

Julio Frenk Mora y Octavio Gómez Dantés

Cooperación en salud, México-Estados Unidos*

La salud ha tenido un lugar prominente en la relación entre México y Estados Unidos. El propósito de este ensayo es discutir la cooperación en esta materia entre ambos países. En la primera parte se abordan las perspectivas de la cooperación en salud pública; en seguida, se analizan los desafíos de la integración regional de los servicios personales de salud.

Introducción

La salud ha ocupado un lugar prominente en la relación entre México y Estados Unidos; en particular, su importancia aumentó con la integración comercial de América del Norte. De hecho, como contribución al proceso de negociación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, en 1993 la Academia Nacional de Medicina en México llevó a cabo un análisis sobre el posible impacto de dicho acuerdo en los servicios de salud de los tres países de esta región (Frenk y cols., 1994). Al poco tiempo, a estas discusiones se sumaron diversos expertos del Instituto de Medicina de Estados Unidos y académicos de varias universidades canadienses.

El colapso de las Torres Gemelas en 2001, los ataques con ántrax que se produjeron inmediatamente después, la epidemia de síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) que se dio en 2003 y la pandemia de influenza A H1N1 que estalló en México en 2009 dieron lugar a una serie de reflexiones adicionales en torno a la necesidad de fortalecer la cooperación en América del Norte para enfrentar de manera coordinada los riesgos a la salud, a la actividad económica y a la seguridad, entre los que destacan los desastres naturales, los brotes epidémicos y los ataques bioterroristas.

El propósito de este ensayo es discutir los logros y las perspectivas de la cooperación en este tema entre México y Estados Unidos. En la primera parte se discuten

* Varias de las ideas de este artículo se basan en el texto publicado en línea: Frenk, J. y O. Gómez-Dantés (2014), "Health care system complementarity. The future of Mexico-U.S. Health policy integration". Disponible en: <<http://usmex2024.uscmmediacurator.com/p1413>>. Consultado el 23 de marzo de 2015.





los resultados en materia de salud pública durante las últimas dos décadas; en seguida, se analizan las oportunidades y los desafíos de la integración de los servicios personales de salud.

■ **Cooperación en salud pública en América del Norte**

■ México y Estados Unidos conforman una unidad en materia ambiental y de salud pública, ya que comparten una frontera de 3201 km, en la que se producen alrededor de 350 millones de cruces legales al año en 48 puentes fronterizos. Por esta razón están irremediamente vinculados en la lucha por su seguridad nacional, que se alcanza a partir de la adopción de medidas no sólo militares, políticas y diplomáticas, sino también ambientales y de salud pública.

La cooperación en asuntos de salud pública entre ambas naciones tiene una larga historia. Ésta dio inicio de manera formal con la organización de la primera Conferencia Sanitaria Panamericana en 1901. La relación se fortaleció con el establecimiento en 1942 de un centro de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud para la frontera México-Estados Unidos en El Paso, Texas; su objetivo era prestar apoyo en salud pública a las autoridades sanitarias locales y estatales en ambos lados de la frontera. Un hito adicional lo marcó la creación de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos en el

año 2000, con el propósito de generar un espacio de diálogo binacional en el que se discutan los diversos temas relacionados con la salud pública en la frontera que estos países comparten.

En el siglo XX la agenda en la materia se concentró sobre todo en las medidas para controlar la diseminación de enfermedades infecciosas en los puertos, las fronteras y otras áreas de intensa actividad económica. Sin embargo, poco a poco, la cooperación en salud pública se fue ampliando para cubrir más temas. Hoy la agenda de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos incluye acciones relacionadas con obesidad, diabetes e hipertensión, cáncer cérvicouterino y de mama, VIH/sida, salud materno-infantil y vacunación, entre otros.

Unos de los instrumentos más innovadores de esta cooperación internacional han sido las llamadas Semanas Binacionales de Salud, que recientemente se convirtieron en el Mes de la Salud Fronteriza. En octubre de cada año, diversas agencias gubernamentales federales, estatales y locales, así como decenas de organizaciones de la sociedad civil y miles de voluntarios se reúnen en varias ciudades mexicanas y estadounidenses para llevar a cabo talleres de promoción de la salud, sesiones de actividad física, foros académicos, campañas de vacunación y tamizajes clínicos, entre otras actividades.

Como se mencionó, los actos de terrorismo de principios del siglo y la epidemia de SARS de 2003 crearon una mayor conciencia acerca de la necesi-



dad de fortalecer esta cooperación. Después de la catástrofe de las Torres Gemelas, se temía que la frontera se convirtiera en una puerta de entrada para los asaltos terroristas, lo cual motivó el fortalecimiento de las relaciones en torno a la seguridad entre estos dos países, que se expresó, entre otras cosas, en la invitación a México a sumarse a la Iniciativa de Seguridad en Salud Global (GHSI, por sus siglas en inglés), en la que participan los ministros de salud del G7 (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido), así como representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea.

En su primera reunión, realizada en Ottawa en noviembre de 2001, los ministros de salud de este grupo acordaron colaborar para proteger la salud pública y la seguridad de manera global al garantizar el acceso a vacunas y antibióticos; apoyar el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la OMS; compartir sus respectivos planes de preparación y respuesta frente a diversas contingencias; utilizar un lenguaje común para la comunicación de riesgos; mejorar la relación entre los laboratorios de salud pública de los países del grupo, e intercambiar información sobre salud pública y contaminación de fuentes de agua y alimentos. En su tercera reunión, que se llevó a cabo en la Ciudad de México en diciembre de 2002, se acordó también incluir en la agenda del grupo el tema de la influenza pandémica.

Entre las primeras medidas específicas tomadas por el GHSI se cuentan la conformación de grupos de trabajo que consolidaron la relación de los ministerios de salud de todos los países involucrados y la creación de reservas estratégicas de vacunas, antibióticos y antivirales. La relación entre México y Estados Unidos, en particular, se robusteció al formalizarse las comunicaciones diarias entre el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica de México, y fortalecerse, con el apoyo del gobierno estadounidense, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública de México. Estas acciones e inversiones ayudaron a mejorar la vigilancia y la capacidad de respuesta epidemiológicas en general y no solamente con fines antiterroristas.



Cabe destacar que, en la década pasada, el gobierno de Estados Unidos invirtió alrededor de tres billones de dólares en el fortalecimiento de su seguridad. Una parte de estos recursos se destinó a mejorar su Reserva Estratégica Nacional y fortalecer el Sistema de Intercambio de Información del CDC y su red de más de 150 laboratorios, que funcionan ya como centros de referencia también para México. Este sistema de vigilancia y respuesta mostró algunas fallas cuando se puso a prueba con el huracán Katrina, pero más adelante respondió muy bien durante la pandemia de influenza H1N1 en 2009, contingencia en la que se trabajó de manera estrecha y coordinada con los gobiernos de México y de Canadá. De hecho, la colaboración de las autoridades sanitarias mexicanas con el Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá y con los laboratorios del CDC permitió identificar al virus responsable de dicha pandemia e implementar las medidas que permitieron su control.

En resumen, podemos señalar que el proceso de integración comercial y las crisis epidémicas y terroristas que se produjeron en la década pasada ayudaron a consolidar la cooperación entre México y



Estados Unidos para beneficio de la salud pública, el bienestar económico y la seguridad de las poblaciones de la región.

Intercambio de servicios personales de salud entre México y Estados Unidos

Otra área importante de la cooperación entre ambas naciones ha sido el intercambio de servicios personales de salud, que puede darse de cuatro formas: 1) el intercambio transfronterizo de servicios; 2) la presencia comercial; 3) el movimiento de proveedores, y 4) el movimiento de consumidores. Todas éstas se han extendido en las últimas décadas en América del Norte. Sin embargo, todavía persisten diversos retos que es necesario atender para poder garantizar el acceso universal a los servicios integrales de salud de calidad con protección financiera para todos los habitantes de la región.

El intercambio transfronterizo de servicios supone el movimiento de procedimientos, diagnósticos y planes terapéuticos a través de las fronteras. Esta forma de intercambio ha tenido un extraordinario crecimiento como resultado del desarrollo explosivo de la llamada telemedicina. En 2015, su mercado global alcanzó 23 224 millones de dólares y se espera que supere los 66 000 millones de dólares en 2021 (Mordor Intelligence, 2017). Las áreas de mayor crecimiento han sido la telerradiología, la telecardiología, la telepsiquiatría y la telepatología (PRNewswire, 2017). Varias firmas estadounidenses y los hospitales más importantes de ese país, como el Massachusetts General Hospital, la Mayo Clinic y la Cleveland Clinic, están exportando de manera regular servicios de telemedicina a diversas partes del mundo, incluido México. Este intercambio puede ampliar el acceso en nuestro país a servicios altamente especializados y, con esa medida, contribuir a mejorar la oportunidad y calidad de la atención. El principal desafío es el control regulatorio de la oferta de aquellos servicios que no son costoefectivos.

La presencia comercial, que implica el establecimiento de unidades de atención a la salud en otros países, también está creciendo en América del Norte como resultado tanto del proceso de integración



comercial como de las expectativas de crecimiento de la movilidad transfronteriza de consumidores de servicios de salud en todo el mundo. El grupo estadounidense CHRISTUS cuenta con siete hospitales en México y el grupo CIMA tiene dos más. Varios de estos hospitales ya han sido certificados por la Joint Commission International, una organización que se encarga de verificar y certificar que las unidades de atención a la salud cumplan con rigurosos estándares de seguridad y calidad, lo que les otorga una importante ventaja competitiva. Estas unidades están dirigidas sobre todo al mercado mexicano, pero también están aprovechando la creciente utilización de sus servicios por consumidores de otros países, sobre todo provenientes de Estados Unidos.

El establecimiento de centros hospitalarios financiados con capital estadounidense favorece la inversión y el empleo, además de que amplía el acceso a la tecnología médica de punta, por lo que se fortalece la infraestructura en salud de México. No obstante, los principales riesgos de esta presencia comercial son el aumento de los costos de la atención y el posible uso irracional de la tecnología que se importa.

Por otra parte, el movimiento de proveedores (médicos y enfermeras) a través de las fronteras también se ha convertido en un evento común. En Estados Unidos los médicos extranjeros suelen incorporarse al sistema de salud mediante los programas de especialidad clínica. Las enfermeras, por su parte, responden más bien a una demanda directa del mercado laboral. El enorme déficit de enfermeras en Estados Unidos, sobre todo en los lugares con una amplia población hispana, incrementó recientemente la demanda por contar con enfermeras mexicanas. Este proceso se facilitó con la oferta de visas de trabajo especiales para las enfermeras mexicanas calificadas que ofreció el gobierno estadounidense hasta 2016. Sin embargo, estas visas fueron suspendidas por un periodo de seis meses a partir del 1 de abril de 2017 y la administración del presidente Donald Trump exige ahora a las enfermeras mexicanas visas H-1B, destinadas a ocupaciones especializadas.

Las ventajas del movimiento transfronterizo de prestadores de servicios en el área de la salud son obvias. Esta migración ofrece a los trabajadores mejores perspectivas profesionales y laborales, y para México representa una fuente adicional de divisas en forma de remesas. Por su parte, Estados Unidos se beneficia porque con ello se atenúa el enorme déficit de enfermeras y se amplían sus posibilidades de atender las necesidades de salud de su creciente población hispana con personal culturalmente ca-



pacitado para esa tarea. Sin embargo, también hay riesgos. Este flujo de enfermeras puede constituir un desincentivo para fortalecer los programas de formación de enfermeras en Estados Unidos y promover la fuga de enfermeras mexicanas capacitadas.

Finalmente, el movimiento de consumidores de servicios de salud también se ha intensificado en América del Norte. La población mexicana de altos ingresos utiliza con frecuencia los servicios de diversos centros médicos en Estados Unidos. Por su parte, los estadounidenses también están viajando a México en busca de servicios de salud; su número se estima entre 200 000 y un millón al año (Patients Beyond Borders, 2017).

Por ejemplo, los residentes de las ciudades fronterizas estadounidenses cruzan a México en busca de prestadores de servicios de salud hispanoparlantes y que sean menos costosos, en particular, servicios dentales y oftalmológicos, que por lo general no cubren sus seguros médicos. También los estadounidenses no asegurados o con coberturas limitadas viajan a México para recibir servicios que en su país son mucho más caros. Un remplazo de cadera cuesta, en promedio, 28 000 dólares en Estados Unidos, contra sólo 10 000 dólares en México (Health Tourism, 2016). La población estadounidense también está viajando al sur de la frontera en busca de cirugías y tratamientos estéticos: un *face lift* cuesta, en promedio, 18 000 dólares en Estados Unidos y 4 000 dólares en México. La población estadounidense además suele trasladarse a ciertas ciudades fronterizas mexicanas para acceder a intervenciones que por razones regulatorias no están disponibles en su país, como los tratamientos no convencionales para diversos tipos de cáncer.

Adicionalmente, el nicho más interesante en lo que se refiere al movimiento transfronterizo de consumidores de servicios de salud es el de los jubilados estadounidenses. Se calcula que en México reside un millón de estadounidenses y esta cifra podría incrementarse a cinco millones en 2025 (Van Ostrand, 2016). El grueso de esta población cuenta con la cobertura del seguro público para adultos mayores denominado Medicare; no obstante, éste no cubre los gastos médicos en los que incurren sus



afiliados fuera de Estados Unidos. Diversas encuestas han mostrado consistentemente que los jubilados estadounidenses que viven en México estarían dispuestos a utilizar los servicios de salud locales de manera regular si Medicare cubriera estos gastos. Sin embargo, hay una poderosa resistencia a la expansión de este seguro para cubrir los servicios proporcionados en México, encabezada por la American Medical Association y la American Hospital Association, que piensan que esta medida promovería la expansión de la cobertura de Medicare a lugares en donde los costos de atención son mucho más bajos que en Estados Unidos. En respuesta a esta resistencia, diversas organizaciones de jubilados han estado presionando al Congreso estadounidense para extender la cobertura en el extranjero.

Pero el mayor desafío en materia del movimiento transfronterizo de consumidores de atención a la salud en América del Norte está en ampliar el acceso a los servicios integrales de salud con protección financiera para los más de seis millones de mexicanos indocumentados que residen en Estados Unidos y no están asegurados. Una alternativa para sus familias en México es la afiliación al Seguro Popular, por lo que también se ha discutido en distintos foros la posibilidad de crear un seguro de salud binacional cuyos servicios podrían proveerlos las redes de servicios privados no lucrativos en Estados Unidos y el Seguro Popular en México. Esta última posibilidad hoy parece remota dada la resistencia del nuevo

gobierno estadounidense a ofrecer cualquier tipo de apoyo a los inmigrantes indocumentados.

Conclusiones

Los gobiernos de todo el mundo enfrentan el reto de cooperar con otras naciones para atender los riesgos en salud asociados a la globalización. Los países de América del Norte no han sido la excepción. El creciente flujo de personas, bienes y servicios en esta región ha aumentado el peligro de brotes de enfermedades infecciosas y el surgimiento de desastres naturales, además de los provocados por la especie humana. Los dos mejores ejemplos recientes son los ataques terroristas de septiembre de 2001 y la pandemia de influenza H1N1. La acción de los gobiernos de México y Estados Unidos ante estas contingencias no se hizo esperar. Los sistemas de vigilancia y respuesta epidemiológicos se fortalecieron en ambos lados de la frontera y el intercambio regular de información en todos los ámbitos se robusteció.

Los resultados de estas medidas han sido muy alentadores. Ahora, la tarea en el mediano plazo es consolidar este proceso de cooperación con miras a crear un sistema regional de salud pública capaz de anticipar, prevenir y controlar cualquier amenaza a la salud y a la seguridad de las poblaciones de América del Norte.

En lo que se refiere a los servicios personales de salud, el intercambio puede generar enormes bene-



ficios en materia de salud y económica; pero este potencial debe analizarse atendiendo a las posibles mejoras en el costo, la calidad y la cobertura de los servicios de salud en la región.

En términos generales, el desafío que enfrentan México y Estados Unidos es la consolidación de un sistema de salud regional que garantice lo que se denomina seguridad en salud, la cual comprende la atención de tres tipos de riesgos que afectan a los individuos y las poblaciones: los riesgos epidemiológicos asociados a los brotes de enfermedades, desastres naturales y actos bioterroristas; los riesgos asociados a una mala calidad de los servicios de salud; y los riesgos financieros derivados del pago por la atención a la salud.

Julio Frenk Mora

Universidad de Miami.
president@miami.edu

Octavio Gómez Dantés

Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud
del Instituto Nacional de Salud Pública.
ocogomez@yahoo.com

Lecturas recomendadas

Frenk, J., O. Gómez-Dantés, C. Cruz, F. Chacón, P. Hernández y P. Freeman (1994), “Consequences of the North American Free Trade Agreement for health services: A perspective from Mexico”, *American Journal of Public Health*, 84(10):1591-1597.

Health Tourism (2016), “Medical tourism to Mexico”. Disponible en: <<https://www.health-tourism.com/medical-tourism-mexico>>. Consultado el 28 de abril de 2017.

Mordor Intelligence (2017), “Telemedicine market – Global trends, analysis and forecasts to 2022”. Disponible en: <<https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/global-telemedicine-market-industry?gclid=Cj0KEQjwrYbIBRCgnY-OluOk89EBEiQAZER58tucuGiZwULCnIlyeyswFICm-Jsb9Jr46TtxoA1T9IJlaAr6I8P8HAQ>>. Consultado el 27 de abril de 2017.

Patients Beyond Borders (2017), “Mexico”. Disponible en: <<http://www.patientsbeyondborders.com/mexico>>. Consultado el 28 de abril de 2017.

PRNewswire (2017), “Global Telemedicine Market – Industry analysis, size, growth, trends and forecast to 2021”. Disponible en: <<http://www.prnewswire.com/news-releases/global-telemedicine-market-industry-analysis-size-share-growth-trends-and-forecast-to-2021-300403805.html>>. Consultado el 27 de abril de 2017.

Van Ostrand, M (2016), “How Mexico will attract 5 million U.S. retirees”. Disponible en: <<http://www.mexconnect.com/articles/3638-how-mexico-will-attract-5-million-u-s-retirees>>. Consultado el 25 de abril de 2017.