

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES



MAESTRÍA EN CIENCIAS EN COMERCIO EXTERIOR

**Comercio Internacional de Servicios de Salud
para la Población Migrante y sus Familias**

TESIS

**Que para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Comercio
Exterior**

presenta

LRCI NORMA JIMÉNEZ NAGORE

**Dr. Jerjes I. Aguirre Ochoa
Director de Tesis**

MORELIA, MICHOACÁN A MARZO DE 2006.

ÍNDICE

RELACIÓN DE FIGURAS

SIGLAS

RESUMEN / ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN.	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	12
1.3. OBJETIVOS.	12
1.4. HIPÓTESIS.	13
1.5. JUSTIFICACIÓN.	15
2. EL PAPEL DE LOS SERVICIOS EN MÉXICO Y LOS SERVICIOS DE SALUD.	17
2.1. EL SECTOR SALUD EN MÉXICO.	21
2.2. LA ASISTENCIA MÉDICA PRIVADA EN MÉXICO.	24
2.3. LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE LA POBLACIÓN MIGRANTE.	29
3. FUNDAMENTO TEÓRICO DEL COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS.	35
3.1. LOS SERVICIOS Y SUS ANTECEDENTES.	37
3.2. TEORÍAS DEL COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS.	58
3.3. ECONOMÍA DE LA SALUD.	80
3.4. LOS FLUJOS MIGRATORIOS ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.	85
4. METODOLOGÍA.	90
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.	96
6. PROPUESTA EMPRESARIAL PARA PROPORCIONAR SERVICIOS A LA POBLACIÓN MIGRANTE.	109
6.1. COMERCIALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR COBERTURA.	109

6.2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS: COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS MENORES.	112
6.3. EL MERCADO META.	114
6.4. ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA.	124
6.5. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE OPERACIÓN.	127
6.6. PERSONAL ESTRATÉGICO.	129
6.7. ASPECTOS FINANCIEROS.	130
7. CONCLUSIONES.	137
8. RECOMENDACIONES.	139
BIBLIOGRAFÍA.	140
ANEXOS.	
ENCUESTA APLICADA A MIGRANTES MEXICANOS DEL ESTADO DE MICHOACÁN.	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfica comparativa: PIB Servicios vs PIB Industrial.	18
Figura 2. Monto de las importaciones de servicios 2004 y 2005.	19
Figura 3. Importación de servicios 2004 y 2005.	20
Figura 4. Distribución porcentual del gasto corriente monetario.	20
Figura 5. Cuadro comparativo entre el gasto 2002 y 2004.	21
Figura 6. Funciones del Sistema de Salud y participación del Sector Público y Privado.	25
Figura 7. Composición de gasto de salud por tipo de fuente.	26
Figura 8. Cobertura por tipo de aseguramiento.	28
Figura 9. Tarifas del seguro médico para migrantes del IMSS.	34
Figura 10. Jerarquía de Necesidades de Maslow.	40
Figura 11. La cadena de valor en los seguros médicos.	74
Figura 12. Codificación de los datos.	93
Figura 13. Estados destino para los migrantes michoacanos en Estados Unidos.	96
Figura 14. Duración de los desplazamientos migratorios.	97
Figura 15. Número de integrantes por familia.	98
Figura 16. Demanda de los servicios médicos entre la población migrante.	99
Figura 17. Enfermedades que afectan la actividad de la población migrante.	100
Figura 18. Plazos de ausencia por enfermedad entre los migrantes.	100
Figura 19. Población migrante que posee cobertura médica.	101
Figura 20. Tipos de seguros contratados.	102
Figura 21. Apreciación sobre los servicios de salud públicos en México por la población migrante.	102
Figura 22. Determinación de la calidad de los servicios médicos en México otorgado por las instituciones públicas.	103
Figura 23. Interesados en adquirir un seguro médico.	104
Figura 24. Cantidad máxima a pagar por un seguro médico.	104

Figura 25. Contratación por internet.	105
Figura 26. Prueba Kolmogorov-Smirnov.	107
Figura 27. Correlaciones.	108
Figura 28. Nacionalidad de los Migrantes.	116
Figura 29. Porcentaje de migrantes que poseen la nacionalidad mexicana.	117
Figura 30. Fluctuaciones en la ocupación migrante por sector.	117
Figura 31. Migración a Estados Unidos por entidad federativa.	118
Figura 32. Intensidad migratoria de los municipios del estado de Michoacán.	119
Figura 33. Distribución de los mexicanos en Estados Unidos por condados.	120
Figura 34. Procedencia de los flujos migratorios México y Estados Unidos.	120
Figura 35. Canales de distribución para la venta de seguros médicos de gastos menores.	123
Figura 36. Modelo Diamante aplicado a la Industria de los seguros médicos de gastos menores dirigidos a la población migrante y sus familias.	124
Figura 37. La cadena de valor en los seguros médicos.	126

SIGLAS

AGSC	Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios
BM / BANXICO	Banco de México
CONAPO	Consejo Nacional de Población
EUA	Estados Unidos de América
FMI	Fondo Monetario Internacional
FODA	Fortalezas-Oportunidades-Debilidades-Amenazas
GATS	General Agreement for Trade in Services
IMSS	Instituto Nacional del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información
ISES	Instituciones de Seguro Especializadas en Salud
MSITS	Manual on Statistics of International Trade
NMF	Nación Más Favorecida
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMC	Organización Mundial de Comercio
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SP	Seguro Popular de Salud
TIR	Tasa Interna de Retorno
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
USD	United States Dollars
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

El comercio internacional de servicios se encuentra directamente vinculado con los flujos migratorios y se consolida con la formación de comunidades binacionales entre México y los Estados Unidos de América. Los migrantes demandan diversas clases de servicios entre los cuales destacan los relativos a la salud. Sin embargo, su situación migratoria les impide ser sujetos a la seguridad social de aquél país y se ven obligados a incurrir en gastos elevados para sufragar la atención médica que reciben en instituciones privadas, o bien acuden a las instituciones de salud mexicanas caracterizadas por su deficiente calidad. Ante esta situación, los esquemas de prepago se constituyen como los medios idóneos para disminuir la carga financiera que se deriva de la contratación de estos servicios. Para determinar la importancia de los servicios médicos, y en específico la posibilidad de que los seguros médicos puedan ser alternativas viables para garantizar su bienestar físico, se llevo a cabo un estudio que incluyó a 380 migrantes del estado de Michoacán. Dicha muestra se obtuvo de una población de 39,200 michoacanos que emigran a los Estados Unidos de América anualmente. Los resultados obtenidos fueron sujetos a análisis estadístico –promedio, porcentaje, desviación estándar, varianza, coeficiente de correlación de Spearman- para determinar la demanda que tienen los servicios médicos en dicha población y crear una estrategia empresarial evaluada a través de modelos financieros. Con base en lo anterior, se observó que los migrantes destinan el 20% de su ingreso para atender cuestiones médicas y requieren de estos servicios más de 5 veces al año. Además, al aplicar el coeficiente correlacional de Spearman para obtener la significancia de las variables de estudio se pudo observar que, en general, los encuestados reconocieron estar interesados en adquirir algún tipo de seguro médico siempre y cuando su precio fuera reducido y no hayan contratado alguno anteriormente. Cabe mencionar que, la calidad de los servicios prestados por las instituciones gubernamentales en México no constituyó un factor determinante en su decisión de compra.

ABSTRACT

International trade in services is directly linked with immigration flows between Mexico and the United States and is consolidated by the formation of binational communities. Immigrants demand several types of services and those related with health issues stand out among the most important. Nevertheless, their migratory status disregards them as candidates for welfare services in the US, making them subject of increased expenses in private medical attention, or they may be forced to attend mexican health institutions where they receive limited quality attention. Therefore, prepayment schemes represent ideal means to provide health services and reduce financial burden associated to private medical attention. In order to determine the importance of medical services, and specifically the possibility for medical insurance becoming viable alternatives to guarantee physical wellbeing, this research project included 380 immigrants from the state of Michoacan, Mexico. This sample was representative from the 39,200 immigrants from Michoacan who travel to the United States of America annually. The results obtained were analyzed with statistical methods –mean, rates, standard deviation, variance, Spearman's correlation coefficient- in order to determine the demand for medical services among this population and also to establish a business strategy which was evaluated through financial models. From these studies, it was observed that immigrants use 20% of their income to fulfill health needs and require medical assistance more than 5 times a year. In addition, the immigrants interviewed expressed their interest in buying medical insurance but only if the price was low and if they hadn't already hired one. It is important to mention that the quality provided by government health institutions in Mexico doesn't constitute itself as a crucial factor that influences the buying process.

1. INTRODUCCIÓN.

Los servicios han jugado un papel crucial en el funcionamiento de la economía. Aún en el pasado, los procesos de producción y demanda son difícilmente concebidos sin la existencia de servicios como el comercio y el transporte; y es imposible pensar en el funcionamiento de las economías actuales, tanto en países desarrollados como en desarrollo, sin la extensa red de servicios de comercio, transporte, comunicaciones, información, financieros, entre otros. A ello debe agregarse que, sin apropiados servicios de salud y educación, otros factores socio-económicos se verán profundamente afectados.

La presente investigación busca determinar la importancia de los servicios de salud entre la población migrante, siendo éstos parte importante en el desempeño de las economías por su impacto en el rendimiento general de los trabajadores y por su contribución en la generación de riqueza mediante su producción y comercio internacional.

Al mismo tiempo, se pretende dar respuesta a la problemática que plantea la existencia de un sector salud deficiente y carente de calidad que obliga al empobrecimiento de los hogares como consecuencia de desembolsos elevados que afectan el ahorro familiar, y promueven la venta de los activos familiares y la solicitud de préstamos, esto para solventar los gastos derivados de una contratación privada de servicios de salud.

Ante esta situación, se plantea que los seguros de salud constituyan la herramienta idónea para atender de manera eficaz y eficiente las necesidades de salud de los individuos –en este caso, la población migrante del estado de Michoacán-, reduciendo la probabilidad de incurrir en gastos excesivos asociados a los pagos de bolsillo.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El comercio internacional de servicios puede explicarse con base en factores vinculados a la producción de bienes y de servicios secundarios, a la transferencia de conocimiento y competitividad, así como a la consolidación económica que procura su creación. Dicho intercambio comercial se profundiza entre las economías mundiales y la tendencia actual es a incrementar el flujo una vez que se han formalizado los tratados de libre comercio (Karsenty, 2002).

Los flujos migratorios actuales inciden sobre la demanda y el comercio de servicios, tales como los relativos a la salud, los financieros, de paquetería y mensajería, el transporte y las comunicaciones, principalmente. La demanda de éstos últimos, y haciendo especial referencia a los de la salud, se verán aún más favorecidos por la formación de comunidades binacionales a través de las cuales se consolida y asciende el flujo monetario, teniendo un impacto directo sobre su poder adquisitivo y su acceso a dichos servicios.

Otros factores que inciden directamente sobre la demanda de servicios médicos son la calidad y la eficiencia con la que éstos se prestan. Actualmente, la atención médica que presta el sector público en México es deficiente y carente de calidad por lo que la población, en general, se ve obligada a recurrir a las clínicas y hospitales privados, debiendo cubrir los altos costos que involucran estos servicios.

En este contexto, la presente investigación busca, en primer lugar, determinar si los servicios de salud se ubican dentro de los servicios básicos que la población migrante y sus familias requieren para su sostenimiento. En segundo lugar, establecer cuál es la apreciación que la población migrante posee sobre los servicios de salud que prestan las instituciones públicas en México. Y en último término, realizar una propuesta de un servicio médico que al margen del comercio

exterior permita a los migrantes tener acceso a mejores niveles de calidad y eficiencia (Wallace, *et al.*, 2004).

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Qué servicios necesita la población migrante que reside en los Estados Unidos y sus familias? ¿En qué proporción los demanda?
- ¿Los ingresos de los migrantes les permitirán adquirir medios privados de seguridad médica para satisfacer sus necesidades de salud?
- ¿A qué medios recurre la población migrante para garantizar su bienestar y recibir atención médica para ellos mismos y para sus familias?
- ¿Son considerados de buena calidad los servicios que prestan las instituciones gubernamentales de salud en México? ¿Bajo qué criterios consideran que los servicios son de calidad?
- ¿Qué propuesta de servicio de asistencia médica, dirigida a la población migrante que reside en Estados Unidos de América y a sus familias, puede ser formulada?

1.3. OBJETIVOS.

- Identificar los servicios que requiere la población migrante que reside en Estados Unidos y sus familias, así como la proporción en que los demanda.
- Determinar si los ingresos de los migrantes les permiten adquirir medios de seguridad médica privada para satisfacer sus necesidades de salud.
- Determinar los medios a los que recurre la población migrante para garantizar su bienestar y recibir atención médica para ellos mismos y para sus familias.

- Determinar si los servicios de salud que prestan las instituciones gubernamentales en México, son considerados de buena calidad por la población migrante; y definir los criterios bajo los cuales se considera un servicio es de calidad.
- Formular una propuesta sobre servicios de asistencia médica dirigida a la población que emigra a los Estados Unidos de América y a sus familias.

1.4. HIPÓTESIS.

1.4.1. HIPÓTESIS CENTRAL.

- El comercio de servicios médicos para la atención de la población migrante y sus familias, a través de un seguro de gastos médicos, representa una solución satisfactoria ante la deficiente atención brindada por las instituciones gubernamentales en México y considerando su condición legal en los Estados Unidos de América.

1.4.2. HIPÓTESIS NULA.

- El comercio de servicios médicos dirigidos a la población migrante no constituye una solución satisfactoria ante la deficiente atención brindada por las instituciones gubernamentales en México tomando en consideración su condición legal en los Estados Unidos de América.

1.4.3. HIPÓTESIS SECUNDARIAS.

- Los servicios médicos, junto con la alimentación, la educación y la vivienda ocupan los primeros puestos en la prioridad económica de los migrantes.
- A pesar de que más del 50% de los migrantes no poseen ningún tipo de seguridad social, sus ingresos les permiten adquirir seguros médicos privados para garantizar su bienestar físico y el de sus familias.
- Los seguros médicos, aunque no son una herramienta comúnmente utilizada por los migrantes, constituyen el medio más efectivo para disminuir su tendencia al empobrecimiento derivado de gastos excesivos en atención médica.
- Un servicio médico de calidad en términos de: precio, eficiencia y confiabilidad; dirigido a la población migrante y sus familiares contribuye a la satisfacción de sus necesidades, en la medida en que se encuentra garantizado su bienestar físico y mental.
- La cobertura médica de gastos menores que los migrantes pueden adquirir representa el servicio de salud con mayor viabilidad para los migrantes y sus familiares.

1.4.4. VARIABLES.

- Integrantes por familia
- Frecuencia anual de visitas al médico
- Enfermedades
- Periodo de ausencia del país de origen
- Propiedad de algún seguro médico
- Calidad de los servicios de salud
- Adquisición de un seguro médico
- Precio del seguro médico

1.5. JUSTIFICACIÓN.

Los factores que influyen directamente sobre el comercio internacional de servicios son los siguientes: (1) la generación de un elevado valor agregado en las economías mundiales; (2) su importancia en la producción de bienes y de otros servicios; (3) el nivel de competitividad e impulso económico derivado de una transferencia de conocimientos y de la atracción de inversiones; y (3) la imposibilidad de ser restringidos geográficamente.

En los últimos 20 años, este intercambio comercial ha sufrido un incremento paulatino y significativo de manera que, en las economías de hoy, el sector servicios representa en promedio el 60% de su Producto Interno Bruto de acuerdo con la *World Business Organization* (2004). En los países en vías de desarrollo, específicamente, esta tendencia se agudiza con los flujos migratorios.

México es el principal exportador de mano de obra a los Estados Unidos de América y, el estado de Michoacán participa con más del 10.5% de los migrantes mexicanos que buscan empleo en este país. Ello significa que alrededor de 165,500 personas que emigraron a los Estados Unidos de América, entre 1995 y el año 2000, fueron de origen michoacano y lo hicieron predominantemente al estado de California (Armas, *et al.*, 2004; CONAPO, 2004); se prevé que dichos movimientos se agudicen en los próximos años. Asimismo, cabe destacar que esta población registró ingresos anuales superiores a los 12,000 dólares, enviando únicamente el 10% de éstos como remesas (CONAPO, 1999).

Con base en lo anterior, la estimación de los servicios que la población migrante requiere es de suma importancia pues su demanda resulta significativa. Actualmente, entre los servicios más solicitados podemos destacar: los envíos de dinero, las paqueterías, los servicios bancarios y de cambio, los telefónicos, los de asesoría legal y los de capacitación, entre otros. Los servicios de mayor auge en

últimas fechas son los de asistencia médica al migrante y a sus familias; y es sobre este tipo de servicios que se pretenderá enfocar la presente investigación.

Debe puntualizarse que, el comercio internacional de servicios médicos dirigidos a la población migrante se ve condicionado fundamentalmente por su precio; otros factores que inciden directamente son: la deficiente calidad de los servicios prestados por las instituciones gubernamentales en México y, el estatus migratorio de dicha población.

Por lo descrito anteriormente, es de gran relevancia definir el papel que juegan los servicios entre la población migrante y sus familias, en específico aquellos referentes a la salud; e idear propuestas encaminadas a incrementar las posibilidades de acceso de esta población a servicios de salud eficientes. Además, el presente trabajo busca plantear una modalidad novedosa para acceder al mercado migrante, considerando sus necesidades de salud y su calidad migratoria.

2. EL PAPEL DE LOS SERVICIOS EN MÉXICO Y LOS SERVICIOS DE SALUD.

El papel actual del sector servicios en las economías mundiales es trascendental para su funcionamiento y generación de riqueza. El valor agregado creado por la producción y comercio de servicios implica una mayor ganancia para las empresas y contribuye con la generación de empleos, favoreciendo al desarrollo de los países. En este apartado se hace referencia, específicamente, a los servicios de salud en México que representan el tema central de la presente investigación; sin embargo se comienza analizando la participación que poseen los servicios, como sector, en la economía mexicana y su contribución al Producto Interno Bruto –PIB.

La producción de servicios en México representa alrededor del 60% del PIB total cada año. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público –SHCP- calcula que el PIB del sector servicios en su conjunto –incluyendo al comercio, restaurantes, hoteles, transporte, comunicaciones, servicios financieros, y a los servicios comunales, sociales y personales, entre otros- se elevó 5.6% durante el 2004, en relación con el 2003 (SHCP, 2005).

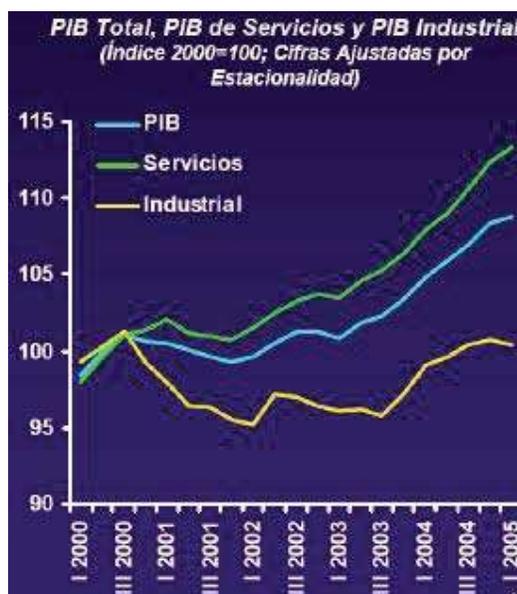
Particularmente, el PIB derivado del transporte, almacenaje y comunicaciones aumentó su tasa anual en un 9.9%, destacando el comportamiento positivo de la telefonía. El comercio, restaurantes y hoteles creció 7% en el cuarto trimestre del 2004, debido principalmente a mayores volúmenes de ventas asociadas al comercio doméstico y exterior, y a los niveles de ocupación hotelera registrados. Finalmente, los servicios financieros, seguros, actividades inmobiliarias y de alquiler se incrementaron en un 4.7% (SHCP, 2005).

En cuanto al porcentaje del PIB que aportaron los servicios comunales, sociales y personales –incluyendo los servicios profesionales, de educación, médicos, de esparcimiento y otros-, éste fue 2.4% superior a la cifra registrada en 2003. El incremento se explica con base en el desempeño de los servicios médicos,

profesionales, educativos, “otros servicios”, y los referentes al esparcimiento (SHCP, 2005).

En el 2005, por su parte, el sector servicios ha mostrado un crecimiento constante, y es esperado que alcance el 3.5%, en todo el año; esto será posible si la demanda interna contribuye en mayor medida con el crecimiento del PIB respecto de la demanda externa. Y de acuerdo con el Banco de México (2005), esto significaría que el sector servicios posiblemente muestre una mayor expansión que el industrial (Figura 1).

Figura 1. Gráfica comparativa: PIB Servicios vs PIB Industrial.



Fuente: BANXICO, 2005.

Sin embargo, cabe destacar que, el impacto que poseen los servicios sobre la producción de bienes y de servicios exportables que abastecen a la demanda externa continúa tendiendo hacia la alza –específicamente hablando de los servicios de transportes, telecomunicaciones y seguros- (BANXICO, 2005). Y esto podría acrecentarse en el momento en que México considere la posibilidad de

incorporar nuevos sectores a las negociaciones y reglas del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios –AGSC-.

La Balanza Comercial de 2004 mostró que las importaciones anuales de servicios de México al exterior ascendieron a \$202.04 billones de dólares (INEGI, 2005). A continuación se muestran las cifras trimestrales correspondientes al 2004 y los dos primeros trimestres del 2005 (Figura 2 y 3).

Es necesario precisar que, en el gasto corriente monetario total, el 34% de los ingresos de los hogares se destinan a la compra de alimentos, bebidas y tabaco, el 18.0% del mismo ingreso se utilizó en transporte y combustible para vehículos, el 13.9% en educación y esparcimiento y, por último, el 3.6% de los ingresos de las familias mexicanas lo destinan para el cuidado de la salud (Figura 4 y 5); siendo estos últimos el centro de atención de la presente investigación (INEGI, 2005).

Figura 2. Monto de las importaciones de servicios 2004 y 2005.

PERIODO	SERVICIOS
2004/01	46,124,198
2004/02	48,881,562
2004/03	49,477,585
2004/04	57,552,752
2005/01	53,573,798
2005/02	61,847,891
Estadísticos	
Mínimo	46,124,198
Máximo	61,847,891
Suma	317,457,786
Media	52,909,631
Desviación Estándar	5,931,923
** Cuando existen dos o más ND no se calculan los estadísticos de Suma, Media y Desviación Estándar.	
Unidad de Medida: Miles de pesos a precios de 1993. p/ Cifras preliminares a partir de 2002/01.	

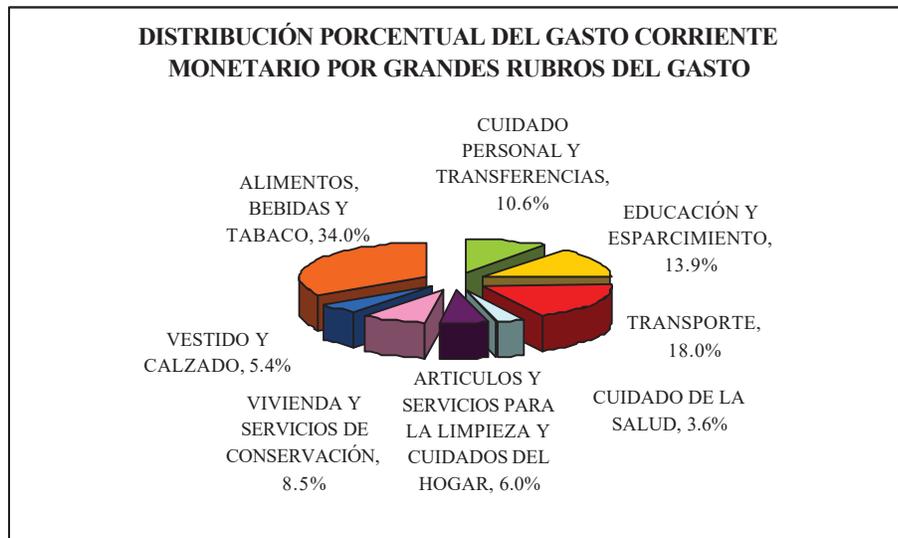
Fuente: INEGI, 2005.

Figura 3. Importación de servicios 2004 y 2005.



Fuente: INEGI, 2005.

Figura 4. Distribución porcentual del gasto corriente monetario.



Fuente: INEGI, 2005.

Figura 5. Cuadro comparativo entre el gasto 2002 y 2004.



Fuente: INEGI, 2005.

2.1. EL SECTOR SALUD EN MÉXICO.

El sistema de salud en México es una compleja estructura en la que convergen diversos actores, en los distintos niveles de participación tanto privada como pública. Para definir con mayor precisión el panorama general de dicho sistema se toma como referencia un informe realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos –OCDE- (2005) a petición de la Secretaría de Salud en este país.

La OCDE caracteriza al sistema de salud mexicano por la presencia de numerosos aseguradores y prestadores de servicios públicos, que junto con el extenso sector privado no regulado brindan atención a diversos segmentos de la población.

Por un lado, las instituciones de seguridad social cubren a los trabajadores asalariados del sector formal; y se calcula que las personas que contribuyen a las

instituciones de seguridad social y sus dependientes representan alrededor de la mitad de la población. La Secretaría de Salud, por otra parte, presta atención médica a la población no cubierta por la seguridad social y ha descentralizado la mayor parte de la oferta de servicios de salud para estos grupos de población (OCDE, 2005).

Sin embargo, aún existen problemas de acceso en las zonas rurales del país y esto se debe a las diferencias existentes entre la asignación de recursos públicos al rubro de la salud entre entidades federativas; dado que, cada una regula sus propios sistemas de Servicios Estatales de Salud (SESA) -integrados por hospitales y clínicas públicas-.

La población en general, percibe a los servicios públicos de salud como proveedores de menor calidad en relación con los servicios prestados por el sistema de seguridad social, y esto se debe a que los recursos destinados a las instituciones de seguridad social son tres veces mayores que los asignados a los SESA (OCDE, 2005).

Por su parte, el sector privado de salud provee alrededor de una tercera parte del total de camas de hospital en el país. Según reporta la Secretaría de Salud, esta oferta se concentra en las regiones y ciudades con mayores recursos, de manera que el Distrito Federal es la sede de casi la mitad de los hospitales, clínicas y laboratorios privados.

El presupuesto federal asignado a la salud para la población sin seguridad social creció en un 60% en términos reales, pasando de 34 mil 500 millones de pesos en el año 2000, a 70 mil 300 millones en 2005 (Secretaría de Salud, 2005).

El gasto gubernamental en los programas orientados a los servicios de salud durante el 2004 fue de 4 mil 681.4 millones de pesos, 450.8 millones de pesos,

destacando el programa IMSS-Oportunidades y el Sistema Nacional de Protección Social en Salud –Seguro Popular de Salud- (INEGI, 2005).

El Seguro Popular de Salud -SP- ha sido creado como un seguro médico voluntario que proporcionará la cobertura financiera de una serie de intervenciones médicas y ciertos tratamientos para las familias no cubiertas por la seguridad social; este sistema se financia mediante recursos aportados por los gobiernos federales y estatales, por cada familia afiliada, y se complementa por medio de una prima mínima establecida en función del ingreso del hogar a asegurar (Secretaría de Salud, 2005).

Puesto que el financiamiento está ligado con la población afiliada, estos nuevos recursos serán dirigidos sobretudo hacia aquellos estados con niveles bajos de cobertura por seguridad social y que , además, reciben menos recursos de los gobiernos federal y estatal; se estima que las diferencias existentes en la asignación de recursos vayan progresivamente desapareciendo hasta igualarse, para el año 2010 (OCDE, 2005).

De acuerdo con el informe de la OCDE, el éxito de las nuevas reformas se mantiene condicionado por la situación fiscal que deriva de dos aspectos fundamentales. En primer término, los nuevos esquemas de pensiones todavía se encuentran sometidos al proceso de negociación en el Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS- y es probable que continúen durante el período de transición hacia un nuevo sistema de pensiones. En segundo lugar, no se han puesto en marcha las medidas para fomentar una mayor eficiencia en los SESA elemento indispensable para el éxito del Seguro Popular de Salud .

Por lo anterior, en tanto las reformas gubernamentales a la prestación de servicios médicos no se consoliden, el desembolso privado para cubrir gastos relativos a la salud serán inevitables y necesarios entre la mayor parte de la población en

México; así se seguirá fortaleciendo el rol complementario del sector privado en esta materia, mismo que es descrito con mayor precisión en el siguiente apartado.

2.2. LA ASISTENCIA MÉDICA PRIVADA EN MÉXICO.

La coordinación de los sectores público y privado para la prestación de servicios de salud a la población es una necesidad que se deriva de la insuficiencia de recursos e infraestructura característicos del sistema de salud mexicano.

La presencia del sector privado en dicho campo no sólo se hace evidente en la prestación de los servicios médicos, sino también involucra su financiamiento; de tal forma que, más de la mitad del financiamiento en salud proviene directamente del bolsillo de los hogares y es utilizado principalmente para la compra de servicios privados (Nigenda, *et al.*, 2004).

El papel que ha desempeñado el sector privado en el campo médico no ha sustituido el esfuerzo realizado por las instituciones gubernamentales; por el contrario, la relación entre ambos ha sido de cooperación y complementación¹ a pesar de que la iniciativa privada ha diversificado e intensificado la prestación de servicios hacia distintas ramas del ámbito de la salud²: financiamiento, enseñanza, centros de investigación, laboratorios, hospitales, clínicas, etc. Nigenda refleja la relación entre Estado y sector privado con mayor precisión a través del siguiente cuadro (Figura 6).

La relación existente entre ambos sectores –público y privado- en la rama de la salud, ha sido posible debido a cuestiones relacionadas con la innovación administrativa y tecnológica, y por el reconocimiento de las limitaciones del

¹ Este fenómeno es mejor conocido como “colaboración público-privada”. Nigenda (et al., 2004).

² Definido por Standing (et al, 2003) como “mercado sin organizar en salud”, por la limitada regulación gubernamental sobre la oferta y prestación de los servicios de salud.

sistema gubernamental. Lo anterior ha implicado que el papel de la iniciativa privada extienda su alcance hacia múltiples servicios, incluyendo la seguridad médica, la producción y comercialización de tecnología y medicamentos, análisis clínicos, etc. (Bennett, *et al.*, 1997; Nigenda, *et al.*, 2005)

Figura 6. Funciones del Sistema de Salud y participación del Sector Público y Privado.

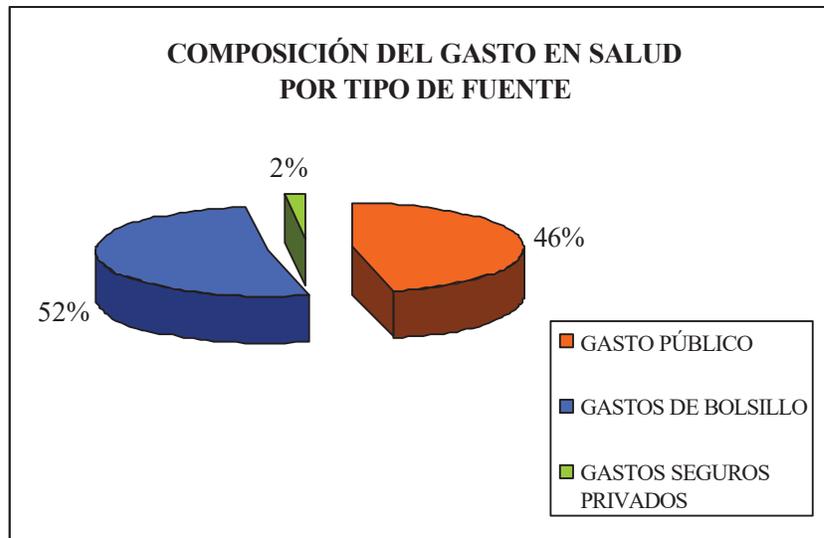
PÚBLICO	PRIVADO
Regulación	
Estatutaria. Definición de reglas de participación y vigilancia del sistema de salud.	Lleva a cabo funciones que el Estado delega o mediante mecanismos financieros como las aseguradoras.
Financiamiento	
Transferencia de fondos federales y estatales provenientes de los impuestos. Apoyo a la conformación de fondos de seguridad social.	Pago de bolsillo por servicios prestados. Esquemas de aseguramiento, basados en cálculos actuariales y/o esquemas de prepago.
Prestación	
Red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social.	Consultorios privados y unidades privadas de atención en todos los niveles.

Fuente: Nigenda, *et al.*, 2005.

La oferta de este tipo de servicios tiene dos clases de demandantes: (1) la población con capacidad de pago para sufragar un seguro de salud, o con empleo formal para afiliarse a la seguridad social; y (2) la población de bajos recursos incapaz de acceder a ellos. A favor de estos últimos, se considera que el Estado deberá implementar esquemas que garanticen su salud utilizando para ello recursos gubernamentales –papel actualmente desempeñado por el Seguro Popular, en México- (Bennett, *et al.*, 1997; Nigenda, *et al.*, 2005).

En el año 2000, la participación del gasto total de los hogares en este rubro fue del 52%, mientras que la adquisición de seguros privados obtuvo un 2%; el 46% restante correspondió a las aportaciones o financiamiento estatal (Figura 7). Lo anterior muestra como las deficiencias en el sistema de salud mexicano, aunado a factores relacionados con el desempleo, obligan a la población a sufragar gastos elevados de salud, desestabilizando su situación económica.

Figura 7. Composición de gasto de salud por tipo de fuente.



Fuente: Nigenda, *et al.*, 2005.

Además, estudios realizados sobre el gasto privado total entre las entidades federativas, mostraron que el 55% de este gasto se concentró en sólo seis entidades: Distrito Federal (19.7%), Estado de México (11.1%), Jalisco (9.7%), Nuevo León (5.8%), Michoacán (4.5%) y Veracruz (4.0%). En términos per cápita, las cifras más altas se presentaron en el Distrito Federal (\$4,650 pesos), Baja California Sur (\$3,035 pesos) y Jalisco (\$3,029 pesos), mientras que los estados con menor gasto privado per cápita fueron Yucatán (\$771 pesos) y Campeche (\$734.7 pesos); a Michoacán le corresponden \$2,216.3 pesos per cápita (Sesma, *et al.*, 2005).

En general, el gasto privado muestra un predominio sobre el gasto público y los estados que registraron este fenómeno con mayor intensidad fueron Baja California, Jalisco y Michoacán. Por el contrario, Hidalgo, Veracruz, Coahuila, Yucatán, Tabasco y Campeche se destacaron por una mayor participación pública (Sesma, *et al.*, 2005).

En lo que respecta a la composición del gasto privado, las cuentas nacionales indican que el 93% del gasto privado en México es gasto de bolsillo; los gastos en seguros privados y cuotas de recuperación³ concentraron el 5.4 y 1.3%, respectivamente. Sin embargo, en el Distrito Federal, Nuevo León y Yucatán este porcentaje fue inferior a 90%. El gasto en seguros médicos solamente tuvo un peso considerable en el Distrito Federal y Nuevo León. De hecho, 70% del gasto total en seguros voluntarios está concentrado en estas entidades (Sesma, *et al.*, 2005).

Por grandes componentes, la distribución del gasto de los hogares mostró un predominio en el gasto sobre atención ambulatoria (43%) y medicamentos (38%). El estudio hizo evidente importantes diferencias por entidad federativa a este respecto. En Morelos, Veracruz y Zacatecas se destinó más del 50% del gasto total de bolsillo a la compra de medicamentos. Los estados que destinaron un mayor gasto a hospitalización fueron Baja California, Oaxaca, Jalisco y Tamaulipas, dirigiendo más del 25% de su gasto total de bolsillo al pago de estos servicios (Sesma, *et al.*, 2005).

Finalmente, se observó una cuestión de suma relevancia a la presente investigación en el rubro de incidencia del gasto privado en salud. Los hogares más pobres, no asegurados y rurales dedicaron un mayor porcentaje de su gasto total a atender necesidades de salud con recursos propios.

En resumen, para países como México la consolidación y sostenimiento de sistemas nacionales de seguridad social representa un verdadero reto; y dada la ineficiencia en la prestación de estos servicios, la población en los distintos niveles de ingreso presenta altos porcentajes de gasto de bolsillo en esta materia, de ahí que la tendencia hacia su empobrecimiento se profundice. De ahí que, el

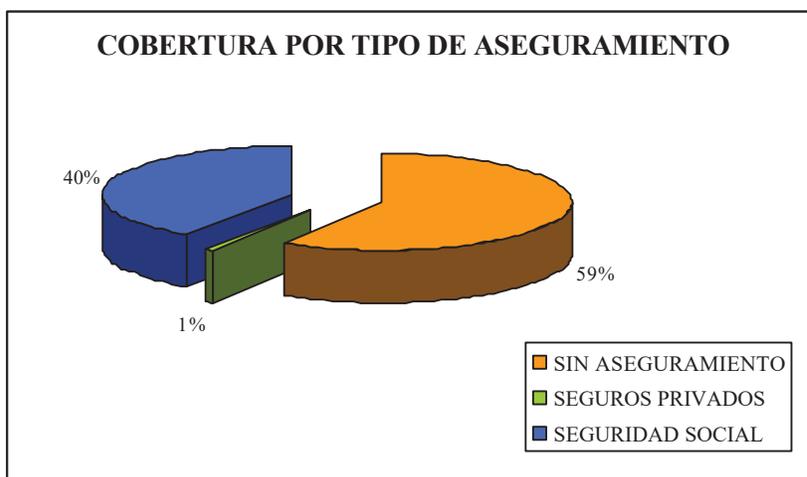
³ Citando a Sesma, et al., las *cuotas de recuperación* son “pagos que realizan los usuarios de los servicios de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada”, dentro de las que destaca la Secretaría de Salud.

aseguramiento de la salud se constituye como una herramienta que permite aminorar el impacto de un desembolso inmediato y elevado de recursos.

2.2.1. EL ASEGURAMIENTO EN SALUD.

El prepago de servicios de salud reduce la carga financiera de un desembolso inmediato, y sirve como protección de las familias ante una descapitalización por algún evento médico imprevisto. Así, la firma aseguradora deberá cubrir los costos generados por la atención recibida, a cambio del pago diferido de cuotas monetarias (Knaul, *et al.*, 1997; Nigenda, *et al.*, 2005). Además de eliminar el compromiso de un desembolso inmediato, la contratación de seguros permite transferir los riesgos familiares o individuales de enfermedad y empobrecimiento hacia la compañía aseguradora.

Figura 8. Cobertura por tipo de aseguramiento.



Fuente: INEGI, 2000; Nigenda, *et al.*, 2005.

No obstante, el prepago por dichos servicios no se ha difundido suficientemente entre la población, por lo cual su aceptación es limitada. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000 (INEGI, 2000; Nigenda, *et al.*, 2005) sólo 1.04%

de la población posee algún tipo de seguro médico, mientras que el 58.5% carece de él (Figura 8); cabe señalar que, esta tendencia no ha sufrido variación en los últimos años.

Es importante mencionar que, la demanda de los seguros médicos tampoco se ha visto influenciada por la capacidad económica de las familias o por que sean parte de las prestaciones laborales de los individuos; ello reitera la falta de difusión sobre las ventajas que genera el prepago de la salud, enunciadas anteriormente, ya que sólo el 2.6% de la población los utiliza (INEGI, 2000; Nigenda, *et al.*, 2005).

En la actualidad, los seguros médicos en México se constituyen a través de las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud -ISES-; y sus niveles de afiliación no se han visto incrementados a pesar de que se consideren como alternativas viables a favor de la preservación del patrimonio familiar frente a imprevistos médicos.

Para la población migrante en México, estos sistemas de prepago resultarían sumamente útiles, ya que su condición migratoria en el país destino y la escasa oferta laboral en el propio país los imposibilitan como derechohabientes de seguridad social, además de que los obliga a cubrir sus propios gastos relacionados con la salud. En el apartado siguiente se aborda su problemática con mayor precisión, y se señalan esquemas de cobertura que han sido ideados para satisfacer sus necesidades de atención y asistencia médicas.

2.3. LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE LA POBLACIÓN MIGRANTE.

Las condiciones laborales y migratorias de los mexicanos en los Estados Unidos de América -además de su capacidad económica-, imposibilitan su acceso a servicios de salud eficientes que garanticen su bienestar físico y mental, sin tener

que desembolsar montos elevados en un solo evento. En el 2003, el Consejo Nacional de Población señaló que el 53% de los 9.1 millones de mexicanos, residentes en los Estados Unidos, no cuentan con seguro médico. Además, la falta de protección social en materia de salud es superior en todos los grupos de edad respecto del número de coberturas existentes en el país; cabe mencionar que, el único grupo de edad que presenta un porcentaje relativamente elevado de cobertura médica es el de mayores de 64 años -87.4%-.

Los requisitos gubernamentales asociados con la seguridad social pública, relativos a la capacidad de acreditar una residencia mayor de 5 años en los Estados Unidos de América, es el principal factor que explica la carencia de cobertura médica entre los migrantes mexicanos radicados en este país. Según el departamento de estadística estadounidense, actualmente, sólo el 52% de la población mexicana con estancia legal posee algún tipo de cobertura para garantizar su salud (*US Census Bureau, 2003*).

El acceso de las comunidades mexicanas a los servicios de salud en Estados Unidos se ve limitado por condiciones económicas, laborales, sociales y culturales. Los principales obstáculos para los migrantes indocumentados que requieren de asistencia médica son los siguientes: los altos costos de los medicamentos y de los servicios de salud en Estados Unidos, el estatus migratorio, las diferencias culturales y el escaso dominio del inglés, así como el rápido crecimiento de la población en los últimos años (*US Census Bureau, 2003*).

Las estimaciones del CONAPO (2003) sugieren que, los niños y los adultos jóvenes nacidos en México residentes en los Estados Unidos de América, son el grupo más desprotegido por el sistema estadounidense de salud. Las mayores deficiencias en la cobertura de servicios de salud se reportan en el grupo de los 18 y 29 años -menos de 40%- y en los dos grupos de menor edad, de tal forma que el

55.7% de los menores de 10 años y el 54.9% de las personas entre 10 y 17 años carece de servicios de seguridad médica.

En Estados Unidos, la principal fuente de acceso a los servicios de salud se obtiene mediante la contratación de seguros médicos privados -72% del total, de los cuales 64% lo obtiene mediante el empleo-. De manera que, sólo una de cada cuatro personas cuenta con cobertura de servicios de salud mediante programas gubernamentales de seguridad médica, como Medicare y Medicaid (CONAPO, 2003). Los migrantes mexicanos, obtienen servicios de salud primordialmente a través de la contratación de seguros médicos privados -35%, de los cuales 33% tiene como base el empleo-; y solamente el 14% cuenta con cobertura mediante los programas públicos de salud (*US Census Bureau, 2003*).

La Población Económicamente Activa –PEA- de migrantes mexicanos en los Estados Unidos constituye el 60%; y aunque el 92% de esta PEA se encuentra empleada, sólo el 42% cuenta con un seguro médico privado. El CONAPO (2003) indica que la cobertura médica entre la PEA desocupada no dista de lo registrado por la PEA empleada, mostrando una tasa de 41%; aquí, la población económicamente inactiva sobresale al indicar que el 50% de ésta cuenta algún tipo de cobertura médica.

El alto costo de los seguros privados para atender cuestiones de salud y la limitada asistencia médica que brindan los programas gubernamentales, reduce el número de migrantes mexicanos ocupados en la economía estadounidense que pueden satisfacer sus necesidades de salud. Resultado de ello es que sólo el 13.2% de los migrantes ocupados por la economía estadounidense cuenta con algún tipo de cobertura (CONAPO, 2003).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2003), “la norma estadounidense en el 2003 indicó que aproximadamente el 11% de la población

total estaba en condición de pobreza, y siete de cada diez personas en esa condición cubría sus necesidades de atención médica mediante los servicios de salud públicos. Entre los migrantes mexicanos, la condición de pobreza afecta a uno de cada cuatro, y de éstos, tres de cada diez cuentan con cobertura de salud mediante la seguridad social...”.

La contratación de seguros médicos indica una relación directa entre los migrantes y su grado de integración a la sociedad estadounidense, denotando un trasfondo cultural. De esta manera, la población que habiendo nacido en los Estados Unidos de América reconocida como de origen mexicano presenta niveles de cobertura médica mayores que los nacidos en México. De estos se distinguen dos grupos de población: (1) primera generación de mexicanos en los Estados Unidos -hijos de mexicanos, ya sea padre, madre o ambos- y, (2) segunda generación de mexicanos en Estados Unidos; registrando que el 74 y 77 % de ellos cuenta con algún tipo de seguridad médica, respectivamente (*US Census Bureau*, 2003).

La desigualdad en el acceso a los servicios de salud que presentan los migrantes mexicanos en los Estados Unidos comparada con las poblaciones de primera y segunda generación de mexicanos en ese país, persiste aún ante condiciones similares de empleo y pobreza, e incluso entre los migrantes mexicanos que podrían optar por atender sus necesidades de salud mediante la seguridad social, debido a su edad, grado de pobreza o tiempo de residencia, según establece Reyes a este respecto (2003).

“El acceso limitado a los sistemas de seguridad médica privada o pública ha traído como consecuencia que enfermedades como la tuberculosis, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, la diabetes, asma y enfermedades cardiovasculares, alcancen cifras alarmantes entre la comunidad mexicana que vive en Estados Unidos...”, esto de acuerdo con la Secretaría de Salud (2005).

Lo anterior se agudiza por la falta de servicios preventivos de salud y de atención oportuna de las enfermedades pues no sólo afecta a los propios migrantes, sino también a sus familias y comunidades de origen y destino, a causa de los continuos desplazamientos.

Existen programas intermitentes de asistencia médica creadas por el gobierno federal mexicano, específicamente hablando de la Secretaría de Salud, tenemos los siguientes (Secretaría de Salud, 2005):

- (1) Servicios Médicos Gratuitos, consistentes en exámenes médicos para la detección oportuna de enfermedades como diabetes, VIH/SIDA, colesterol y osteoporosis; chequeos médicos de rutina como presión arterial, papanicolau, mamografía, exámenes de columna vertebral; aplicación de vacunas antigripales y vacunas infantiles; exámenes de oído y de vista.
- (2) Distribución de materiales educativos como carteles, folletos, videos, tarjetas de servicios de salud, entre otros.
- (3) Organización de pláticas de educación preventiva sobre la atención oportuna de enfermedades, cuidado dental, nutrición, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, drogas y alcoholismo, y violencia doméstica.

Asimismo, se ha ideado un seguro de salud dirigido al propio migrante y su familia que se adquiere en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al cual pueden acceder los mexicanos de nacimiento u origen, que trabajan fuera del país de manera permanente o eventual, y sus familias. Dicho seguro tiene una cobertura para consulta médica general y de especialidades, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, atención por maternidad, análisis de laboratorio y rayos X, y medicamentos. La atención se recibe en las clínicas del IMSS. El costo de dicho seguro será fijado en función del número de familiares que se desea cubrir y de acuerdo con la edad de cada uno de ellos. A continuación presentamos las tarifas por medio de la siguiente tabla (Figura 9).

Figura 9. Tarifas del seguro médico para migrantes del IMSS.

RANGO DE EDAD	CUOTA ANUAL (EN DÓLARES)
De 0 a 19 años	\$97.00
De 20 a 39 años	\$114.00
De 40 a 59 años	\$170.00
De 60 en adelante	\$256.00

Fuente: IMSS, 2005.

A pesar de que este tipo de servicios médicos están a disposición de la población migrante y sus familias, pocos son los que reciben una atención rápida y de calidad. La necesidad de una cobertura binacional de seguros de salud, la investigación, y la consolidación de los programas ya implementados, siguen siendo necesidades insatisfechas y prioridades sobre las que deben tomarse cursos de acción. Además como se explica en un apartado posterior, el bienestar social en los últimos años ha adquirido tal relevancia que se han detallado nuevas teorías sobre como la salud de los trabajadores de una economía son una variable indispensable que incide sobre su productividad, crecimiento y desarrollo.

3. FUNDAMENTO TEÓRICO AL COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS.

El vital desempeño de los servicios en las economías mundiales y los parámetros actuales bajo los cuales se presentan y se comercializan, han despertado especial interés entre los grupos empresariales, el sector público y las organizaciones no gubernamentales que intervienen en su manejo. La revolución del conocimiento ha hecho grandes aportaciones a la logística del comercio doméstico e internacional de servicios, facilitándolo y fundamentando una teoría propia derivada de la correspondiente a los bienes. Otro aspecto que promovió el crecimiento de dichos intercambios comerciales fueron los consensos alcanzados por los países en el marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios – AGCS-, durante la Ronda Uruguay (*World Business Organization*, 2004).

La trascendencia de los servicios en las economías mundiales es objeto de un estudio cada vez mayor. La evolución del sector servicios ha permitido que las micro, pequeñas y medianas empresas compitan en los mercados mundiales por la transferencia de conocimiento que involucra su comercio y por la disminución de los costos.

En general, las firmas que proporcionan servicios se han visto beneficiadas de su venta a precios competitivos; y este hecho ha favorecido los avances en las negociaciones entre países al marco de la Organización Mundial de Comercio. Ejemplo de ello es que, dichas negociaciones en el seno de la Organización Mundial de Comercio han producido compromisos entre las naciones, en el sentido de proseguir con la liberalización de los sectores financiero y telecomunicaciones (Organización Mundial de Comercio, 2004).

Un beneficio adicional es la protección garantizada por los derechos de propiedad intelectual en el marco del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio; aportando ventajas a los

proveedores locales y exportadoras de servicios. No obstante, la liberalización acarrea una competencia intensiva entre las empresas de servicios nacionales.

Es así como, resulta evidente considerar las numerosas oportunidades que surgen a partir del intercambio de servicios; sin embargo, para que los beneficios sean palpables se requiere formar y capacitar al personal de la firma sobre las estrategias organizacionales idóneas que permitirán crear entidades productivas competitivas, así como fomentar la estrecha colaboración con las asociaciones de proveedores de servicios y, las autoridades e instituciones nacionales e internacionales.

Adicionalmente, la exportación e importación de servicios entre países promoverá la circulación de tecnología desde las empresas de los países desarrollados hacia las firmas de los países en desarrollo.

Esta competitividad adquirida se transfiere con el comercio de servicios no sólo por el flujo constante de tecnología, sino también de inversión que tiene lugar de un país a otro mediante las cadenas de valor. De ahí que los beneficios para los países en vías de desarrollo se multipliquen, permitiéndoles aumentar el valor de sus cadenas productivas y obteniendo mayores ingresos derivados de su venta.

Cabe destacar que, los servicios relativos a la salud humana tienen efectos colaterales en la economía pues favorecen el aumento de los índices productivos de una nación y la generación de riqueza. La calidad de la atención médica o la creación de una cobertura médica económicamente accesible a la media poblacional, permitirá reducir los índices de incapacidad de los trabajadores durante el desempeño de sus labores, fenómeno explicado a través de la economía de la salud.

No obstante, el siguiente apartado teórico comenzará determinando el papel que juegan los servicios en la satisfacción de las necesidades humanas y serán conceptualizados estableciendo sus determinantes. Adicionalmente, será fundamentada su importancia en la economía nacional y en la dinámica mundial; haciendo a los flujos migratorios, causantes de un mayor intercambio comercial de servicios entre naciones.

En general, serán descritos los procesos que intervienen en el comercio internacional de servicios, y se hace especial énfasis en la paulatina apertura que ha tenido lugar en los últimos veinte años. Además, dicho comercio se fundamenta teóricamente en base a la teoría del comercio internacional, a través de las ventajas comparativa y competitiva; y se justifica la importancia del comercio de servicios médicos con base en la “economía de la salud”.

3.1. LOS SERVICIOS Y SUS ANTECEDENTES.

Anteriormente los estudios centraban su atención en el intercambio o comercio internacional de bienes o mercancías; y los servicios, por sus particulares características, se identificaban como actores de las economías domésticas. Estos puntos de vista han evolucionado y en los años 80's se comenzó a identificar el comercio internacional de ciertos servicios que se encontraban ligados a transacciones internacionales de bienes, entre los que destacaban el transporte, los seguros, el turismo y las comunicaciones (*World Business Organization*, 2004).

En la actualidad, por el contrario, se reconoce que los servicios pueden ser objeto del comercio exterior, y no fungir únicamente como una herramienta que complemente el comercio de bienes. Lo anterior tiene su origen con la revolución tecnológica de los últimos veinte años, ampliándose la gama de servicios comerciados internacionalmente.

Sin embargo, no sólo el orden internacional influirá decisivamente sobre la comercialización de servicios entre países. La rapidez de las negociaciones en el marco de la Organización Mundial de Comercio y los beneficios apreciados por cada país con respecto de la liberalización, serán igualmente determinantes para incentivarlo o restringirlo. Precisamente, la Ronda de Uruguay y, actualmente, la Ronda de Doha, será el foro para exponer los beneficios derivados de la liberalización del comercio de servicios; y si el acuerdo es común, serán el medio para homologar su clasificación y desgravación, atendiendo a los intereses generales de quien firme los acuerdos (*World Business Organization*, 2004).

La clasificación tradicional de la balanza de pagos distingue el comercio de mercancías del correspondiente a servicios, identificándolo como comercio de bienes intangibles. Éstos, a su vez, se dividen en servicios financieros o factoriales -registran utilidades e intereses del capital extranjero- y en servicios no factoriales -que incluyen al resto de los servicios-. Propiamente, el comercio internacional de servicios es el respectivo a los servicios no factoriales; sin embargo, dentro de las Rondas de Negociación se pretende ampliar el concepto al considerar a los servicios factoriales (Organización Mundial de Comercio, 2004).

Otro punto importante en la agenda de las negociaciones es el respectivo al marco jurídico aplicable para la regulación del comercio de servicios entre países. A diferencia de los bienes, el comercio de servicios no siempre traspasa las fronteras nacionales y se mueve del país exportador al importador. Las modalidades consideradas por la OMC (2004) para estos intercambios serán abordados un apartado posterior para su mejor comprensión.

A continuación se iniciará con una breve descripción sobre el proceso de compra de los servicios por parte de un individuo o consumidor final. Es importante destacar que, para fines del presente trabajo, serán excluidos aquellos servicios

complementarios a ciertos bienes que únicamente apoyan su venta y no constituyen el objeto principal de comercio.

3.1.1. COMPORTAMIENTO DE COMPRA DEL CONSUMIDOR DE SERVICIOS.

El comportamiento del consumidor de servicios resulta sumamente complejo a causa del número de variables que inciden en él y que interactúan entre sí para ejercer influencia.

Existen tres aspectos trascendentales que deben ser tomados en cuenta al estudiar el comportamiento de compra de algún servicio (Peter, 1998).

- Variables ambientales externas que influyen en la conducta: cultura, idiosincrasia, clase social, grupo social, familia y factores personales -nivel de ingreso, gustos y preferencias, etc.-.
- Determinantes individuales de la conducta: personalidad y autodeterminación, motivación y participación, procesamiento de información, aprendizaje y memoria, actitudes.
- Proceso de decisión de comprador: proceso mental de decisión e igualmente derivado de una actividad física.

El proceso de toma de decisiones ocurre cuando (1) el sujeto ha asimilado los estímulos exteriores, e inmediatamente (2) se produce una serie de interacciones entre las variables internas. Estas interacciones se verán reflejadas en una conducta que determine la selección de un servicio –que en este caso será uno médico- y su marca; (3) y a continuación se lleva a cabo la decisión de compra del individuo (Peter, 1998).

El proceso anterior, surge a partir de la necesidad insatisfecha de un individuo, y cabe destacar que, el grupo poblacional que se pretenderá abordar en la presente investigación primordialmente posee necesidades de primer y segundo nivel

dentro de la pirámide. El poder garantizar para ellos mismos y para sus familias alimento, vivienda, educación, seguridad y salud, constituye la causa fundamental que explica su situación migratoria. Así, los servicios de salud son los satisfactores de una necesidad que surge en el ser humano por un bienestar fisiológico; dicho bienestar corresponde, de acuerdo con Maslow (1970), a una necesidad de primer orden (Figura 10).

Figura 10. Jerarquía de Necesidades de Maslow



Fuente: Stanton, 1996.

Según Peter (1998), las necesidades, general, son fuerzas que dan motivación e influyen las acciones de un individuo; al dar satisfacción a las necesidades básicas, inmediatamente, emergen otras que deberán ser satisfechas de igual forma.

La detección de una necesidad constituye el primer paso en el proceso de compra de un servicio, iniciando cuando la persona se percata de la diferencia entre su situación real y su concepto de la situación ideal; lo cual puede realizarse a través de la activación interna de una necesidad como la de salud, o bien, deberse a otras variables como los factores sociales o circunstanciales (Peter, 1998).

El individuo al sentirse impulsado a actuar, entra a la etapa consistente con la búsqueda de información. Esto comienza con una búsqueda interna de la información y las experiencias almacenadas que se relacionan con el problema. Dicha información se forma en base a las creencias y actitudes que han influido en las preferencias del consumidor por determinadas marcas o prestadores de servicios.

De manera más puntual podemos decir que, los criterios bajo los cuales se rigen los consumidores de servicios médicos en la elección de compra son los presentados a continuación⁴ (Knaul, 2004):

- Disponibilidad del servicio. Referente a que el consumidor pueda hacer uso del servicio en el momento que lo requiera.
- Conveniencia o ubicación. El servicio deberá estar al alcance del consumidor.
- Confiabilidad. Poder contar con el servicio que previamente adquirió en la forma y tiempo prometido.
- Personalizar las prestaciones, haciendo sentir al cliente parte de una familia.
- Precio. Éste será el adecuado cuando refleja el valor que le otorga el mismo consumidor al servicio.
- Reputación. Referente a la concepción que tiene el mercado sobre el servicio prestado.
- Seguridad, en la prestación del servicio garantizando el bienestar del cliente.
- Rapidez o eficiencia, evitando que el consumidor espere demasiado tiempo para que sea proporcionado el servicio.

Cuando la búsqueda interna no aporta los suficientes elementos o criterios de evaluación, a consideración del individuo, éste continuará realizando una búsqueda externa para allegarse de mayor información y poder tomar una decisión final (Stanton, 1996). Las fuentes de información a su alcance son

⁴ Será preciso definirlos, ya que, algunos factores serán considerados para su posterior análisis.

numerosas, al igual que los estímulos, y generalmente corresponden a los siguientes: anuncios, presentaciones impresas de productos y comentarios de las amistades, etc.

Los estímulos registrados estarán sujetos a un proceso de análisis para obtener el significado de la información; posteriormente, las alternativas son evaluadas, comparando la información recabada en el proceso de búsqueda de otros productos y marcas, con los criterios de juicio que ha ido desarrollando el consumidor a través del tiempo.

En el caso de que la evaluación sea positiva, el individuo se inclinará por elegir aquella opción que le sea más favorable (Peter, 1998). Si por ejemplo, el individuo no evaluó de manera favorable a los servicios de salud prestados por el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de su cobertura, recurrirá a fuentes alternas de seguros médicos que sean capaces de representarles un valor superior.

La compra del servicio normalmente viene después de una fuerte intención, e involucra identificar tanto al prestador como a la marca. Una vez adquirido, las experiencias que resulten después de ejercer el servicio retroalimentarán al individuo en la etapa de reconocimiento durante futuros procesos. En general, los resultados derivados de la compra son los siguientes (Peter, 1998):

- (1) La satisfacción que produce la experiencia de emplear la marca, repercutirá en las creencias del individuo relacionadas con la misma.
- (2) La insatisfacción y la duda después de la compra pueden generar un deseo más intenso por conseguir más información e influir en el reconocimiento posterior de problemas.

Los servicios dirigidos a satisfacer las necesidades de primer orden -servicios de asistencia médica- deberán cuidar la calidad más que ningún otro servicio por la

importancia de su naturaleza y por las repercusiones que un resultado negativo puede tener en la mente del consumidor.

Para que un servicio médico haya sido favorablemente evaluado, debió ser de tal calidad que la experiencia haya perdurado en la mente del consumidor ganando su lealtad y, lograr así, transformarlo en cliente. Aquellas aseguradoras médicas con servicios de atención deficientes difícilmente podrán recuperar a los clientes que constituían su cartera inicial; situación que se agrava con prestadores de servicios foráneos que exportan algún servicio.

3.1.2. LOS SERVICIOS EN LA ECONOMÍA.

Los servicios son actividades identificables e intangibles que constituyen el objeto principal de una transacción y cuyo fin consiste en satisfacer las necesidades o deseos del cliente (Stanton, 1996). Stanton y el MSITS -*Manual on Statistics of International Trade in Services*- mencionan que, en general, todos los servicios poseen las mismas características (Comisión Europea, 2001).

- (1) Intangibilidad.
- (2) Inseparabilidad de su creador-vendedor.
- (3) Heterogeneidad.
- (4) Carácter perecedero y fluctuante en relación con su demanda.

En la vida diaria existen diferentes tipos de servicios, entre los comúnmente conocidos se encuentran:

- Vivienda: alquiler de hoteles, departamentos, casas y granjas.
- Cuidado del hogar: servicios públicos, reparaciones domésticas, reparaciones de equipo doméstico, jardinería y limpieza.
- Recreación y entretenimiento: alquiler y reparación del equipo, ingreso a los eventos recreativos.
- Cuidado de la persona: lavandería, tintorería y cuidado estético.

- Atención médica y otro tipo de atención: todos los servicios médicos, dentales, de enfermería, hospitalización, optometría y conexos.
- Educación privada: escuelas vocacionales, guarderías, ciertos programas de educación continua.
- Servicios empresariales y otros profesionales: legales, contables y de consultoría gerencial.
- Seguros, servicios bancarios y otros financieros: seguros personales y de negocios, crédito y servicio financiero, asesoría de inversión.
- Transporte: servicio de flete y de pasajeros, reparaciones automotrices y alquiler de autos, entrega de paquetería.
- Comunicación: servicio telefónico, fax, computación y copiado.

Estos servicios son clasificados de diversas formas, ya sea por el tipo de servicio que prestan o bien por la modalidad de su prestación. La teoría de Stern y Hoekman (1987), similar a la clasificación realizada por Sampson y Snape (1985) de los servicios en una economía, distingue cuatro categorías de servicios según sus características de localización:

- Servicios donde el desplazamiento del consumidor y del productor es nulo.
- Servicios que se ubican donde el consumidor se encuentra.
- Servicios ubicados donde el prestador se encuentra -prestación médica-.
- Servicios donde ambos, el consumidor y el prestador, necesitan desplazarse.

La clasificación internacional de servicios, en la actualidad, se lleva a cabo en base a su actividad económica o según el producto generado; sin embargo, cada país utiliza aquella que considera de mayor utilidad. A fin de solucionar dicho problema, organizaciones mundiales como la OMC -Organización Mundial de Comercio- y el FMI -Fondo Monetario Internacional- consideran homologar su clasificación en el seno de las rondas de negociación multilaterales (*World*

Business Organization, 2004), sin embargo dicha medida no ha sido totalmente exitosa.

La carente armonización en el plano mundial constituye un gran inconveniente, que aunado a la falta de detalle sectorial y a la incompatibilidad entre las diferentes clasificaciones, representan un reto para la unificación de los sistemas; aspecto que serviría de herramienta para impulsar el comercio internacional y que aumentaría el nivel de competitividad, eficiencia y desarrollo de las economías de los países, tanto desarrollados como en desarrollo (*World Business Organization*, 2004).

La transferencia de tecnología y competitividad es producto de la comercialización internacional de servicios; ésta no se rige bajo los mismos principios que la comercialización de bienes, ya que pocas son las transacciones de servicios que involucran movimientos transfronterizos. Además, su venta requiere una atención personalizada, y su trato directo demandará una sensibilización cultural mayor (Sapir, *et al.*, 1981).

Así, las empresas que los proveen utilizan cuatro enfoques diferentes para dar servicio a sus clientes y donde cada uno de ellos posee ventajas y desventajas, como se muestra a continuación (Stibora, *et al.*, 1996).

(1) *Establecer su lugar de producción y distribución en el país importador.* Las empresas que producen servicios de exportación encuentran ciertas ventajas de establecer una sucursal en el mercado meta, localizando ahí aquellas actividades que requieren proximidad con el mercado y manteniendo en el país de origen aquellas que se benefician de las economías de escala.

(2) *Utilización de empresas previamente establecidas en el país importador para promover y distribuir los servicios.* Las empresas que eligen la presente modalidad estarán exentas de las restricciones que imponen los

países para la importación de servicios; y utilizan a personas o empresas ya establecidas como agentes o concesionarios. En el caso de la prestación de servicios médicos las actividades que se realizan a nivel local serán aquellas orientadas a las ventas, promoción y asesoría sobre los servicios en cuestión; y aquellas relacionadas con la propia prestación y provisión de insumos se llevarán a cabo en el país de origen de la firma.

- (3) En ciertas industrias de servicios, la cadena de agentes, *brokers*, mayoristas y minoristas, en su totalidad, se involucran en el mercadeo y venta que ofrecen productores extranjeros. Para administrar las relaciones entre éstos y la propia empresa se recomienda establecer una oficina nacional o regional, en el país importador. Ello será útil también para establecer una personalidad legal de la firma en el dicho país.

- (4) *Establecer sociedades o alianzas estratégicas con proveedores locales del país importador.* Las alianzas y sociedades entre empresas del país destino y del país importador determinan su independencia en los acuerdos formulados, sin embargo se establecen condiciones bajo las cuales se unifican los estándares de prestación de servicios y se comparten costos derivados de su operación. Estas formas de organización permiten a pequeñas empresas que dirigen sus productos al consumidor final, aprovechar las economías de escala de las multinacionales manteniendo los incentivos y ventajas regulatorias de una propiedad local.

- (5) *Venta de servicios a clientes foráneos en el país de origen del proveedor.* Esta alternativa permite a la empresa prestadora de servicios evitar los costos derivados de las restricciones y limitaciones de establecer una sede en el país destino; sin embargo, los costos de comunicación y viáticos sufrirán un incremento considerable por su lejanía con respecto del mercado meta.

En general, los factores que inciden sobre la comercialización de un servicio son: el tiempo, el lugar de consumo y la proximidad entre el proveedor de servicios y el consumidor (Proexport, 2005); y tal proximidad puede lograrse mediante la presencia comercial en el país importador, o el traslado temporal de personas a otro territorio para recibirlo o prestarlo.

Al respecto, surge una controversia sobre la existencia del comercio internacional de servicios cuando el consumidor se desplaza a otro país para obtenerlo. Existen dos principios básicos por medio de los cuales se justifica este hecho (Feketekuty, 1999).

- (1) Cualquier transacción entre actores de distintos países se considera como comercio internacional.
- (2) El pago por los servicios exportados se realiza con los ingresos obtenidos en el país de origen.

Por su parte, los servicios de asistencia médica como la donación de órganos para trasplantes, los seguros médicos o las intervenciones y hospitalizaciones, pueden ser sujetos del comercio internacional. Y con el paso del tiempo, adquieren gran importancia entre los servicios de consumo individual e involucran el desplazamiento del consumidor, o bien, del productor.

3.1.2.1. LA PRODUCCIÓN Y EL COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS EN LA ECONOMÍA MUNDIAL.

La producción de servicios supera a la producción nacional que generan el resto de las actividades económicas en los países del mundo. Y en su mayoría, son adquiridos por consumidores finales; en tanto, los importados se destinan a la industria de transformación como insumos (Organización de las Naciones Unidas, 2000).

El mercado de los servicios es extenso y su crecimiento es proporcional y constante en cada país; así, se hace evidente por medio de las tendencias que, “mientras las economías domésticas se desarrollan y los ingresos aumentan, el sector servicios contribuirá en mayor proporción al Producto Interno Bruto” (Organización de las Naciones Unidas, 2000).

En las economías industrializadas con ingresos altos, el valor agregado que brindan los servicios generalmente excede el 60% del total producido -70% Australia, 71% Francia, 60% Japón y 72% EUA-. Por su parte, en muchos países emergentes, los servicios contabilizan la mitad, o más de la mitad, de la producción. Por ejemplo: 55% República Checa, 59% Hungría y 59% Polonia – ocurre lo mismo en Argentina, Brasil, Corea, Malasia, México y Tailandia- (*World Business Organization*, 2004).

Como puede ser apreciado, en los países en vías de desarrollo se repite el fenómeno descrito anteriormente siendo el sector servicios el mayor contribuyente de la economía, rebasando a los sectores agrícola e industrial, aún cuando los gobiernos de estos países monopolizan la prestación de determinados servicios, como: la educación, la salud, la sanidad, etc. (*World Business Organization*, 2004)

Dado su peso en la economía y la importancia en la producción de otros bienes y servicios, los servicios en general son factores fundamentales para la competitividad y la consolidación económica nacional, en particular porque atraen inversión hacia regiones menos desarrolladas. Es importante considerar que su comercio internacional es restringido únicamente por los siguientes aspectos: recursos humanos, educación, propiedad intelectual e infraestructura electrónica; no geográficamente por la dotación de factores productivos tradicionales. Por esta razón, se considera vital para los países en desarrollo capacitar a sus recursos humanos y construir infraestructura electrónica necesaria, a fin de disfrutar los

beneficios de la “revolución del conocimiento”⁵ (*World Business Organization*, 2004).

Debido a que los servicios permiten a las economías funcionar y prosperar en el mundo, es importante idear nuevos proyectos aumentando el número de servicios proporcionados y disminuyendo su costo.

En la actualidad, la gama de servicios que se ofrecen en los sectores privado y público es diversa, destacando los siguientes: transporte, comunicaciones, servicios financieros, sanidad, servicios de agua y alcantarillado, información, investigación y desarrollo, manejo de inventario y control, mercadotecnia, publicidad y relaciones públicas, seguros, asesoría legal y contable, administración, servicios médicos, servicios técnicos, etc.

En los países en vías de desarrollo, la producción y demanda de estos servicios se encuentran estrechamente relacionadas con el fenómeno migratorio (CONAPO, 1999). La tendencia de estos grupos a reproducirse y finalmente consolidarse en comunidades binacionales⁶, ha alentado a las firmas a diseñar y adaptar sus productos –bienes o servicios- de acuerdo a las necesidades y características de esta población.

Además, estas comunidades binacionales, denominadas así por residir en uno y otro país por largas temporadas, tenderán a multiplicarse y requerir de un mayor

⁵ De acuerdo con la World Business Organization (2004) la “Revolución del Conocimiento” es un movimiento por medio del cual se genera calidad, lo que permitirá un entendimiento más global de la realidad actual; haciendo mayor énfasis en materia de economía y administración al demostrar cómo actuarán éstas en los cambios: sociales, tecnológicos, políticos, culturales y religiosos. Lo anterior con el objetivo de aumentar el desarrollo y el bienestar.

⁶ El Consejo Nacional de Población (1999) define a las comunidades binacionales como “importantes redes sociales y familiares de migrantes que contribuyen a estrechar vínculos entre la población de origen y destino, y a reducir los costos de migrar”.

número de proveedores y de nuevos servicios, especialmente en el rubro de la salud. Es aquí, donde tiene cabida la presente investigación.

3.1.2.2. LOS SERVICIOS EN LA EDAD DEL CONOCIMIENTO Y LA INFORMACIÓN: BENEFICIOS DERIVADOS DE SU COMERCIO.

El comercio de servicios y la “revolución del conocimiento” se reconocen como la llave para lograr la prosperidad mundial. De ahí que los servicios relacionados a las tecnologías de punta sean clave para el mejoramiento de la productividad y el sostenimiento de la competitividad industrial y económica en el mundo. Como se mencionó anteriormente, sus atributos no son geográficamente restringidos por la dotación de factores productivos tradicionales, dependen únicamente de los recursos humanos, educación, capital intelectual e infraestructura electrónica de un país; por ello, es vital la formación o creación de recursos humanos e infraestructura electrónica en los países en desarrollo a fin de que disfruten también de los beneficios de una “economía del conocimiento”⁷ (Parker, 2003).

La formación de “economías del conocimiento”, además, involucra apertura comercial y liberalización de la inversión extranjera en un país. Sapir (*et al.*, 1981) menciona que el libre comercio de servicios les permitirá a las economías aumentar sus niveles de empleo, ingresos y diversificación productiva, así como disminuir la tasa inflacionaria; y todo ello permitirá un incremento en la calidad de vida de su población al ser lograda la competitividad.

La importación de servicios y de inversión extranjera directa, por su parte, estimula la competencia y brinda eficiencia a la industria doméstica; aumentando la

⁷ De acuerdo con el MSc. Héctor Parker, el término “economía del conocimiento” hace referencia a aquellas economías que reconocen al conocimiento como un agente económico crucial para lograr eficiencia productiva, incorporándolo a los procesos organizacionales. Entre sus características encontramos que: (1) la información y el conocimiento pueden ser compartidos, (2) no existe el concepto de “local” como limitante, (3) no existen barreras comerciales, (4) el conocimiento incrementa los niveles de valor agregado, (5) posee una gran demanda y (5) se produce de forma exponencial capital humano.

disponibilidad y variedad de los servicios entre los que pueden elegir los consumidores finales o empresas, además de que incentiva su desarrollo tecnológico (Sapir, *et al.*, 1981).

La creación de servicios de mejor calidad a costos reducidos será posible con la apertura comercial de un país, situación que facilitará a sus economías funcionar y prosperar. El transporte, las comunicaciones, el financiamiento y el acceso a la información, son ejemplos de servicios que inciden directamente sobre los rendimientos productivos y comerciales de la industria manufacturera y el sector agrícola. Asimismo, son la fuente primordial de ingresos de las empresas y, por consiguiente, de la creación de plazas laborales (Rugman, *et al.*, 1985); poniéndose de manifiesto la aportación del comercio de servicios sobre el crecimiento y desarrollo económico de los países.

Adicionalmente, el libre comercio de servicios implica también transferencia de tecnología y *know how* de un país a otro (*World Business Organization*, 2004). Este punto es crítico para los países en desarrollo o economías emergentes debido a que, pueden adquirir técnicas productivas novedosas e innovadoras con mayor rapidez y a menores costos, que permitirá adoptar y sostener una competitividad sectorial.

3.1.2.3. LA LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO DE SERVICIOS EN EL PLANO MUNDIAL.

Las motivaciones económicas que han inducido a liberalizar el comercio de servicios no difieren de aquellas que han favorecido la liberalización del comercio de bienes. En ambos casos, se espera que las economías abiertas adquieran mayor impulso y crecimiento elevando los estándares de calidad y fomentando un ambiente propicio para la innovación en los procesos, servicios y productos.

Durante muchos años, las negociaciones comerciales internacionales hicieron a un lado a los servicios por la creencia tradicional de que no podían ser sujetos comerciables por motivos jurídicos e institucionales –en la mayoría de los casos, monopolios públicos en sectores estratégicos como el transporte y las comunicaciones- y, derivado de limitaciones económicas y técnicas. Sin embargo, la innovación técnica y las reformas en materia de reglamentación que tuvieron lugar en los últimos veinte años han contribuido a fomentar y promover el comercio de servicios más allá de las fronteras de los países. (*World Bussiness Organization*, 2004).

Actualmente, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios o GATS - *General Agreement for Trade in Services*-, firmado en la Ronda de Uruguay, es uno de los acontecimientos más relevantes ocurridos en el seno del GATT - Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio-, en cuanto a negociaciones internacionales se refiere. Dicho acuerdo fue producto de un aumento acelerado de la participación del sector servicios en las economías domésticas y en la economía mundial, y fruto de un potencial económico demostrado con el arribo de la revolución en las comunicaciones (Organización Mundial de Comercio, 2004).

El GATS entró en vigor en enero de 1995; la Comisión Europea lo define como el primer instrumento del comercio internacional convenido de forma multilateral para regir el intercambio internacional de servicios, y consta de tres elementos fundamentales para su operación: (1) un marco general de obligaciones fundamentales para todos los miembros de la OMC, (2) listas nacionales de compromisos específicos para el acceso a los mercados y, finalmente, (3) anexos que establecen condiciones especiales aplicables a diferentes sectores. A continuación se explica el contenido de cada componente, tomando como referencia la síntesis legislativa de la Unión Europea a este respecto (Unión Europea, 2005).

El Marco General distingue al GATS por su alcance universal, abarcando al total de servicios correspondientes a cada sector o actividad económica, exceptuando a los suministrados por el sector público. Asimismo, se aplica a la totalidad de medidas adoptadas en los distintos niveles administrativos –ya sean éstos central, regional, local, etc.-. De esta forma, el acuerdo define cuatro tipos de suministro.

- (1) Suministro de un servicio de un Estado miembro a otro –Ej.: llamadas telefónicas internacionales-.
- (2) Suministro de un servicio en el territorio de un Estado miembro a un consumidor de cualquier otro Estado miembro –Ej.: turismo-.
- (3) Suministro de un servicio mediante presencia comercial de un Estado miembro en el territorio de otro Estado miembro -Ej.: servicios bancarios-.
- (4) Suministro de un servicio por personas de un Estado miembro en el territorio de cualquier otro Estado miembro –Ej.: proyectos de construcción, modelos de moda, asesores-.

El GATS se basa en el principio de la cláusula de la nación más favorecida –NMF, la cual establece que cada Estado miembro debe otorgar incondicionalmente a los servicios y a los proveedores de servicios de cualquier otro Estado miembro, un trato no menos favorable que el que conceda a los servicios y proveedores de cualquier otro Estado no miembro; sin embargo, se prevén algunas excepciones en actividades específicas establecidas por cada país en base a listas. Así, cada gobierno señala en su lista nacional los servicios a los que garantiza el acceso a su mercado, detallando las limitaciones que desea mantener a dicho acceso (Organización Mundial de Comercio, 2004; Unión Europea, 2005).

Además, los países “miembros de un acuerdo de integración económica están autorizados a liberalizar entre ellos su comercio de servicios sin tener que ampliar esta liberalización a los demás miembros del GATS, siempre que tengan una cobertura sectorial sustancial y que su acuerdo establezca la ausencia o eliminación, en lo esencial, de toda discriminación” (Unión Europea, 2005).

El acuerdo obliga a los gobiernos a publicar todas las leyes y disposiciones pertinentes, promoviendo la transparencia y equidad, pues se prevé que estas medidas sean aplicadas de forma racional, objetiva e imparcialmente.

Adicionalmente y complementando lo anterior, los acuerdos bilaterales celebrados entre gobiernos, relativos al reconocimiento de títulos, deberán estar a disposición de los demás miembros que deseen negociar su adhesión a los mismos; cada país miembro debe asegurarse de que ningún monopolio ni proveedor exclusivo de servicios abuse de su posición; y por último, los miembros deberán consultarse para la eliminación de prácticas desleales (Organización Mundial de Comercio, 2004; Unión Europea, 2005).

Por su parte, los pagos y las transferencias internacionales por transacciones corrientes referentes a compromisos específicos contraídos con apego al GATS no deberán sufrir restricciones, excepto en caso de dificultades de balanza de pagos y bajo determinadas condiciones.

Cabe mencionar que, las determinaciones relativas al acceso de mercado y al trato nacional no significan una obligación general, sino compromisos específicos contenidos en las listas nacionales que forman parte del acuerdo. Dichas listas señalan los servicios y actividades a los que se garantiza el acceso y especifican las condiciones bajo las cuales se llevarán a cabo. El tratado establece que una vez acordados, estos compromisos no podrán modificarse ni anularse sin la negociación previa de una compensación con el país afectado (Organización Mundial de Comercio, 2004; Unión Europea, 2005).

Así, cada Estado miembro debe otorgar a los servicios y a los proveedores de servicios de los demás Estados miembros, un trato no menos favorable que el establecido en su lista nacional como compromiso específico o el que otorgue a

sus propios servicios o proveedores de servicios similares (Organización Mundial de Comercio, 2004; Unión Europea, 2005).

Aunado a lo anterior, el GATS prevé también que en un plazo de cinco años se lleve a cabo otra ronda de negociaciones con el objeto de expandir la liberalización del comercio de servicios; misma que deberá encaminarse a reforzar los compromisos que figuran en las listas y a reducir las restricciones adoptadas por los gobiernos.

Los anexos del acuerdo representan anotaciones precisas sobre las particularidades de los diferentes sectores de servicios a considerar (Organización Mundial de Comercio, 2004; Unión Europea, 2005).

- El anexo sobre el movimiento de personas físicas autoriza a los gobiernos a negociar compromisos específicos aplicables a la estancia temporal de personas físicas en su territorio y el suministro de un servicio.
- El anexo sobre servicios de transporte aéreo representa en su mayoría acuerdos bilaterales sobre servicios aéreos que conceden derechos de aterrizaje como la reparación y mantenimiento de aeronaves, la venta y comercialización de servicios de transporte aéreo y servicios de reserva informatizados.
- El anexo sobre servicios financieros, principalmente bancarios y de seguros, reconoce el derecho de los gobiernos de adoptar medidas para proteger a los inversionistas, acreedores o vendedores de pólizas; excluyendo de su ámbito de aplicación a los servicios suministrados por los bancos centrales.
- El anexo sobre telecomunicaciones estipula que los gobiernos deben conceder a los proveedores de servicios de otro Estado miembro el acceso a las redes públicas de telecomunicaciones según la modalidad y en condiciones razonables y no discriminatorias.

Finalmente, en lo relativo a las disposiciones institucionales, se definen medidas que afectan a las consultas y a la solución de controversias, así como la creación de un Consejo de Servicios. Es establecido que las competencias de este Consejo serán determinadas en una decisión ministerial (Organización Mundial de Comercio, 2004).

A fin de dar seguimiento al proceso de liberalización de servicios tras la Ronda Uruguay, los gobiernos congregados en la Ronda de Doha acordaron avanzar con las negociaciones en cuatro sectores: telecomunicaciones de base, transportes marítimos, movimientos de personas físicas y servicios financieros. Así como, negociaciones relativas a las subvenciones, los contratos públicos y las medidas de salvaguardia (Karsenty, 2002).

A pesar de que fueron reafirmadas las directrices y procedimientos para las negociaciones por medio de la Declaración de la Conferencia Ministerial de Doha - noviembre de 2001-, y habiendo establecido su plazo de conclusión en enero del 2005; a la presente fecha, las negociaciones siguen llevándose a cabo al interior de la Ronda de Doha. (Organización Mundial de Comercio, 2005).

No obstante, los resultados no pueden anticiparse ya que las negociaciones involucran aspectos controvertidos entre las naciones desarrolladas y los países en vías de desarrollo. Mientras los países en desarrollo asumen que las normas y negociaciones comerciales incluidas en el GATS deben transformarse radicalmente para beneficiar a los ciudadanos más pobres del mundo. Los países en desarrollo argumentan que el GATS no es un acuerdo favorable al desarrollo, como sus impulsores sostienen, sino un instrumento más que impedirá el desarrollo en estos países.

Ante este panorama, la estrategia de los países desarrollados para avanzar en las negociaciones de servicios es cambiar el proceso de negociación, estableciendo

metas calendarizadas -un nivel mínimo de los compromisos que cualquier miembro de OMC tendría contraer en las negociaciones- a fin de garantizar un resultado en las negociaciones, y asegurar nuevos mercados para la industria de servicios.

A este respecto, la Comunidad Europea, Suiza, Australia, Japón, EEUU, Canadá, Singapur, Noruega, Omán, Panamá, Bahrein y Taiwán, principalmente; además de encontrarse a favor de las ventajas de liberalización de servicios financieros para el crecimiento económico, la estabilidad y el desarrollo, proponen “Objetivos de Liberalización de las Negociaciones de Doha”, exponiendo las siguientes metas y criterios (Organización Mundial de Comercio, 2005).

- (1) Usar las definiciones acordadas en el Anexo del GATS sobre Servicios Financieros para programar compromisos.
- (2) Asegurar compromisos para todos los sectores en particular en el Tipo 3 de suministros -presencia comercial-. Esto incluye el derecho de nuevos establecimientos y de adquirir empresas existentes y asegurar compromisos apropiados en el suministro transfronterizo-Tipos 1 y 2-.
- (3) Remover, para los tipos de suministro mencionados de entrega de servicios, la discriminación entre proveedores domésticos y extranjeros en cuanto al uso de leyes y regulaciones -el trato nacional- y quitar limitaciones no discriminatorias tales como monopolios, cuotas numéricas o pruebas de necesidades económicas y de cesiones obligatorias.

Ello significa, que los países en general tendrían que eliminar toda clase de barrera comercial que regule el establecimiento de bancos, valores, empresas de seguros, la dirección de los activos, fondos de pensión y servicios financieros consultivos.

Sin embargo, mientras países desarrollados y en vías de desarrollo no puedan concertar los principios bajo los cuales se dará continuación a la liberalización del

comercio de servicios, el crecimiento comercial de los servicios no podrá expandirse.

3.2. TEORÍAS DEL COMERCIO INTERNACIONAL DE SERVICIOS.

El concepto básico de la teoría del comercio internacional puede ser aplicado a cualquier intercambio –ya sea éste una importación o una exportación- sin la necesidad de hacer referencia al objeto producido y consumido. De acuerdo con Hindley, dicha teoría es una serie de razonamientos que brindan conclusiones sobre el comportamiento del mercado internacional, y su normatividad es igualmente válida para el comercio de bienes o servicios (Hindley, *et al.*, 1984).

La posición que adopta la teoría del comercio internacional relativa a las ganancias obtenidas a través del comercio internacional de bienes es una cuestión ha sido desarrollada profundamente; sin embargo, su aplicación desde el punto de vista del comercio de servicios, continúa en sus etapas iniciales.

A pesar de que la teoría del comercio ha brindado las referencias teóricas que relacionan al comercio de bienes con el de servicios, aún debe profundizarse la investigación con respecto de las particularidades con las que éste se lleva a cabo en determinadas áreas correspondientes a los servicios de información, propiedad intelectual y de comunicaciones, principalmente (*Bureau of International Economic Analysis*, 2005).

La aplicación de la Teoría del Comercio Internacional al comercio de servicios sigue siendo materia de debate, pues las actividades involucradas en dichos intercambios no pueden ser totalmente delimitadas e identificadas. No obstante, esta teoría puede ser considerada como su fundamento, o bien como una plataforma para la elaboración de nuevas teorías.

Así, se considera trascendente hacer mención de los fundamentos teóricos que rigen el movimiento de bienes –o servicios- entre naciones y, para ello, se comienza haciendo mención de los antecedentes y determinantes de la Teoría de la Ventaja Comparativa que igualmente validan el comercio internacional de servicios. Además, se establecerá la importancia de desarrollar una Ventaja Competitiva a nivel industrial o empresarial, para sostener las ganancias derivadas del comercio internacional.

3.2.1. VENTAJA COMPARATIVA.

La base de la teoría económica moderna fue desarrollada en 1776 por Adam Smith (1999), estableciendo las políticas que rigen el mercado interior y el comercio entre naciones. Posteriormente, los argumentos relativos al comercio internacional entre países fueron profundizados por David Ricardo en 1817.

Ricardo es quien desarrolla la teoría de la ventaja comparativa, demostrando como el comercio entre dos países puede resultar ventajoso siempre y cuando exista una combinación distinta de recursos y aptitudes. Así las diferencias en la combinación de recursos conducen hacia diversas relaciones entre los precios de los bienes y servicios producidos en cada país; y son estas diferencias en precios, la base del comercio entre ambos (Ricardo, 1996).

La base teórica de Smith y Ricardo se ha visto ampliada en el transcurso del tiempo, diversificando los factores y condiciones bajo los cuales el comercio exterior resulta rentable para los que participan en él. Asimismo, han puesto a prueba la forma en que la teoría de la ventaja comparativa puede ser utilizada para explicar los patrones de comercio actuales –de bienes o servicios-, determinando si la composición de los recursos de una nación puede explicar la composición de sus exportaciones e importaciones (Feketekuty, 1999).

De acuerdo con David Ricardo la ventaja comparativa existe en el momento en que un país posee un margen productivo superior, por arriba del costo de oportunidad de producirlo. Y se constituye como el antecedente de las corrientes normativa y positivista del comercio internacional (Krugman, *et al.*, 2001). La primera, afirmando que un país absolutamente ineficiente puede, a pesar de ello, beneficiarse del comercio internacional; la segunda, haciendo énfasis sobre la dirección que tomará dicho comercio, en donde “cada país tenderá a exportar aquellos bienes o servicios que produzca, en ausencia del comercio, a costos más bajos” (Neary, 2003).

El patrón que sigue el comercio entre países –comercio internacional- ha podido ser explicado bajo el principio básico de esta teoría; sin embargo, las siguientes dos objeciones surgen cuando dicho fenómeno se torna más complejo e involucra un mayor número de variables (Melvin, 1985):

- (1) Asumiendo de manera irreal que los costos de producción unitarios son independientes a cuestiones de escala y de factores productivos; y,
- (2) Siendo incapaz de explicar por qué éstos son distintos entre los países.

Los aspectos teóricos que dan respuesta a las deficiencias mencionadas fueron desarrollados iniciado el siglo XX por los economistas Heckscher y Ohlin, quienes hacen hincapié en las diferencias internacionales de la dotación de factores -mano de obra, tierra y capital- como la base de la ventaja comparativa y del comercio (Krugman, *et al.*, 2001).

De manera que, un país con un capital abundante exportará servicios que se produzcan a través de técnicas intensivas en capital, esto en términos relativos; es decir, los países se especializarán y exportarán aquellos servicios que utilicen de forma intensiva los factores productivos de que mayormente disponen. Y, si cada país se especializara en aquellos servicios sobre los que tiene ventaja, lograrían

incrementar su producción total y su bienestar económico (Krugman, *et al.*, 2001).

Bajo este concepto de ventaja comparativa se asume lo siguiente:

- (1) Los factores de producción son perfectamente flexibles, pudiendo ser intercambiados entre industrias sin perder su eficiencia.
- (2) La existencia de economías de escala son constantes.
- (3) No existen efectos derivados de la producción y/o el consumo.
- (4) Los costos de transporte son ignorados.

Adicionalmente, es necesario precisar que la ventaja comparativa es un concepto dinámico –cambiante en el tiempo-. De ahí que, una firma que por unos años produce servicios con una ventaja comparativa encuentre que la competencia aumenta cuando productores de otros países ingresan a su mercado.

Los principales factores que determinan los costos relativos de producción en un país son los que a continuación se enuncian (Neary, 2003):

- (1) La cantidad y calidad de los factores de producción disponibles.
- (2) Inversión en investigación y desarrollo.
- (3) Movimientos del tipo de cambio.
- (4) Tasas inflacionarias de largo plazo.
- (5) Barreras a la importación como aranceles y cuotas.
- (6) Competitividad de los productores en aspectos distintos al costo, como diseño del producto, confiabilidad, servicio post venta.

Aunque la mayoría de los economistas prefieren explicar los patrones comerciales en base a la teoría Heckscher-Ohlin, permitiendo considerar un mayor número de factores de producción en el modelo; ésta tiene la desventaja de no registrar adecuadamente ciertas facetas del comercio internacional contemporáneo, especialmente entre economías con una semejante dotación tecnológica y de factores productivos. Dicho comercio es frecuentemente el intra-industrial, y envuelve exportaciones e importaciones de productos diferenciados dentro de una

misma industria, lo que recientemente se explica en base a la competitividad imperfecta de las firmas produciendo bajo condiciones de rendimientos crecientes (Melvin, 1985).

La teoría positivista del comercio internacional, además de intentar explicar los patrones del comercio, hace predicciones sobre muchos aspectos de las economías abiertas. Entre las que destaca la implicación de Heckscher-Ohlin conocida como teorema de igualación de precios de los factores (Neary, 2003). Ésta última sugiere que, mientras mayor sea el número de mercados abiertos al comercio internacional, los mercados domésticos restantes estarán más expuestos a crisis extranjeras y en menor medida a los domésticos. Asimismo, lleva a cabo predicciones en cuestiones tales como (1) los efectos que tienen los aranceles y las transferencias internacionales sobre los precios extranjeros y domésticos, (2) los efectos de la política comercial sobre la distribución del ingreso doméstico y (3) las consecuencias que derivan de cambios estructurales (Krugman, *et al.*, 2001).

Por otra parte, la teoría normativa del comercio, según Neary, ha enfocado sus estudios en los aspectos del comercio internacional relativos a la autarquía derivada de ganancias productivas, donde la economía doméstica se especializa cada vez más conforme a su ventaja comparativa. Así, en los últimos años, la apertura comercial permite a las empresas domésticas producir a menores costos y a niveles más altos de eficiencia debido a que serán expuestas a la competencia proveniente del exterior; aquí, los consumidores se verán beneficiados de la diversidad de servicios entre los que podrán elegir (Neary, 2003).

Por el peligro que representa la ineficiencia en un ambiente competitivo, los países abiertos al comercio de servicios -o de bienes- necesitarán desarrollar políticas que permitan fortalecer el aparato productivo doméstico para hacer frente a la competencia que proviene del exterior. Las empresas que conforman dicho cuerpo

productivo, por su parte, requerirán encaminar estrategias que les permitan subsistir ante la entrada de la competencia en los mercados dentro de los cuales concurren. Y en general, deberá formarse una ventaja competitiva en todos los niveles para que los beneficios derivados del comercio internacional se vean reflejados en crecimiento y desarrollo económico.

3.2.2. LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL COMERCIO INTERNACIONAL DE BIENES AL COMERCIO DE SERVICIOS.

El comercio internacional de servicios es un término relativamente novedoso, ya que ha tenido auge en los últimos veinte años y ha sido sujeto de investigaciones económicas alrededor del mundo. En general, los estudios teóricos giran entorno a una cuestión: si la teoría del comercio internacional puede ser aplicada al comercio internacional de servicios.

Los servicios al igual que los bienes son producidos en base a la combinación de insumos para crear un valor que podrá ser vendido o adquirido en el mercado. Es por ello que uno deba esperar que la producción, venta, distribución y consumo de servicios siga el mismo patrón económico de comportamiento que la producción, venta, distribución y consumo de bienes.

Los problemas de su análisis surgen cuando se considera que (1) el comercio de servicios es en su mayoría invisible, (2) que está ligado al flujo internacional de personas –migración-, información, dinero y bienes, y (3) que se encuentra estrechamente relacionado con la inversión extranjera directa en el país que la importa. En otras palabras, no puede precisarse con claridad el objeto de comercio exterior, de acuerdo con Richardson (1987).

Esta particularidad, según Hindley y Smith (1984), no invalida la aplicación de la teoría económica existente para el caso concreto de la exportación e importación

de servicios -teoría de la ventaja comparativa- pues la lógica que sigue uno y otro es la misma. Añaden que “la evidencia mostrada por Ricardo basada en vino y tela, puede ser igualmente validada si involucrara al vino y a las pólizas de seguros”.

Sin embargo, lo contrario ocurre con la Teoría Heckscher-Ohlin, referente al comercio de numerosos servicios, particularmente entre los países en desarrollo. A este respecto, Sapir (1982) encuentra poco probable que el análisis de una mayor cantidad de información sobre el comercio internacional de servicios –la que por ahora es limitada- pueda validarla. Pues la ventaja comparativa, lejos de depender de la dotación de recursos, se encuentra en función de las habilidades humanas, el entorno institucional y, una vez alcanzado el éxito, en la creación de una red internacional de prestación de servicios.

No obstante lo anterior, es necesario fundamentar la validez de la aplicación de las teorías del comercio internacional tradicionales al comercio de servicios, y para ello se hace referencia a ciertos aspectos teóricos relevantes como se expone a continuación.

3.2.2.1. BASES TEÓRICAS QUE VALIDAN LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL COMERCIO INTERNACIONAL.

Una teoría sobre el comercio internacional de servicios podrá ser refutada a menos de que no sea capaz de englobar y contabilizar los movimientos requeridos de personas, recursos financieros, información y bienes, que intervienen en su proceso. Además de que cualquier conclusión obtenida deberá ligarse al factor inversión para comprobar su objetividad. (Sapir, *et al.*, 1994).

Brian Hindley (1984), uno de los principales autores que estudian el comercio internacional de servicios, rechaza el argumento de que los servicios puedan

invalidar alguna de las suposiciones básicas de la teoría de la ventaja comparativa –principalmente la relativa al comercio internacional basado en las diferencias de su dotación de recursos-, y lo sustenta bajo dos principios:

- (1) Siendo la dotación de recursos distinta en ambas naciones, la racionalidad del comercio podrá ser sostenida. Dicha racionalidad estará en función de la capacidad que tengan los países para sostenerla; y no, sobre la base de su dotación original de recursos.
- (2) El libre flujo internacional de los factores puede encaminar al mismo ajuste en la producción y fijación de precios globales, como lo hace el libre comercio de bienes. Por lo tanto, la teoría económica de la ventaja comparativa puede abarcar tanto el comercio de servicios como el libre flujo de los factores productivos.

Una forma distinta de abordar el problema que atiende Hindley, es establecer la distinción entre la transferencia permanente de factores productivos de un país a otro y el movimiento temporal de la mano de obra y el capital -necesarios para exportar servicios-. El desplazamiento internacional de prestadores de servicios puede ser denominado comercio de servicios si permanecen temporalmente en el extranjero; o bien, denominado desplazamiento internacional de factores productivos si su permanencia en el exterior es prolongada o definitiva (Neary, 2003).

Esta distinción puede surgir, también, entre la administración de los recursos financieros y la transferencia de capital; donde, el movimiento temporal de los recursos financieros de un país a otro con el propósito de importar servicios de administración financiera extranjera puede ser analíticamente distinguido de la transferencia de capital asociada a una decisión de inversión (Feketekuty, 1999).

Por otro lado, un problema teórico adicional concierne a la estrecha relación entre el comercio de servicios y la inversión extranjera de servicios. La mayor parte de

los servicios vendidos directamente a los consumidores, requiere de una inversión significativa en instalaciones y distribución locales, pues la producción de tales servicios depende de la estrecha interacción entre oferentes y consumidores. En tanto las firmas foráneas, dedicadas a vender al consumidor final, puedan ofrecer insumos –servicios- administrativos y tecnológicos provenientes de su país de origen; deberán tener la capacidad suficiente para utilizar instalaciones locales, a fin de producir y distribuir el producto final (Deardorff, 1985). Entre los servicios que requieren de la utilización de instalaciones locales podemos incluir a los servicios hoteleros, médicos, financieros, restaurantes, servicios profesionales, entre otros.

La teoría de la ventaja comparativa como tradicionalmente fue formulada, no hace alusión directa a las instalaciones foráneas. Sin embargo, como se hace notar anteriormente, el comercio y el movimiento internacional de los factores de producción, como la mano de obra y el capital, poseen efectos económicos similares sobre los bienes y servicios producidos y consumidos, el costo de producción, el precio pagado por los consumidores y el ingreso de los trabajadores.

Cabe destacar que, la ventaja comparativa de ninguna forma excluye a las ganancias derivadas del comercio que dependen de la inversión en instalaciones locales. Los flujos de comercio e inversión internacionales conllevan, de la misma forma, a la utilización más eficiente de los recursos productivos, mientras los bienes, servicios y factores productivos se desplazan de países donde son relativamente económicos hacia países donde son relativamente costosos (Deardorff, 1985).

En síntesis, puede establecerse que, el comercio de servicios es distinto al comercio de bienes si se evalúan los criterios bajo los cuales se lleva a cabo el flujo internacional de personas, capital, información y bienes; sin embargo, la

racionalidad operante en dicho comercio internacional no varía, sujetándose a lo establecido por la teoría de la ventaja comparativa.

Por otra parte, la inversión extranjera requerida para sostener la producción de algunos servicios introduce una dimensión al problema que no es abordado por la teoría, pero puede ser demostrado que dichas inversiones tienen efectos económicos complementarios; surgiendo así, un nuevo argumento que muestra como el comercio de servicios tiene efectos económicos colaterales. Y estos efectos se traducen en un aumento en la eficacia del uso de los recursos existentes del país que realiza comercio exterior; además de que puede incidir sobre el desarrollo de los recursos nacionales a través del tiempo, positiva o negativamente.

De acuerdo con Feketekuty (1999), en el lado positivo tenemos que, la competencia entre los oferentes externos estimula el esfuerzo de los oferentes domésticos por adquirir tecnologías de punta imitando a los competidores extranjeros. Si estos últimos son demasiado fuertes, las firmas domésticas podrían no sobrevivir para asimilar la técnica y economías de escala que las harían ser competitivas en el largo plazo. La competitividad de los servicios, entonces, dependerá de (Deardorff, 2000):

- (1) La técnica y capacidades personales de los empleados y sus salarios.
- (2) La habilidad de la firma para organizar un esfuerzo coordinado entre el personal adecuado.
- (3) La disponibilidad del equipo, maquinaria e infraestructura.
- (4) El apoyo institucional provisto por el sistema de leyes, reglamentos, prácticas y tradiciones, encontrados en cada país.
- (5) La proximidad al mercado, que facilita a la empresa adquirir mejor conocimiento sobre el consumidor.
- (6) Las potenciales economías de escala permitidas por el tamaño del mercado.

En resumen, los beneficios que resulten del comercio de servicios en las economías domésticas se encuentran supeditados a la competitividad de los recursos humanos.; ya que la calidad del producto mismo y la eficiencia productiva de una firma, dependen significativamente de las habilidades y capacidad del personal y de su motivación, por encima de otros factores como son: el apoyo organizacional, la tecnología avanzada y las herramientas de trabajo (*World Business Organization, 2004*).

El comercio de servicios que se basa en la importación de: capital humano sumamente capacitado, de información y de inversión foránea; expondrá a las firmas domésticas a las habilidades y técnicas empleadas por sus competidores extranjeros. De ahí que, las empresas multinacionales que desean vender o comprar servicios en el extranjero frecuentemente mantienen constante contacto con sus proveedores o consumidores foráneos, y terminan capacitando a recursos humanos de la región con sus técnicas y habilidades. Una vez capacitados, los empleados locales pueden ser solicitados por competidores domésticos, o bien, emprenderán su propio negocio (*World Business Organization, 2004*).

Dicho comercio, por ser tan dependiente a las habilidades humanas, involucra una rápida transferencia de habilidades y técnicas, necesarias para la producción de un producto mundialmente competitivo. Sin embargo, la competencia externa puede tener un efecto poderoso sobre la motivación de los empleados para superarse y trabajar intensamente, y lograr dicha transferencia; existiendo una tendencia intrínseca a varios servicios que permite a la industria limitar el nivel de competencia y transferencia. En este contexto, un elevado nivel de competencia de proveedores extranjeros representa un estímulo importante a fin de terminar con la indiferencia del consumidor hacia el servicio que adquiere (*World Business Organization, 2004*).

Aún más, la rápida expansión de las importaciones de servicios puede crear pérdidas dinámicas de comercio, evitando que las empresas domésticas desarrollen las capacidades, la experiencia y las economías de escala necesarias (*World Business Organization*, 2004). Es decir, las firmas locales podrán no tener nunca la oportunidad de construir una ventaja comparativa en base, a su mano de obra barata o una localización favorable; debido que el desarrollo de tales ventajas necesitan del factor tiempo, y la fuerte competencia de las empresas foráneas precipita su desaparición antes de que hayan podido desarrollar una fuerza competitiva.

Los costos por mano de obra y capital y la proximidad física, son factores relacionados con la dotación de recursos de un país; los demás factores –técnica, organización y el ambiente institucional- podrán ser adquiridos. Así, el país que posea mano de obra barata puede disponer del capital requerido para desarrollar una industria mundialmente competitiva. Esto es, si las firmas son capaces de coordinar y desarrollar los factores indicados, antes de que competidores extranjeros ingresen al mercado en mejores condiciones y las obligan a desaparecer. Por lo tanto, se recomienda que la apertura de un país hacia la competencia externa deba ser gradual y constante, a fin de que su industria desarrolle los factores que le brindan competitividad, y al mismo tiempo obtenga ganancias del comercio internacional de servicios (*World Business Organization*, 2004).

Los países en vías de desarrollo pueden verse favorecidos de la liberalización gradual del comercio de servicios, pues permitiría incrementar los niveles de producción, exportaciones e importaciones; a fin de absorber la inversión, el conocimiento y las habilidades requeridas para aumentar su competitividad. En este contexto, las micro y pequeñas empresas deberán formular estrategias tendientes al establecimiento de alianzas estratégicas con empresas

multinacionales, aprovechando la infraestructura internacional de estas últimas, para la distribución de sus servicios y para aumentar su *know how*.

No obstante, el *Bureau of International Economic Analysis* (2005) indica que algunos países en vías de desarrollo llevan a cabo prácticas opuestas, protegiendo a su industria doméstica de servicios de la competencia externa y, aún más, de la excesiva competencia interna. El enfoque anterior es motivado por la creencia de que una industria de servicios ineficiente puede ayudar al empleo total de la población económicamente activa; o bien, a la idea de que la competencia evita que las micro y pequeñas empresas tengan acceso a las economías de escala.

Una barrera para el comercio de servicios constituye una medida gubernamental que obstaculiza la venta del servicio producido en el extranjero. Estas pueden manifestarse como un impuesto sobre los servicios importados; como regulaciones que aumenten los costos en recursos humanos o materiales que los servicios foráneos requerirán al importarse; o bien, como medidas restrictivas cuantitativas sobre los servicios importados.

Aunado a estas, otras medidas regulatorias o políticas internas impuestas por el gobierno en otras áreas como inversión, producción, etc., pueden actuar como barreras al comercio internacional de servicios limitándolo indirectamente (*Bureau of International Economic Analysis*, 2005).

Lo anterior afirma el hecho de que, el comercio de servicios se lleva a cabo con la misma racionalidad y dinámica que el comercio de bienes; y la teoría tradicional del comercio internacional podrá ser aplicada si (1) se permiten determinadas características específicas a los servicios y, si (2) la ventaja comparativa surge de las diferencias entre la dotación de factores de los países. Por su parte, los resultados de este comercio traerán consigo mayores beneficios, pues favorecen

la transferencia de conocimiento y habilidades, que propician el desarrollo económico con base en la formación de recursos humanos.

Específicamente, el comercio de los servicios de cobertura médica se encontrará determinado, de acuerdo con Sapir y Lutz (1981), por la disponibilidad del capital humano que permita la prestación de un servicio de calidad y las economías de escala que permitan reducción de costos derivados del aprendizaje, de los canales de distribución y de los costos fijos y variables en que incurra la firma.

La apertura de los países al flujo comercial de servicios incidirá directamente sobre las ganancias derivadas de dicho comercio por la entrada de nuevos competidores en el mercado doméstico. En este contexto y como ya fue mencionado, la competitividad de los servicios en la industria doméstica podrá desarrollarse asimilando la transferencia de técnicas y capacidades antes de que la competencia externa la obligue a desaparecer. Dicha ventaja competitiva podrá ser alcanzada bajo determinadas condiciones, las cuales se describen en el apartado siguiente.

3.2.3. VENTAJA COMPETITIVA.

Los países en cualquier etapa de desarrollo se benefician de la implementación de estrategias de exportación tendientes a la creación de competitividad en los distintos niveles ya sean estos, meta, macro, micro y meso (Esser, *et al.*, 1996). El progreso se deriva de estimular la productividad a través de la eficiencia que logra la innovación y el uso de tecnologías, principalmente.

En general, los estudios sobre competitividad dentro del comercio internacional de productos y servicios coinciden en lo siguiente:

- Las ventajas competitivas pueden crearse o aumentarse considerablemente.

- La competitividad económica es la clave para toda estrategia exportadora.

Las estrategias competitivas no sólo deberán ser integradas a los mismos servicios, y sus procesos, sino que deben permearse en todas las estructuras sistémicas partiendo de un plano micro –objeto de estudio de la presente investigación-. El proceso de transferencia de competitividad será mayor o podrá verse fortalecido a medida que se logre integrar en todos los niveles estructurales. Sin embargo, los niveles que son relevantes a este trabajo son, en primer lugar, el nivel micro y, en segundo, el nivel macro.

En el nivel macro -segundo nivel estructural a considerar- la estabilidad económica será fundamental para desarrollar la capacidad productiva necesaria de una firma de servicios -o bienes-, que permita operar con éxito en el mercado mundial vía la asignación efectiva de los recursos y la elaboración de bases políticas congruentes con el desarrollo del aparato productivo del país en su conjunto.

En un nivel micro, la firma de servicios estará obligada a llevar a cabo una articulación y ajuste organizacional, en su interior y al exterior, con base en estrategias tendientes a eficientizar la cadena de valor. La innovación constante y el desarrollo de nuevas tecnologías se tornan cuestiones de trascendencia en la creación de valor para el servicio. Y su comercio contribuye con la transferencia de conocimientos y aprendizaje, del aparato productivo de un país a otro; así como con la captación de inversión y de riqueza gracias a su alto valor agregado.

Cabe destacar que, dicha transferencia de conocimiento, comúnmente denominado “*know how*”, se transmite entre los sectores productivos por medio de: (1) formación de alianzas estratégicas o acuerdos de cooperación entre empresas, (2) creación de proyectos atractivos para la inversión extranjera directa; y, (3) una coordinación competitiva entre conglomerados industriales.

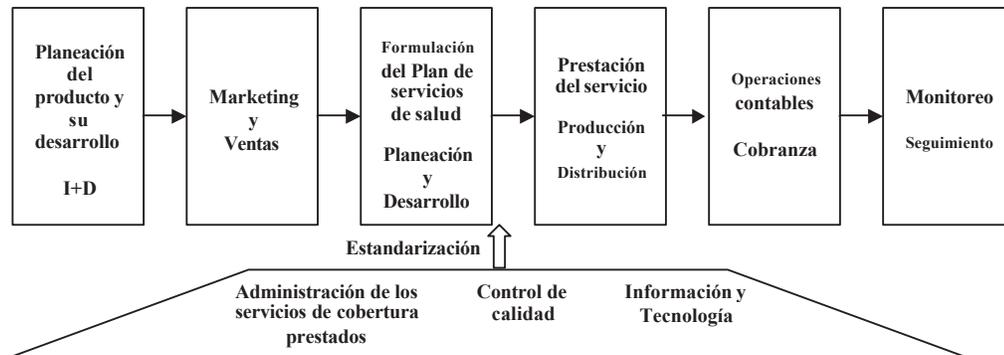
La intensidad de la acción innovadora empresarial se deberá sostener con el apoyo de las instituciones; en este aspecto la estrategia-país deberá buscar exportar servicios para mantener el flujo constante de conocimiento. No obstante, los países en vías de desarrollo se podrán beneficiar también de la producción de servicios si poseen la infraestructura que requiere su producción y comercio.

En el mundo actual, donde las relaciones comerciales entre los países cada vez son mayores, las estrategias de las empresas deben concentrarse en generar y mantener las ventajas competitivas. Así la creación de una ventaja competitiva al interior de una empresa y sobre una cadena de valor, permitirá aumentar en el largo plazo la competitividad nacional e internacional, vía la innovación, tanto en productos y servicios como en procesos y tecnología aplicada. Y es en este esquema, que se fundamenta el análisis competitivo de la presente investigación.

La cadena de valor, definida por Porter (1987) como “el conjunto de actividades sistemáticas que crean valor en un producto o servicio”, juega un papel central para determinar la eficiencia de los procesos productivo y exportador y, a partir de ello, crear estrategias relevantes. Los aspectos técnicos, la innovación, los nexos, la ingeniería de productos, la gestión de calidad, la inversión en capital humano y la información, principalmente; son los factores que mayor eficiencia aportan a la cadena de valor.

La construcción de una cadena de valor para el análisis de las actividades que intervienen en la creación de dicho valor, fortalece la estrategia de la firma para garantizar el cumplimiento de los criterios de compra de los consumidores. La cadena de valor específica a los seguros médicos es la mostrada en la Figura 11 y permitirá establecer y controlar los estándares de calidad y los costos de cada una de estas actividades, además de que facilita el análisis de los resultados obtenidos en cada una de ellas para una posterior retroalimentación.

Figura 11. La cadena de valor en los seguros médicos.



Fuente: Elaboración propia con base en la “Cadena de Valor” de Porter, 2005.

Además, la cadena de valor del sector servicios permite hacer un análisis en tres perspectivas estratégicas:

- (1) Aumentar la eficiencia de la firma dentro del sector de servicios estudiando los eslabones que conforman la cadena y determinando el valor agregado con el que contribuye cada uno.
- (2) Extender la cadena de valor –componentes y actividades- cuando existe la posibilidad de captar más valor.
- (3) Crear cadenas de valor nuevas.

En el comercio internacional de servicios, la cadena de valor se construye por todas las actividades involucradas desde la importación de los insumos hasta el consumidor extranjero final.

Las razones del por qué se estructura así la cadena de los servicios –pudiéndose aplicar para el caso de los bienes- de exportación son dos: (1) sólo se necesita que una parte de la cadena no funcione con eficiencia para destruir su crecimiento exportador potencial; y debido a que, (2) lo que sucede más allá de las fronteras del país se traduce en información útil para idear formas nuevas en que los países en desarrollo o la firma en particular, puedan captar valor.

Las actividades que conforman la cadena de valor entre el país de origen del servicio y el mercado meta es importante pues, realizadas adecuadamente se encargan de satisfacer favorablemente las demandas del consumidor. La estrategia de entrada a los mercados y las condiciones bajo las cuales se accede, aunado a los requerimientos comunes de los consumidores serán los parámetros bajo los cuales se construya y funcione en los servicios de exportación.

Las condiciones del mercado que deben ser consideradas para el desarrollo de las actividades de la cadena de valor incluyen: la conformidad con el servicio prestado y estándares profesionales, legislativos, de calidad y seguridad, de rastreabilidad, recursos humanos, ecológicos, etc. Por otra parte, las condiciones de acceso del mercado que necesitarán analizarse son: las barreras arancelarias, no arancelarias y lineamientos técnicos y restrictivos. Y finalmente, los requerimientos fundamentales de los consumidores a satisfacer son los respectivos a calidad mínima que deba poseer el servicio, su consistente desempeño, etc.

3.2.3.1. CONSIDERACIONES CON RESPECTO A LA CADENA DE VALOR.

Porter (1982) establece un modelo que permitirá identificar los factores que proporcionarán a las firmas una mejor estrategia y como consecuencia una mejor ventaja competitiva dentro de la industria en que se desenvuelve la firma –una vez analizada la cadena de valor.

Específicamente hablando del sector servicios, la estructura de la industria determinará las reglas que rigen las relaciones en su interior, y las estrategias que la empresa puede implementar. La intensidad de la competencia determinada por las cinco fuerzas es la siguiente considerando como objeto de estudio a los servicios de cobertura médica.

En primer lugar, Porter hace referencia a los riesgos que deben ser tomados en cuenta con la entrada de nuevos participantes a la industria. Este hecho aumentará la oferta reduciendo los precios y la participación de la propia empresa en el mercado; por ello, aquellas ya establecidas tendrán que crear barreras a la entrada a fin de desalentar su ingreso. Las barreras actuales contra la entrada en la industria de los servicios médicos no constituyen un obstáculo real que desaliente a la competencia en su ingreso. Las grandes firmas aseguradoras tienen acceso a las economías de escala logradas por el aprendizaje, una fuerza de ventas mayor y canales de distribución más eficientes.

La diferenciación, por el contrario, sí puede ser una de las herramientas que actúe como barrera de entrada pues la población que adquiere este tipo de servicio, que en este caso corresponde a la población migrante, se identifica con la marca o el prestador de servicio; sin embargo, el posicionamiento no ha podido establecerse de forma que impida al consumidor adquirir un seguro de cobertura médica de mayor calidad. Adicionalmente, las necesidades de capital no son extremadamente altas en comparación con otros servicios.

La segunda fuerza a mencionar es la intensidad de la rivalidad entre competidores actuales, la cual estará determinada por la manera en que estos manipulen sus estrategias para alcanzar una mejor posición en el mercado meta. La intensidad entre los competidores actuales es alta en lo respectivo a coberturas médicas en general; sin embargo, el segmento de los migrantes y sus familias ha sido abordado únicamente por las instituciones gubernamentales. No puede hacerse a un lado la posibilidad de que este segmento de mercado pueda ser cubierto también por las grandes empresas que brindan coberturas, con lo que la competencia aumentaría considerablemente.

En tercer término, los bienes o servicios sustitutos también son considerados como una amenaza pues reducen las utilidades de las empresas; la industria

deberá hacer frente a estos colectivamente, mejorando en áreas como calidad, mercadotecnia y la disponibilidad del producto. Actualmente, existen otros servicios que ejercen funciones similares a la cobertura médica para el migrante y sus familias. Sin embargo, las pólizas de seguros de gastos médicos mayores no ejercen presión significativa sobre la industria debido a su costo de contratación; contrariamente, la consulta médica, también un sustituto, es mucho más accesible económicamente hablando para el segmento de mercado que se ataca.

El cuarto punto a considerar es el poder de negociación de los compradores, estos obligan a reducir los precios negociando una mejor calidad o servicios. Su poder con respecto de los servicios de cobertura médica dependerá de los costos cambiantes del grupo. El segmento de población a la que se destinan los servicios médicos por cobertura tiene una necesidad básica que satisfacer, y serán sensibles al precio y a la calidad del servicio.

Por último, se encuentra el poder de negociación que poseen los proveedores, y su amenaza proviene de elevar los precios o disminuir la calidad de los productos -bienes o servicios- que ofrecen. Este poder es alto en los servicios de cobertura médica ya que representan el insumo fundamental del negocio; sin embargo, existen diversos proveedores que pueden satisfacer las mismas necesidades, aspecto que limita dicho poder considerablemente.

3.2.3.2. LOS SERVICIOS DE COBERTURA MÉDICA APLICADOS A LA ESTRATEGIA COMPETITIVA.

Una vez identificada la industria, proseguimos a identificar la estrategia que la firma habrá de adoptar para aumentar su posicionamiento en el mercado (Porter, 1982). La estrategia que corresponderá desarrollar para el caso concreto de la comercialización de seguros de atención médica a la población migrante, es la relativa a la concentración por diferenciación. Se busca identificar un segmento de

mercado que no ha sido atacado anteriormente con servicios de cobertura médica; la cual se diferencia del resto por su calidad y rapidez en la prestación del servicio.

Entre los riesgos a considerar para la venta de seguros médicos a la población migrante se ha identificado que, la estrategia de concentración por diferenciación puede verse afectada por el diferencial de costos entre la propia empresa y las grandes empresas aseguradoras. Otra amenaza pudiera derivar del cambio que éstas últimas hagan sobre su estrategia, transformándose así en una por enfoque, dirigiéndose al mismo segmento de mercado.

La estrategia por diferenciación requerirá que la firma que brinda el servicio de cobertura médica a los migrantes se consolide como una prestadora de servicio única por su calidad –relativa a servicios médicos y la atención post-venta al asegurado-, por el uso de tecnología avanzada para el tratamiento de enfermedades, y por su buena reputación; con el logro de dichos objetivos podrá decirse que ha alcanzado con éxito establecer una estrategia por diferenciación.

El éxito de un servicio de cobertura médica con una estrategia de diferenciación radica en que éste debe adecuarse a las necesidades del cliente y estandarizarse, reducir el riesgo percibido por el consumidor, dar especial atención y capacitación a los elementos que conforman el equipo de trabajo, establecer convenios con entidades médicas serias, además de llevar un control sobre la calidad del servicio.

Una forma de impedir que estos riesgos afecten severamente a la empresa que los provee, es llevando a cabo un monitoreo constante de la competencia, tanto actual como potencial. En base a la información obtenida, la empresa estará en posición de elaborar predicciones sobre las metas futuras de los competidores involucrados en la venta de seguros médicos –en general y aquellos dirigidos al

migrante-, detectando sus puntos ciegos; al igual que permitirá conocer su estrategia actual y, analizar las capacidades y debilidades de los otros.

Porter (1982) subraya la necesidad de implementar un departamento encargado de la obtención de dicha información, dotado de un sistema de inteligencia eficaz para llevar a cabo su tarea; en un principio quizá se dificulte instaurar dicha área sin embargo los monitoreos a la competencia deberán ser rutinarios.

La competencia constituye el principal obstáculo a vencer en un mercado globalizado; sin lugar a dudas, plantea verdaderos retos a las empresas que conforman el sector servicios de un país, es por ello que necesitan dimensionar su estrategia a tres cuestiones fundamentales: (1) colaboración estrecha entre las mismas empresas y el gobierno; (2) la integración eficaz de redes basadas en la cadena de valor, o clusters; (3) aprovechamiento óptimo de las nuevas tecnologías.

La firma que vende seguros médicos a migrantes deberá convenir con las instituciones de salud gubernamentales nacionales la prestación de servicios para aquellos que así lo requieran. Además, los convenios establecidos con otros proveedores de servicios de salud, ahora privados, contribuirán al uso de nuevas técnicas y tecnología aplicada al tratamiento de enfermedades. Lo anterior, para fortalecer la estrategia de la firma y reducir el riesgo que representan la competencia en el mundo actual.

Los servicios producidos deberán incorporar las exigencias en precio, calidad y entrega que los mercados internacionales requieren. Ahora, más que nunca, la tecnología e innovación tendrán como obligación integrarse a los procesos de prestación del servicio, logísticos, comercialización, etc. Aquí, las cadenas de valor mundialmente integradas brindan ventajas para las empresas que se insertan en la subcontratación, facilitando la transferencia de tecnología, prácticas de gestión,

experiencia técnica y de mercadotecnia. Además, del acceso a una información sobre mercados más precisa; una mayor flexibilidad de los procesos y de los diseños del propio servicio y la rápida adaptación a la evolución de los mercados, tendrán beneficios adicionales.

La demanda global otorga gran valor a los servicios perfeccionados, personalizados y compatibles con el medio ambiente; y su peso lo establecerá el aumento en sus ingresos y los cambios en sus preferencias, planteando nuevos retos a las empresas que los brindan.

3.3. ECONOMÍA DE LA SALUD.

El costo-efectividad de la medicina es un aspecto que hasta hace aproximadamente una década, ha adquirido mayor importancia debido a los efectos que posee el rendimiento de un individuo sobre la economía. Así ambas disciplinas, la Economía y la Medicina, se unen para dar respuesta a dicho fenómeno y establecer sus determinantes. (Villaroel, 1992).

La economía de la salud evalúa múltiples aspectos relacionados con los costos de la salud y los resultados económicos que generan los principales actores en el campo de la medicina –gobierno, iniciativa privada y paciente-.

Entre los temas que estudia esta disciplina, encontramos (Phelps, 2002):

- (1) La demanda de salud, que se relaciona con el autoconsumo, información, capital humano y la salud como bien público.
- (2) La producción de salud, considerando costos, eficacia, financiamiento; y en general, la oferta de servicios de salud.
- (3) La determinación del precio de la salud, relativo a cuánto se debe pagar y quién debe asumir el costo.

- (4) Los sistemas sanitarios, mecanismos de precisión y salud, infraestructura y políticas públicas, las alternativas y su reforma.
- (5) La gestión de empresas y organizaciones proveedoras de bienes y servicios de salud, en base a sistemas de contratación que estimulan la eficacia. Será importante definir la eficacia en la provisión de salud.

En general, la economía de la salud se centra en que el desarrollo de tecnología médica y la implementación de programas privados y públicos de asistencia. Estos juegan un papel importante para mantener la salud y la productividad de los trabajadores, salvando y mejorando sus vidas, a través del gasto o inversión en investigación y avances médicos; de ahí que, “una mejor salud contribuye a una mejor economía” (Nordhaus, 1999).

En este escenario existe entonces una pregunta fundamental: ¿cuál es el costo real de una enfermedad? Para explicar dicha interrogante se deben considerar tres variables (Villaroel, 1992).

- (1) Los costos directos asociados a cada alternativa diagnóstica o terapéutica, variables fáciles de calcular por ser indicadores con valor monetario, como por ejemplo: exámenes de laboratorio, honorarios médicos, costo cama por día de hospitalización, etc.
- (2) Los costos indirectos, difíciles de calcular objetivamente y de forma exacta -calidad de vida de un individuo-.
- (3) El costo de oportunidad, variable que depende de lo que médico y paciente acuerden asumiendo ambos el riesgo que implique una determinada decisión.

Las enfermedades generan un costo que alguien deberá asumir, pudiendo ser el paciente o un tercero –aseguradora o el Estado-. No obstante, el argumento que complementa este concepto de Economía de la Salud, se refiere a las

afirmaciones que tienen que ver con costos más complejos y difíciles de catalogar, los costos indirectos o de productividad durante la enfermedad.

Esto significa que, si una persona padece una enfermedad de gravedad media e incapacitante no podrá trabajar por un lapso determinado de tiempo, lo cual va en detrimento de la rutina laboral del paciente y de su entorno inmediato. De manera que, éste perderá parte de su ingreso, al igual que perderá oportunidades de trabajo o negocio, y dichos costos están directamente relacionados con su estado de salud (Villaroel, 1992).

Actualmente, es conocido que los costos directos e indirectos están relacionados, y los eventos se agudizan en el caso de algunas enfermedades crónico-degenerativas. Pero no sólo los costos del individuo o de las familias se ven afectados, y por consiguiente serán siempre los evaluados; también las firmas incurren en costos al incapacitarse algún trabajador. Estos costos pueden ser, igualmente, directos e indirectos por afectar además la producción y las ganancias correspondientes a cada día de ausencia.

El tercer punto que pretende estudiar la Economía de la Salud está relacionado con el beneficio causado al paciente, su percepción sobre un determinado tratamiento, y el costo directo e indirecto de morir (Nordhaus, 1999). La muerte en el corto o mediano plazo, tiene implicaciones de costo tanto para la familia como para los proveedores del servicio y las aseguradoras.

En general, los estudios que se lleven a cabo sobre la Economía de la Salud permitirán definir la importancia o peso del bienestar para una economía o una unidad económica. Las principales evaluaciones son las llamadas “completas”, donde se establecen metas a fin de comparar alternativas que puedan satisfacer las necesidades del paciente y su entorno. Entre ellas pueden mencionarse (Phelps, 2002).

- (1) Análisis de costo-minimización: Se asume que los resultados obtenidos por las alternativas a comparar son equivalentes.
- (2) Análisis de costo-eficacia: Valora el costo de unidades de resultado previamente decididas.
- (3) Análisis de costo-beneficio: Valora en términos monetarios los costos directos, indirectos e intangibles y los beneficios alcanzados.
- (4) Análisis de costo-utilidad: Valora costos frente a resultados obtenidos en términos de calidad de vida.

Estudios realizados en las universidades de Harvard y Queen's, respectivamente, concluyeron que, el que un país aumente un año la esperanza de vida de su población se traduce en un aumento del 4% de su PIB. De manera que el aumentar el gasto en cuestiones de salud pública es justificable basado en la productividad de la mano de obra (Bloom, *et al.*, 2001).

Los mismos estudios comprobaron que un trabajador saludable funciona mejor y aumenta su productividad, pues su disposición física y mental es total. Estos trabajadores tendrán una mayor productividad y por ende mayores ganancias, siendo menos frecuentes sus ausencias laborales por enfermedad (Bloom, *et al.*, 2001).

El crecimiento económico derivado de una fuerza laboral sana, no sólo ha sido valorado por los economistas; actualmente, los empleadores también lo han incorporado a su sistema de operación. Inclusive, algunas firmas encuentran que pagar programas de salud para sus trabajadores resulta menos costoso que sufragar gastos relacionados con incapacidades, ausentismo y baja productividad (Gleckman, *et al.*, 2002).

El debate referente al gasto gubernamental y privado asignado al rubro de salud, es uno de los temas más discutidos en la actualidad. Los avances tecnológicos en

la medicina han salvado numerosas vidas y cantidades representativas de dinero; asimismo, han mejorado la calidad de vida a través de la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones médicas.

El argumento central a este debate es que la medicina implica un gasto constante, sin embargo los beneficios de sus resultados no pueden ser apreciados de manera tangible. Estudios recientes demuestran como los beneficios que se derivan de la investigación médica, sobrepasan los costos humanos y económicos en que incurrieron las instituciones gubernamentales y la iniciativa privada; a continuación se explica el porqué dicha premisa.

La tecnología médica ha sufrido numerosas transformaciones y un desarrollo continuo en el otorgamiento de servicios médicos alrededor del mundo. Además ha permitido (1) hacer diagnósticos con mayor rapidez y precisión, (2) aumentar la eficiencia de los servidores médicos, (3) agilizar la recuperación de los pacientes y mejorar su calidad de vida, además de (4) incrementar la riqueza de los países como consecuencia de un aumento en su productividad (Phelps, 2002).

En síntesis, el valor de los servicios médicos es mayor del que en un principio imaginaban los gobiernos y empresas privadas. El peso económico de implementar programas dirigidos a asistir dichas necesidades entre la población es considerable, debido a que aumenta la productividad y riqueza de los países al desarrollar la estrategia de bienestar social. La forma en que será determinada la importancia del bienestar social es por medio de evaluaciones para enfocar distintos aspectos relevantes como el costo, el beneficio, la eficiencia y la utilidad. Lo anterior ha permitido que los aspectos económicos de la medicina jueguen un papel importante en la planeación económica y financiera de los países y las firmas.

3.4. LOS FLUJOS MIGRATORIOS ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

La migración internacional es el resultado de la interacción de múltiples factores que se relacionan con las condiciones prevalecientes en los países de origen y destino, así como las redes que los migrantes construyen con el paso del tiempo.

De acuerdo con Reyes, desde un enfoque neoclásico, la migración se considera como una consecuencia de las diferencias salariales entre ambos países, origen y destino. Y ésta es el mecanismo que permite equilibrar la oferta y demanda geográfica de la fuerza laboral. Asimismo, la teoría económica neoclásica expresa que la decisión de migrar se deriva de un cálculo racional del individuo, donde se evalúan los costos y las ganancias asociadas a su permanencia en el lugar de origen y aquellos relacionados con su desplazamiento al lugar destino. La escala con que ocurre la migración podrá verse reducida cuando estas diferencias se reduzcan notablemente (Reyes, 2003).

Según la nueva economía de la migración. Este fenómeno ocurre cuando las familias consideran reducir al mínimo los riesgos de las imperfecciones de la economía en el país de origen. Los riesgos se reducen diversificando sus fuentes de ingreso para contrarrestar las amenazas existentes de su bienestar económico. Este último enfoque plantea además que, las familias envían a sus miembros al extranjero no sólo para incrementar sus ingresos, sino también para mejorarlos (Reyes, 2003).

Lo visto anteriormente sugiere que el fenómeno migratorio no se limita a ser explicado en base a factores macroeconómicos en el país de origen, sino también se relaciona con cuestiones de estatus y prestigio derivado de obtener mejores salarios.

Así, la migración es un proceso altamente complejo que puede ser explicado por la intervención de múltiples factores en diferentes escalas. Sin embargo, en aquellos países con un grado menor de desarrollo, los factores que acrecientan dichos flujos se multiplican, cuestión que puede verse reflejada en sus índices migratorios.

3.3.1. DETERMINANTES DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL.

La decisión individual o familiar de emigrar tiene su fundamento en determinantes relacionadas con aspectos económicos, sociales, culturales, políticos, entre otros. De acuerdo con Ravenstein, al estudiar las causas de la migración desde cada una de estas vertientes se suele centrar la atención hacia los factores macroeconómicos que los atraen en el país destino, y los factores que impulsan a los individuos en el país de origen. (Ravenstein, 1885; 1889).

Desde el punto de vista macroeconómico, las expectativas de la migración se forman basándose en la información sobre: (1) las diferencias en los ingresos; (2) la tasa de empleo; (3) las diferencias en los precios; o (4) las tasas relativas de crecimiento de la economía. El objetivo del individuo que evalúa esta información será la conquista de un mayor bienestar; es decir, el objetivo del individuo que emigra comparará su situación presente con la futura y dependiendo del balance entre los beneficios y los costos, tomará su decisión para maximizar su bienestar personal y el de su familia.

El modelo clásico de migración centra la decisión en el diferencial de ingresos entre el lugar de origen y el de destino, teniendo en cuenta que se genera un costo por el hecho de producirse la migración (Hicks, 1932). La decisión de emigrar depende del diferencial de ingresos esperados entre el lugar de origen y el de destino.

Mincer (1978) y Stark (1993) establecen que el objetivo de la migración, por otro lado, no necesariamente es el de maximizar el bienestar individual sino diversificar los riesgos que afectan a un grupo familiar; en este sentido, la migración toma la forma de un proceso dinámico que depende de la estrategia familiar. Aquí, el individuo o la familia que emigra compararán su situación con la del grupo de referencia al que pertenece y actuarán en consecuencia.

En general, la motivación por emigrar surge por la desigualdad en la distribución del ingreso observada cuando los individuos llevan a cabo comparaciones interpersonales. Mincer (1978) establece además que, el concepto de carencia y el de utilidad o satisfacción son dos formas de explicar el mismo fenómeno, la primera se define por el hecho de no poseer en comparación con el resto de las personas, y la segunda se basa en el tener más que otros.

De esta forma, el objetivo primordial que desencadena el fenómeno migratorio es el de aumentar los ingresos y así el poder adquisitivo de la población que lo lleva a cabo. Las características de estos flujos se explican con mayor precisión para el caso de México en el siguiente apartado.

3.3.2. DETERMINANTES DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS.

La migración entre México y Estados Unidos no es una excepción al esquema planteado en el apartado anterior, sin embargo, los desplazamientos característicos a esta región son producto de un fenómeno sumamente complejo que depende no sólo de factores económicos, sino también de factores culturales –tradición- y estructurales, en ambos lados de la frontera –comunidades binacionales-. Entre las fuerzas que han contribuido a estructurar este complejo sistema migratorio destacan las descritas a continuación, y para ello se hace referencia a lo reportado por el Consejo Nacional de Población (2003):

- (1) La persistente demanda de mano de obra mexicana en los sectores agrícola, industrial y de servicios estadounidenses.
- (2) El considerable diferencial salarial entre ambas economías.
- (3) El intenso ritmo de crecimiento demográfico de la población mexicana en edad laboral.
- (4) La insuficiente dinámica de la economía nacional para absorber el excedente de fuerza de trabajo.
- (5) La tradición migratoria hacia el vecino país del norte, conformada en el siglo XIX y XX en diversas regiones del país.

Los factores que conforman el complejo sistema migratorio entre estos dos países pueden ser agrupados en tres grandes categorías: (1) los factores vinculados con la oferta de fuerza de trabajo; (2) los factores asociados con la demanda; y (3) los numerosos factores sociales que vinculan a las comunidades de origen con las de destino, los cuales son determinantes tanto para reducir los costos y riesgos asociados con el movimiento migratorio, como para contribuir a sostenerlo y reproducirlo (Reyes, 2003).

El grado de influencia de cada factor sobre las tendencias migratorias no se ha mantenido constante; lo anterior debido a que, las condiciones geográficas, sociales, estructurales, políticas, económicas, etc., han sido diferentes en cada época. No obstante, el principal impulsor de los desplazamientos corresponde a la escasa oferta laboral en México respecto de la demanda y, la disponibilidad de empleos en los Estados Unidos de América sobre todo en el sector agrícola e industrial.

En estos sectores, los trabajadores mexicanos son considerados como un factor productivo esencial para el desempeño de las firmas en los Estados Unidos de América. El CONAPO (2003) en conjunción con el Departamento de Estadística de los Estados Unidos (2003), reportan que dicho país será afectado en los

próximos años por una aguda escasez de mano de obra. De manera que, entre 1998 y 2008 podría acumularse un excedente de hasta cinco millones de empleos sin trabajadores para ocuparlos, al mismo tiempo que cerca de 57% de los empleos creados requerirían personal con un entrenamiento mínimo y una formación educativa por debajo del nivel de preparatoria.

Lo anterior, aunado a las recurrentes crisis económicas y a la profunda reestructuración del aparato industrial y agropecuario que México ha experimentado; ha influido negativamente sobre el empleo y los niveles salariales de los puestos laborales en el país, intensificando las presiones por migrar en busca de mejores oportunidades de vida. (Reyes, 2003).

En tanto las condiciones económicas de México no muestren cifras más alentadoras relativas a la creación de empleos, al nivel salarial y a las tasas inflacionarias, estas presiones seguirán vigentes y la población más desfavorecida por las actuales condiciones económicas optará por emigrar temporal o permanentemente.

4. METODOLOGÍA.

La presente corresponde a un planteamiento de investigación mixto con componentes de índole descriptiva, exploratoria y correlacional⁸, utilizando los métodos diacrónico y sincrónico para comprobar las hipótesis planteadas.

En primer término será descrita la problemática de la presente investigación en base a información obtenida en fuentes, tanto primarias como secundarias, con el fin de determinar las propiedades, características y rasgos más importantes de la población migrante y la utilización de sus recursos. Asimismo, se buscará especificar el tipo de servicios que requieren, establecer la importancia de los servicios de salud entre la misma población y determinar los medios a través de los cuales garantizan éstos su salud y la de sus familias.

El instrumento de medición utilizado se formuló considerando cada una de las variables a estudiar y sus dimensiones, de acuerdo con el nivel de medición por intervalos que permite utilizar intervalos iguales, la aplicación de operaciones aritméticas básicas y métodos estadísticos complejos para su análisis, además de considerar al cero como codificación arbitraria⁹.

Una vez establecido lo anterior, se procedió con la realización de una prueba piloto a 25 sujetos¹⁰ de las poblaciones en que se practicarían las encuestas, con el objeto de definir las ventajas y deficiencias de la estructura del cuestionario y así ajustarlo para obtener datos más confiables y de mayor utilidad. Esta prueba fue realizada el día 3 de Octubre de 2005.

La encuesta se constituyó por preguntas cerradas, en algunos casos con respuestas dicotómicas. En primer lugar, se interrogó a la muestra acerca de sus

⁸ Términos establecidos por Hernández, *et al.* (2003), para ser utilizados en una investigación científica.

⁹ Existen 4 niveles de medición según Hernández, *et al.* (2003), siendo el método por intervalos uno de ellos.

¹⁰ Parámetro recomendado por Hernández, *et al.* (2003), para la aplicación de la prueba piloto.

costumbres migratorias hacia los Estados Unidos de América, de manera que fuera posible determinar si los individuos podrían ser considerados o descartados como candidatos para continuar la evaluación.

En segundo término, se interrogó sobre la duración de su periodo migratorio para definir la influencia que pueda tener esta ausencia sobre la posible demanda de un seguro médico. Por este motivo y en tercer lugar, fue necesario preguntar cuántos integrantes conforman a la familia.

En cuarto lugar, se consideró vital estimar el porcentaje que destinan los migrantes michoacanos a los servicios de salud –específicamente- y a los rubros de educación, alimentación, transporte, vivienda y servicios financieros. Ello con el objetivo de establecer las prioridades de gasto entre la población emigrante y cuantificar la proporción del ingreso familiar que se destina a la categoría de salud.

Además, se consideró igualmente importante calcular la frecuencia con la que se requieren servicios médicos; determinar las enfermedades o padecimientos que aquejan a dicha población; la duración de sus incapacidades médicas; así como, los métodos que eligen para financiar o solventar estos gastos.

En caso de que los medios de cobertura fueran provistos por instituciones gubernamentales, se pidió su opinión con respecto de la calidad de sus servicios, requiriendo indicar los criterios bajo los cuales la evaluaban negativamente –de ser el caso-.

Finalmente, se interrogó a los sujetos sobre su disposición para adquirir algún tipo de seguro que cubriera sus servicios de salud mediante el pago de una cuota mensual fija; debiendo indicar, además, el monto máximo a pagar y si considerarían adquirirlo por el internet –*World Wide Web*-.

La recolección de la información tuvo lugar del 5 al 30 de Octubre de 2005 en las localidades de Queréndaro, Huandacareo, Tarímbaro y Charo, comunidades con altos índices de migración hacia Estados Unidos. Asimismo, se llevaron a cabo sondeos a migrantes que solicitaban los servicios de la Secretaría de Relaciones Exteriores en la ciudad de Morelia, Michoacán.

La muestra espacial la constituyeron 380 emigrantes a los Estados Unidos, de distintas edades, que constituyen cabezas de familia –migrante y/o cónyuge-. El tamaño muestral fue producto de la aplicación la fórmula siguiente (Hernández, *et al.*, 2003):

$$n = \frac{n'}{1+n'N}$$

donde:

N = tamaño de la población = 39,200 migrantes michoacanos al año.

se = error estándar = 0.001.

n' = tamaño de la muestra sin ajustar.

n = tamaño de la muestra.

Así, el cuestionario fue aplicado en su totalidad a 380 individuos que migran a los Estados Unidos de América, característica fundamental para ser considerados como candidatos a la misma. Quienes no contestaran afirmativamente a la primera pregunta del cuestionario, automáticamente se descartaban como sujetos de la presente investigación.

A los participantes no les fue requerido identificarse durante la entrevista, y se les explicó claramente el objeto, naturaleza y duración de la misma. Además, se les hizo saber que la información recabada sería manejada discrecionalmente.

Por su parte, las preguntas debían ser respondidas en su totalidad de manera que la encuesta pudiera considerarse como válida y procediera a ser numerada. Los resultados fueron capturados diariamente en una base de datos y, una vez

concluido este proceso, las categorías de cada variable fueron codificadas de la siguiente forma para su posterior análisis cuantitativo (Figura 12).

Figura 12. Codificación de los datos.

INTERESADOS EN SEGUROS		INTEGRANTES POR FAMILIA	
SI	0	1 A 2	0
NO	1	3 A 4	1
		5 A 7	2
		MÁS DE 7	3
FRECUENCIA ANUAL VISITA AL MÉDICO		SE CUENTA CON SEGURO MÉDICO	
1 A 2 VECES	0	SI	0
3 A 5 VECES	1	NO	1
MÁS DE 5 VECES	2		
NO ASISTE	3		
ENFERMEDADES		SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD	
GASTROINTESTINAL	0	SI	0
RESPIRATORIAS	1	NO	1
CRÓNICO DEGENERATIVAS	2		
TRAUMATISMOS	3		
SINTOMAS GENERALES	4	CANTIDAD MÁXIMA A PAGAR X UN SEGURO	
PICADURAS DE INSECTOS	5	50 USD	0
GINECO-OBSTÉTRICOS	6	100 USD	1
REVISIÓN DENTAL	7	150 USD	2
REVISIÓN GENERAL	8	200 USD	3
PADECIMIENTOS RENALES	9	250 USD	4
NINGUNA	10		
AUSENCIA DEL PAÍS DE ORIGEN			
6 A 12 MESES	0		
1 A 3 AÑOS	1		
INDEFINIDO	2		

Fuente: Elaboración propia con base en Hernández, 2006.

Con base en la información obtenida de dicho estudio se elaboró un análisis, estableciendo porcentajes y gráficas que permiten ilustrar claramente los resultados obtenidos; así como, una evaluación estadística para determinar la relación existente entre las variables de la investigación.

Con respecto a la evaluación estadística, fue necesario determinar el tipo de distribución y la significancia de los datos, para lo cual se aplicó el modelo K-S – Kolmogorov y Smirnov –considerando que $p=0.001$ -; y posteriormente, se calculó el coeficiente correlacional de Spearman con respecto de las variables en cuestión.

La relación entre las variables de estudio se obtuvo en base a la significancia de la correlación considerando los niveles 0.05 y 0.01; en donde 0.01 representa un grado significativo de relación entre variables¹¹ y 0.05 un grado menor de influencia.

Por su parte, las fuentes secundarias han permitido complementar la información que arrojaron las fuentes primarias, a fin de conocer a cuánto ascienden los ingresos promedio anuales de los migrantes, así como el tamaño de la población mexicana que emigra a los Estados Unidos y, específicamente, el total de michoacanos que forman parte de esta población. Asimismo, han permitido identificar las condiciones bajo las cuales se proporcionan servicios médicos a los migrantes y sus familias en este país, y en México; además de establecer la importancia de los seguros médicos, que posteriormente se plantean como alternativa para resolver el problema de los migrantes –y sus familias- de acceder a servicios de salud, tomando en consideración su calidad migratoria.

La propuesta de este trabajo de investigación promueve la oferta de servicios médicos a través de una cobertura o seguro médico dirigidos a la población emigrante, y se plantea en el último apartado como una estrategia empresarial que retoma aspectos para la formulación de un plan de negocios establecidos por Pedraza (2002).

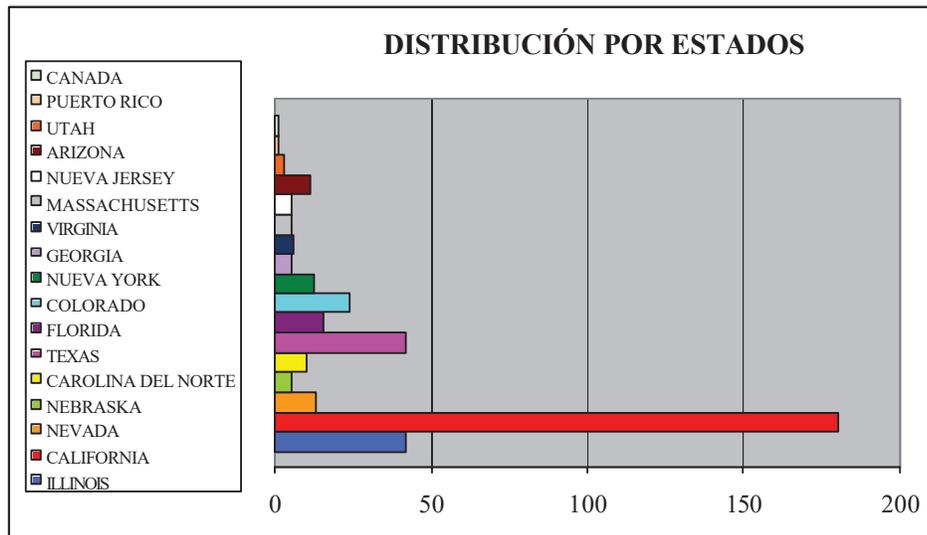
¹¹ El nivel de significancia recomendado para determinar la confiable correlación entre variables es de 0.01.

Finalmente, en dicha propuesta se identificó y describió el panorama de la industria de los servicios médicos mediante un análisis de FODA y la aplicación del modelo de Porter para determinar las 5 fuerzas que precisarían la rivalidad de la competencia. Además, se analizó la cadena de valor a fin de establecer la estrategia que permitiría ingresar al mercado –de producto, ventas, distribución y promoción- y se determinó la viabilidad del proyecto .

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

El sondeo dirigido a la población emigrante—380 individuos- reveló que la mitad de los michoacanos encuestados se desplazan al estado de California para desempeñarse laboralmente, y en segundo término a los estados de Illinois y Texas; aspectos que concuerdan con las estadísticas nacionales respecto de este rubro. Otros estados que también poseen afluencia de migrantes, aunque en menor medida son Utah –en primer lugar-, Nueva Jersey, Massachussets, Virginia, Georgia y Nebraska –estas cinco últimas entidades registraron los mismos valores-. Cabe destacar que, únicamente dos encuestados –el 0.6% de la muestra- señalaron que no emigran propiamente a los Estados Unidos sino a Canadá y a Puerto Rico (Figura 13).

Figura 13. Estados destino para los migrantes michoacanos en Estados Unidos.



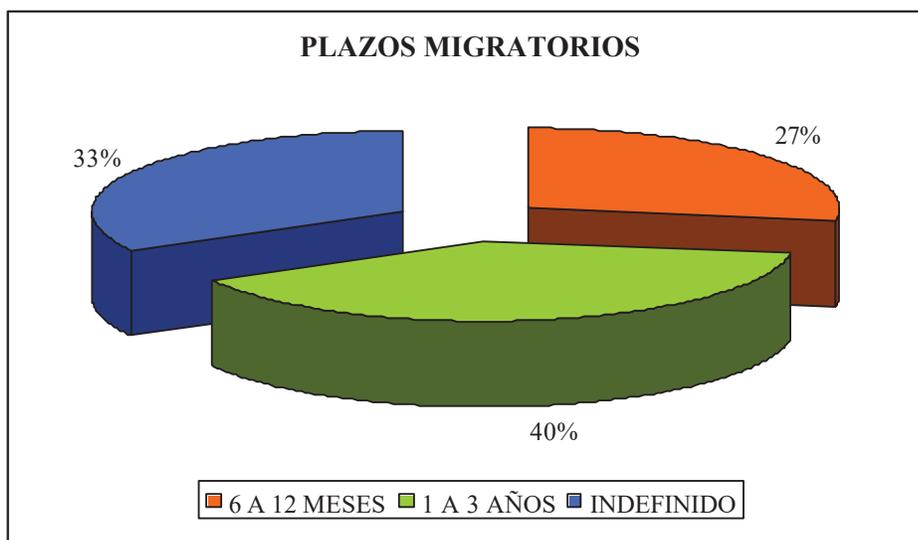
Fuente: Elaboración propia, 2005.

En general, puede ser inferido que las entidades estadounidenses de tradición migratoria como California, Illinois y Texas continúan registrando altos niveles

migratorios, respecto del resto de las entidades, gracias a las redes binacionales que se han consolidado a través del tiempo.

Por el contrario, la investigación arrojó resultados que difieren de los publicados oficialmente respecto de la circulación, mostrando que las tendencias a emigrar por periodos prolongados siguen rigiendo la dinámica migratoria. El 40% de los sujetos de investigación indicaron que su periodo migratorio involucra de 1 a 3 años; por otra parte, el 33% de ellos hicieron evidente que su ausencia es indefinida; y por último, el 27% expresó que su desplazamiento es menor a un año (Figura 14). Lo anterior indica que, en general, la circulación de los emigrantes de Michoacán, es reducida.

Figura 14. Duración de los desplazamientos migratorios.

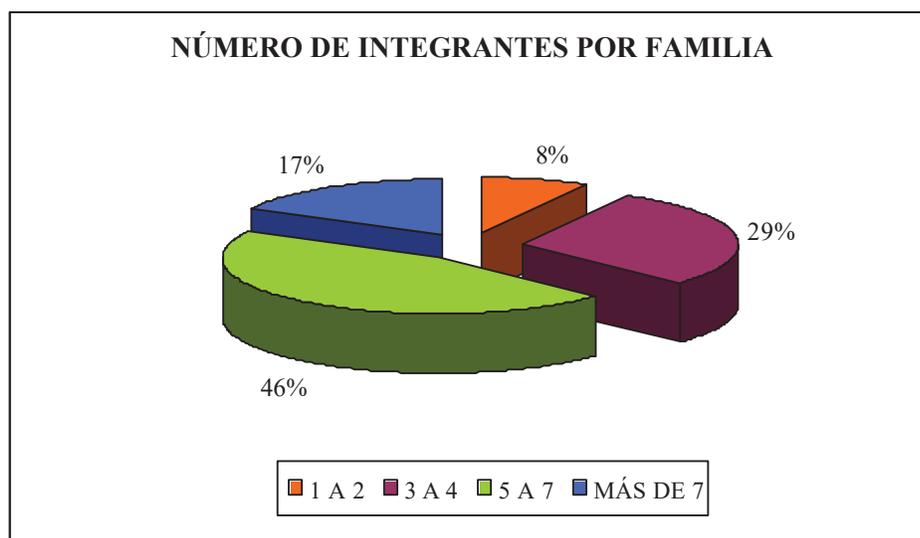


Fuente: Elaboración propia, 2005.

Cerca de la mitad de los encuestados –46%– indicaron que entre 5 y 7 familiares dependen económicamente de su desplazamiento. En segundo lugar, se encuentran las familias integradas por 3 ó 4 miembros con el 29%. Y sólo el 8% de los migrantes posee familias reducidas de 1 ó 2 integrantes (Figura 15). Lo

anterior reitera la escasa oferta laboral en México y los salarios bajos que se reciben en la región michoacana y, en general, en todas las entidades del país con respecto de los recibidos en Estados Unidos; impidiendo la manutención de más de 3 individuos por familia en lo relativo a necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud, educación y transporte –principalmente-.

Figura 15. Número de integrantes por familia.



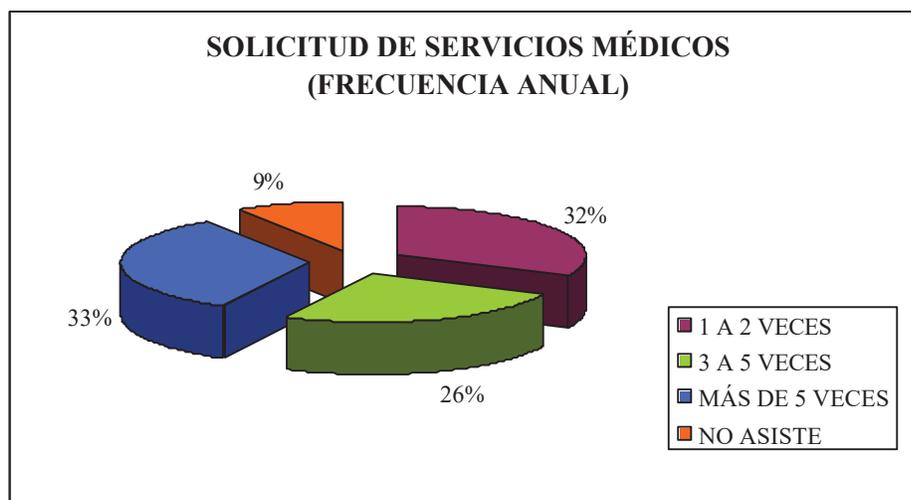
Fuente: Elaboración propia, 2005.

Con respecto a su gasto en servicios médicos –cuestión fundamental en la presente investigación-, éste varía entre el 10 y el 20% del mismo, mostrando que la mayor parte del ingreso de los emigrantes lo destinan hacia su alimentación, vivienda y educación –necesidades básicas-. La tendencia de los emigrantes a acudir al médico cuando los padecimientos no son agudos o crónicos, disminuye considerablemente.

Asimismo, el sondeo indicó que existe una división más homogénea entre los encuestados con respecto de la frecuencia con que demandan servicios médicos. Por una parte, el 33% asiste más de cinco veces por año al médico, y por otro

lado, el 32% suelen hacerlo esporádicamente. Lo anterior puede ser explicado con base en la naturaleza de los padecimientos de dicha población y, de acuerdo con la porción de ingreso que les haya restado a las familias emigrantes luego de cubrir sus necesidades básicas (Figura 16).

Figura 16. Demanda de los servicios médicos entre la población migrante.



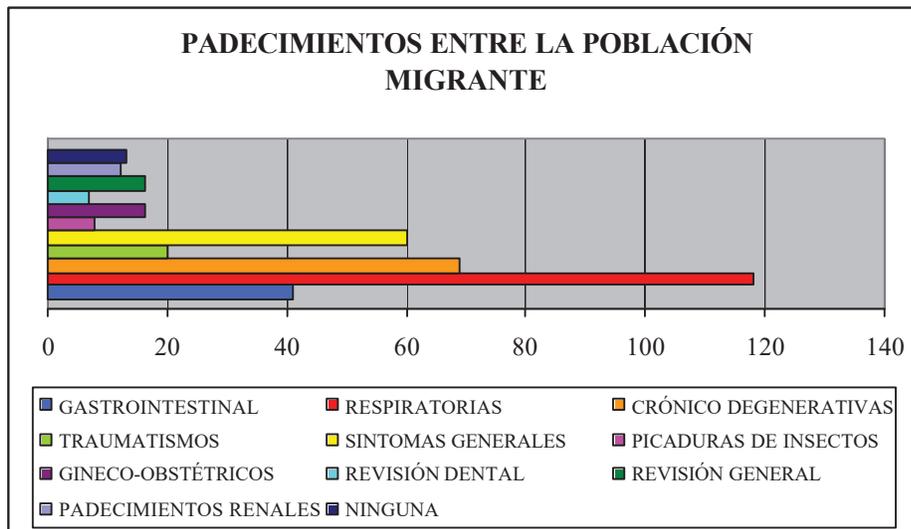
Fuente: Elaboración propia, 2005.

Entre los padecimientos más frecuentes encontramos a los relacionados con las vías respiratorias -resfriados comunes y bronquitis-. El siguiente escaño lo ocupan las enfermedades crónico-degenerativas -cáncer, diabetes, artritis y padecimientos cardíacos-, los síntomas generales -dolores de cabeza, mareos, etc.- y las enfermedades gastrointestinales (Figura 17).

Dichas afecciones obligan al 68% de los emigrantes michoacanos a ausentarse de su trabajo de 1 a 5 días al año. El 25% de ellos faltan de 6 a 15 días y sólo el 7% se ausenta por más de 15 días (Figura 18). Los emigrantes michoacanos que laboran en los Estados Unidos, como puede ser apreciado, no pueden ausentarse frecuentemente a causa de alguna enfermedad debido a su estatus legal, en la mayoría de los casos. Esta situación, aunada al factor de mano de obra barata, es

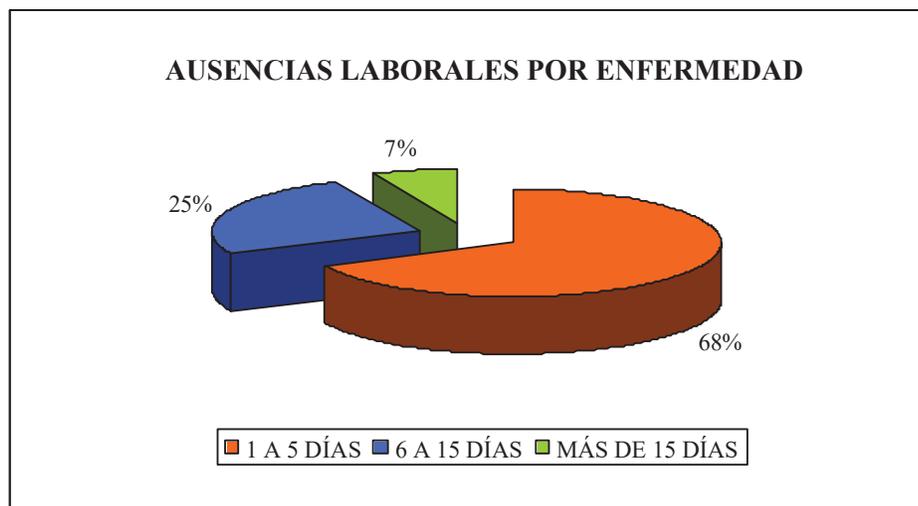
aprovechada por las compañías locales para contratar a personal temporal y aumentar su productividad.

Figura 17. Enfermedades que afectan la actividad de la población migrante.



Fuente: Elaboración propia, 2005.

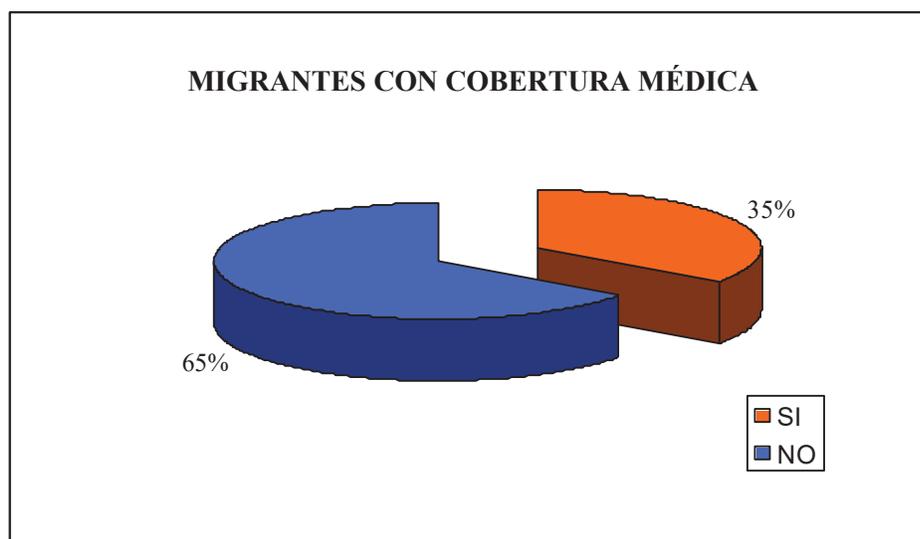
Figura 18. Plazos de ausencia por enfermedad entre los migrantes.



Fuente: Elaboración propia, 2005.

La condición migratoria de los michoacanos que se desempeñan laborando en los Estados Unidos no obliga a las empresas que los contratan a suscribirles algún tipo de seguro médico. Lo anterior se hace evidente cuando se registra que el 65% de los migrantes encuestados no poseen cobertura alguna que permita disminuir la carga financiera derivada del tratamiento de las enfermedades mencionadas en párrafos anteriores, especialmente de aquellos padecimientos crónico-degenerativos (Figura 19). Es necesario destacar también que, el 35% de los que sí poseen un seguro médico, en su mayoría, están afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social o lo provee la firma para quien laboran (Figura 20).

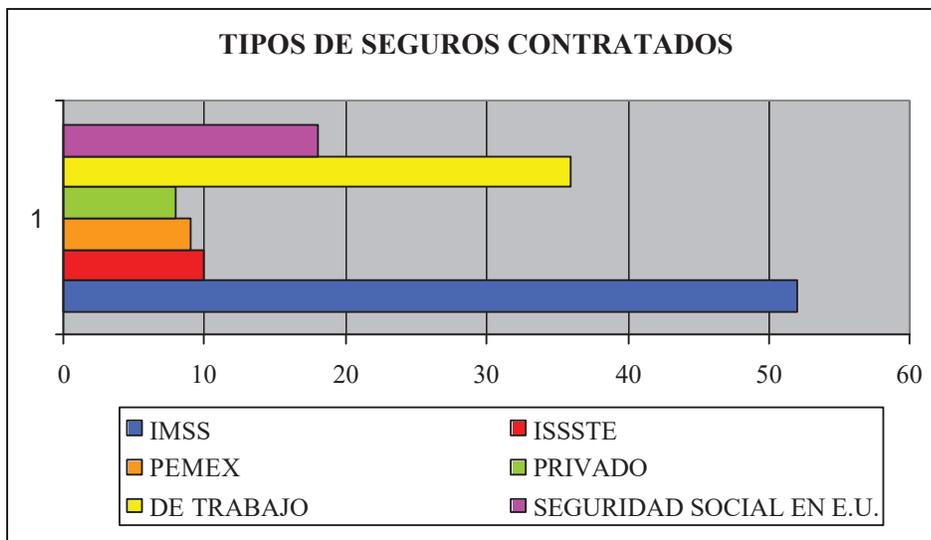
Figura 19. Población migrante que posee cobertura médica.



Fuente: Elaboración propia, 2005.

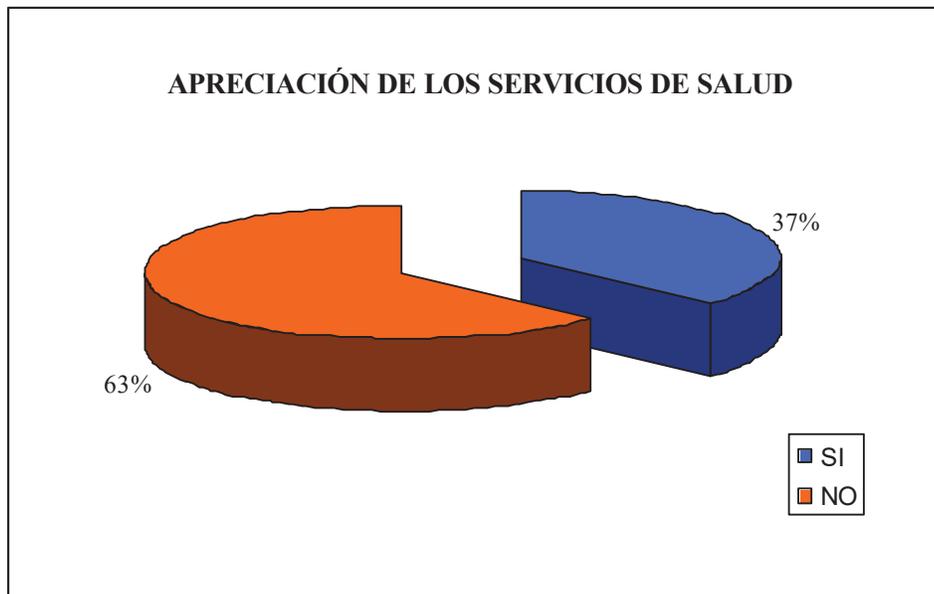
Más de la mitad de los migrantes encuestados que poseen seguridad social mexicana –63%– consideran que los servicios proporcionados por las instituciones de salud públicas son, en general, deficientes (Figura 21). Las causas por las cuales se considera así son, en primer término el retraso en las citas y la atención médica –53%–; en segundo lugar, producto de la falta de medicamentos –31%–; y en última instancia, resultado de equipos obsoletos –16%– (Figura 22).

Figura 20. Tipos de seguros contratados.



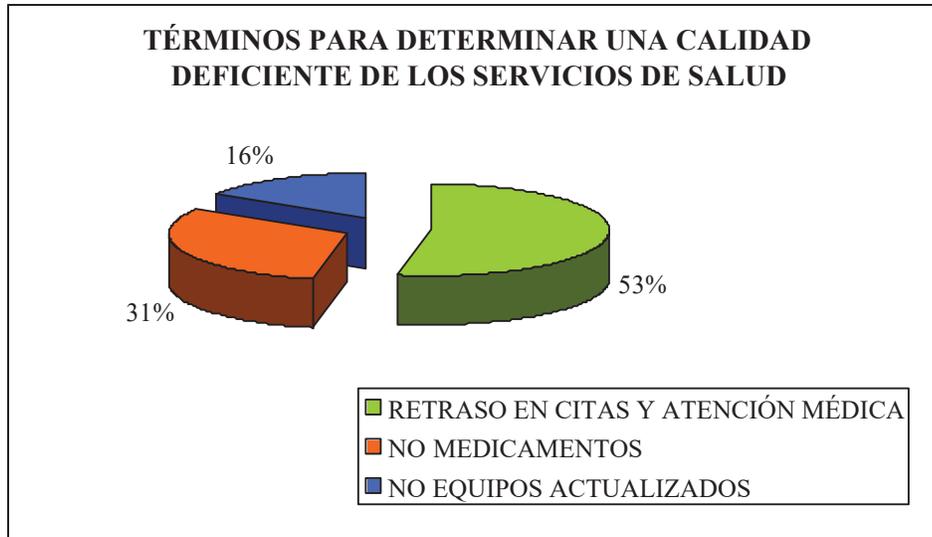
Fuente: Elaboración propia, 2005.

Figura 21. Apreciación sobre los servicios de salud públicos en México por la población migrante.



Fuente: Elaboración propia, 2005.

Figura 22. Determinación de la calidad de los servicios médicos en México Otorgado por las instituciones públicas.

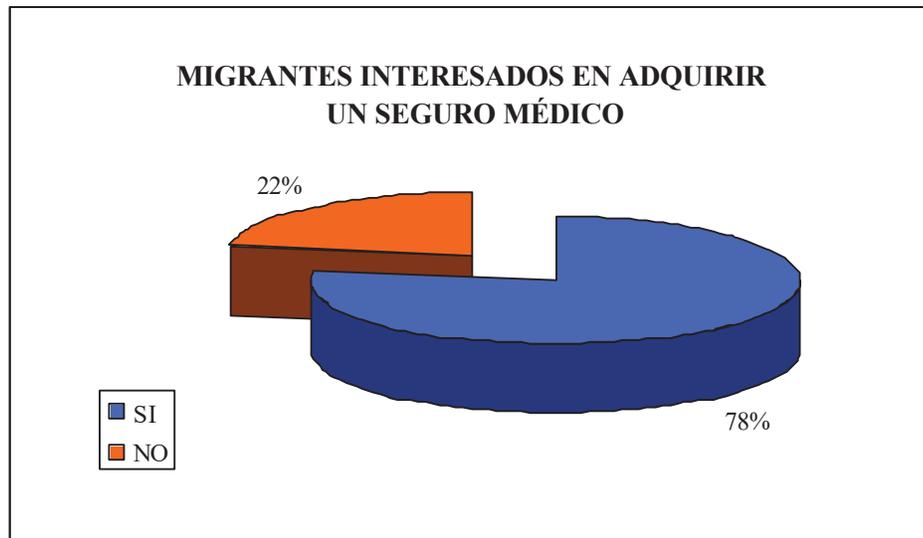


Fuente: Elaboración propia, 2005.

En consecuencia de los resultados antes presentados, el sondeo reveló que el 78% de los sujetos a la encuesta se encontraban interesados en adquirir algún tipo de seguro médico que garantizara su bienestar físico sin que su estado financiero se viera afectado (Figura 23). El 48% de ellos expresó que la cantidad máxima que estaría dispuesto a pagar por dichos servicios es de \$150.00 USD al mes (Figura 24).

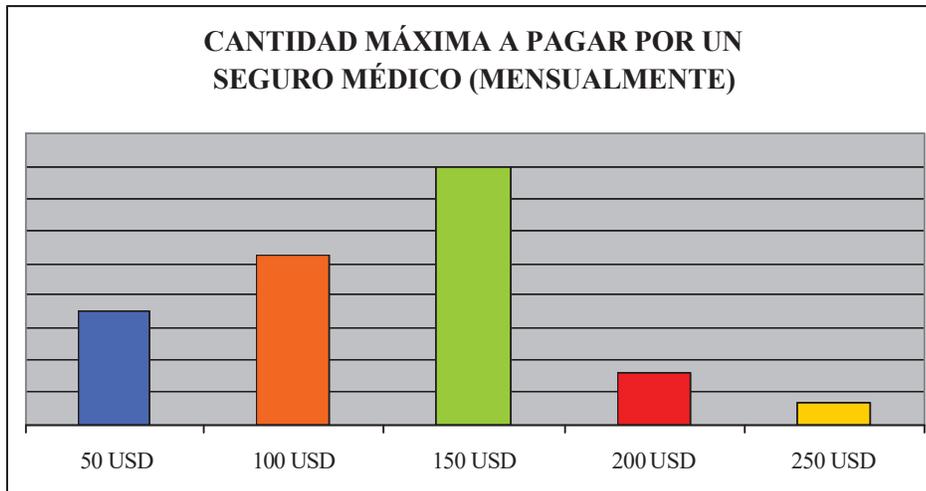
Además la mayor parte de ellos –79%– no consideraría contratar un seguro médico por la *World Wide Web* –internet–, pues su acceso a él es limitado o bien no tienen conocimiento sobre su manejo (Figura 25).

Figura 23. Interesados en adquirir un seguro médico.



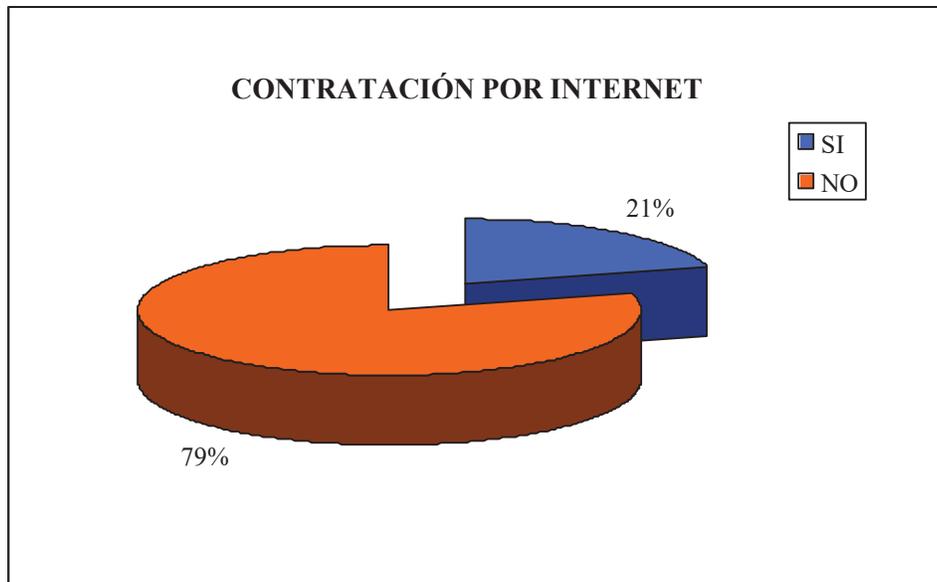
Fuente: Elaboración propia, 2005.

Figura 24. Cantidad máxima a pagar por un seguro médico.



Fuente: Elaboración propia, 2005.

Figura 25. Contratación por internet.



Fuente: Elaboración propia, 2005.

Al aplicar el modelo K-S a los resultados, el análisis indicó que todas las variables presentan una distribución no paramétrica, considerando que la significancia asintótica bilateral permite rechazar la hipótesis nula (H_0 : cada una de las variables tienen un comportamiento contrario) que afirma que, el comercio de servicios médicos dirigidos a la población migrante no constituye una solución satisfactoria ante la deficiente atención brindada por las instituciones gubernamentales en México tomando en consideración su condición legal en los Estados Unidos de América (Figura 26).

Con base en lo anterior, fue necesario aplicar el coeficiente de correlación de Spearman a fin de determinar la incidencia de las variables entre sí, y se observó que (Figura 27):

- Los periodos migratorios registraron una influencia menor sobre el monto económico que estaban dispuestos a pagar los migrantes por el seguro médico propuesto.

- La adquisición de los servicios médicos por cobertura, entre la población migrante, está en función del precio de los mismos y de que el migrante sea poseedor de alguno de estos servicios.
- La calidad de los servicios, el número de integrantes por familia, la frecuencia con la que visitan al médico y las diferentes patologías - enfermedades-, son variables que demostraron no influir en la decisión de compra de seguros médicos adicionales, por este tipo población.

Figura 26. Prueba Kolmogorov-Smirnov.

	INTEGRANTES	VISITAS	ENFERM	AUS DEL P/O	SEGURO	CALIDAD	INTERESADOS	MONTO PAGAR
N	380	380	380	380	380	380	380	380
PARÁMETROS NORMALES	1.72	1.20	2.91	0.38	0.65	0.63	0.22	1.51
Desviación Estándar	0.842	0.991	2.866	0.608	0.478	0.484	0.417	1.000
DIFERENCIAS EXTREMAS	0.261	0.215	0.233	0.418	0.418	0.407	0.48	0.231
Absoluto	0.199	0.205	0.233	0.418	0.263	0.274	0.48	0.193
Positivo	-0.261	-0.215	-0.155	-0.264	-0.418	-0.407	0.296	-0.231
Negativo	5.096	4.185	4.539	8.148	8.152	7.942	9.364	4.499
KOLMOGOROV-SMIRNOV Z	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
SIGNIFICANCIA ASINTÓTICA								

Fuente: Elaboración propia con base en SMSS, 2006.

Figura 27. Correlaciones.

rho de Spearman		INTEGRANTES	VISITAS	ENFERM	AUS P/O	SEGURO	CALIDAD	INTERESADOS	PRECIO
INTEGRANTES	coef correl	1.000	0.033	-0.017	-0.25	0.006	0.003	-0.032	-0.006
	Significancia	.	0.52	0.744	0.621	0.903	0.953	0.533	0.904
VISITAS	coef correl	380	380	380	380	380	380	380	380
	Significancia	0.033	1.000	-0.072	0.010	-0.046	-0.089	0.018	-0.005
ENFERM	coef correl	0.52	.	0.164	0.852	0.372	0.084	0.722	0.918
	Significancia	380	380	380	380	380	380	380	380
AUS P/O	coef correl	-0.017	-0.072	1.000	-0.003	-0.067	-0.073	0.044	0.002
	Significancia	0.744	0.164	.	0.958	0.191	0.157	0.394	0.970
SEGURO	coef correl	380	380	380	380	380	380	380	380
	Significancia	-0.025	0.01	-0.003	1.000	-0.052	-0.007	0.043	-0.119*
CALIDAD	coef correl	0.621	0.852	0.958	.	0.314	0.885	0.406	0.02
	Significancia	380	380	380	380	380	380	380	380
INTERESADOS	coef correl	0.006	-0.046	-0.067	-0.052	1.000	0.065	-0.573**	0.114*
	Significancia	0.903	0.372	0.191	0.314	.	0.209	0.000	0.027
PRECIO	coef correl	380	380	380	380	380	380	380	380
	Significancia	0.003	0.089	-0.073	-0.007	0.065	1.000	-0.019	0.067
INTERESADOS	coef correl	0.953	0.084	0.157	0.885	0.209	.	0.711	0.196
	Significancia	380	380	380	380	380	380	380	380
PRECIO	coef correl	-0.032	0.018	0.044	0.043	-0.573**	-0.019	1.000	-0.136**
	Significancia	0.533	0.722	0.394	0.406	0.000	0.711	.	0.008
PRECIO	coef correl	380	380	380	380	380	380	380	380
	Significancia	-0.006	-0.005	0.002	-0.119*	0.114*	0.067	-0.136**	1.000
PRECIO	coef correl	0.904	0.918	0.97	0.020	0.027	0.196	0.008	.
	Significancia	380	380	380	380	380	380	380	380

*. Correlación es significativa en el nivel 0.05.

**. Correlación es significativa en el nivel 0.01.

Fuente: Elaboración propia con base en SMSS, 2006.

6. PROPUESTA DE ESTRATEGIA EMPRESARIAL PARA PROPORCIONAR SERVICIOS A LA POBLACIÓN MIGRANTE

6.1. COMERCIALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR COBERTURA.

Se busca brindar cobertura médica a la población migrante originaria de Michoacán y sus familias por medio de la venta de seguros médicos de gastos menores, y así satisfacer sus necesidades de salud. Los servicios serán comercializados tanto en el mercado nacional como en Estados Unidos de América (Los Ángeles, California); siendo su principal atractivo la calidad de los servicios, la rapidez en la atención y la confiabilidad de los mismos.

6.1.1. MISIÓN Y OBJETIVOS.

Misión. Mejorar el acceso a servicios médicos de calidad que proporcionen un mayor bienestar físico de la población migrante michoacano y sus familias, capaz de mejorar su calidad de vida y su capacidad productiva.

Objetivos.

- Consolidar la creación de una empresa que ofrezca seguros médicos de gastos menores; capaces de posicionarse entre la población migrante y sus familias.
- Alcanzar una cuota de mercado del 0.5% inicialmente y posteriormente incrementar esta cifra con base en el posicionamiento del servicio entre los migrantes michoacanos.
- Establecer alianzas estratégicas con aseguradoras médicas que proporcionen atención al cliente y cuyas coberturas se adapten a las necesidades de la población que emigra.
- Aumentar los alcances de los servicios a otras entidades federativas de la República Mexicana.

- Contribuir con el desarrollo regional proporcionando servicios médicos de calidad que impacten directamente en el bienestar de la población para la mejora de su desempeño laboral.

6.1.2. HISTORIA DEL PROYECTO.

El concepto de la presente propuesta surge a raíz de observar como el mercado de los migrantes michoacanos crece significativamente y en forma exponencial, constituyéndose en un mercado potencial idóneo para dirigir servicios diversos, ello debido al considerable aumento de sus ingresos y a la escasez de servicios médicos que se adapten a su necesidades.

6.1.3. ALIANZAS ESTRATÉGICAS.

Se deberá crear una alianza estratégica con alguna aseguradora del mercado de seguros médicos para comercializar su producto entre la población migrantes mexicanos en Estados Unidos de América y en México.

6.1.4. ANÁLISIS FODA.

Fortalezas.

- *Alianzas estratégicas con Aseguradoras consolidadas en el mercado de coberturas.* Ello permitirá a la empresa aumentar la calidad de los servicios ofrecidos.

Oportunidades.

- *Desplazamiento masivo de población migrante a Estados Unidos y crecimiento exponencial del mercado meta.* El desplazamiento masivo ilegal de personas hacia lo Estados Unidos aumenta considerablemente el mercado potencial al cual serán destinados los seguros de cobertura médica.

- *La imposibilidad de los migrantes michoacanos de acceder a los servicios sociales que presta el gobierno estadounidense por su situación migratoria.* La calidad migratoria de la población que reside en Estados Unidos favorece el gasto en servicios médicos en México, para ellos y sus familias, debido a que no poseen los derechos de seguridad social que presta la ley en el primero.
- *La naturaleza del servicio no requiere de una inversión elevada en infraestructura.* El comercializar servicios de cobertura médica permite reducir los costos financieros; limitándose a sostener las alianzas estratégicas con los prestadores de seguros.
- *La empresa se constituiría en la única –en el ámbito privado- que dirige un seguro de servicios médicos de gastos menores específicamente a la población migrante y a sus familias.* Sin considerar el seguro médico que vende el IMSS, la firma estaría incursionando en la venta de seguros como la única que tendría un producto diseñado exclusivamente a este segmento de mercado.
- *Acceso a la desgravación arancelaria que permite el TLCAN para el comercio de servicios.* La firma del TLCAN permite el comercio de servicios sin la necesidad de pagar impuestos de importación, aunque estaría sujeto a las condiciones legales de compra-venta de servicios que rigen en la entidad.

Debilidades.

- *La falta de economías de escala relativas al aprendizaje.* La creación de una empresa está sujeta a ineficiencias derivadas de la falta de experiencia, sin embargo, lo anterior puede hacerse frente a través de la creación de alianzas estratégicas que permitan la transferencia de tecnología o “*know how*”.

Amenazas.

- *La creación de un producto similar al propio de las grandes empresas aseguradoras.* La competencia potencial que pudieran constituir las empresas de mayor prestigio si deciden dirigir un producto similar al de la firma al mismo segmento de mercado. Para contrarrestar dicha amenaza, se requiere de la formación de alianzas estratégicas con éstas una vez que se vislumbre su incursión.
- *Aumento de los estándares de calidad de los programas gubernamentales de cobertura.* La modernización e innovación de los programas gubernamentales de salud, además del seguro de salud que vende el IMSS al migrante; lo cual incidirá sobre la demanda del seguro de asistencia médica que se ofrece.

6.2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS: COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS MENORES.

6.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS POR COBERTURA PRESTADOS.

Seguro de Gastos Médicos Menores con distintas coberturas y beneficios complementarios que protegen al migrante michoacano y a su familia directa en caso de sufrir un accidente o enfermedad.

Cobertura.

- Gastos hospitalarios derivados de accidentes, enfermedades o maternidad.
- Honorarios médicos.
- Medicamentos relacionados con gastos médicos.

- Análisis de laboratorio y/o gabinete relacionados con gastos médicos mayores.
- Gastos por terapias, aparatos ortopédicos y prótesis.
- Uso de ambulancia terrestre o aérea.
- Cobertura dental.
- Cobertura de visión (anteojos o lentes de contacto).

Beneficios Adicionales.

Continuación Familiar. En caso de fallecimiento o invalidez del asegurado titular, los dependientes económicos o beneficiarios, quedarán cubiertos durante el resto de la vigencia de la póliza y por cinco años más, eximiéndose el pago de primas.

6.2.2. VALOR DISTINTIVOS CON LA COMPETENCIA DIRECTA O INDIRECTA.

El seguro de gastos médicos brindará servicios médicos de calidad, así como los servicios que el comprador determine para su prestación. Además, los precios serán menores con respecto de los establecidos por otras empresas privadas que comercializan seguros.

6.2.3. CICLO DE VIDA DE LOS SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MENORES.

El mercado de los seguros de gastos médicos menores dirigidos a la población migrante en México, se encuentra en su etapa de introducción. Por lo tanto, la competencia por el mercado migrante se reduce a un sólo competidor directo, el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En esta etapa uno de los objetivos primordiales para la firma es incrementar su inversión en el diseño del producto a fin de que pueda innovarse en las áreas de distribución y prestación del servicio, sobre las cuales se basa la diferenciación.

6.2.4. ESTRATEGIA DE PRODUCTO.

Los servicios de gastos médicos menores a comercializar se introducirán al mercado con precios relativamente altos con respecto a la competencia directa - 20.7% mayor-; y menores que los establecidos por los competidores indirectos.

6.2.5. POSICIONAMIENTO DEL PRODUCTO EN EL MERCADO.

Actualmente el seguro de cobertura médica al migrante no es un producto posicionado en el mercado meta, ya que la difusión de esquemas de prepago a esta población no ha sido abundante. Este es un concepto de servicio relativamente nuevo, dirigido específicamente a los migrantes mexicanos y cuyos costos son relativamente bajos y accesibles para los migrantes mexicanos.

6.3. EL MERCADO META.

6.3.1. PANORAMA GENERAL DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS EN MÉXICO.

La migración mexicana, en la actualidad, constituye tres quintas partes de la inmigración total ilegal en los Estados Unidos (Comisión de Asuntos Fronterizos, 2005). El contexto dentro del cual ocurre la migración en México (Leite, *et al.*, 2003) es el que a continuación se describe.

- La creciente demanda de trabajadores mexicanos, con un perfil diversificado, a causa del desarrollo económico estadounidense.
- El deterioro del nivel de vida, aumentando las disparidades entre México y Estados Unidos, contribuyendo a la masificación de la emigración.
- La consolidación de comunidades binacionales que reducen los costos derivados de migrar.
- La puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio en América del Norte.

Las condiciones bajo las cuales ocurren estos desplazamientos han cambiado con el tiempo y se distinguirán según la dimensión estudiada: económicas, políticas, sociales, culturales y demográficas. Además de las condiciones, las tendencias y características de la población migrante han evolucionado reflejando lo siguiente (Leite, *et al.*, 2003):

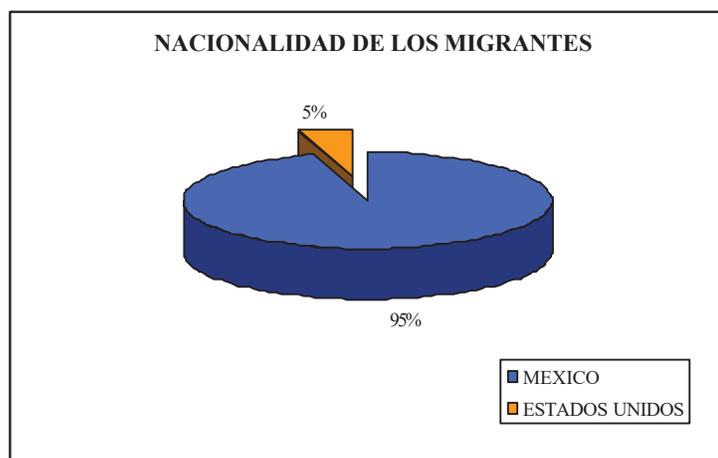
- Disminución de la circulación de los migrantes, aumentando el tiempo de permanencia en Estados Unidos.
- Incremento en la magnitud e intensidad de los flujos, tanto documentados como indocumentados.
- La ampliación de las regiones de origen y destino, hacia un patrón migratorio nacional.
- Una heterogeneidad del perfil de los migrantes; aumentando la proporción de migrantes provenientes de zonas urbanas, mayor cantidad de mujeres y de población con mayor escolaridad.
- Una diversificación ocupacional y sectorial.

En los últimos 20 años se ha registrado un incremento notable en el flujo neto anual de migrantes mexicanos que buscan establecer su residencia, definitiva o temporal, en Estados Unidos. Según el Consejo Nacional de Población (2004), entre 1980 y 1990 el número de ellos ascendía a los 235 mil; en últimas fechas estas cifras aumentaron considerablemente, pues del año 2000 al 2003 se incrementó hasta 390 mil migrantes y en 2004 se alcanzaron los 392 mil migrantes.

Esta migración masificada ha provocado que la población de origen mexicano en ese país se haya incrementado tres veces entre 1980 y 2003, desde alrededor de 9 millones a 26.7 millones de personas. De estos últimos, se estima que 9.9 millones corresponden a la población nacida en México y cerca de 16.8 millones nacidos en Estados Unidos (CONAPO, 2004), los porcentajes que se derivan de dichas cifras pueden visualizarse en la Figura 28. Lo anterior equivale al 9% de la

población total de México y el 3.6% de la población estadounidense (Comisión de Asuntos Fronterizos, 2005).

Figura 28. Nacionalidad de los Migrantes.



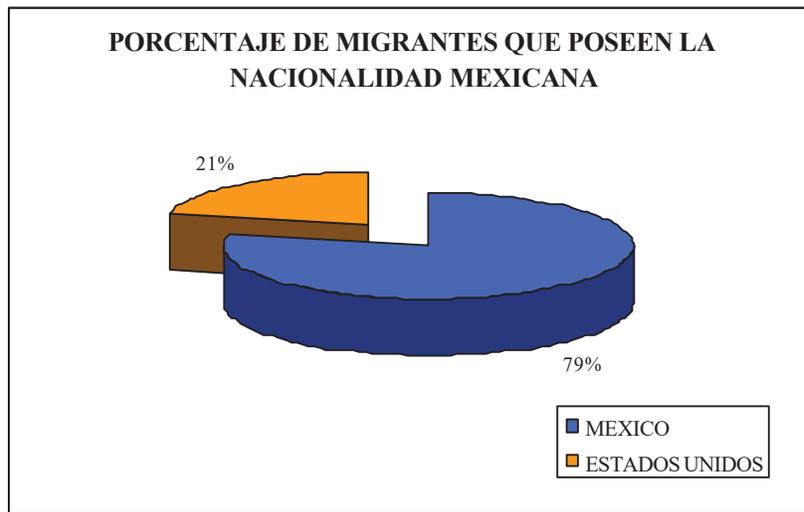
Fuente: CONAPO, 2004.

Adicionalmente, se ha registrado un aumento considerable en el número de indocumentados radicados en Estados Unidos de 1996 a 2002, representando un incremento del 67% que corresponde 4 millones de emigrantes (Figura 29). Las tendencias actuales indican que la migración se transformó a una de carácter familiar, habiendo sido predominantemente una joven población masculina -57%-. Las mujeres conforman el 40% de la población migrante. En general, la edad promedio –entre la población masculina y femenina migrante- varía entre los 18 a los 29 años.

En promedio, esta población se inserta prioritariamente en los sectores económicos estadounidenses terciario y secundario y, en menor medida, en el primario; registrando en el 2003 una tasa de 60, 36 y 4%, respectivamente, esto conforme al CONAPO (2004). Sin embargo las fluctuaciones del empleo entre

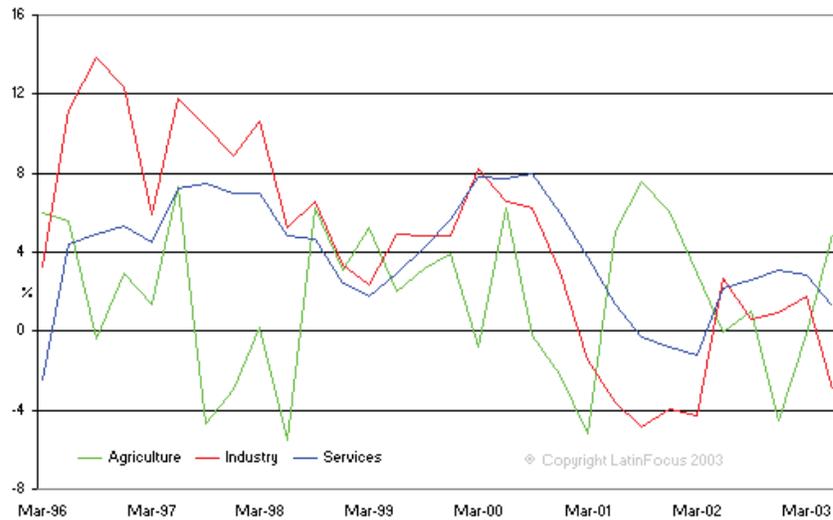
uno y otro sector han sido muy cambiantes en los últimos 7 años como se prevé en la Figura 30.

Figura 29. Porcentaje de migrantes que poseen la nacionalidad mexicana.



Fuente: CONAPO, 2004.

Figura 30. Fluctuaciones en la ocupación migrante por sector.



Fuente: Department of Homeland Security, 2003.

Estudios elaborados por el Departamento de Estadística de los Estados Unidos (2003) determinan que aquellos migrantes empleados en la construcción son varones jóvenes y reciben una remuneración 17% más alta que los empleados en la industria –80% son mujeres-, en el sector servicios o en el campo –generalmente hombres de mayor edad y menor nivel educativo-.

Otra cuestión importante, es la extensión territorial del fenómeno migratorio, en México y en Estados Unidos. Anteriormente, el origen y destino de los migrantes se concentraban en determinadas entidades. Ahora, está extensión territorial se ha incrementado a lo largo de la República Mexicana involucrando, por ejemplo, al Estado de México, Puebla, Hidalgo, el Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca y Veracruz. Claramente, la tradición migratoria continúa en los estados de Zacatecas, San Luis Potosí, Michoacán, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, entre otras (Figura 31).

Figura 31. Migración a Estados Unidos por entidad federativa.

Migración a Estados Unidos por entidad federativa, 1995-2000				
Estado	Migrantes 1995-2000	Participación (%)	Población	Migrantes/población
Total nacional	15,891,575	100.00%	97,483,412	1.60%
Zacatecas	65,631	4.20%	1,353,610	4.80%
Michoacán	165,502	10.50%	3,985,667	4.20%
Guanajuato	163,338	10.40%	4,663,032	3.50%
Durango	42,307	2.70%	1,448,661	2.90%
Morelos	44,426	2.80%	1,555,296	2.90%
Nayarit	25,303	1.60%	920,185	2.70%
Aguascalientes	25,766	1.60%	944,285	2.70%
Hidalgo	60,817	3.90%	2,235,591	2.70%
Jalisco	170,793	10.90%	6,322,002	2.70%
San Luis Potosí	61,757	3.90%	2,299,360	2.70%
Guerrero	73,215	4.70%	3,079,649	2.40%

Fuente: Consultores Internacionales S.C., con datos de INEGI.

Fuente: Armas, *et al.*, 2004.

Específicamente, alrededor del 10% de los migrantes mexicanos a Estados Unidos son originarios del estado de Michoacán. La intensidad de la migración en los municipios michoacanos se establece en la Figura 32 (Armas, *et al.* 2004).

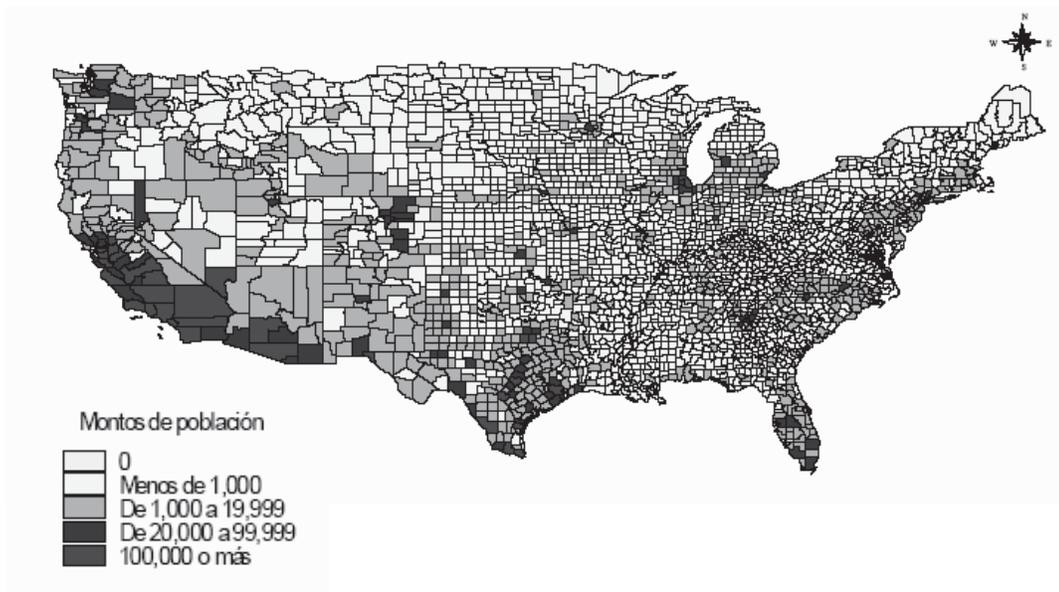
Figura 32. Intensidad migratoria de los municipios del estado de Michoacán.

Intensidad migratoria de los municipios del estado 1990 – 2000					
Municipio	Int. Mig.	Municipio	Int. Mig.	Municipio	Int. Mig.
Chucándiro	Muy alta	Jungapeo	Alta	Charapan	Media
Copándaro	Muy alta	Tarímbaro	Alta	Apatzingán	Media
Morelos	Muy alta	Indaparapeo	Alta	Sahuayo	Media
Churintzio	Muy alta	Tingüindín	Alta	Ario	Media
Zináparo	Muy alta	Tanhuato	Alta	Tzitzio	Media
Puruándiro	Muy alta	Charo	Alta	Nahuatzen	Media
Queréndaro	Muy alta	Santa Ana Maya	Alta	Vista Hermosa	Media
Zinapécuaro	Muy alta	Salvador Escalante	Alta	Peribán	Media
Irimbo	Muy alta	Hidalgo	Alta	Maravatío	Media
Ecuandureo	Muy alta	Tancítaro	Alta	Tumbiscatío	Media
Madero	Muy alta	Turicato	Alta	Zacapu	Media
Penjamillo	Muy alta	Cojumatlán	Alta	Numarán	Media
José S. Verduzco	Muy alta	N. Parangaricutiro	Alta	Coalcomán	Media
Carácuaro	Muy alta	V. Carranza	Alta	Acuitzio	Media
Tlazazalca	Muy alta	Paracho	Alta	Ziracuaretiro	Media
Coeneo	Muy alta	Purépero	Alta	Lázaro Cárdenas	Media
Huaniqueo	Muy alta	Parácuaro	Alta	Tzintzuntzan	Media
Huandacareo	Muy alta	Panindícuaro	Alta	Chilchota	Media
Jiménez	Muy alta	Tiquicheo	Alta	Huacana, La	Media
Pajacuarán	Muy alta	Tangancícuaro	Alta	Arteaga	Media
Cuitzeo	Muy alta	Huetamo	Alta	Nuevo Urecho	Media
Álvaro Obregón	Muy alta	Quiroga	Alta	Zamora	Media
Cotija	Muy alta	Coahuayana	Alta	Cherán	Media
Villamar	Muy alta	Piedad, La	Alta	Jacona	Media
Cabinda	Muy alta	Jiquilpan	Alta	Uruapan	Media
Chinicuila	Muy alta	Reyes, Los	Alta	Zitácuaro	Media
Ixtlán	Muy alta	Nocupétaro	Alta	Pátzcuaro	Media
San Lucas	Muy alta	Briseñas	Alta	Gabriel Zamora	Media
Susupuato	Alta	Múgica	Alta	Senguio	Baja
Angamacutiro	Alta	Buenavista	Alta	Contepec	Baja
Juárez	Alta	Tepalcatepec	Alta	Epitacio Huerta	Baja
Marcos Castellanos	Alta	Aguililla	Alta	Morelia	Baja
Lagunillas	Alta	Tocumbo	Alta	Angangueo	Baja
Huiramba	Alta	Aporo	Media	Tlalpujahua	Baja
Tuzantla	Alta	Tangamandapio	Media	Aquila	Baja
Churumuco	Alta	Tuxpan	Media	Ocampo	Baja
Erongarícuaro	Alta	Tacámbaro	Media		
Taretan	Alta	Yurécuaro	Media		

Fuente: Armas, *et al.*, 2004.

Las ciudades destino, por su parte, también se han diversificado en los últimos años, aunque el 90% de los migrantes mexicanos siguen concentrándose en los estados de California, Te xas, Illinois y Arizona), como lo muestran las Figuras 33 y 34. Los migrantes michoacanos localizándose principalmente en California e Illinois (Comisión de Asuntos Fronterizos, 2005).

Figura 33. Distribución de los mexicanos en Estados Unidos por condados.



Fuente: CONAPO, 2004.

Figura 34. Procedencia de los flujos migratorios México y Estados Unidos.



Fuente: CONAPO, 2004.

Es importante considerar que, los mecanismos de circulación entre una y otra entidad de origen y destino son menores como consecuencia de un mayor control fronterizo, por parte de las autoridades estadounidenses; cuestión que ha fomentado que los migrantes, en un principio temporales, establezcan su residencia en este país formando así comunidades binacionales. Estas últimas, son clave en la migración de hoy en día puesto que ayudan a los recién llegados a superar los obstáculos logísticos, legales y culturales intrínsecos al proceso (Bean, *et al.*, 2003). Actualmente, sólo el 13% de los migrantes carece de familiares -distintos del cónyuge o los hijos- en los Estados Unidos.

Para fines de la presente investigación, las comunidades binacionales representan un mercado al cual pueden ser dirigidos servicios de diversa índole, variando entre los descritos en los primeros apartados. Esto se ve aún más favorecido con el aumento de sus ingresos, los cuales son entre 3 y 7 veces mayores que los que hubieren recibido en México. Cabe destacar que, su ingreso promedio asciende a casi 28 mil dólares al año; y envían únicamente el 10% del mismo a sus familiares como remesas (CONAPO, 2004).

Los ingresos de los migrantes se utilizan para el pago de gastos corrientes -renta, alimentación y salud- en un 78% del total recibido; el 8% se ahorra, un 7% se destina a la educación y el restante 7% se dirige a otros gastos adicionales – servicios financieros, servicios de mensajería y paquetería, entre otros-.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2004), los servicios de mayor demanda entre la población migrante y sus familias son, en primer lugar los respectivos a la educación y a la salud, en segundo se encuentran los servicios financieros y en tercer lugar los respectivos a asesoría legal y utilización de paqueterías y mensajerías.

6.3.2. PERFIL DEL CONSUMIDOR.

El mercado meta será el migrante michoacano (39,200 personas) que reside temporalmente en los Estados Unidos, específicamente en el estado de California; cuyo ingreso promedio sea de \$28,000 USD anuales. Asimismo, deberán destinar a los servicios de salud entre el 15 y el 20% de su ingreso anual hacia bienestar - propio o de sus familias-.

6.3.3. ESTRATEGIA DE VENTAS.

- Los pagos correspondientes se hacen bimestral o anualmente, pudiendo hacerse mediante un cargo automático a tarjeta de crédito o por medio de depósitos a la cuenta de la empresa.
- Las ventas en el primer año alcanzarán las 2000 unidades al año, representando el 5% del mercado.
- Las ventas para los años siguientes deberán aumentar en una cifra semejante al 20% con respecto del año anterior.
- Las ventas se llevarán a cabo en la ciudad de Los Ángeles, California, en un inicio; sin embargo se podrá extender el servicio en Morelia, Michoacán.

6.3.4. ESTRATEGIA DE PRECIOS.

Los precios fijados serán un 20.7% mayores a los fijados por el IMSS para el seguro médico de gastos que contempla para la población migrante; y a continuación se presentan.

RANGO DE EDAD	CUOTA ANUAL (EN DÓLARES)
De 0 a 19 años	\$117.00
De 20 a 39 años	\$134.00
De 40 a 59 años	\$190.00
De 60 en adelante	\$276.00

6.3.5. ESTRATEGIA DE PUBLICIDAD.

La firma dará a conocer su producto mediante anuncios en radio, así como se pretende establecer un convenio con las autoridades a fin de que sea promovido por las oficinas gubernamentales correspondientes -Instituto Nacional de Migración, Programa Paisano, Secretaría de Salud, principalmente-. Además se creará un sitio en Internet para obtener información, realizar trámites y solicitudes, además de pagos; y por último se considera la elaboración de trípticos para repartir en los puntos de la ciudad en los cuales convergen migrantes del todo el estado, como por ejemplo el Aeropuerto y la Secretaría de Relaciones Exteriores. Cabe señalar que, estas estrategias serán solventadas por la aseguradora en cuestión.

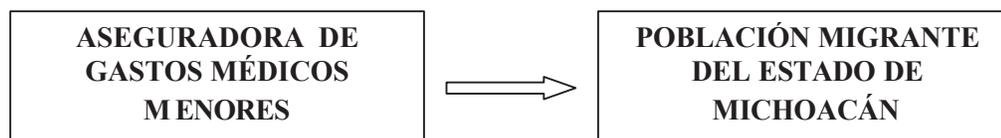
6.3.6. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN.

La promoción la llevará a cabo la empresa con quien se establezca la alianza estratégica, sin embargo se buscará promover a través de nuestros agentes la compra del seguro médico.

6.3.7. CANALES DE DISTRIBUCIÓN.

La contratación se lleva a cabo en cualquiera de las sucursales de la empresa - Los Ángeles, Morelia-. La firma vende directamente al consumidor final como se aprecia en la figura siguiente, mediante agentes de ventas e internet. Cabe destacar que, la empresa comercializara una prima de servicios médicos, derivada de alianzas estratégicas con alguna aseguradora consolidada.

Figura 35. Canales de distribución para la venta de seguros médicos de gastos menores.

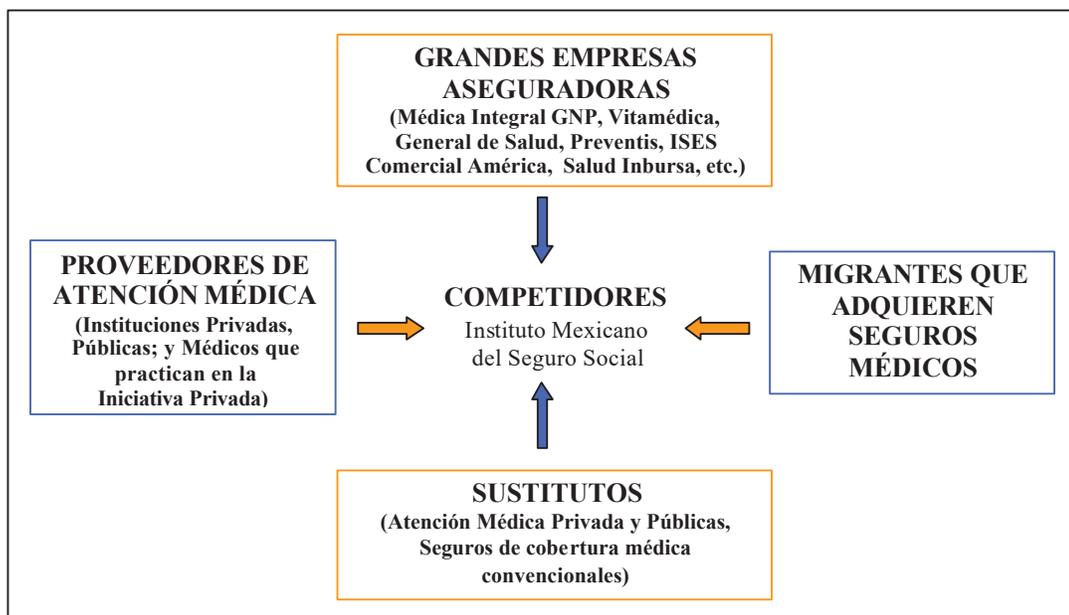


Fuente: Elaboración propia, 2005.

6.4. ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA.

Las barreras actuales contra la entrada en la industria de la venta de seguros médicos de gastos menores las constituyen las empresas aseguradoras consolidadas; éstas representan una competencia potencial para la venta de seguros médicos específicamente dirigidos a la población migrante, ya que pueden incursionar al segmento siendo respaldadas por su fuerza de ventas y sus canales de distribución (Figura 36).

Figura 36. Modelo Diamante aplicado a la Industria de los seguros médicos de Gastos menores dirigidos a la población migrante y sus familias.



Fuente: Elaboración propia con base en Porter, 1982.

Por el contrario, la diferenciación será la herramienta que actúe como barrera de entrada pues los migrantes que adquieren este tipo de seguro se identificarán con la marca o el prestador de servicio; debiendo aumentar la publicidad y manteniendo precios relativamente bajos para consolidar a la firma y sostener su posición en el mercado. Sin embargo, la lealtad de los consumidores aún estará

por definirse y, en el corto plazo no se podrá impedir que el consumidor adquiera un seguro distinto de menor costo.

Por su parte, las necesidades de capital no son extremadamente altas en comparación con otros servicios, por lo que tampoco constituyen una barrera significativa de entrada a competidores diversos.

En segundo lugar, la intensidad de la rivalidad entre los competidores es inexistente debido a que el servicio de cobertura médica de la población migrante y sus familias la provee una institución gubernamental –Instituto Mexicano del Seguro Social, proporciona el servicio a 200,000 familias-; así, se complementará la labor de las autoridades para la prestación del servicio, en lugar de existir una estrecha competencia entre ambas partes. En caso de que las empresas aseguradoras de renombre decidan atacar dicho segmento de mercado, las condiciones cambiarán y la rivalidad aumentará considerablemente.

El costo y calidad de los servicios sustitutos como lo son la atención médica privada o la proporcionada en las instituciones gubernamentales, deben considerarse como una amenaza pues reducirán indirectamente las utilidades de las empresas; y para hacerles frente, la mejora continua en áreas como calidad, mercadotecnia y servicio, será de vital importancia.

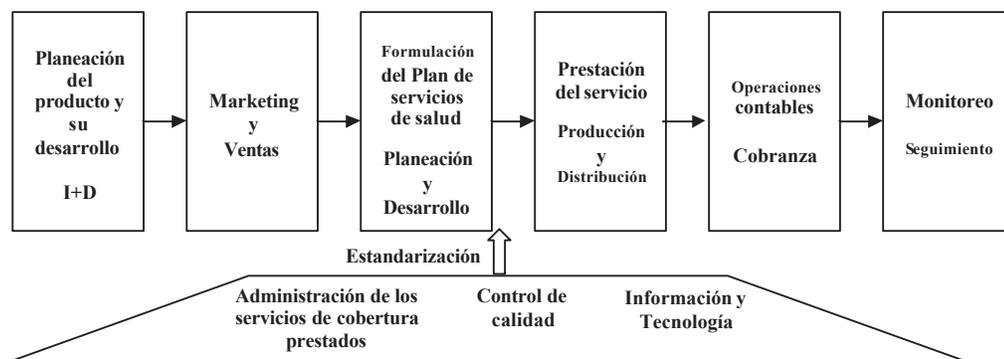
El cuarto punto a considerar es el poder de negociación de los compradores de seguros médicos –migrantes-. Éstos podrán obligar a reducir los precios únicamente si perciben que la calidad de los servicios que se prestan no posee un valor mayor que los prestados por el IMSS. Aún así, los precios bajo los cuales se ofertará el servicio son relativamente mayores únicamente en un 20% y distan considerablemente de los precios establecidos por las empresas con respecto de la venta de seguros médicos regulares.

Por último, el poder de negociación que poseen los proveedores y su amenaza, proviene de elevar los precios o disminuir la calidad de su servicio. Este poder es alto en los servicios de cobertura médica ya que representan el insumo fundamental del negocio; sin embargo, existen diversos proveedores que pueden satisfacer las mismas necesidades, aspecto que limita dicho poder considerablemente.

6.4.1. CADENA DE VALOR.

Las actividades que intervienen en la creación del producto –seguros de cobertura médica de gastos menores para la población migrante y sus familias- se esquematizan como se muestra en la Figura 37. La estrategia competitiva radicará en aumentar la calidad en el área de Prestación del Servicio –siendo este el servicio post-venta y de atención al cliente-. De ahí que la calidad se considere como el “core competence” de la firma, por darle un valor agregado que lo distinguirá del seguro que comercializa el IMSS.

Figura 37. La cadena de valor en los seguros médicos.



Fuente. Elaboración propia con base en Porter, 2005.

La creación del servicio, producto de este conjunto de actividades que van incorporando valor, es similar al concebido por el IMSS. Sin embargo, se realizó

un benchmarking sobre el producto, ideando uno que englobara la idea principal del proceso y mejorando la calidad que involucra su prestación –capacidad intangible de la firma-. Dicha calidad involucra que el servicio post-venta sea personalizado, además de que el correspondiente a la salud sea más ágil y brinde mayor confianza al asegurado.

6.5. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE OPERACIÓN.

6.5.1. PROCESO PRODUCTIVO.

La empresa aseguradora comercializará la prima de servicios médicos de aseguradoras mexicanas, resultado de alianzas estratégicas con dichas aseguradoras.

Contratación.

La contratación deberá hacerla aquella persona, mayor de edad -20 años- que migra a los Estados Unidos, pudiendo ser una prima personal o familiar. Ésta se lleva a cabo en cualquiera de las sucursales de la empresa -Los Ángeles, Morelia-.

Prestación del servicio.

El seguro médico será válido siempre y cuando los pagos correspondientes hayan sido cubiertos hasta la fecha que corresponde. Para ejercer el seguro contratado será necesario contactar a la empresa de forma que pueda iniciarse la gestión de la cobertura. La empresa aseguradora tendrá como obligación cubrir con los gastos en que incurre el sujeto de servicio conforme a lo estipulado en las cláusulas del contrato.

6.5.2. TECNOLOGÍA APLICADA.

La tecnología será aplicada sobre el diseño del producto y sus canales de comercialización a fin de que, en el largo plazo, se adapte de mejor forma a las necesidades cambiantes del consumidor. Esta tecnología podrá actualizarse conforme aumente la experiencia de la empresa y se retroalimente, favoreciendo la innovación tanto en el servicio al cliente como en los mecanismos y estrategias de venta.

6.5.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LA COMPETENCIA.

El concepto del seguro médico del IMSS adopta la mecánica convencional utilizada para la lamenta y prestación de los servicios adquiridos mediante esquemas de prepago; sin embargo las diferencias surgen cuando los asegurados tienen la obligación de internarse –a fin de ser atendidos- en clínicas u hospitales, propiedad de dicha institución.

6.5.4. LOCALIZACIÓN.

Debido a que el mercado meta se encuentra tanto en Michoacán como en California, se pretende abrir dos sucursales de servicio y venta, en Morelia y en Los Ángeles. Sin embargo, se abrirá en primera instancia la ubicada en los Estados Unidos de América.

6.5.5. TAMAÑO.

El espacio requerido podrá constituirse por un despacho para dirigir y administrar la operación de comercialización, cuyas medidas pueden oscilar entre los 11 y 20 metros cuadrados de superficie. El mobiliario necesario tampoco es numeroso de ahí que los espacios se reduzcan considerablemente.

6.6. PERSONAL ESTRATÉGICO.

La administración general de la firma la llevará a cabo un Gerente General, quien además coordinará a los cuatro Agentes de Ventas que integrarán el equipo.

6.7. ASPECTOS FINANCIEROS.

6.7.1. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO REQUERIDO PARA INICIAR OPERACIONES.

Fuente de financiamiento	Tipo de inversión			
	Fija	Diferida	Capital Trabajo	Inversión Total
Socios	\$ 75,000	\$ 44,000		\$ 119,000
Bancos				\$ -
Crédito Refaccionario				\$ -
Crédito de Avío			\$ 76,950	\$ 76,950
Gobierno Federal				\$ -
Gobierno Estatal				\$ -
Otros Inversionistas				\$ -
	\$ 75,000	\$ 44,000	\$ 76,950	\$ 195,950
Inversión Total	\$ 75,000	\$ 44,000	\$ 76,950	\$ 195,950

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.2. CALCULO DE DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES.

Tipo de inversión	Valor de adquisición	Condición de la inversión	Vida útil o per de rec	Valor de salvamento	Depreciación anual
Depreciaciones					\$ 1,425
Construcciones del área de producción	\$ -		33	\$ -	\$ -
Compra de edificios para áreas producción	\$ -		33	\$ -	\$ -
Maquinarias y equipos	\$ -		10	\$ -	\$ -
Subestación eléctrica	\$ -		10	\$ -	\$ -
Transportes para áreas productivas	\$ -		4	\$ -	\$ -
Otros equipos	\$ 15,000	1	10	\$ 750	\$ 1,425
Otras instalaciones	\$ -		10	\$ -	\$ -
Adquisiciones varias	\$ -		10	\$ -	\$ -
Amortizaciones					\$ 1,000
Capacitación pre-operativa	\$ 20,000		20	*	\$ 1,000
Pruebas y arranque operativo	\$ -		20	*	\$ -
Fletes de maquinaria y equipo	\$ -		20	*	\$ -
Instalación de maquinarias	\$ -		20	*	\$ -
Trámites aduanales	\$ -		20	*	\$ -
Otros gastos pre-operativos	\$ -		20	*	\$ -
Total de depreciaciones y amortizaciones.					\$ 2,425

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.2.1. CÁLCULO DE DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES.

Tipo de inversión	Valor de adquisición	Condición de la inversión	Vida útil	Valor de salvamento	Depreciación anual
Depreciaciones					\$ 14,567
Construcciones	\$ -		33	\$ -	\$ -
Compra de edificios	\$ -		33	\$ -	\$ -
Mobiliario y equipo de oficina	\$ 20,000	1	10	\$ 1,000	\$ 1,900
Sistemas de cómputo	\$ 40,000	1	3	\$ 2,000	\$ 12,667
Transporte de área administrativa	\$ -		4	\$ -	\$ -
Otras inversiones	\$ -		10	\$ -	\$ -
Amortizaciones					0
Gastos de organización	\$ 13,000		Periodo de recuperación	*	0
Contratos varios	\$ 6,000		20	*	0
Permisos varios	\$ 5,000		20	*	0
Estudios y proyectos	\$ -		20	*	0
Patentes	\$ -		20	*	0
Franquicias	\$ -		20	*	0
Intereses pre-operativos	\$ -		20	*	0
Publicidad pre-operativa	\$ -		20	*	0
Total de depreciaciones y amortizaciones					\$ 14,567

Fuente: elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.3. DETERMINACIÓN DEL CAPITAL DE TRABAJO.

Descripción	Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
% de ventas al mes		30%	50%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ingresos		21,510	35,850	50,190	71,700	71,700	71,700	71,700	71,700	71,700	71,700	71,700	71,700
Costos de producción		300	500	700	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Materias primas y materiales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Material de empaque y embalaje		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mano de obra		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Refacciones y mantenimientos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros requerimientos		300	500	700	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Gastos de administración		61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000	61,000
Sueldos		45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500	45,500
Gastos generales		14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500
Gastos de ventas		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caja chica		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Total de costos y gastos		61,300	61,500	61,700	62,000	62,000	62,000	62,000	62,000	62,000	62,000	62,000	62,000
Saldo		-39,790	-25,650	-11,510	9,700	9,700	9,700	9,700	9,700	9,700	9,700	9,700	9,700
Flujo acumulado		-39,790	-65,440	-76,950	-67,250	-47,850	-38,150	-28,450	-18,750	-9,050	650	650	10,350

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.4. ESTADO DE RESULTADOS.

Año	1	2	3	4	5
Descripción					
Ingresos	\$ 860,400	\$ 1,084,090	\$ 1,366,042	\$ 1,721,088	\$ 2,168,516
Costos de producción	\$ 14,425	\$ 14,425	\$ 14,425	\$ 14,425	\$ 14,425
Materias primas y materiales	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Material de empaque	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Mano de obra	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Refacciones y mantenimiento	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Otros requerimientos	\$ 12,000	\$ 12,000	\$ 12,000	\$ 12,000	\$ 12,000
Depreciaciones y amortizaciones	\$ 2,425	\$ 2,425	\$ 2,425	\$ 2,425	\$ 2,425
Utilidad de operación	\$ 845,975	\$ 1,069,665	\$ 1,351,617	\$ 1,706,663	\$ 2,154,091
Gastos de administración	\$ 747,648	\$ 734,567	\$ 734,567	\$ 734,567	\$ 734,567
Sueldos	\$ 546,000	\$ 546,000	\$ 546,000	\$ 546,000	\$ 546,000
Gastos generales	\$ 174,000	\$ 174,000	\$ 174,000	\$ 174,000	\$ 174,000
Gastos de ventas	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Depreciaciones y amortizaciones	\$ 14,567	\$ 14,567	\$ 14,567	\$ 14,567	\$ 14,567
Gastos financieros	\$ 13,082	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Utilidad antes de impuestos	\$ 98,327	\$ 335,098	\$ 617,050	\$ 972,096	\$ 1,419,524
Impuesto sobre la Renta	\$ 31,465	\$ 107,231	\$ 197,456	\$ 311,071	\$ 454,248
Reparto de utilidades a trabajadores (10 %)	\$ 9,833	\$ 33,510	\$ 61,705	\$ 97,210	\$ 141,952
UTILIDAD NETA	\$ 57,030	\$ 194,357	\$ 357,889	\$ 563,816	\$ 823,324

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.5. ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS.

Año	0	1	2	3	4	5	Liquidación
Descripción							
FUENTES	\$ 119,000	\$ 150,971	\$ 211,348	\$ 374,881	\$ 580,808	\$ 840,316	-\$ 9,167
Socios	\$ 119,000	\$ -					-\$ 9,167
Bancos							
Crédito Refaccionario	\$ -						
Crédito de Avío	x	\$ 76,950					
Gobierno Federal	\$ -						
Gobierno Estatal	\$ -						
Otros Socios	\$ -						
Utilidad Neta	x	\$ 57,030	\$ 194,357	\$ 357,889	\$ 563,816	\$ 823,324	
Depreciaciones y amortizaciones	x	\$ 16,992	\$ 16,992	\$ 16,992	\$ 16,992	\$ 16,992	
Reinversión del año anterior	x	x	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
USOS	\$ 119,000	\$ 76,950	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Inversión Fija	\$ 75,000						
Inversión Diferida	\$ 44,000						
Pago de crédito Refaccionario		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Pago a préstamo de gobierno		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Pago de crédito de avío		\$ 76,950					
Retorno de inversión ciroul. a socios							
SALDO	\$ -	\$ 74,021	\$ 211,348	\$ 374,881	\$ 580,808	\$ 840,316	-\$ 9,167
Reinversión del próximo año	x						
Reserva legal	x	\$ 2,851	\$ 9,718	\$ 17,894	\$ 28,191	\$ 41,166	
DIVIDENDO A SOCIOS		\$ 71,170	\$ 201,631	\$ 356,986	\$ 552,617	\$ 799,150	-\$ 9,167

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.6. CÁLCULO DEL PUNTO DE EQUILIBRIO.

Año 3			
Tipo de costo	Costos fijos	Costos Variables	TOTAL
Ingresos por ventas			\$ 1,366,042
Costos de producción			
Materias Primas		\$ -	\$ -
Material de empaque		\$ -	\$ -
Mano de obra		\$ -	\$ -
Refacciones y mantenimiento		\$ -	\$ -
Otros requerimientos		\$ 12,000	\$ 12,000
Depreciaciones y amortizaciones	\$ 2,425		\$ 2,425
Gastos de administración			\$ -
Sueldos	\$ 546,000		\$ 546,000
Gastos generales	\$ 174,000		\$ 174,000
Gastos de ventas		\$ -	\$ -
Depreciaciones y amortizaciones	\$ 14,567		\$ 14,567
Gastos financieros	\$ -		\$ -
Pago del préstamo de gobierno	\$ -		\$ -
Pago del crédito bancario	\$ -		\$ -
Total	\$ 736,992	\$ 12,000	\$ 748,992

Punto de Equilibrio =	En Ventas	\$ 743,523
	En Porcentaje	54%

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.7. FLUJOS NETOS DE EFECTIVO Y TASA DE RENTABILIDAD FINANCIERA

Año	Inversión	Utilidad neta	Deprec y amort	Pago de créd	F. N.E
0	-\$ 119,000				-\$ 119,000
1		\$ 57,030	\$ 16,992	0	74021.23
2		\$ 194,357	\$ 16,992	0	211348.468
3		\$ 357,889	\$ 16,992	0	374880.628
4		\$ 563,816	\$ 16,992	0	580807.54
5		\$ 823,324	\$ 16,992	0	840315.8171
6	-\$ 9,167				-9166.666667

Tasa de Rentabilidad Financiera (T.I.R) =

143%

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

6.7.8. SENSIBILIDAD DE LOS FLUJOS DE FONDOS ANUALES

Descripción	Año	0	1	2	3	4	5	Liquidación
FUENTES		\$ 119,000	\$ 102,824	\$ 227,501	\$ 375,089	\$ 560,938	\$ 795,144	-\$ 9,167
Socios		\$ 119,000	\$ -					-\$ 9,167
Bancos								
Crédito Refaccionario								
Crédito de Avío		x	\$ 76,950					
Gobierno Federal								
Gobierno Estatal								
Otros Socios								
Utilidad Neta		x	\$ 8,882	\$ 133,560	\$ 281,147	\$ 466,996	\$ 701,203	
Depreciaciones y amortizaciones		x	\$ 16,992	\$ 16,992	\$ 16,992	\$ 16,992	\$ 16,992	
Reinversión del año anterior		x	x	\$ 76,950	\$ 76,950	\$ 76,950	\$ 76,950	
USOS		\$ -	\$ 76,950	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Inversión Fija		\$ -						
Inversión Diferida		\$ -						
Pago de crédito Refaccionario			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Pago del préstamo de gobierno			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Pago de crédito de avío			\$ 76,950					
Retorno de inv. Circul. a socios								
SALDO		\$ 119,000	\$ 25,874	\$ 227,501	\$ 375,089	\$ 560,938	\$ 795,144	-\$ 9,167
Reinversión del próximo año		x	\$ 76,950	\$ 76,950	\$ 76,950	\$ 76,950		
Reserva legal		x	\$ 444	\$ 6,678	\$ 14,057	\$ 23,350	\$ 35,060	
DIVIDENDO A SOCIOS			-\$ 51,520	\$ 143,873	\$ 284,082	\$ 460,638	\$ 760,084	-\$ 9,167

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

Cabe mencionar que, para medir la sensibilidad del proyecto se consideró una reducción del 10% de las ventas por una contracción del mercado, un incremento en los costos y precio de venta controlado en un 3% y una disminución del 5% sobre el precio de venta derivado de un incremento de la oferta.

6.7.9. SENSIBILIDAD DE FLUJOS NETOS DE EFECTIVO Y TASA INTERNA DE RETORNO

Año	Inversión	Utilidad neta	Depreciación y amortización	Pago de crédito	F. N. E.
0	-\$ 119,000				-\$ 119,000
1		\$ 8,882	\$ 16,992	\$ -	\$ 25,875
2		\$ 133,560	\$ 16,992	\$ -	\$ 150,553
3		\$ 281,147	\$ 16,992	\$ -	\$ 298,142
4		\$ 466,996	\$ 16,992	\$ -	\$ 483,992
5		\$ 701,203	\$ 16,992	\$ -	\$ 718,199
6	-\$ 9,167				-\$ 9,161

Tasa Interna de Retorno = 111%

Fuente: Elaboración propia con base en Pedraza.

En las condiciones actuales del mercado la Tasa Interna de Retorno de la inversión fue del 143%; luego de aplicar los modelos de sensibilidad, considerando diversos escenarios financieros, se obtuvo una TIR correspondiente al 111%, indicando una alta viabilidad y rentabilidad del proyecto de inversión.

7. CONCLUSIONES.

- El comercio de servicios de salud a través de seguros médicos dirigidos a la población migrante se rige en base al estado legal de éstos en los Estados Unidos de América. La incapacidad de los migrantes por acreditar una residencia legal, mayor a cinco años, descarta la oportunidad de beneficiarse de los programas de seguridad social en el país destino, como son Medicare y Medicaid en los EEUU .
- Los migrantes michoacanos reciben ingresos superiores a los 12,000 dólares estadounidenses anualmente, lo que les permitiría adquirir una cobertura de servicios de salud, ya sea individual o familiar. Actualmente, aunque los servicios de salud son considerados gastos básicos entre los migrantes michoacanos, éstos ocupan una proporción menor de su ingreso –15% promedio- con respecto de los principales rubros: alimentación, vivienda y educación.
- Los seguros médicos constituyen el medio más efectivo para cubrir los gastos en salud de la población migrante, ya que sus visitas ascienden a más de 5 al año y los desembolsos corresponden a padecimientos asociados con enfermedades respiratorias y crónico-degenerativas; estos padecimientos requieren de desembolsos constantes cuyos costos aumentan considerablemente por requerir tratamientos prolongados.
- La decisión de compra de seguros médicos del migrante se encuentra directamente influenciada por el precio de éstos. Contrario a lo que se pensó en un inicio, la calidad de los servicios prestados por las instituciones gubernamentales en México no es un factor determinante. De manera que, los migrantes están interesados por recibir servicios de salud a un costo reducido, sin importar su calidad.

- La venta de seguros médicos a la población mexicana que emigra a los Estados Unidos de América es una actividad económica viable y rentable. Lo anterior se explica con base en: (1) un monto reducido de inversión, (2) una tasa interna de retorno elevada, (3) altos índices migratorios, (4) existe una demanda constante de servicios de salud, y (4) una elevada capacidad de compra de la población migrante.

8. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda la implementación de la estrategia empresarial planteada en la presente investigación dada su viabilidad financiera. Cabe destacar que, empresas transnacionales actualmente están buscando adecuar sus productos hacia las preferencias que poseen los mercados de los países emergentes, y en México el que mayor atención recibe es el constituido por la población migrante.
- Al ser implementada la propuesta empresarial, deberá considerarse ingresar al mercado a precios similares o menores a los establecidos por la competencia. Ello debido a que el migrante tenderá a adquirir seguros médicos en función de su precio.
- La calidad podrá ser un atributo adicional al servicio adquirido, sin considerarse el motivo principal que impulsa la compra de seguros médicos entre la población migrante.

BIBLIOGRAFÍA.

- ARMAS, E., *et al.*, *Análisis del fenómeno de la migración en el municipio de Tacámbaro, Michoacán y las alternativas de aprovechamiento de las remesas*, Tesis de Facultad de Economía , UMSNH, México 2004.
- BANXICO (2005), *Informe sobre la Inflación Abril-Junio 2005*. [En línea].
<http://www.banxico.org.mx/eInfoFinanciera/DoctosBM/%7BC1399B14-8DB9-421A-997D-3FBFFE6D886E%7D.pdf>
- BEAN, F.D., *et al.*, *America's Newcomers and the Dynamics of Diversity*, Russell Sage Foundation, NY, 2003.
- BENNETT, S., *et al.*, *Private health providers in developing countries: serving the public interest?*, book review, London, 1997.
- BLOOM, D.E., *et al.*, *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence*, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 8587, November, 2001.
- Bureau of International Economic Analysis (2005), *Barriers to Trade in Services*. [En línea]. www.bea.doc.gov/bea/glance.htm
- Comisión de Asuntos Fronterizos del Senado (2005), *Migración*. [En línea]
<http://www.senado.gob.mx/comisiones/directorio/asuntosfronterizos/Content/migracion/migracion.htm>
- Comisión Europea, *et al.* (2001), *Manual on Statistics of International Trade in Services*. [En línea]. <http://www.oecd.org/pdf/M00017000/M0017039.pdf>
- CONAPO (1999), *Migración interna e internacional en México Informe*, México.
- CONAPO (2003), *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México Informe*, México, D.F.
- CONAPO (2004 y 2005), *Estadísticas Relativas a la Migración 2004*. [En línea].
<http://www.conapo.gob.mx>
- DEARDORFF, A.V., *Comparative advantage and international trade and investment in services*, Trade and investment perspectives, Canada, 1985.
- DEARDORFF, A.V., *International provisions of trade services, trade and fragmentation*, World Bank paper, EU, 2000.

- Department of Homeland Security (2003), *Fluctuaciones en la ocupación migrante por sector*. [En línea]. [http:// www.dhs.gov/dhspublic/theme_home4.jsp](http://www.dhs.gov/dhspublic/theme_home4.jsp).
- ESSER, K., et al., *Competitividad sistémica: Nuevo desafío a las empresas y a la política*, Revista de la CEPAL, Santiago 1996, No. 59.
- FEKETEKUTY, G., *International Trade In Services An Overview And Blueprint For Negotiations*, American Enterprise Institute, EU, 1999.
- GLECKMAN, H., et al., *An Apple a Day-On the Boss*, Business Week, October 14, 2002.
- GUERRERO, D., *Competitividad: Teoría y Política*, Ariel, Barcelona 1995.
- HERNANDEZ, R., *Metodología de la Investigación*, 3era edic., McGraw Hill, México, 2003.
- HINDLEY, B., et al., *Comparative advantage and trade in services*, The World Economy, 1984.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000), *Encuesta Nacional de Salud 2000*. [En línea]. <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=2351>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005), *Estadísticas 2005: Gasto e Ingreso corriente monetario por rubros*. [En línea]. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2005/enigh.ppt> -
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005), *Importación de Servicios 2004 y 2005*. BIE. Sistema de Cuentas Nacionales de México. [En línea]. <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/bdieintsi.exe/NIVM100002000300100004#ARBOL>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2005), *Encuentro Binacional México-Estados Unidos para Mejorar la Salud de los Migrantes*. [En línea]. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7A4E2BAE-B621-4FE2-A459-E25D062374A3/0/B219.pdf>
- Instituto Nacional de Migración (2005), *Servicios de Asistencia al Migrante*. [En línea]. <http://www.inami.gob.mx/paginas/estadisticas/enemar05/presentacion.htm>
- KARSENTY, G., *Trends in services trade under GATS recent developments*, Symposium on Assessment of Trade in Services WTO, 2002.

- KNAUL, F., *et al.*, *El prepago por servicios médicos privados en México: determinantes socio-económicos y cambios a través del tiempo*, Funsalud, México, 1997.
- KNAUL, F., *Reforma del Sistema de Salud en México*, Funsalud, México, 2004.
- KRUGMAN, P.R., *et al.*, *Economía Internacional: Teoría y Política*, 5ª edic., Addison Wesley, España 2001.
- LEITE, P., *et al.*, *Tendencias recientes de la migración México-Estados Unidos*, CONAPO, México, 2003.
- MASLOW, A., *Motivation and Personality*, 2ª edic., Estados Unidos 1970, Edit. Harper & Row.
- MELVIN, J.R., *Comments on Comparative Advantage and international trade and investment in services*, Ontario Economic Council, 1985.
- NEARY, J.P., *International Trade*, Social Science Encyclopedia, 3era edic., Kuper & Kuper, 2003.
- NIGENDA, G., *et al.*, *Mezcla público-privada en le sector salud. Reflexiones sobre la Situación en México*, Calidoscopio de la Salud (2004).
- NORDHAUS, W.D., *The Health of Nations: The contribution of Improved Health to Living Standards*, Yale University, 1999.
- Organización de las Naciones Unidas (2000), *Manual del Comercio de Servicios*. [En línea]. <http://unstats.un.org/unsd/tradeserv/default.htm>
- Organización Mundial de Comercio (2004), *Rondas de Negociación*. [En línea]. <http://www.wto.org/indexsp.htm>
- Organización Mundial de Comercio (2005), *Negociaciones de Doha*. [En línea]. <http://www.wto.org/indexsp.htm>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*, OCDE y Secretaría de Salud, 2005.
- PARKER, H., *Economía del Conocimiento*, Presentación CICESE 2003.
- PEDRAZA, O.H., *Modelo de Plan de Negocios para micro y pequeña empresa*, UMSNH, ININEE, México, 2002.

- PETER, P., *Marketing para no conocedores*, McGraw Hill, México, 1998.
- PHELPS, C., *Health Economics*, 3ra. Edición, Pearson Ed., Reino Unido, 2002.
- PORTER, M., *Estrategia Competitiva: Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*, edit. Vergara, México, 1982.
- PORTER, M., *La ventaja competitiva*, edit. Limusa, México, 1987.
- Proexport (2005), *Comercio de Servicios*. [En línea].
<http://www.proexport.com.co>
- REYES, M., *Análisis de la Población Migrante de México hacia los Estados Unidos*, Servicio de Investigación y Análisis Cámara de Diputados, México, 2003.
- RICARDO, D., *Principles of Political Economy and Taxation*, Prometheus books, 1996.
- RICHARDSON, P., *Recent developments in OECD's international macroeconomic model*, OECD Economics Department Working Papers 046, OECD Economics Dep., 1987.
- RUGMAN, A.M., *et al.*, *Multinationals and trade in services: A transaction cost approach*, *Weltwirtschaftliches Archiv*, 1985.
- SAMPSON, G., *et al.*, *Identifying the issues in trade in services*, *The World Economy*, 1985.
- SAPIR, A., *et al.*, *Services trade*, *Surveys in international trade*, 1994.
- SAPIR, A., *et al.*, *Trade in Services, Policy Issues for the Eighties*, *Colombia Journal of World Business*, 1981.
- Secretaría de Salud (2005), *Boletín informativo: Avances en los servicios prestados a los migrantes*, [En línea]. <http://www.hgm.salud.gob.mx/100/semana.html>
- Secretaría de Salud (2005), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. [En línea].
<http://www.salud.gob.mx/>
- SESMA, S., *et al.*, *Gasto privado en salud por entidad federativa en México*, *Salud Pública*, No. 47, México 2005.
- SHCP (2005), *Indicadores económicos de coyuntura*. [En línea].
<http://www.shcp.gob.mx/index01.html>.

- SMITH, A., *The Wealth of Nations*, Inglaterra, Edit. Penguin Books, EU, 1999.
- STANDING, et al., *Beyond public and private? Unorganised markets in health care delivery*. Oxford World Development Report, presentado en Making Services Work for Poor People, 2003.
- STANTON, W.J., et al., *Fundamentos de Marketing*, 10ª edic., Edit. McGraw Hill, México, 1996.
- STERN, R.M., et al., *Issues and data needs for GATT negotiations on services*, The World Economy, 1987.
- STIBORA, J., et al., *Services FDI and the Dutch economy*, Routledge studies in International Business and the World Economy.
- Unión Europea (2005), *Síntesis legislativa: Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios*. [En línea]. <http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/lvb/r11012.htm>
- US Census Bureau (2003), *Economic Surveys*. [En línea]. <http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/>
- VILLAROEL, L.C., *Economía de la Salud: una nueva ciencia*. [En línea]. Gerencia de Salud. <http://www.gerenciasalud.com/art27.htm>
- WALLACE, S.P., et al., *California-Mexico Health Initiative*, UCLA Center for Health Policy Research, EU, Octubre 2004.
- World Business Organization (2004), *The Benefits of Services Trade Liberalization*. [En línea]. http://www.iccwbo.org/home/menu_case_for_the_global_economy.asp

7. En general ¿De qué padecimientos sufre usted o su familia con mayor frecuencia que lo obligan a acudir al médico?
- o Gastrointestinal
 - o Respiratorias (Asma, Gripe)
 - o Enfermedades crónico degenerativas (Cáncer, Diabetes, Cardiacos, Artritis, Gota...)
 - o Traumatismos (Fracturas)
 - o Síntomas generales (Dolores de cabeza, musculares y articulares)
 - o Picaduras de Insectos
 - o Gineco-obstétricos
 - o Revisión Dental
 - o Revisión General
 - o Padecimientos renales
 - o Ninguna
8. Aproximadamente ¿cuántos días al año se ausenta usted de su trabajo por enfermedad?
- 1 a 5 ()
- 6 a 15 ()
- más de 15 ()
9. Tiene usted o su familia algún tipo de seguro médico, en México o en Estados Unidos? NO SI
10. Si la respuesta anterior es afirmativa: ¿Cuál?
11. Considera que los servicios de salud que presta esta institución son de buena calidad? SI NO
12. Si su respuesta fue negativa, explique la razón.
13. Estaría usted interesado en adquirir un seguro que le cubriera todos sus servicios de salud mediante el pago de una cuota mensual fija?
14. ¿Cuál es la cantidad máxima que usted estaría dispuesto a pagar mensualmente por este seguro?
15. ¿Contrataría usted un seguro de gastos médicos, en Estados Unidos, por internet? SI NO