010).

El proyecto comprende dos etapas: la primera, a desarrollarse en los próximos cinco años, se concentra en atraer a residentes estadounidenses de origen hispano que no cuenten con seguro médico y aquellos que tengan seguro privado y que requieran procedimientos básicos e intermedios, como cirugías para corregir problemas de cadera, rodillas y problemas cardiovasculares, dentales, oftalmológicos y estéticos. Inicialmente, la promoción se dirigirá hacia los residentes de Texas y California. En la segunda etapa, a partir de 2015, se promoverá la oferta de cirugías más complejas y de alta especialidad.

Se espera que los ocho hospitales privados mexicanos que cuentan con la certificación de la JCI participen desde el arranque del proyecto y que varios más se vayan incorporando a medida que cuenten con la certificación. El proyecto incluye el apoyo del Consejo de Salubridad General para continuar con el proceso de certificación de hospitales privados por parte de la JCI.

En la iniciativa se contemplan acciones en cuatro vertientes: inversión en infraestructura médica y capital humano; atracción y promoción del turista médico; desarrollo de alianzas y cabildeo en los Estados Unidos con empresas empleadoras, asociaciones de estadounidenses de origen hispano y el fortalecimiento de la infraestructura pública y acciones para generar servicios complementarios, como el desarrollo de empresas facilitadoras especializadas en el turismo médico.

El proyecto también incluye capacitar a médicos y enfermeras para que dominen el inglés, así como acciones de promoción enfocadas a segmentos específicos de potenciales consumidores estadounidenses. La Secretaría de Salud impulsará la capacitación bilingüe de médicos y enfermeras, principalmente para cirugías plásticas, odontológicas, ortopédicas y cardiovasculares.

Se considera que para ampliar la capacidad instalada de hospitales privados, se requerirán inversiones por alrededor de 1,100 millones de dólares. Entre las fuentes de financiamiento se contempla la IED, fondos de inversión especializados en el sector de atención a la salud y la banca de desarrollo en México como el Banco Nacional de Comercio Exterior (BANCOMEXT).

²⁶ Asociación de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES).

BANCOMEXT anunció recientemente su interés por ampliar su programa de financiamiento para incluir el turismo de salud mediante el financiamiento de proyectos para construir y equipar hospitales privados que incluyan la atención de pacientes extranjeros (Lerma, 2008).

Éste es el primer esfuerzo del Gobierno de México a nivel nacional para implementar un proyecto integral y de alcance nacional enfocado en la atracción de pacientes estadounidenses y se suma a las iniciativas que ya han tomado algunos gobiernos y hospitales en estados como Nuevo León, Jalisco, Baja California y Sonora, entre otros. La relevancia del proyecto consiste en reconocer que las acciones coordinadas en diferentes áreas, desde la capacitación, certificación de hospitales, fortalecimiento de infraestructura hospitalaria, hasta las medidas de promoción, pueden convenir para atraer a pacientes estadounidenses y mejorar la calidad de los servicios de salud en México.

C. Cadena de valor

Del análisis de las secciones anteriores, se puede identificar un conjunto de actividades y de actores en el consumo de servicios quirúrgicos de estadounidenses que viajan a México.

La cadena de valor de servicios de salud, en la que el paciente de un país desarrollado viaja a un país en desarrollo en busca de un tratamiento quirúrgico puede estar compuesta por tres etapas: la preoperatoria, la operatoria y la posoperatoria o de seguimiento a la recuperación del paciente. El servicio principal es el de la cirugía, que puede ir acompañado por otros servicios directamente relacionados antes y después de la etapa operatoria, como los de interpretación de análisis clínicos, así como servicios indirectos como el de organización del viaje al país de destino y servicios de entretenimiento.

La cadena de servicios de salud bajo esta modalidad puede diagramarse de la siguiente manera.

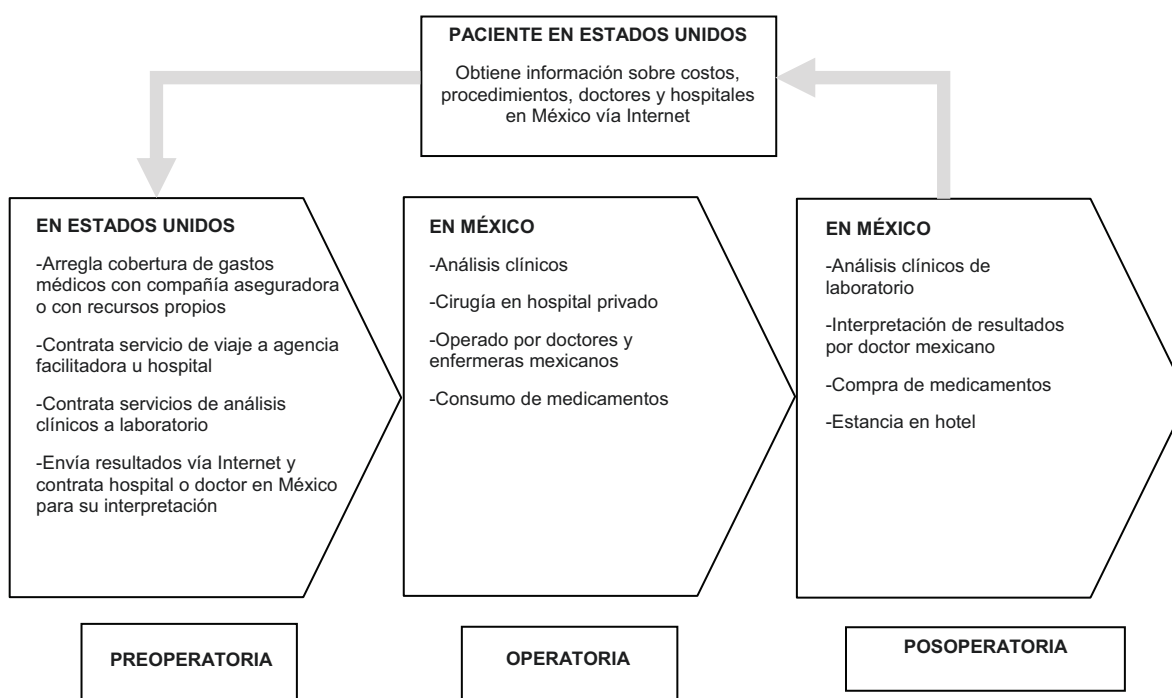
El servicio que detona el consumo de otros servicios directamente relacionados con la atención de salud y los indirectos, como los turísticos, es la intervención quirúrgica. En este tipo de cadena participan como consumidor el paciente estadounidense que se desplaza a México para ser intervenido, intermediarios como empresas facilitadoras y varios proveedores como el hospital privado que proporciona la infraestructura para realizar la intervención, el equipo de médicos y enfermeras que atienden al paciente, el laboratorio que puede realizar los análisis clínicos en México y el médico que interpreta los resultados.

El consumidor puede contar con seguro médico o no; actualmente la mayoría de los pacientes que viajan al extranjero no cuentan con él. Sin embargo, es relevante apuntar a las compañías de seguros como un participante importante hacia el futuro, en la medida en que gradualmente estén dispuestas a cubrir cierto tipo de cirugías, tal vez no muy complejas en el inicio. Por ejemplo, empresas medianas y grandes en los Estados Unidos ofrecen cobertura médica si se contratan pólizas de seguro colectivo a sus empleados como parte de sus prestaciones laborales. Estas empresas pueden disminuir sus elevados gastos médicos si ofrecen a sus empleados planes de cobertura que incluyan gastos en el extranjero.

El paciente puede extender la duración de su estancia en México para que médicos y enfermeras en el hospital puedan dar seguimiento a su recuperación antes de su regreso a los Estados Unidos. Dicho seguimiento lo lleva un médico en México que atiende al paciente mediante consultas que pueden requerir nuevamente de análisis clínicos y su interpretación (etapa posoperatoria). En esta etapa, el paciente puede consumir servicios indirectos relacionados con hospedaje y entretenimiento.

Para un adecuado funcionamiento de la cadena, es necesario compartir la información del paciente, de preferencia mediante medios electrónicos con los diferentes actores. Si embargo, los avances en este campo son lentos debido a que actualmente no se ha normado la confidencialidad de la información y existe cierta desconfianza para compartirla entre médicos hospitales y laboratorios en México y sus contrapartes en los Estados Unidos, compañías aseguradoras y empresas facilitadoras.

FIGURA 3
EJEMPLO DE LAS ETAPAS DE MODALIDAD II DE COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD. PACIENTES DE LOS ESTADOS UNIDOS QUE VIAJAN A MÉXICO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN HOSPITALES PRIVADOS



Fuente. Elaboración propia.

La información sobre el proveedor del servicio en México es accesible al paciente mediante recomendaciones de amistades y familiares, sobre todo de los médicos y hospitales, así como por medio de las páginas de los hospitales, médicos y empresas facilitadoras en Internet. El prestigio del hospital y del médico son factores determinantes en la decisión del paciente para utilizar el servicio en el extranjero.

De acuerdo con las reuniones con ejecutivos de varios hospitales privados, la inversión de cadenas hospitalarias extranjeras para el equipamiento, la operación y administración de hospitales ha desempeñado un papel importante como fuente de financiamiento, tecnología, marca y prestigio. Sin embargo, con algunas excepciones, no se ha identificado que actividades relacionadas con transferencia de conocimiento y tecnología enfocada al desarrollo de nuevos servicios, como las aplicaciones específicas de TIC, el desarrollo de nuevos medicamentos mediante pruebas clínicas o nuevos dispositivos médicos, hayan acompañado a los flujos de inversión extranjera.

México es un importante productor y exportador de medicamentos y de dispositivos médicos. Por ejemplo, en 2008 México exportó 5.000 millones de dispositivos médicos. En México se encuentran instaladas más de 130 empresas dedicadas a fabricar, reparar o ensamblar dispositivos médicos. Varias de las empresas estadounidenses más importantes a nivel mundial que producen dispositivos médicos ya se han establecido en México desde hace varios años.

Debido a los altos costos en el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos y de dispositivos médicos, las plantas en México podrían contribuir a disminuir sus costos al transferir actividades de desarrollo de productos en México. Por ejemplo, se podría investigar la viabilidad para desarrollar medicamentos para enfermedades crónicas como diabetes, presión arterial, obesidad, entre otras. Asimismo, se podría aprovechar la experiencia de México en tratamientos dentales para llevar a cabo actividades de innovación en prótesis dentales.

D. Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

A continuación se resumen las principales fortalezas, oportunidades debilidades y amenazas que se desprenden del análisis de las secciones anteriores.

CUADRO 9
ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS (FODA)

Fortalezas	Oportunidades
<p>Localización geográfica; proximidad con los Estados Unidos y Canadá. Transporte aéreo con vuelos frecuentes y terrestres de poca duración. Bajos costos de transporte con relación a otros países competidores;</p> <p>Fortalecimiento de infraestructura hospitalaria privada: hospitales privados mexicanos certificados y creciente interés por otros en proceso de certificación por la JCI;</p> <p>Precios competitivos frente a los Estados Unidos y otros países;</p> <p>Disponibilidad de medicamentos a un menor costo;</p> <p>Cultura similar;</p> <p>Experiencia favorable en el tratamiento de pacientes que viajan a México y de expatriados que viven en él;</p> <p>Atención cordial al paciente;</p> <p>Médicos capacitados en universidades y centros de salud en los Estados Unidos;</p> <p>Percepción favorable de los <i>clusters</i> de salud regionales;</p> <p>Iniciativa reciente del gobierno federal por impulsar coordinadamente el turismo de salud.</p>	<p>Elevados costos de los servicios de salud en los Estados Unidos;</p> <p>Insuficiente cobertura de seguros de gastos médicos de la población en los Estados Unidos y alta proporción de la población subasegurada;</p> <p>Altos costos de seguros médicos privados en los Estados Unidos, incluso los que cubren a los médicos contra demandas por malas prácticas,</p> <p>Creciente flujo de población de origen hispano; disposición para viajar a México para recibir atención médica,</p> <p>Creciente interés de aseguradoras;</p> <p>Interés de empresas estadounidenses para considerar cubrir gastos médicos de sus empleados en México;</p> <p>Acelerado envejecimiento de la población estadounidense en los próximos años; población en edad de retiro;</p> <p>Incremento en la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, obesidad, entre otras;</p> <p>Acelerada demanda por cirugías estéticas, dentales y ortopédicas por estadounidenses;</p> <p>Desarrollo de aplicaciones de TIC en la atención a pacientes extranjeros, desarrollo e investigación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.</p>
Debilidades	Amenazas
<p>Insuficiente definición de especialidades en el tratamiento de salud, en las que México puede ser más competitivo;</p> <p>Insuficiente marco normativo que regule y fomente el comercio de servicio de salud;</p> <p>Falta de imagen de México en el extranjero como proveedor de servicios de salud de excelencia;</p> <p>Falta de promoción especializada dirigida hacia los diferentes demandantes de servicios en el mercado estadounidense;</p> <p>Insuficientes hospitales privados certificados;</p> <p>Dificultad para demandar por malas prácticas médicas en México;</p> <p>Insuficientes recursos humanos capacitados y certificados para la atención de pacientes extranjeros particularmente médicos y enfermeras;</p> <p>Falta de estadísticas para evaluar estrategias de impulso al comercio de servicios;</p> <p>Falta de un marco regulatorio sólido que impulse el comercio de servicios de salud vía telemedicina;</p> <p>Insuficiente infraestructura competitiva en TIC que facilite el comercio de servicios vía telemedicina;</p> <p>Insuficiente vinculación entre universidades y hospitales para la atención de pacientes extranjeros;</p> <p>Percepción de inseguridad en algunos segmentos del mercado estadounidense.</p>	<p>Falta de cobertura de gastos médicos a pacientes estadounidenses en México (portabilidad);</p> <p>Presión de asociaciones de médicos de los Estados Unidos;</p> <p>Complejidad en la homologación de acreditaciones de médicos y enfermeras en los Estados Unidos y en México. Los sistemas pueden variar en cada estado de la unión;</p> <p>Competencia de Argentina, Colombia, Costa Rica, Brasil y Cuba para el segmento de pacientes de origen;</p> <p>Competencia de India, Tailandia, Filipinas, República de Corea, Malasia y Singapur;</p> <p>Encarecimiento de los costos de los servicios de salud en México;</p> <p>Pérdida de recursos humanos calificados por emigrar a los Estados Unidos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de la información obtenida en las entrevistas a ejecutivos de hospitales y autoridades del gobierno de México y de Nuevo León.

IV. Monterrey, ciudad de la salud²⁷

A. Principales características

En marzo de 2005 se constituyó el Consejo Ciudadano de Servicios Médicos de Monterrey con la intención de buscar agrupar instituciones públicas y privadas. Su propósito es “promover sus servicios de salud a pacientes nacionales e internacionales dentro de un marco de alta calidad, tecnología de vanguardia, talento humano, costo accesible, compromiso, respeto y trato cálido”. El gobierno de Nuevo León, los hospitales privados y públicos y el sector académico constituyen dicho Consejo.

Entre los hospitales privados miembros del Consejo destacan el Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey (Guinequito), Centro Médico Osler Clínica Vitro, Christus Muguerza Alta Especialidad, Hospital Christus Muguerza Conchita, Hospital Christus Muguerza Sur, Hospital San José TEC de Monterrey, Hospital CIMA y el Oca.

Por parte del sector académico, participan la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Facultad de Ciencias Salud de la Universidad de Morelos, el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y la Universidad de Monterrey (UDEM).

Los miembros del *cluster* han acordado constituir cuatro comités para abordar los temas sustantivos relacionados con su desarrollo: seguridad del paciente y calidad, promoción, ética y desarrollo de recursos humanos.

²⁷ Esta sección se elaboró con base en la información proporcionada tanto por los ejecutivos del *cluster* de Monterrey, entrevistados en la segunda semana de febrero de 2010, como la consultada en las páginas de Internet de sus miembros.

Según sus promotores, las principales ventajas del agrupamiento son cuatro: localización; infraestructura hospitalaria moderna y con tecnología de punta; médicos y enfermeras capacitados y certificados, y calidad y precio de los servicios de salud.

La ciudad de Monterrey, capital del estado de Nuevo León, es la tercera más grande del país con 3,7 millones de habitantes. Está estratégicamente localizada, cerca de la frontera con los Estados Unidos, y con fácil acceso por aire o por tierra. Cuenta con dos aeropuertos, el internacional General Mariano Escobedo que opera más de 250 vuelos diarios y recibe a la mayoría de las líneas internacionales y el aeropuerto internacional del norte que da servicio a vuelos privados y ambulancias aéreas²⁸.

Algunos ejemplos de los tiempos estimados de vuelo de las ciudades estadounidenses hacia Monterrey son los siguientes: San Antonio 1 hora; Chicago, 3 horas; Houston, 1 hora 10 minutos; Miami, 3 horas; Dallas, 1 hora 35 minutos; Los Ángeles, 3 horas 10 minutos, y Nueva York, 4 horas 25 minutos. Por tierra, la distancia entre Monterrey y San Antonio es de 490 km y entre Monterrey y Houston de 790 km.

B. Infraestructura hospitalaria privada

En los últimos años Monterrey ha fortalecido notablemente su infraestructura hospitalaria mediante inversiones en equipo de alta tecnología, y en la administración y operación hospitalaria con elevados criterios de calidad. La inversión extranjera ha desempeñado un papel importante en este fortalecimiento.

Por ejemplo, en 2001 el grupo Christus Health, una de las 10 cadenas hospitalarias más importantes de los Estados Unidos, se asoció con la fundación del Hospital Mugerza para operar hospitales tanto en Monterrey como en otras ciudades de México. A la fecha, el Grupo Christus Mugerza opera ocho hospitales en seis estados, 27 centros en Monterrey, Saltillo, Chihuahua y Reynosa; dos centros de rehabilitación y terapia en Monterrey y siete clínicas de asistencia social en seis comunidades del país. Para los próximos años el grupo tiene previsto ampliar sus inversiones hospitalarias en Tuxtla Gutiérrez, Mérida, Cancún y Cozumel²⁹.

Desde 2005 el Grupo publica indicadores de calidad de atención, evaluada con base en indicadores y metas previamente definidas por un grupo de especialistas a fin de utilizarlo como herramienta para alcanzar los criterios de excelencia propuestos (un resumen ejecutivo del reporte está disponible en la página del hospital en Internet).

Christus Mugerza, hospital de alta especialidad en Monterrey, fue el primero en ser acreditado en Hispanoamérica por la JCI. De acuerdo con la información proporcionada por los ejecutivos del grupo, este tipo de certificaciones ha sido un elemento importante para atraer a pacientes extranjeros, principalmente estadounidenses.

El principal mercado que atiende este grupo es el de empleados de grandes empresas, asegurados por sus empleadores. Para facilitar su atención, el grupo ha establecido convenios con importantes compañías aseguradoras como Aetna, Blue Cross, Blue Shield, Unicare y United Health Care, entre otras. En menor medida, se atiende a pacientes estadounidenses de origen hispano que no cuentan con cobertura de gastos médicos.

Otro ejemplo del papel de la inversión extranjera en el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en el *cluster* de Monterrey es el del hospital CIMA Santa Engracia. La empresa de capital holandés International Hospital Corporation (IHC) se estableció en 1992 con la visión de operar en América Latina facilidades hospitalarias que ofrecieran servicios de salud de alta calidad. Esta empresa opera hospitales privados bajo el nombre de Centro Internacional de Medicina (CIMA). Actualmente, opera cuatro hospitales en México (Hermosillo, Monterrey, Chihuahua y Puebla), dos en Costa Rica y

²⁸ <http://www.nl.gob.mx/?P=economia_consejos_ciudadanos_sermed>; <<http://www.monterreyciudaddeasalud.com/>>.

²⁹ <<http://www.christusmugerza.com.mx/>>.

cinco en Brasil con la marca VITA. El CIMA tiene previsto invertir en México en tres facilidades hospitalarias más en los próximos años³⁰.

El principal motor que motivó la inversión en México fue la atención de pacientes con cobertura médica que residen en México y que se trasladaban a los Estados Unidos para contribuir así a la sustitución de importaciones de servicios de salud.

El Hospital CIMA Monterrey cuenta con equipamiento moderno tanto en quirófano como en los servicios de diagnóstico para diferentes especialidades. Asimismo, posee la acreditación de la JIC, certificación que considera de importancia para atraer pacientes extranjeros.

En la primera etapa de su estrategia, el CIMA se concentró en robustecer la infraestructura hospitalaria en México y así poder atraer pacientes extranjeros. Para ello, el CIMA ha establecido asociaciones con Harvard Medical Center y con empresas facilitadoras de servicios de salud en los Estados Unidos, además de convenios con empresas aseguradoras como Blue Cross para cubrir gastos en sus hospitales.

La transferencia de conocimiento en los procedimientos quirúrgicos es uno de los principales beneficios que destaca el CIMA como resultado de operar y administrar los hospitales en México. Hacia el futuro, este Centro considera de gran importancia transferir conocimiento en cirugías de cráneo, cardiovasculares y ortopédicas.

El sistema del Tecnológico de Monterrey integra en su estructura al Hospital San José, su cuerpo médico, la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, el Centro de Innovación y Transferencia en Salud (CITES) y la Fundación Santos y De la Garza Evia. El hospital ofrece la infraestructura y servicios necesarios para brindar una atención integral. Cuenta con dos unidades médicas responsables de la docencia y de verificar la calidad de la atención ofrecida por los especialistas del cuerpo médico³¹.

Más de 2.000 médicos especialistas forman el cuerpo dedicado a brindar atención de la más alta calidad. El Tecnológico impulsa el desarrollo de institutos de especialidades, en las que los médicos participan en grupos de diferentes especialidades como cardiología y rehabilitación, además de llevar a cabo actividades de investigación y capacitación.

Por su parte, la Escuela de Medicina proporciona médicos residentes y alumnos de pregrado que apoyan la atención brindada por especialistas. De acuerdo con las entrevistas con ejecutivos del Tecnológico, la atención de pacientes estadounidenses que viajan al hospital se empezó a manifestar a partir de 2004 y esperan que crezca con gran dinamismo en los próximos años.

El hospital OCA (Organización Clínica América) cuenta con un Centro de Investigación (Monterrey International Research Center, MIRC) y un centro de mezclas para fabricar medicamentos. En 2008 la JCI le otorgó el distintivo Gold Seal of Approval con base en sus nuevos criterios. Desde 2003, el hospital certificó sus procesos con la norma internacional ISO 9001:2000, siendo el primer hospital de América Latina en realizarlo³².

En general, los hospitales miembros del cluster cuentan con certificaciones y recertificaciones otorgadas tanto por el Consejo de Salubridad General de México como por la JCI, en infraestructura, procesos y recursos humanos; algunos cuentan con laboratorios certificados por el American College of Pathologists (ACP) y acreditaciones y reconocimientos de calidad estatales y nacionales (ISO 9001:2000).

Los hospitales ofrecen una amplia gama de servicios de salud, como diagnósticos tempranos, intervenciones quirúrgicas, tratamiento y recuperación y atención especializada. Las intervenciones quirúrgicas más solicitadas por pacientes extranjeros son: cirugías bariátricas, estéticas, oftalmológicas, procedimientos cardiovasculares y reemplazos articulares.

³⁰ <<http://www.cimamonterrey.com/index2.php>>.

³¹ <<http://portal.hsj.com.mx/lwp/wcm/connect/HSJ>>.

³² <<http://www.ocahospital.com/>>.

Algunas intervenciones como las cirugías de rodilla, las gástricas para reducir obesidad, hernias inguinales y cirugías plásticas, son intervenciones con procedimientos uniformados, por lo que los hospitales desarrollan programas para fortalecer cirugías más especializadas como las neurocirugías, cardiovasculares, trasplantes de órganos, tratamientos oncológicos y de reproducción asistida.

De acuerdo con la información proporcionada en las entrevistas, se estima que los hospitales privados miembros del agrupamiento atienden aproximadamente a 1,500 pacientes estadounidenses por año, exclusivamente para intervenciones quirúrgicas. Este volumen de pacientes excluye los servicios de consultas proporcionados que no involucran servicios de hospitalización.

El menor precio de las intervenciones en los hospitales del *cluster* con relación a los de los Estados Unidos, es uno de los principales factores que motiva el viaje de estadounidenses a Monterrey. Por ejemplo, el precio de una cirugía para reemplazar la rodilla es en promedio de 12.000 dólares, en contraste con los 35.000 que costaría en los Estados Unidos; un *bypass* gástrico cuesta 8.000 dólares, en contraste con los 24.000 en los Estados Unidos. De acuerdo con la información proporcionada, a medida que el precio de la cirugía sea 30% menor al precio en los Estados Unidos, el paciente tiene un aliciente económico para viajar a Monterrey. Por ejemplo, si el diferencial de precios es de 10%, el paciente puede ahorrar entre 500 y 1.000 dólares, incluidos los gastos de transporte, pero si el diferencial es de 25%, podría ahorrar entre 1.500 y 2.500 dólares. Por su parte, los precios de los medicamentos son muy inferiores a los registrados en los Estados Unidos y son fabricados por las mismas compañías.

Los médicos que trabajan con los hospitales asociados al *cluster* cuentan con certificaciones de sus respectivos consejos de especialistas. La mayoría han acreditado sus estudios en instituciones de los Estados Unidos, Canadá y Europa. Asimismo, los hospitales contribuyen a la formación de profesionales en la salud en coordinación con las universidades del agrupamiento.

Aunque la atención de pacientes extranjeros en los hospitales del *cluster* de Monterrey es una tendencia relativamente reciente, sus ejecutivos esperan que el flujo de pacientes aumente considerablemente en los próximos años, cerca de 15% anual. Ante esta demanda esperada, los hospitales llevan a cabo programas intensivos de capacitación de médicos y enfermeras en procedimientos de atención a pacientes similares a los de hospitales en los Estados Unidos. No obstante, se identificaron algunas barreras como la insuficiencia de personal especializado y la ausencia de homologación de las certificaciones que facilite su práctica tanto en los Estados Unidos como en México.

Cabe resaltar el importante papel que tienen los médicos para atraer pacientes extranjeros a los hospitales del *cluster*. El principal medio por el que los pacientes deciden viajar a Monterrey para atenderse quirúrgicamente es la de recomendaciones de familiares y amigos sobre los médicos. La información de boca a boca es actualmente el principal, medio de promoción, y en segundo lugar la información que proporcionan los hospitales en sus páginas de Internet.

C. Desarrollo del *cluster* y la cadena de valor

La asociación de hospitales privados y públicos, universidades y autoridades del gobierno de Nuevo León constituyen un paso muy importante para posicionar a Monterrey como un centro de salud de excelencia a nivel internacional. Son notables los avances en el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria privada, en la capacitación de médicos y enfermeras y en la atracción de pacientes extranjeros. No obstante, a fin de aprovechar las ventajas de esta asociación, es conveniente consolidar las interrelaciones entre sus miembros.

Varios indicadores muestran que el *cluster* se encuentra en etapa de desarrollo. Por ejemplo, el número de pacientes estadounidenses que atienden los hospitales privados para recibir tratamientos quirúrgicos es todavía bajo con relación a la demanda potencial.

Si bien las universidades miembros del *cluster* capacitan a médicos y enfermeras para que trabajen en los hospitales, es necesario homologar los planes de estudio para atender a pacientes

extranjeros, incluida la enseñanza del idioma inglés. Asimismo, salvo algunas actividades aisladas de investigación y desarrollo por parte de las universidades y hospitales, no se identificó un esfuerzo sistemático para innovar procedimientos quirúrgicos y desarrollar dispositivos médicos o de productos farmacéuticos. Se podría aprovechar más la excelente infraestructura y el talento en las universidades; para lograrlo, es necesario fortalecer las alianzas con hospitales, universidades, empresas fabricantes de dispositivos médicos, empresas especializadas en aplicaciones de TIC en la atención a la salud, así como con empresas de la industria farmacéutica estadounidense.

En materia de promoción y mercadotecnia, el principal medio sigue siendo la recomendación de familiares y amigos sobre los médicos y hospitales. Este medio, si bien puede ser muy efectivo, es insuficiente para promover en mayor escala las ventajas del *cluster*.

Los hospitales ofrecen una gran variedad de procedimientos quirúrgicos, entre los que destacan las cirugías gastrointestinales, estéticas y tratamientos dentales, cirugías que se realizan mediante procedimientos uniformados, considerados como *commodities*. En este sentido, existe un amplio margen para la colaboración y complementación entre los hospitales y entre éstos y las universidades, a fin de desarrollar especialidades quirúrgicas con mayor valor agregado, así como actividades relacionadas con la capacitación de recursos humanos, la investigación, innovación y promoción.

Hasta ahora los hospitales del *cluster* se han enfocado en robustecer su infraestructura en instalaciones y equipo de alta tecnología para mejorar la calidad de los servicios de salud en general y no específicamente para atraer a pacientes estadounidenses. Este fortalecimiento ha contribuido a sustituir importaciones de servicios de salud, al disminuir el flujo de mexicanos hacia los Estados Unidos.

En la figura 4 se presenta un diagrama de la cadena de valor de los servicios de salud para el *cluster* de Monterrey.

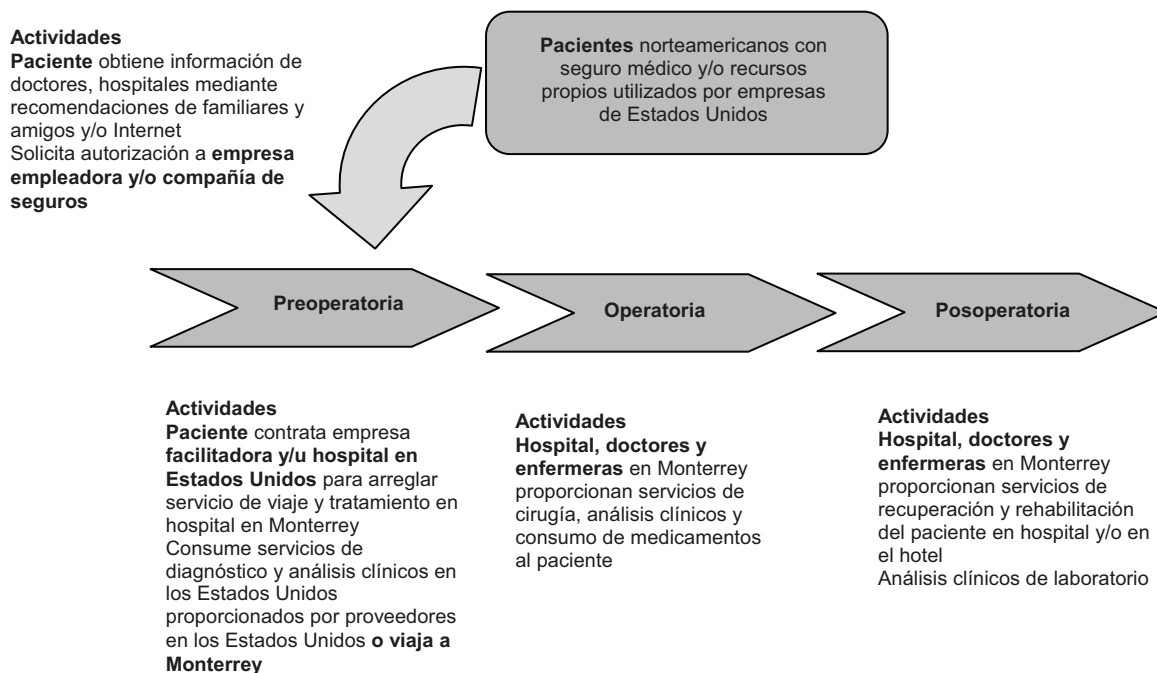
El paciente detona el proceso al solicitar información sobre hospitales y médicos. Actualmente el principal mercado de estadounidenses atendidos por los hospitales del *cluster* es el de no asegurados; hacia el futuro el mercado potencial es el de empleados por empresas de los Estados Unidos, que pueden o no contar con seguro médico. Las compañías de seguros gradualmente han empezado a cubrir cirugías no muy complejas en los hospitales de Monterrey certificados por la JCI.

Asimismo, los pacientes contratan directamente los servicios con el hospital, aun cuando algunos hospitales del *cluster* ya han empezado a establecer convenios con hospitales y empresas facilitadoras para ofrecer a los pacientes sus servicios, incluso los arreglos de transportación y viaje.

Varios hospitales miembros del *cluster* han invertido fuertemente en las TIC para administrar el sistema de atención a la salud de pacientes extranjeros en toda la cadena de suministro del servicio. Un aspecto clave en este sistema es la información clínica del paciente, y compartirla mediante expedientes electrónicos entre los hospitales en los Estados Unidos, aseguradoras, facilitadoras, laboratorios, médicos y hospitales en Monterrey. En este sentido, es vital asegurar la confidencialidad de la información.

Se han identificado barreras que inhiben el suministro de servicios mediante medios electrónicos en las etapas previas y posteriores a la cirugía. Por ejemplo, en Texas y California existen regulaciones que establecen que los servicios de diagnóstico que ofrece el médico al paciente sean cara a cara. Este tipo de barreras limita las exportaciones de diagnósticos clínicos de médicos en Monterrey vía Internet. En este sentido, los eslabones de la cadena no están suficientemente integrados y no se aprovechan las ventajas de poner en práctica las TIC.

FIGURA 4
ETAPAS Y ACTIVIDADES DE LA CADENA DE VALOR DEL PACIENTE ESTADOUNIDENSE QUE VIAJA A MONTERREY Y PARA CIRUGÍAS



Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de la información obtenida en las entrevistas a ejecutivos de hospitales y autoridades del Gobierno de México y de Nuevo León.

A fin de contribuir a mejorar la percepción de la calidad de los servicios, los ejecutivos del *cluster* señalaron la importancia de llevar a cabo convenios de colaboración con asociaciones de médicos en los Estados Unidos, establecer criterios homogéneos para medir resultados y difundir un conjunto de indicadores de desempeño.

Asimismo, para atraer inversión extranjera y generar confianza en el paciente a viajar a México, los hospitales privados señalaron la importancia del papel del gobierno. Consideran necesario mejorar la percepción de México como un país seguro que ofrece servicios de calidad. Asimismo, le solicitan facilitar los trámites consulares, de transporte y mejorar el marco regulatorio y de certificaciones con objeto de avanzar en la protección de la salud del paciente y disminuir los riesgos de un resultado desfavorable de las cirugías. Consideran necesario un fuerte cabildeo en los Estados Unidos, en el que participen el sector privado y el gobierno mexicano para que el gobierno estadounidense se interese en el tema y en los beneficios que pueden generarse, sobre todo para disminuir el gasto en salud en aquel país.

Para los próximos años, los hospitales estiman atender un mayor número de pacientes, principalmente estadounidenses que cuenten con seguro médico. Para lograrlo, están incorporando en sus planes un conjunto de acciones específicas, como establecer departamentos internacionales para atender pacientes extranjeros; continuar con el proceso de certificación y recertificación internacional; fortalecer la capacitación de médicos y enfermeras; ampliar sus alianzas con empresas facilitadoras norteamericanas; aumentar inversiones en equipo médico y en las TIC, y consolidar la relación con compañías aseguradoras y grandes empresas empleadoras de los Estados Unidos.

Para el éxito de la estrategia, se requiere integrar eficientemente los servicios de salud de laboratorios, hospitales y médicos en cada una de las etapas de la cadena, los que todavía se suministran de manera aislada. Asimismo, a fin de aprovechar la infraestructura hospitalaria, de universidades y de talento, es conveniente explorar la incorporación de actividades de investigación y desarrollo de

servicios directamente vinculados con la atención al paciente, así como su convergencia con otras industrias como la turística, medicamentos y dispositivos médicos.

D. Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

A continuación se presenta un resumen del análisis de las FODA que se deriva de la información proporcionada en las entrevistas.

CUADRO 10
ANÁLISIS PARA LAS FODA DEL CLUSTER DE SERVICIOS DE SALUD DE MONTERREY

Fortalezas	Oportunidades
Localización geográfica; Eficientes medios de comunicación y transporte por tierra y aire; Infraestructura hospitalaria privada moderna; Médicos capacitados en los Estados Unidos; Enfermeras capacitadas y con habilidades multiculturales; Certificaciones hospitalarias nacionales e internacionales; Precios competitivos; Atención personalizada y cordial del paciente extranjero; Alta calidad de la infraestructura de universidades e institutos de investigación, Favorable percepción del <i>cluster</i> de salud de Monterrey en los Estados Unidos.	Mayores precios de intervenciones quirúrgicas en los Estados Unidos; Creciente interés de pacientes estadounidenses dispuestos a recibir atención quirúrgica en Monterrey; Interés de aseguradoras por cubrir gastos médicos en hospitales certificados del cluster; Creciente demanda por intervenciones quirúrgicas dentales, ortopédicas, gástricas y estéticas.
Debilidades	Amenazas
Insuficiente colaboración entre los miembros del <i>cluster</i> ; Insuficientes médicos capacitados; Insuficientes enfermeras capacitadas y con el dominio del inglés técnico; Insuficiente infraestructura hospitalaria para atender mayores volúmenes de pacientes extranjeros; Insuficientes instructores para entrenar a enfermeras y capacitarlas en las universidades; Insuficiente apoyo para investigación de nuevos procedimientos y medicamentos en universidades y hospitales; Falta de empresas facilitadoras certificadas; Desconfianza del paciente por inseguridad.	Regulaciones en los Estados Unidos inhiben la atención vía Internet de pacientes en las etapas previas y posteriores a la intervención quirúrgica; Resistencia de médicos en los Estados Unidos para atender al paciente en etapas de seguimiento o posoperatorias largas por desconfianza en los médicos de México; Falta de homologación en la capacitación; Otros agrupamientos regionales en México como Chihuahua, Sonora y Baja California; Otros países latinoamericanos.

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de la información obtenida en las entrevistas a ejecutivos de hospitales y autoridades del Gobierno de México y de Nuevo León.

V. Recomendaciones y líneas de investigación futuras

Los avances realizados por los diferentes actores que participan en la cadena de valor de México sientan las bases para desarrollar una estrategia exitosa de atracción de turistas de salud. Sin embargo, es necesario llevar a cabo acciones básicas que faciliten una mejor articulación entre cada una de las partes. Entre estas acciones, es necesario establecer mecanismos adecuados de comunicación y coordinación entre las partes; en particular, se podría explorar la creación de una asociación que agrupe a las organizaciones privadas interesadas en desarrollar el turismo médico a fin de convertirse en interlocutor ante las autoridades.

Alinear las actividades de cada uno de los actores hacia un objetivo común representa uno de los principales retos. Una tarea pendiente consiste en definir el objetivo que se busca alcanzar, que podría consistir en convertir a México en un proveedor de servicios de salud de calidad y no necesariamente como proveedor de servicios de bajo precio. En el mercado se da importancia a otros factores además del precio del servicio, como la calidad, la cercanía, las facilidades para comunicarse, la atención que recibe el paciente de médicos, enfermeras y el personal del hospital en general. Cabe evaluar en qué tratamientos el precio es el elemento más importante y en cuáles son otros los factores determinantes.

A. Recomendaciones de política pública

Además de que la exportación de servicios de salud es una actividad relativamente reciente, existen dificultades para cuantificar el comercio internacional de los servicios de salud. Se recomienda a las entidades responsables de recopilar la información, fortalecer los sistemas para

conocer la magnitud y dirección del comercio de servicios de salud de México. En la medida en que se cuente con mejor información, se podrán obtener elementos que contribuyan a entender mejor la dinámica del comercio, sus características y los factores determinantes que lo impulsan. Analizar este tipo de variables permitiría disponer más y mejores elementos para sustentar las negociaciones comerciales y su impacto en los sistemas de salud público y privado.

La IED puede contribuir a prestar servicios de mejor calidad. Sin embargo, si el gobierno no crea un marco regulatorio adecuado, es probable que los servicios estén solamente al alcance de los pacientes con recursos para pagarlos. Por ello, es importante que las autoridades establezcan mecanismos que faciliten el acceso a los residentes en México. Se busca que los objetivos de salud pública concilien con los de generación de empleos y divisas que resultan de la actividad exportadora.

Es conveniente también que las autoridades normen la atención de pacientes internacionales a fin de construir bases sólidas para impulsar el turismo médico. En virtud de que ésta es una actividad relativamente reciente, las regulaciones disminuirían el riesgo de que los proveedores ofrezcan servicios de salud sin los adecuados criterios y normas de calidad. Se sugiere instaurar alianzas para fortalecer la capacidad de regulación en México con sus contrapartes en los Estados Unidos, lo que puede generar confianza, minimizar riesgos en la atención de los turistas médicos y disminuir la percepción de baja calidad de los servicios en México, con el apoyo de la OMS.

Se recomienda evaluar el establecimiento de mecanismos más expeditos para facilitar la movilidad de especialistas mexicanos para que puedan ejercer en los Estados Unidos, y así contribuir a cerrar la brecha o cuello de botella en la oferta de recursos humanos especializados.

Asimismo, se requiere que las autoridades, en coordinación con las principales cadenas hospitalarias, lleven a cabo actividades de cabildeo en los Estados Unidos, en particular con las grandes empresas y compañías de seguros para que amplíen los beneficios de seguro médico privado de sus empleados a fin de que cubran gastos médicos en México.

B. Recomendaciones al sector privado

De los resultados de la investigación se desprende que la mayor parte de los hospitales se han enfocado a fortalecer su infraestructura en instalaciones y equipo para mejorar la calidad de los servicios de salud. Si bien es probable que este fortalecimiento haya contribuido a sustituir importaciones de servicios de salud al disminuir el flujo de mexicanos que viajan a los Estados Unidos, en términos generales los hospitales hasta ahora, salvo contadas excepciones, no han desarrollado estrategias específicas para ofrecer sus servicios a turistas de la salud. En este último caso, los hospitales han seguido estrategias generales al ofrecer todo tipo de servicios. Se recomienda evaluar la conveniencia de pasar de una estrategia que ofrece múltiples servicios a todos los mercados, a una específica de servicios especializados y enfocada en nichos o segmentos de mercado que considere las ventajas de cercanía geográfica, similitudes culturales con el mercado estadounidense, recursos humanos y capacidades hospitalarias.

Un análisis a fondo del inventario de servicios que ofrecen los hospitales en México podría derivar en recomendaciones sobre los servicios en que se pueden especializar. Los hospitales, clínicas y médicos proporcionan una gran variedad de procedimientos quirúrgicos, algunos de los cuales se llevan a cabo mediante procedimientos uniformados, por lo que se podrían considerar *commodities* y pudiera ser que se encuentren en su etapa de declive vital. En este sentido, existe un amplio margen para la colaboración y complementación entre los hospitales y entre éstos y las universidades a fin de desarrollar especialidades quirúrgicas con mayor valor agregado, así como actividades relacionadas con la capacitación de recursos humanos, la investigación e innovación y promoción.

Es indispensable investigar con mayor detalle el mercado estadounidense para desarrollar una estrategia exitosa de atracción de turistas médicos hacia México. En este sentido, es necesario analizar aspectos como el interés del paciente por viajar a México para recibir tratamientos; si ha escuchado sobre México y sus principales destinos y la importancia que el potencial turista médico brinda al precio, la

calidad y seguridad del servicio. Con base en este tipo de análisis, es preciso realizar actividades de promoción a fin de posicionar a México como un destino de servicios de salud de calidad internacional.

Los hospitales pueden avanzar en la instrumentación de un conjunto de medidas para mejorar la calidad de sus servicios, desde obtener certificaciones internacionales, capacitar médicos, enfermeras y personal administrativo, hasta difundir indicadores de resultados de las intervenciones y el grado de satisfacción de los pacientes atendidos. En este esfuerzo, las alianzas entre hospitales, médicos, facilitadores y universidades con sus contrapartes estadounidenses pueden ejercer un papel importante, al transmitir seguridad y confianza al turista médico, a las compañías de seguros y a las empresas empleadoras.

Más allá del mero aprendizaje del idioma, se requiere capacitar médicos y enfermeras en la terminología y procedimientos similares a los establecidos en el mercado estadounidense. En este sentido, aprovechar el prestigio internacional de varias universidades mexicanas ha permitido, gracias a la calidad de la enseñanza en sus escuelas de medicina, constituir una ventaja que podría aprovecharse aún más mediante alianzas con cadenas de hospitales y universidades extranjeras.

Los hospitales pueden tener un gran avance en el desarrollo de sistemas de información en dos vertientes. Por una parte, construir indicadores de desempeño y de resultados en la atención de los pacientes, a fin de darlos a conocer tanto a los pacientes como a los participantes de la cadena. Por otra, se requiere desarrollar sistemas para administrar la información del paciente en toda la etapa de la cadena y sus interfases con otros actores para compartirla, hasta llegar al expediente electrónico.

En materia de promoción y mercadotecnia, el principal y más efectivo medio para atraer pacientes estadounidenses es la recomendación por parte de familiares y amigos sobre los médicos y hospitales. Sin embargo, este medio es insuficiente si se habla de mayor escala. Se recomienda que los hospitales, médicos y coordinadores de los conglomerados que se han establecido en diferentes destinos de México, impulsen las alianzas con sus contrapartes en el mercado estadounidense, fortalezcan sus sitios en Internet con contenidos que muestren información clara y oportuna, y promuevan su oferta de servicios mediante las revistas especializadas con amplia circulación en los Estados Unidos.

Un número importante de unidades hospitalarias de las principales cadenas privadas en México se localiza en ciudades fronterizas. Asimismo, más recientemente, algunas de estas cadenas han establecido hospitales en ciudades consideradas como polos de atracción turística y en ciudades en las que residen expatriados, como Guadalajara, Cancún, San Miguel de Allende, Puerto Vallarta y Mérida, entre otras.

Debido a varios factores, los expatriados han sido motivados para residir en México, entre los que se encuentra el acceso a servicios de salud de calidad y a menores precios que en los Estados Unidos. Se espera que cerca de 80 millones de estadounidenses de la generación conocida como *baby boomers* se retiren en los próximos 20 años (personas de más de 50 años que nacieron en Estados Unidos y Canadá entre finales de los cuarenta y principios de los sesenta). Cerca de 60% de esta generación enfrentará dificultades para mantener su nivel de vida. Valdría la pena que los hospitales y clínicas evalúen la conveniencia de desarrollar estrategias específicas para atender a los expatriados.

La inversión de cadenas hospitalarias nacionales y extranjeras para equipar, operar y administrar hospitales ha desempeñado un papel importante como fuente de financiamiento, tecnología en la operación y administración hospitalaria, marca y prestigio. Sin embargo, salvo algunas excepciones, no se identificaron las actividades relacionadas con transferencia de conocimiento y tecnología, enfocadas al desarrollo de nuevos servicios, como aplicaciones específicas de TIC, el desarrollo de nuevos medicamentos mediante pruebas clínicas o nuevos dispositivos médicos, que acompañaran los flujos de inversión extranjera. Los servicios de atención a la salud proporcionados mediante medios electrónicos, como la telemedicina, pueden complementar la oferta de los servicios dentales y de las intervenciones quirúrgicas.

Se recomienda analizar la conveniencia de impulsar el desarrollo de actividades vinculadas al desarrollo tecnológico e innovación en industrias directamente relacionadas con la de servicios de la salud, como la de dispositivos médicos y farmacéutica.

México es un importante productor y exportador de medicamentos y de dispositivos médicos. En él se encuentran instaladas más de 130 empresas dedicadas a fabricar, reparar o ensamblar dispositivos médicos. Desde hace muchos años, varias de las empresas estadounidenses más importantes a nivel mundial que fabrican dispositivos médicos ya se han establecido en México.

Debido a los altos costos en el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos y de dispositivos médicos, las empresas en los Estados Unidos podrían contribuir a disminuir sus costos al transferir actividades de desarrollo de productos a México. Por ejemplo, se podría investigar la viabilidad para desarrollar medicamentos para enfermedades crónicas y aprovechar la experiencia que tiene México en tratamientos dentales para llevar a cabo actividades de innovación en prótesis.

C. Líneas futuras de investigación

Una de las líneas de investigación más importantes consiste en estimar el impacto del turismo médico en la generación de empleo y divisas, y la medida en que estos beneficios pueden transformarse en una mejor calidad de los servicios de salud en México.

Asimismo, se podría investigar qué oportunidades de complementación tiene México con otros países latinoamericanos para atender pacientes estadounidenses en las diferentes etapas de la cadena de valor de acuerdo con las especialidades de cada país.

Por último, es conveniente estudiar el impacto que en los próximos años pueda tener la reforma de salud de los Estados Unidos en los flujos de turismo médico de México.

Bibliografía

- Brown, Richard (2008), "Nearly 6,4 million Californians lacked health insurance in 2007", Los Ángeles, diciembre.
- Cattaneo, Olivier (2009), "Trade in health services. What's in it for Developing Countries?" documento de trabajo 5115, Banco Mundial, *Poverty Reduction and Economic Management Network*, International Trade Department, noviembre.
- Consejo de Salubridad General, Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, "Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales", México, junio.
- Deloitte (2009), "Medical tourism: Update and implications".
- Deloitte Center for Health Solutions (2008), "Medical tourism: Consumers in search of value".
- Ernest y Young (2008), "Vulnerabilidad de los nuevos pensionados de Estados Unidos", julio.
- Gojman, Mauricio (2009), "Cuidado culturalmente adecuado: Atendiendo a pacientes internacionales como en Casa", presentación de Nurses Now International (NNI) en el Congreso de la Asociación de Turismo Médico, Los Ángeles, California, septiembre.
- Leong, P. y otros (2009), "Medical tourism from US to Border Region of Mexico. Current Status and Future Prospects", *Medical Tourism Magazine*, American Medical Tourism Association, diciembre.
- Lerma Cotera y Carlos Gabriel (2008), "Turismo de salud", presentación en el primer Foro internacional: Sonora, oportunidades y perspectivas del turismo de la salud, ExpoForum, Hermosillo, noviembre.
- Mattoo, A. y R. Rathindran (2006), "How health insurance inhibits trade in health care", *Health Affairs* 25, N° 2 (358–368).
- Morgan, David (2009), "Opportunities and challenges in medical tourism", División de Salud de la OCDE, presentación en el Congreso Mundial de Turismo de Salud, Los Ángeles, octubre.

- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2009), "Improving estimates of exports and imports of health services and goods under the SHA Framework. A guide to conducting country case studies", División de Salud, París.
- OMC (Organización Mundial del Comercio) (1994), "Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios", abril.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), "Health and the International Economy", reporte del grupo de trabajo 4 de la Comisión.
- OMT (Organización Mundial de Turismo) (1995), "Manual de turismo. Conceptos y definiciones".
- Ramírez, Miguel Ángel (2007), "El tráfico de pacientes de California a México. Causas del turismo médico de estadounidenses en Tijuana y Rosarito", Cuaderno 5 del Centro de Estudios Superiores del Noroeste (CESUN), marzo.
- Rivera, José O., M. Ortiz y V. Cárdenas (2009), "Cross-border purchase of medications and health care in a sample of residents of El Paso, Texas, and Ciudad Juárez, Mexico", *Journal of The National Medical Association*, febrero.
- Secretaría de Turismo (2010), "Elementos de una política pública de impulso al turismo médico", comunicado de prensa del 17 de febrero.
- Smith, R., R. Chanda y V. Tangcharoensathien (2009), "Trade in health-related services" [www.thelancet.com], volumen 373, febrero.
- The Mckinsey Quarterly, Health Care (2008), "Mapping the market for medical travel", mayo.
- Treviño Garza, Francisco Xavier (2009), "Programa Internacional del Hospital San José del TEC de Monterrey".
- US Department of Commerce, International Trade Administration (2008), Manufacturing and Services, Office of Travel and Tourism Industries, "Profile of U.S. resident travelers visiting overseas destinations: 2008 outbound".
- Wallace, S., C. Méndez-Luck y X. Castañeda (2009), "Heading South: Why mexican immigrants in California seek health services in Mexico, UCLA, Los Ángeles, mayo.
- Warner, C. David (2007), "Medicare in Mexico: Innovating for fairness and Cost Savings Project", *A report by the Policy Research Project on Medicare in Mexico, 2007*, Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, Universidad de Texas en Austin.

Anexo

Perfil del sistema de salud de México

CUADRO A-1
PERFIL Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

Sector público		Sector privado	
Principales instituciones de seguridad social:	Secretaría de Salud		
- IMSS	Sistema Estatal de Salud		
- ISSSTE	IMSS/Oportunidades	Seguro Popular	Hospitales, clínicas y laboratorios
- PEMEX			
Instalaciones hospitalarias, clínicas y laboratorios propios	Instalaciones hospitalarias, clínicas y laboratorios propios	Instalaciones de los sistemas de seguridad social y estatal	Instalaciones propias
Fuentes de financiamiento			
			Pagos de bolsillo
Gobierno federal	Gobierno federal	Gobierno federal	Empleadores/seguro de gastos médicos como prestación laboral
Empleadores	Gobiernos estatales	Gobiernos estatales	
Empleados		Cuotas familiares	Propios

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 2007-2012.

El componente más importante del sector público es el de las instituciones de seguridad social. Se financia con recursos gubernamentales, del empleador y contribuciones de los empleados. La Secretaría de Salud, los Servicios de Salud Estatales y el programa IMSS/Oportunidades, son el segundo en importancia y se financia con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales. Estos dos componentes prestan sus servicios con personal, laboratorios, clínicas y hospitales propios.

El Seguro Popular obtiene recursos de las aportaciones del gobierno federal y los gobiernos estatales, principalmente; compra los servicios a la Secretaría de Salud y a los gobiernos estatales. En conjunto, el componente público del sistema de salud atiende a 75% de la población y el sector privado cubre al restante 25%.

México destina 6,6% del PIB al sector salud, cifra menor a la de otros países latinoamericanos. Un poco más de la mitad del gasto total en salud es erogado por el sector privado, porcentaje similar al de la Argentina, el Brasil y Chile. Si se compara con estos países, el gasto directo de los hogares como proporción del gasto privado total (gasto de bolsillo) es muy elevado, casi 94%. En contraste, la penetración de los planes privados de seguro médico es muy inferior, apenas 6,1%³³.

México adolece de escasez de profesionales, ya que cuenta con 20 médicos y 9 enfermeras por cada 10.000 habitantes, cifras inferiores a los promedios recomendados por la OMS. Por su parte, el número de camas hospitalarias es también uno de los más bajos (OMS, 2009).

³³ OMS (2009).

CUADRO A-2
PAÍSES SELECCIONADOS: GASTO EN SALUD, 2006

País	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud	Gasto del sector privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	Planes de prepago privados como porcentaje del gasto privado en salud
Argentina	10,1	45,5	54,5	43,8	51,1
Brasil	7,5	47,9	52,1	63,8	33,8
Chile	5,3	52,7	47,3	54,8	45,1
Costa Rica	7,7	68,4	31,6	86,7	7,7
Cuba	7,7	91,6	8,4	93,3	0,0
Emiratos Árabes Unidos	2,5	70,4	29,6	69,4	20,2
Filipinas	8,2	76,0	24,0	83,5	9,7
India	3,6	25,0	75,0	91,4	1,1
México	6,6	44,2	55,8	93,9	6,1
República de Corea	6,4	55,7	44,3	81,0	7,6
Singapur	3,3	33,1	66,9	93,8	2,9

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2009), "Estadísticas Sanitarias Mundiales".

CUADRO A-3
PAÍSES SELECCIONADOS: PERSONAL PROFESIONAL Y CAMAS HOSPITALARIAS, 2000-2007

(En densidad por cada 10.000 habitantes)

País	Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Camas hospitalarias
Argentina	30	8	8	41
Brasil	12	38	11	24
Chile	11	6	4	23
Costa Rica	13	9	5	13
Cuba	59	74	9	49
Filipinas	12	61	6	13
India	6	13	1	7
México	20	9	8	16
República de Corea	16	19	3	86
Singapur	15	44	3	32

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2009), "Estadísticas Sanitarias Mundiales".

Regulaciones y certificaciones

La regulación de los servicios de atención a la salud incluye certificar a los profesionales de la salud, a las unidades de atención a la salud, así como proteger a la población contra riesgos de la salud a cargo de la Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

En 1990 la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) inició un programa para acreditar los planes de estudio de las escuelas de medicina del país. Este proceso dio origen a un procedimiento de evaluación que coordina el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). En 2005, 42 escuelas habían sido acreditadas y 27 estaban en proceso de serlo. La COFEPRIS es la instancia encargada de proteger a la población contra riesgos de la salud provocados por la exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en los productos o servicios que se consumen.

El Consejo de Salubridad General es la instancia encargada de emitir las disposiciones obligatorias en materia de salud. Su ámbito de acción abarca todas las organizaciones, públicas y privadas que constituyen el Sistema Nacional de Salud, incluso las autoridades administrativas federales, estatales y municipales³⁴.

El Consejo ha impulsado la evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios de salud en México y ha logrado el Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, cuyo objetivo es ayudar a mejorar continuamente la calidad de los servicios de atención médica y la seguridad que se brinda a los pacientes. En el acuerdo se establece que la certificación es voluntaria; actualmente 269 establecimientos de atención médica, tanto públicos como privados, cuentan con certificado vigente del consejo.

³⁴ Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.salud.gob.mx/>).

CUADRO A-4
MÉXICO: CERTIFICACIONES VIGENTES AUTORIZADAS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO, DICIEMBRE DE 2009

Tipo de establecimiento	Público	Privado	Total
Unidades hospitalarias	89	79	168
Establecimientos ambulatorios	88	2	90
Establecimientos psiquiátricos	2	2	4
Establecimientos de rehabilitación	1	4	5
Establecimientos de hemodiálisis	0	2	2
Total	180	89	269

Fuente: Elaboración propia con base en Consejo de Salubridad General.

Cabe señalar dos disposiciones recientemente emitidas por el Consejo por su relevancia para mejorar la calidad de los servicios de salud y el comercio internacional. La primera se refiere a la modificación, en junio de 2008, de la cédula para auditar hospitales sustituida por una nueva con criterios internacionales homologados con la JCI, la que responde a los requisitos en materia de seguridad de los pacientes, calidad de la atención médica, seguridad hospitalaria, y es consistente con la normatividad y políticas prioritarias de México (Consejo de Salubridad General, 2008).

La segunda se refiere a la obligatoriedad, a partir de 2010, del requisito de certificación para los establecimientos de atención médica privados que tengan interés en proporcionar servicios a las dependencias y entidades de la administración pública federal, a los gobiernos estatales y municipales y al gobierno del Distrito Federal. Los establecimientos pueden ser unidades hospitalarias, aseguradoras, instituciones de seguros especializadas en salud u organizaciones administradoras de servicios. Se establece también que será necesario que los hospitales estén certificados por el consejo si desean procesar pagos directos de aseguradoras agrupadas en la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). Esta disposición podría contribuir a certificar un mayor número de hospitales privados³⁵.

Indicadores de la infraestructura hospitalaria privada

Existe muy poca información sobre la infraestructura del componente privado del sistema de salud. Por ello, es conveniente promover normas que motiven a los establecimientos privados a informar a las autoridades sistemáticamente³⁶.

CUADRO A-5
MÉXICO: INDICADORES BÁSICOS DEL SECTOR PRIVADO DE SALUD, 2005

Indicador					
Camas	Consultorios	Enfermeras	Laboratorios	Hospitales	Médicos
40,985	12,096	35,477	970	3,082	54,092

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema Nacional de Información en Salud SNAIS de la Secretaría de Salud (<http://www.sinais.salud.gob.mx/>).

En 2005 se estimaban 3.082 unidades médicas privadas con servicio de hospitalización, poco más de 54.000 médicos y alrededor de 35.000 enfermeras. El 85% del total de hospitales privados cuentan con menos de 15 camas.

³⁵ Diario Oficial de la Federación del 7 de diciembre de 2009.

³⁶ Sistema Nacional de Información en Salud (SNAIS) <<http://www.sinais.salud.gob.mx/>> y entrevistas con funcionarios de la Dirección General de Estadísticas de Salud.



Serie

CEPAL

estudios y perspectivas

SEDE
SUBREGIONAL
DE LA CEPAL EN
MÉXICO

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

www.cepal.org/mexico

- 125 El comercio internacional de servicios de salud en México, fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, Eduardo Portas (LC/L.3331-P (LC/MEX/L.1009)), N° de venta S.11.II.G.49, 2011.
- 124 Efectos del alza del precio del petróleo en la competitividad de las exportaciones manufactureras de Centroamérica, México y la República Dominicana, Carlos Guerrero de Lizardi y Ramón Padilla Pérez (LC/L.3305-P (LC/MEX/L.1001/Rev.1)), N° de venta S.11.II.G.48, 2011.
- 123 Cambio climático y retos para el sector turismo de Centroamérica, Claudia Schatan, Mauricio Montiel e Indira Romero (LC/L.3275-P (LC/MEX/L.952/Rev.2)), N° de venta S.10.II.G.80, 2010.
- 123 *Climate change and challenges for tourism in Central America*, Claudia Schatan, Mauricio Montiel and Indira Romero, (LC/L.3275-P (LC/MEX/L.952/Rev.2)), Sales Number E.10.II.G.80, 2010.
- 122 La industria cinematográfica en México y su participación en la cadena global de valor, Jorge Mario Martínez-Piva, Ramón Padilla, Claudia Schatan y Verónica Vega (LC/L.3274-P (LC/MEX/L.981)), N° de venta S.10.II.G.79, 2010.
- 121 Regulación y competencia en el mercado de medicamentos: experiencias relevantes para América Latina, Elías Mizrahi Alvo (LC/L.3268-P (LC/MEX/L.945)), N° de venta S.10.II.G.74, 2010.
- 120 Las condiciones de competencia en las principales rutas de aerolíneas nacionales e internacionales, y los mercados domésticos en cada país del Istmo Centroamericano, Mario Cuevas (LC/L.3178-P (LC/MEX/L.948)), N° de venta S.09.II.G.153, 2009.
- 119 *Trade and economic growth: A Latin American perspective on rhetoric and reality*, Juan Carlos Moreno-Brid y Esteban Pérez Caldentey (LC/L.3179-P (LC/MEX/L.945)), N° de venta E.09.II.G.151, 2009.
- 118 Determinantes económicos del salario mínimo en países pequeños y abiertos: una aplicación para Centroamérica, Carlos Guerrero de Lizardi (LC/L.3173-P (LC/MEX/L.943)), N° de venta S.09.II.G.147, 2009.
- 117 Economic impact of disasters: Evidence from DALA assessments by ECLAC in Latin America and the Caribbean (LC/L.3172-P (LC/MEX/L.941)), N° de venta E.09.II.G.146, 2009.
- 116 La industria microfinanciera en el Istmo Centroamericano y México: la evolución del mercado microcredicio, el alcance y el desempeño de sus instituciones microfinancieras, Rodolfo Minzer (LC/L.3167-P (LC/MEX/L.936)), N° de venta S.09.II.G.140, 2009.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Biblioteca de la Sede Subregional de la CEPAL en México, Presidente Masaryk No. 29 – 4° piso, C. P. 11570 México, D. F., México, Fax (52) 55-31-11-51, biblioteca.mexico@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: