

# El comercio de servicios de salud en América del Norte en el contexto del Tratado de Libre Comercio<sup>1</sup>

Octavio Gómez-Dantés,<sup>2</sup> Julio Frenk<sup>3</sup> y Carlos Cruz<sup>4</sup>

*El presente artículo discute el futuro del intercambio comercial de servicios personales de salud en América del Norte en el contexto del Tratado de Libre Comercio (TLC) y la posible influencia de este último sobre la atención de salud de la población mexicana. En la primera parte se definen conceptos relacionados con el intercambio internacional de servicios en general y de servicios de salud en particular y se analizan los componentes del TLC que afectan a la prestación, regulación y financiamiento de estos servicios, así como a su futuro intercambio en la zona del TLC. Al final del artículo se hacen recomendaciones dirigidas a ayudar al sistema nacional de salud de México a enfrentar los riesgos y aprovechar las oportunidades que brinda la incorporación de la economía mexicana a un mercado más amplio.*

El comercio internacional es una actividad económica que beneficia a la mayoría de los países por tres razones básicas. En primer lugar, la diversidad de las condiciones de producción en distintas regiones permite que cada país se concentre en producir aquellos bienes o servicios para los cuales cuenta con cierta dotación especial de recursos naturales, fuerza de trabajo, capital o tecnología. En segundo lugar, los costos de producción se reducen y ello permite generar lo que se conoce como economías de escala. Por último, el comercio internacional da acceso a productos que satisfacen una gran variedad de gustos (1). Sin embargo, estos factores que sirven de sustento al comercio internacional emanan de un principio subyacente más profundo: el de la ventaja comparativa. Según este

principio, cada país tenderá a especializarse en la producción y exportación de aquellos bienes y servicios que puede producir a un costo relativamente bajo y, de manera similar, a importar los bienes y servicios que produce a un costo relativamente alto.

Por esta y otras razones, en años recientes se ha fortalecido la tendencia a formar bloques comerciales internacionales. Las zonas de libre comercio permiten el desarrollo dentro de su territorio de actividades complementarias que refuerzan las ventajas comparativas de los países involucrados. Y aunque inicialmente dan la impresión de discriminar a los países excluidos, los acuerdos de comercio preferencial con el tiempo dan lugar a un extraordinario dinamismo económico que beneficia incluso a las economías que no participan directamente en ellos (2).

Uno de estos acuerdos comerciales es el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), que entró en vigor en enero de 1994. El objetivo de este trabajo es discutir el futuro panorama del comercio de servicios personales de salud en América del Norte en el contexto del TLC y la posible influencia de este último sobre la atención de salud de la población mexicana. En la primera parte se

<sup>1</sup> Se publica una versión en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 30, 1996, con el título "The health services trade in North America within the context of the North American Free Trade Agreement".

<sup>2</sup> Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación y Seguimiento, México, DF, México. Dirección postal: Reina 92, Colonia San Ángel, 01000 México, DF, México. Teléfono y fax: 550 86 72.

<sup>3</sup> Fundación Mexicana para la Salud, México, DF, México.

<sup>4</sup> Secretaría de Salud, México, DF, México.

definen los conceptos que sustentan el intercambio internacional de servicios, con énfasis en los servicios de salud. En la segunda se analizan las cláusulas del TLC que se relacionan directamente con la prestación, regulación y financiamiento de los servicios de salud y se discute el futuro intercambio de este tipo de servicios dentro de la zona abarcada por el tratado. El trabajo concluye con algunas recomendaciones dirigidas a fortalecer el sistema nacional de salud mexicano de tal manera que pueda enfrentar los riesgos y aprovechar las oportunidades relacionadas con la incorporación de la economía mexicana a un mercado más extenso.

## EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA DEL NORTE

Nadie en su sano juicio podría dudar de la creciente importancia del sector de servicios en el mundo moderno. En los países desarrollados representa casi 60% del producto interno bruto y en los países de ingresos moderados o bajos ya es más de 50% del mismo (3). América del Norte no es una excepción. En Canadá, Estados Unidos y México, alrededor de 65% de la producción total corresponde a los servicios y este sector contribuye con más de 60% al empleo en la subregión (4). En 1993 en México, 61,5% de la producción total y 51,2% de la población económicamente activa se concentraban en el sector terciario o de servicios (5). La importancia del mismo se refleja también en el comercio internacional. Entre 1970 y 1991, el intercambio internacional de servicios creció a un ritmo anual promedio de 11,5% y a principios de la década de 1990 sumaba más de \$US 1 billón (6).

Pero aún más importante que el crecimiento cuantitativo de los servicios es su desarrollo cualitativo. Desde mediados de los años setenta se ha venido produciendo en los países desarrollados una "revolución de los servicios": las tareas productivas se han hecho cada vez más dependientes de los procesos y cada vez menos dependientes de las

materias primas, y las llamadas tecnologías "suaves" (*process technologies*) han empezado a desplazar a las tecnologías "duras" (*product technologies*) (7). Las nuevas tecnologías son intensivas en información, conocimientos y organización y se están generando o distribuyendo principalmente en el sector terciario.

## LOS SERVICIOS Y SU INTERCAMBIO

Los economistas definen los servicios como bienes intangibles (8) o como aquel componente del producto nacional bruto que mide la producción total de dichos bienes (9). Para los especialistas en estadística, que son los responsables de computar el ingreso nacional, la balanza de pagos y la relación entre ambos, la exportación de servicios se define como la venta de bienes intangibles a habitantes o empresas de otros países, y su importación como la compra de esos bienes a habitantes o firmas en el extranjero (10). Por consiguiente, el comercio internacional de servicios podría definirse como la compra y venta de bienes intangibles entre habitantes o empresas de diferentes países.

En términos generales, el intercambio internacional de servicios se basa en el cumplimiento de dos condiciones: que haya un movimiento transfronterizo del servicio y del pago correspondiente, y que el movimiento tenga una duración limitada (11). Dadas estas dos condiciones, se pueden distinguir tres formas básicas de intercambio de servicios: 1) el movimiento transfronterizo puro, a través de medios electrónicos, por satélite o por correo o transporte regular; 2) el movimiento transfronterizo del consumidor para la adquisición del servicio en el país productor, y 3) el movimiento transfronterizo de algunos de los factores de la producción (tales como fuerza de trabajo o capital) para la generación del servicio en otro país.

Por otro lado, las transacciones internacionales en el sector terciario, como en prácticamente todos los sectores, pueden estar sujetas a una gran variedad de restricciones. Algunas de estas adoptan la misma forma

que las que se aplican a los bienes: aranceles, licencias y cuotas de importación, o incluso subsidios y políticas gubernamentales discriminatorias. Otras obstaculizan el intercambio de servicios mediante la imposición de límites a las oportunidades de inversión. Su objetivo en última instancia es incrementar los ingresos gubernamentales y favorecer el desarrollo de ciertos sectores de la economía nacional. Finalmente, las barreras pueden ser absolutas y prohibir toda participación extranjera en un mercado, o pueden ser solo parciales y limitar las actividades de las firmas extranjeras imponiendo requisitos discriminatorios a sus operaciones con el fin de ayudar a las firmas nacionales a competir.

## EL INTERCAMBIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de atención de salud no pueden estudiarse de manera aislada. De hecho, están estrechamente relacionados con numerosas actividades, desde la producción de insumos y recursos humanos para la salud, hasta la generación de servicios no médicos indispensables para la prestación de servicios de salud, como los servicios de informática. Sin embargo, para facilitar su estudio, en este apartado hemos optado por limitarnos al análisis estricto de los servicios médicos o servicios personales de salud, cuyo intercambio puede asumir, siguiendo los criterios ya descritos para la clasificación del comercio internacional de servicios, cuatro formas básicas: la exportación de servicios de salud, el movimiento de usuarios, el movimiento de proveedores y el establecimiento de unidades de atención en otro país (12).

La exportación de servicios de salud se refiere al movimiento de información diagnóstica (como la interpretación de una biopsia o de un electrocardiograma, los resultados de una prueba de laboratorio, la interpretación de una radiografía o tomografía, y demás) o terapéutica (es decir, el tratamiento recomendado después de revisar el

expediente clínico de un paciente) entre instituciones o profesionales de salud de diferentes países. Como ya se indicó, este intercambio puede darse por medios electrónicos, por satélite o por correo o transporte regular y es todavía poco común, salvo en algunas zonas fronterizas. Su desarrollo requiere una infraestructura mínima de comunicación entre los proveedores de los distintos países, así como una estandarización de patrones de referencia de pacientes que garantice la confiabilidad de la información.

El movimiento del consumidor de servicios de salud se refiere al cruce de la frontera político-administrativa de un país con la finalidad de obtener servicios de salud en otro. De hecho, en Estados Unidos las cuentas nacionales en el rubro de servicios ya consignan la exportación de servicios médicos, a la que definen como "los ingresos hospitalarios que proceden de pacientes extranjeros que viajan al país para recibir algún tipo de tratamiento" (6). En 1991, los ingresos por este concepto ascendieron a \$US 672 millones, cifra 100% superior a la de \$US 352 millones registrada en 1981.

El movimiento del proveedor de servicios de salud se refiere al cruce de la frontera de un país con el fin de brindar servicios de salud en otro. Este tipo de interacción representa la posibilidad de mejorar el acceso a servicios de salud que por diversas razones económicas y culturales, entre ellas la escasez de ingresos y el poco dominio del idioma, pocas personas pueden utilizar. Además, suele ser una fuente importante de transferencia o intercambio internacional de conocimientos y procedimientos clínicos entre médicos y hospitales. Para que exista este tipo de interacción hay que homogeneizar los criterios aplicados para la concesión de licencias y certificación a proveedores de servicios de salud en los distintos países.

La última forma de intercambio, que es el establecimiento de unidades de atención de salud en un país extranjero, es poco común en América del Norte pero puede ser muy prometedora, dadas las escasas limitaciones a ese tipo de inversión extranjera en los tres países de la región.

## EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO Y LOS SERVICIOS DE SALUD

Antes de analizar los aspectos del TLC que guardan relación con los servicios personales de salud, cabe mencionar los aspectos que no se negociaron en este tratado y que también guardan relación con ellos (13). En primer lugar, los servicios de salud pública y de seguridad social no fueron objetos de negociación. Esto significa, entre otras cosas, que los gobiernos canadiense, estadounidense y mexicano estarán en plena libertad de mantener o modificar a su gusto sus sistemas de seguridad social (14).

Tampoco se negociaron las disposiciones sanitarias, incluidos los diferentes permisos requeridos por las autoridades de salud para el establecimiento de clínicas, hospitales, gabinetes y laboratorios. Sin embargo, los tres países norteamericanos se comprometieron a no discriminar a favor de sus ciudadanos en el otorgamiento de estos permisos sanitarios.

Finalmente, los tres países acordaron seguir aplicando sus respectivos requisitos para la expedición de licencias y certificados a médicos generales y especialistas. Sin embargo, como se verá más adelante, el TLC contiene un anexo que permite prever cierta armonización subregional en el campo de la prestación de servicios profesionales de salud.

Los cinco capítulos del TLC que guardan relación directa con el intercambio de servicios de salud, que son los capítulos XI, XII, XIV, XVI y XVII, tratan, respectivamente, de la inversión, el comercio transfronterizo de servicios, los servicios financieros, la entrada temporal de personas de negocios y la propiedad intelectual (12). El contenido de cada capítulo se examinará a continuación cuando se describan las formas básicas de intercambio de servicios de salud.

La movilidad transfronteriza de los servicios siempre ha existido, ya que la transmisión de información diagnóstica o tera-

péutica por los medios comunes de comunicación nunca ha estado restringida. De hecho, desde hace varios años diversos laboratorios privados mexicanos solicitan con regularidad a Estados Unidos cierto tipo de exámenes de laboratorio especializados. Además, en el capítulo XII del TLC se señala específicamente que los proveedores de servicios en los países sujetos al TLC tendrán la libertad de elegir el sitio donde habrán de prestar sus servicios y "ninguna Parte exigirá a un prestador de servicios de otra de las Partes que establezca o mantenga una oficina de representación ni ningún tipo de empresa, o que sea residente en su territorio como condición para la prestación transfronteriza de un servicio".

Dos hechos limitan la plena movilidad transfronteriza de los consumidores y su libertad para utilizar servicios de salud en cualquier parte de América del Norte. Una limitación es la falta de portabilidad de muchos de los seguros de salud públicos y privados. El Acta de Salud de Canadá, por ejemplo, especifica que las compañías de seguros canadienses reembolsarán los pagos de servicios de salud contratados fuera del país solo cuando se trate de servicios de urgencia. Por otro lado, en los últimos meses se han intensificado las ya enormes restricciones a la migración transfronteriza entre Estados Unidos y México, y ello limita el acceso de los mexicanos a los servicios de salud proporcionados del lado estadounidense. El ejemplo más citado de este tipo de restricción es la reciente aprobación de la Propuesta 187 en el estado de California, que prohíbe el uso de los servicios públicos de educación y salud a los inmigrantes indocumentados (15).

Por último, el capítulo XII del TLC contiene un artículo y un anexo pertinentes sobre la movilidad transfronteriza del prestador de servicios de salud. Según el Artículo 1205, los tres países asumen la obligación de eliminar el requisito de residencia permanente como condición para el ejercicio profesional. Esta disposición es particularmente aplicable a Canadá, donde prácticamente todas las provincias exigían la condición de residente permanente para poder ejercer una profesión.

Por otro lado, por medio del anexo 1210.5, los gobiernos estimularán a los colegios y asociaciones de profesionales y otros organismos similares de los tres países a reunirse y discutir, si lo desean, los criterios que a la larga podrían aplicarse en la región para otorgar licencias y certificados a los prestadores de servicios profesionales de salud. Las recomendaciones que eventualmente surjan de esas negociaciones se presentarán ante los tres gobiernos para determinar si son compatibles con las disposiciones del TLC. Si lo fueran, se recomendaría a las autoridades competentes su adopción inmediata. El único antecedente de este tipo en América del Norte es la negociación que hace 5 años iniciaron los arquitectos de Estados Unidos y Canadá al amparo del acuerdo bilateral de libre comercio firmado por estos dos países en 1991. No obstante los grandes avances alcanzados, la negociación todavía no está concluida.

El capítulo XVI del TLC, que trata de "la entrada temporal de personas de negocios", también contiene disposiciones relacionadas con la movilidad transfronteriza de los prestadores de servicios de salud. Uno de los objetivos de este capítulo es facilitar las transacciones comerciales y el intercambio de ideas, tecnología y conocimientos en general. Por ello autoriza el ingreso temporal de cierto número y tipo de profesionales, que incluyen, para nuestros fines, a los médicos y sus asociados. Esto no significa, sin embargo, que haya un reconocimiento mutuo de licencias y certificados, ya que la actividad se limita al desempeño de labores de docencia e investigación.

Finalmente, la inversión extranjera para el establecimiento de unidades de atención de salud quedará sujeta a las disposiciones del capítulo XI sobre cualquier tipo de inversión. Los tres países se comprometieron a no revertir la apertura ya existente en cuanto al establecimiento de clínicas privadas y hospitales extranjeros en su territorio, aunque naturalmente seguirán vigentes los requisitos para la instalación de estas unidades, como el certificado de necesidad (*certificate of need*) en Canadá y Estados Unidos.

Dos capítulos adicionales merecen un comentario especial: el capítulo XIV, que se

relaciona con los servicios financieros, y el capítulo XVII, que trata de la propiedad intelectual. El primero contiene un anexo (VII) sobre los seguros que establece que el acceso de las compañías de seguros canadienses y estadounidenses al mercado mexicano estará sujeto a tres períodos de transición que concluirán en el año 2000, fecha en que todos los límites desaparecerán. Es muy posible, por lo tanto, que las compañías de seguros de salud norteamericanas incrementen progresivamente su presencia en el mercado mexicano, fenómeno que ocasionará un posible aumento de los costos de la atención relacionados con esta forma de financiamiento.

Finalmente, en el artículo 1709 del capítulo del TLC sobre la propiedad intelectual se establece la posibilidad de no otorgar patentes "a los métodos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos utilizados en el tratamiento de seres humanos y animales". Esta excepción a la concesión de patentes ha sido parte de la ley mexicana desde 1991 y continuará vigente bajo el TLC.

## CONSECUENCIAS DE LA APERTURA COMERCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dadas las consideraciones anteriores ¿cuáles podrían ser los efectos del TLC sobre los servicios de salud en México? Tales efectos se pueden dividir en directos e indirectos. Los indirectos están mediados por las repercusiones generales que el TLC puede llegar a tener sobre el desarrollo económico y social de México. A medida que se modifiquen las condiciones de ingreso, empleo y acceso a bienes y servicios, cabe esperar que cambien los perfiles epidemiológicos y que aumente la demanda de estos productos, fenómenos que sin duda afectarán profundamente a la configuración y operación del Sistema Nacional de Salud. No obstante la importancia de estos efectos en el largo plazo, su análisis detallado rebasa los límites del presente documento. De ahí que en este se describan solamente algunas de las posibles conse-

cuencias directas de la apertura en la prestación, regulación y financiamiento de los servicios médicos. Para nuestros fines resulta útil examinar estas consecuencias en términos de los posibles riesgos y beneficios para el sistema mexicano de salud (14, 16).

En términos de beneficios, el TLC representa la posibilidad de ampliar el mercado del complejo médico-industrial en México y de promover la inversión extranjera, creando empleos, reduciendo la fuga de divisas, incrementando el acceso a la tecnología y mejorando la capacidad competitiva, accesibilidad, calidad y productividad de los servicios. Esto ya está sucediendo en ciudades como Aguascalientes, Mazatlán y Tijuana, donde están por abrirse hospitales total o parcialmente financiados por firmas norteamericanas. De hecho, la intención de estas empresas es extender sus operaciones—actualmente en función de la recuperación de la economía mexicana— a casi todas las ciudades mexicanas con más de 500 000 habitantes, que son alrededor de 20, donde cerca de 20% de la población tiene acceso a servicios privados de salud (14, 16, 17).

El TLC también permite proponer que las compañías de seguros canadienses y estadounidenses paguen los servicios proporcionados en México a los ciudadanos de los otros dos países de América del Norte por aquellos proveedores dispuestos a sujetarse a los requisitos de certificación internacionales. Una posibilidad particularmente halagadora sería que *Medicare* cubriera los gastos médicos de la amplia comunidad de estadounidenses retirados en México, que en mayo de 1988 ascendía a 396 000 personas o a más de 15% del total de jubilados estadounidenses residentes en otro país (18). Otra opción beneficiosa es la de establecer en México unidades de atención de baja tecnología—algunos ejemplos son las unidades para enfermos crónicos y los asilos de ancianos— para pacientes estadounidenses y canadienses, aprovechando los bajos costos de la atención al sur del río Bravo.

El establecimiento en Canadá y Estados Unidos de unidades de atención de salud mexicanas para la numerosa población de

origen hispano y para trabajadores agrícolas temporarios que llegan de México y otros países latinoamericanos es otra oportunidad que tienen a su alcance los proveedores nacionales de servicios de salud.

Finalmente, el libre movimiento de los proveedores de servicios permitiría mejorar el acceso a aquellos servicios que son difíciles de usar por razones económicas, culturales o de otro tipo. Además, como ya se mencionó, la intensificación de este movimiento también puede incrementar el intercambio de conocimientos y procedimientos clínicos entre médicos e instituciones de los tres países de América del Norte (14, 16).

Entre los riesgos del TLC cabe destacar el posible fortalecimiento de la medicina curativa y la llamada “medicina defensiva”, acompañado de un incremento de los costos de la atención y del uso irracional de la tecnología. Otro grave riesgo es la expansión incontrolable de formas ineficientes de financiar la atención de salud, sobre todo de los esquemas de seguro tradicionales. México, con una población de 92 millones de habitantes, tiene uno de los mercados de seguros más prometedores de América Latina. En 1992 sus ventas totales superaron los \$US 4000 millones, pero se calcula que el potencial es 10 veces mayor, sobre todo en el área de seguros contra accidentes y enfermedades, que en los primeros 6 meses de 1994 registró un incremento de 21% con respecto a 1993 (14, 16, 19, 20).

Otro posible riesgo es la falta de financiamiento de las instituciones privadas nacionales como resultado del descenso de la demanda de sus servicios. Este riesgo ha llevado a las organizaciones de clínicas y hospitales mexicanos a proponer la creación de alianzas estratégicas y a solicitar la intervención del gobierno para promover su capitalización.

La falta de estímulo a la investigación y al desarrollo tecnológico nacionales como consecuencia del creciente acceso a los centros científicos norteamericanos es otro de los riesgos de la apertura comercial, sobre todo si se tiene en cuenta la enorme asimetría que existe a este respecto en la región: mientras que en México se invierten \$US 40 millones

anuales en investigación en salud, en Canadá y Estados Unidos solo el gobierno dedica cada año a la investigación en este campo \$US 8000 millones y \$Can 200 millones, respectivamente (14, 16, 21).

Por último, vale la pena llamar la atención sobre el posible aumento de la fuga de mano de obra calificada como resultado de la existencia de mejores incentivos profesionales y económicos en Canadá y Estados Unidos. Esta emigración tiene ventajas y desventajas. Entre las primeras cabe mencionar el envío de parte de los ingresos de estos trabajadores a sus países de origen; entre las segundas figuran la fuga de talentos y la pérdida de los beneficios procedentes de los fondos invertidos en entrenar al personal que decide emigrar. Por ejemplo, las 111 enfermeras que en 1990 renunciaron a los servicios públicos en Jamaica le costaron al país \$US 1,7 millones en capacitación y educación (14, 16, 22).

## CONCLUSIONES

En términos estrictamente comerciales, las ventajas que posee México en comparación con sus socios norteamericanos son el bajo costo de la atención de salud dentro de su territorio y ciertos factores culturales y geográficos que permitirían a los proveedores mexicanos tener acceso al amplio mercado representado por los jubilados norteamericanos residentes en México y a la extensa población de origen hispano que habita en Canadá y Estados Unidos. Por otra parte, las firmas norteamericanas tienen a su favor un mayor acceso a capital, tecnología, conocimientos administrativos, redes de mercadotecnia y servicios médicos profesionales altamente especializados.

Para que México pueda aprovechar las ventajas antedichas y reducir los riesgos de la apertura comercial es necesario proteger lo mucho que se ha avanzado en la consolidación institucional, la formación de recursos humanos y la extensión de la cobertura, así como identificar y corregir las debilidades de

su sistema de salud. En este sentido, el fortalecimiento del sistema debe dirigirse a delimitar más claramente las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios, que idealmente deberían asignarse a instituciones diferentes para que el cumplimiento de una no interfiera con las otras y se establezca un mecanismo adecuado de pesos y contrapesos.

Pero aun en ausencia de una transformación tan profunda se pueden producir avances en el corto plazo. La prioridad más alta a este respecto consiste en fortalecer la capacidad de la Secretaría de Salud de establecer normas para la operación del sistema que permitan asegurar la calidad de los servicios y de esa manera proteger la salud de la población. Para ello se requieren reglas explícitas sobre el establecimiento de unidades de atención de salud; sobre la normalización de los requisitos para la concesión de licencias y certificados a los profesionales de la salud, y sobre la certificación de las escuelas de medicina. En estas áreas destaca la labor de la Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria, de los Consejos de Certificación de Especialidades Médicas y de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, que están dando los primeros pasos hacia la creación de mecanismos formales de certificación y licencia para profesionales, centros de enseñanza y unidades de atención.

Ante la rápida aparición de nuevas tecnologías y el creciente contacto con una cultura médica altamente dependiente de la tecnología, como la norteamericana, es necesario contar también con mecanismos ágiles y redes de cooperación internacional que permitan evaluar no solo su seguridad y eficacia sino también el costo-efectividad de las innovaciones tecnológicas.

Dada la importancia que tiene la salud para el bienestar del ser humano, es necesario, por último, fortalecer aún más la equidad financiera del sistema. Canadá ha logrado un esquema financiero digno de estudio que ha conciliado la equidad y la universalidad con la autonomía de los gobiernos locales y la libertad de elección por parte del consumidor. Un esfuerzo semejante exige buscar también

el punto óptimo que garantice al consumidor ciertos mecanismos de defensa mínimos, pero sin el exceso de procesos legales que abrumba al sistema estadounidense. En general, todo el esfuerzo regulador debe orientarse a conseguir cierto equilibrio: la mala calidad producida por un marco normativo demasiado laxo tiene costos para el paciente y para la sociedad, pero el exceso de regulación también genera costos innecesarios. Se trata de desarrollar los mecanismos reguladores mínimos para asegurar una calidad homogénea.

La apertura transfronteriza del mercado de servicios médicos indudablemente ocasionará una profunda transformación del sistema mexicano de salud. De ahí que la principal recomendación sea adoptar una postura "gradualista": se necesita tiempo para instrumentar las reformas propuestas en los párrafos anteriores, las cuales son indispensables para proteger no tanto a las agencias y empresas mexicanas como a los consumidores.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a The Pew Charitable Trusts el apoyo financiero que hizo posible las revisiones y consultas que dieron lugar a este ensayo, así como el continuo apoyo de la Academia Nacional de Medicina de México y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

## REFERENCIAS

1. Samuelson P, Nordhaus W. *Economics*. 13.ª edición. New York: McGraw Hill; 1989.
2. Saborio S. The long and winding road from Anchorage to Patagonia. En: Saborio S, ed. *The premise and the promise: free trade in the Americas*. New Brunswick: Transaction Publishers; 1992:3-31.
3. Opalin L, Iturbide L. *Importancia de los transportes en el desarrollo del comercio internacional*. Comercio Internacional Banamex; 1991;3:61-81.
4. Organization for Economic Cooperation and Development. *Labour force statistics*. Paris: OECD; 1993.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990: perfil sociodemográfico*. Aguascalientes, México: INEGI; 1992.
6. Organization for Economic Cooperation and Development. *Services: statistics on international transactions 1970-1991*. Paris: OECD; 1992.
7. Centro de Estudios Estratégicos del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. *Entendiendo el TLC*. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1994.
8. Editorial Plaza & Janes. *Diccionario de economía*. Bogotá: Plaza & Janes; 1984.
9. Editorial McGraw-Hill. *The McGraw Hill Dictionary of Modern Economics*. Segunda edición. New York: McGraw-Hill; 1975.
10. Feketekuty G. *El comercio internacional de servicios: panorama general y modelo para las negociaciones*. México, DF: Editorial Gernika; 1990.
11. United Nations Conference on Trade and Development. *Trade in services: sectoral problems*. New York: United Nations; 1991.
12. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial. *El Tratado de Libre Comercio de América del Norte*. México, DF: Miguel Angel Porrúa; 1994.
13. Villarreal-Gonda R. El ejercicio transfronterizo de la medicina. En: México, Secretaría de Salud. *El ejercicio transfronterizo del médico ante la apertura comercial*. México, DF: Secretaría de Salud; 1993: 16-22.
14. Frenk J, Gómez-Dantés O, Cruz C, Chacón F, Hernández P. *El TLC y los servicios médicos*. Segunda edición. México, DF: Academia Nacional de Medicina; 1994.
15. Cornelius WA. ¿Ninguna salida? La migración mexicana hacia los Estados Unidos y la relación bilateral después del TLC. *Estv País* 1995;26-31.
16. Gómez-Dantés O, Frenk J, Cruz C. Consequences of the North American Free Trade Agreement for health services: a perspective from Mexico. *Am J Public Health* 1994;1591-1597.
17. Carlino M. Out-patient care: US companies respond to Mexican demand for quality health care. *El Financiero Internacional* 1994;julio 25-31:10-11.
18. Warner D, Reed K. *Health care across the border: the experience of U.S. citizens in Mexico*. Austin: Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, The University of Texas at Austin; 1993.
19. Bamrud J. Insurance. NAFTA: the future of free trade in North America [Informe especial]. *U.S./Latin Trade* 1993;septiembre:44A.



20. Delgadillo M. Suben los seguros 14% sus ventas. *Reforma* 1994;14 de septiembre:25A.
21. Commission on Health Research for Development. *Health research: essential link for equity in development*. Cambridge, MA: Oxford University Press; 1990.
22. World Bank. *World Development Report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993.

Manuscrito recibido el 7 de julio de 1995. Aceptado para publicación en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, tras revisión, el 20 de diciembre de 1995. Aceptado para publicación en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* el 13 de febrero de 1996.

---

## ABSTRACT

### **The health services trade in North America within the context of the North American Free Trade Agreement**

This article discusses the future of the trade of personal health services in North America within the context of the North American Free Trade Agreement (NAFTA) and the

latter's potential influence on the health care provided to the people of Mexico. The first part defines concepts related to the international exchange of services in general and of health services in particular and analyzes aspects of NAFTA that affect the delivery, regulation, and financing of such services, as well as their future exchange within the area affected by NAFTA. The article ends with some recommendations geared toward helping Mexico's national health care system cope with the risks posed and take advantage of the opportunities offered by the Mexican economy's entry into a broader market.