

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMPETITIVIDAD INTERNACIONAL: CLÍNICA
DE ATENCIÓN AL CÁNCER DE GRAN RENOMBRE EN LA CIUDAD DE
TIJUANA, B.C., MÉXICO.

Línea de investigación:

ESTUDIOS SOBRE COMPETITIVIDAD

Alumno:

MORENO SANTOS JESUS RICARDO

Mat. 01201378

CVU: 817649

Para obtener el grado de:

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN

A mis padres, por su ejemplo, tenacidad y enorme fe.

A Érika y Rebeca, pilares centrales de mi vida.

Calor de mi hogar, razón de mis esfuerzos.

A todos los que han desfilado por mi vida y han dejado marcada en mí la huella de su caminar.

Presentes, Abraham Reyes; y distantes, Arturo De Hoyos.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las páginas que se llenarían con los nombres de aquellos que han hecho posible este proyecto de vida, más que de investigación, y con quienes estoy profunda y plenamente agradecido; no obstante, deseo dedicar este espacio para nombrar de manera especial a:

Mi directora y codirectora de trabajo terminal, Dra. Nancy Imelda Montero Delgado y Dra. Blanca Estela Bernal Escoto, por su inagotable paciencia e invaluable compañía, de quienes además de conocimiento he recibido amistad.

Mis compañeros de generación: Rocío, Maritza, Alba, Rebeca, Jessica, Cristina y Yirandy; que con su ejemplo, esmeros y sacrificios, enriquecieron enormemente esta experiencia irrepetible

.

A mis maestros de posgrado, que dedicaron horas de enseñanza dentro y fuera del aula.

A mi querida esposa, Erika Reyes, que ha sido una fuente continua de inspiración y motivación.

Finalmente deseo agradecer a Dios, de donde emana todo lo bueno y de valor eterno, aquello que trasciende grados, niveles y estatus, y a Quien además ruego que me permita continuar mi progreso, con la única mira de sostener a mi familia, vestir al desnudo, alimentar al hambriento y suministrar auxilio al enfermo y al afligido.

Todos responsables de endulzar la travesía y ayudarme a disfrutar como nadie del proceso que ahora concluye.

A todos, gracias totales.

ÍNDICE

Lista de acrónimos	6
Relación de tablas, figuras y gráficas	7
Resumen, abstract	8
I. Introducción	9
II. Generalidades del proyecto	11
2.1 Justificación	12
2.1.1 Aportación práctica	12
2.1.2 Valor teórico	13
2.1.3 Aportación socioeconómica	13
2.1.4 Aporte metodológico	14
2.2 Problemática	14
2.3 Alcance	14
2.4 Objetivo general y específicos	14
2.4.1 Objetivo general	14
2.4.2 Objetivos específicos	15
III. Marco teórico y contextual	15
3.1 Origen y evolución del concepto competitividad como materia de estudio	15
3.1.1 El modelo de las cinco fuerzas de Porter	18
3.1.2 Los aportes de Bueno al modelo de las cinco fuerzas de Porter	20
3.1.3 La cadena de valor de Porter	22
3.1.4 Teorías de las disciplinas de valor de Treacy y Wierzema	23
3.1.5 El modelo de Océanos azules de Chan Kim y Renée Mauborgne	25
3.1.6 Modelo de competitividad de Kurb-Prokopenko	28
3.1.7 Modelo de competitividad sistémica	29
3.2 Concepto actual de competitividad	31
3.3 El turismo actual en el mundo	33
3.4 El turismo médico o de salud	36
3.5 El turismo médico en el mundo	37
3.6 El turismo médico en México	40
3.7 El turismo médico en el estado de Baja California	44
3.8 En turismo médico en el municipio de Tijuana	45
3.9 Indicadores demográficos y de salud en Baja California y Tijuana	46
IV. Metodología	48
4.1 Definición del proyecto	49
4.1.1 Congruencia del planteamiento del estudio de caso	49
4.1.2 Determinación de las variables	51
4.1.3 Definición de las variables	53
4.1.3.1 Factores duros	53
4.1.3.1.1 Producto	53

4.1.3.1.2	Planta y equipo	53
4.1.3.1.3	Tecnología	54
4.1.3.2	Factores blandos o suaves	54
4.1.3.2.1	Personas	54
4.1.3.2.2	Organización y sistemas	55
4.1.3.2.3	Métodos de trabajo	55
V.	Resultados de la investigación	56
VI.	Conclusiones y recomendaciones	62
	Referencias	66
	Anexos	73

LISTA DE ACRÓNIMOS

AGCS	Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios
MTA	Asociación de Turismo Médico
B.C.	Baja California
CIINU	Centro de Información de las Naciones Unidas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COTUCO	Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
WEF	Foro Económico Mundial
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IHRSA	International Health, Racquet & Sportsclub Association
MTI	Medical Tourism Index
OMS	Organización Mundial de Salud
OMT	Organización Mundial de Turismo
SPSS	Package for the Social Sciences (Microsoft)
RAE	Real Academia de la Lengua Española
SEDETI	Secretaría de Desarrollo Económico de Tijuana
SE	Secretaría de Economía
SECTUR	Secretaría de Turismo
SMEO	Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte

RELACIÓN DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICAS

Tabla 1.	Principales teorías económicas del comercio exterior.
Tabla 2.	Definición de competitividad de acuerdo a diversos autores
Tabla 3.	Cuota de participación en el mercado de turismo mundial por región.
Tabla 4.	Comparativo del mercado mexicano de servicios médicos, con respecto a otras economías importantes del mundo.
Tabla 5.	Evolución del valor del turismo de salud en México 2006-2011.
Tabla 6.	Perfil étnico del turismo médico y de salud en el Estado de Baja California, 2013.
Tabla 7.	Matriz de congruencia del caso de estudio.
Tabla 8.	Relación entre el propósito, objeto, sujeto, y espacio temporal y espacial de la idea central del proyecto de estudio de caso.
Figura 1.	El diamante de Porter.
Figura 2.	Aportes de Bueno al modelo de las cinco fuerzas de Porter.
Figura 3.	Cadena de valor de Porter.
Figura 4.	Las disciplinas de valor de Michael Treacy y Fred Wiersema.
Figura 5.	Estrategia de océanos azules en contraste con la estrategia de océanos rojos.
Figura 6.	Modelo de competitividad de Kurb-Prokopenko
Figura 7.	Modelo de competitividad sistémica.
Figura 8.	Evolución de la competitividad comparada al panorama económico mundial.
Figura 9.	Clústers de servicios médicos en México
Figura 10.	Relación coherente entre los objetivos específicos y las preguntas de investigación.
Figura 11.	Modelo adaptado de Kurb-Prokopenko.
Gráfica 1.	Satisfacción en el servicio.

RESUMEN

Cuando se compara con el resto de las áreas de la medicina, el sector oncológico ha recibido pocos beneficios como resultado de las políticas de incentivo al clúster de servicios médicos. Esto se debe en parte a la falta de integración que existe entre los oncólogos y otros prestadores de servicios, tales como hoteles y medios de transporte. Se observa, además, que el perfil de los pacientes de oncología es diferente al de aquellos cuyos tratamientos son preventivos y de estética.

Con una metodología cualitativa sobre una muestra de médicos y pacientes, el estudio contribuye a crear un marco que facilite la oportuna toma de decisiones, sirviendo de base para el desarrollo de estrategias competitivas de las unidades de negocios involucradas en este sector; y, al mismo tiempo, hace visibles los elementos que incentivan a los extranjeros a cruzar la frontera mexicana, para atenderse fuera de su propio país.

ABSTRACT

When compared to the rest of the areas of medicine, the oncological area has received but a few benefits as a result of the policies of incentives to the cluster of medical services. This is partly due to the lack of existing integration between oncologists and other service providers, such as hotels and transportation. It is also observed that the profile of oncology patients differs from those whose treatments are merely preventive and aesthetic.

With a qualitative methodology, based on a sample of physicians and patients, this study contributes to the construction of a framework whose main objective is to facilitate timely decision making, serving also as a basis for the development of competitive strategies; and, at the same time, it provides a new insight and understanding of those elements that encourage foreigners to cross the Mexican border in order to receive oncological treatment outside of their home country.

I. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo con Fuentes (2002), la esencia de la competitividad puede resumirse en una serie de cuestiones aún sin resolver, mismas que se han convertido en motivantes para el planteamiento de nuevos trabajos de investigación en el campo de la administración estratégica. ¿Qué es competitividad? ¿Cuáles son los factores que la componen y cuáles son determinantes? ¿La competitividad debe medirse o determinarse? ¿Se puede ganar, mejorar o perder? ¿Qué vuelve competitiva a una empresa con respecto a sus rivales?

En concordancia con el planteamiento de dicho autor, la presente investigación tiene como objetivo dar respuesta a algunas de las cuestiones previamente mencionadas, específicamente de aquellas relacionadas con la búsqueda de los factores determinantes de la competitividad en el área de la salud. Mediante un método cualitativo, descriptivo y trasversal en el presente estudio de caso se analizan los factores que han sido determinantes para el desarrollo competitivo de una clínica oncológica ubicada en la ciudad de Tijuana, Baja California, México, cuyos servicios han sido de particular interés para pacientes extranjeros que, teniendo oportunidad de recibir atención en su país de origen, deciden cruzar la frontera hacia México y atenderse en la ciudad de Tijuana.

La afluencia de pacientes extranjeros que viajan a la ciudad de Tijuana con el fin de hacer uso de los servicios de salud ha registrado incrementos históricos en la última década. Los tratamientos dentales, ginecológicos y de cirugías estéticas y bariátricas han sido los principales beneficiarios de dicho auge. Este fenómeno puede ser comprendido en parte debido a que los prestadores de servicios en estas áreas de la salud han sido capaces de formar alianzas estratégicas con los otros actores de la industria, aprovechar las políticas de desarrollo implementadas por el gobierno en los tres niveles y ejercer estrategias competitivas relacionadas al aprovechamiento de oportunidades externas, siendo el ejemplo más claro el poder de paridad cambiaria de la moneda nacional respecto al dólar y el aprovechamiento de las pólizas de seguros de gastos médicos mayores obtenidas en el país de origen de los pacientes.

Sin embargo, al igual que con los pacientes de las disciplinas médicas antes mencionadas, se ha observado también una tendencia creciente en la cantidad de personas que cruzan la frontera con el fin de recibir tratamientos oncológicos en Tijuana, un padecimiento cuyas características distan mucho de aquellos cuyos efectos son principalmente estéticos. El presente proyecto de investigación surge a partir de la falta de información que existe respecto a los factores que han

sido determinantes para que este tipo de pacientes decida cruzar la frontera para ser atendidos en un país cuyo avance tecnológico en la medicina no es comparable con el de Estados Unidos, de donde proviene la mayoría de los pacientes. El presente estudio se ha desarrollado con la finalidad de ofrecer un acercamiento a una realidad compleja y poco entendida, pero que existe y se desarrolla.

Para la obtención de los datos de los usuarios del servicio de oncología se diseñó una encuesta compuesta de siete secciones relacionadas con la competitividad. Las encuestas fueron acompañadas por una serie de entrevistas a profundidad a oncólogos especialistas de gran renombre en la ciudad, cuya experiencia y aportes al campo de la oncología les constituye como autoridad en la materia; así como a algunos pacientes de una clínica de atención a cáncer de gran renombre en la ciudad, cuya opinión ayudó a fortalecer los resultados expuestos.

Los resultados reflejan que, no obstante la falta de integración de los prestadores de servicios oncológicos de la ciudad, los pacientes consideran que los tratamientos ofrecidos en Tijuana son competitivos debido a factores de naturaleza cualitativa que tienen poco o nada que ver con el tipo de cambio, los atractivos turísticos de la región y las pólizas de seguros de gastos médicos mayores.

Fueron muchas las limitaciones enfrentadas para el desarrollo del estudio, siendo quizá la más importante el alto grado de hermetismo presente entre aquellos que ofrecen el servicio, así como la falta de información de fuentes oficiales respecto a la realidad observada, que es por demás interesante. Se considera por lo tanto, que el mayor valor de la investigación radica en la capacidad que tiene de ofrecer una idea clara respecto a cuáles son los factores que los pacientes consideran de mayor valor y que se convierten en aspectos determinantes en su decisión de cruzar la frontera para recibir tratamientos en México. Es pues el mayor aporte el ofrecimiento de información metodológicamente correcta para la toma de decisiones oportunas, así como para el desarrollo de estrategias específicas que detonen el potencial implícito en este complejo fenómeno.

II. GENERALIDADES DEL PROYECTO.

La política de Desarrollo Empresarial de Baja California establece el impulso de clúster como una estrategia para generar ventajas competitivas integrales, a fin de explotar el potencial geoeconómico de los actores empresariales de la región. De acuerdo con Fuentes (2002), Michael Porter define al clúster como una herramienta competitiva, siendo éstos una concentración de empresas e instituciones interconectadas en un campo particular para la competencia; pudiéndose observar en el mundo una gran variedad de clústers, de acuerdo al número de industrias que participen en ellos.

El clúster de servicios médicos de Baja California, es una colaboración conjunta de la industria médica y de la industria de turismo, y más recientemente de la industria gastronómica; el cual, a través de un concepto denominado “turismo médico”, ofrece la posibilidad de brindar servicios médicos de alto nivel a los visitantes, a la vez que estos, en calidad de pacientes-turistas se hospedan en excelentes hoteles y disfrutan de los atractivos de la región.

La sinergia creada por los diferentes actores que conforman el clúster Estatal de servicios médicos ha generado un crecimiento sostenido del ramo, que en los últimos quince años se promedia entre el 10 y 12% anual, de acuerdo con datos de la Secretaría de Turismo de Baja California (2017). Durante el mismo año, la ciudad de Tijuana fue destino del 60% de los turistas con fines médicos.

El crecimiento apabullante de las actividades médicas en la región ha generado una demanda que supera, por mucho, la capacidad ofertada. A fin de aprovechar el mercado desatendido, muchos médicos-empresarios, así como grandes cadenas hospitalarias, han iniciado recientemente proyectos de inversión enfocados netamente en el área de la salud. Aunque se ha detectado que las principales inversiones se destinan a consultorios dentales, cirugías bariátricas y cirugías plásticas (Observatorio Turístico de Baja California, 2016), el crecimiento de consultorios dedicados a la atención oncológica recientemente ha llamado la atención.

En entrevista privada, el Dr. Homero Fuentes de la Peña, oncólogo integrante del Consejo Nacional para diagnóstico y tratamiento del Cáncer de mama en México; fundador y primer gobernador del Capítulo Baja California de la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos (SMEO), 1996-1998; observa que el incremento de la oferta de servicios oncológicos tiene una

relación negativa con la calidad de los servicios ofrecidos, dando como resultado un crecimiento exponencial en la cantidad de pacientes atendidos al año, a costa de un lamentable deterioro de la calidad en las buenas prácticas de la medicina.

El crecimiento en la demanda de servicios de oncología y la incapacidad del sistema de salud convencional, ya sea público o privado, para atenderla ha derivado en la proliferación de clínicas y consultorios de tratamientos *alternativos*. En diversas publicaciones recientes se ha preferido cambiar el término de *alternativo* a *complementario*, con el fin de dar a entender que tanto la medicina complementaria (antes alternativa) como la medicina científica (basada completamente en evidencia científica) no son estrictamente excluyentes.

Así pues, se define a la medicina complementaria como todas aquellas prácticas y recursos de curación acompañadas de sus respectivas teorías y creencias, que no son intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad o cultura en un periodo histórico determinado (John Wiley & Sons, 2007). Para la Organización Mundial de Salud (OMS, 2015) el término “medicina complementaria” responde a una clasificación aplicable solamente en países donde no existe una integración entre el sistema de salud convencional y el alternativo. Dicha organización prefiere entonces el uso del término de medicina *tradicional*, mayormente aplicable a diversas formas de medicina autóctona no sistemática.

1.1 JUSTIFICACIÓN.

La ciudad de Tijuana se ha convertido, en los últimos años, en un atrayente importante de visitantes extranjeros que buscan tratamientos médicos; especialmente oncológicos. De acuerdo con Óscar Escobedo Carignan (2017), titular de la Secretaría de Turismo de Baja California, se espera que en 2018 Tijuana sea reconocida como la capital Latinoamericana del sector salud. La ubicación geográfica, el tipo de cambio, la compatibilidad de algunos tratamientos ofrecidos en la ciudad con los que los pacientes inician en Estados Unidos; son todos ellos una explicación parcial de por qué el turismo médico ha eclosionado en la ciudad, sin embargo, deben existir otros motivos a nivel microeconómico que contribuyan a la explicación de este fenómeno socio económico.

2.1.1. Aportación práctica.

El análisis de los factores que contribuyen a la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre en el que se lleva a cabo el presente estudio de caso en Tijuana;

servirá de ejemplo que permita la creación de un marco referencial que facilite la oportuna toma de decisiones para dicha organización, en su búsqueda por consolidar una posición competitiva en un entorno cuyas características son cambiantes, complejas y poco estudiadas. Así también sirva de base para el diseño de estrategias competitivas a las demás unidades económicas involucradas en el sector de la salud, específicamente en el tratamiento de padecimientos cancerígenos.

2.1.2. Valor teórico.

Las propuestas presentadas al final del trabajo de investigación serán el resultado directo de una interpretación objetiva de los diferentes factores que intervienen en la competitividad. Al lograr un mejor entendimiento dichos indicadores y cómo estos impactan directamente en la capacidad de atraer y retener con éxito a pacientes en el consultorio objeto de estudio, los usuarios de la información estarán en mejores condiciones de interpretar de manera objetiva el entorno en que se desenvuelven; comprender con mayor claridad los componentes que intervienen en la creación de una unidad de negocio que compita con éxito en este sector; saber cómo posicionarse ante dicho entorno complejo, sin sacrificar calidad del servicio a costa de una mayor cuota de mercado.

2.1.3. Aportación Socioeconómica.

A partir de la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en 1994, se ha dado gran impulso a la movilidad transfronteriza de servicios médicos en la región Tijuana-San Diego (Deloitte Consulting Group, 2017). No obstante, debe hacerse notar que incluso antes de que el TLCAN fuera si quiera pensado, dicho intercambio internacional en la región ya se había desarrollado de manera natural. En 1994 se daba un promedio mensual de 50 mil cruces de frontera de Tijuana a San Diego, y 250 mil de San Diego a Tijuana; cuya finalidad era el consumo de servicios médicos de un país o de otro (UNCTAD/OMS, 1998).

En una encuesta llevada a cabo en 2003 cuyo principal grupo de estudio estuvo conformado por habitantes de la franja fronteriza de los estados de Baja California en México y California en Estados Unidos, demostró que, en ambos sentidos, dicho cruce fronterizo es atravesado en por lo menos 100 mil ocasiones al mes; dichos cruces se encontraron relacionados, de una y otra manera, con aspectos ligados al servicio médico (Terman, 2004).

El presente estudio ayudará a reconocer la propuesta de valor percibida por el usuario extranjero en el servicio local, a fin de generar planes estratégicos para competir de manera efectiva

en el sector oncológico, propiciando una mayor capacidad de brindar un servicio competitivo de manera consciente, con calidad y calidez, sin perder de vista el lado humano del usuario en los procesos operativos. Cabe señalar que el presente proyecto procura hacer un aporte significativo con el afán de abonar a la consolidación de un sector vocacional importante del Estado de Baja California, como lo es el sector de la salud.

2.1.4. Aporte metodológico.

Los resultados logrados en el presente estudio de caso fueron obtenidos a través de la correcta aplicación y seguimiento de las herramienta descritas en el apartado de metodología contenido en el Capítulo IV. El cumplimiento del objetivo general y específicos son evidencia de la efectividad de las herramientas seleccionadas.

2.2. PROBLEMÁTICA.

Las clínicas de tratamiento de cáncer de Tijuana han sido receptores de grandes beneficios del turismo médico de la región. Dado su posicionamiento geográfico estratégico, como vecinos del Estado más acaudalado del país más rico del mundo (González, 2014), grandes cantidades de pacientes norteamericanos –en su mayoría, aunque no exclusivamente– visitan la ciudad fronteriza en busca de tratamientos oncológicos.

Sin embargo, en un mercado cada vez más competido conformarse con las ventajas comparativas, sin desarrollar ventajas competitivas, pronto podría no ser suficiente. La falta de conocimiento integral de los factores que favorecen la competitividad internacional de las clínicas oncológicas de Tijuana ha sido detonante para la ausencia de estrategias claras que consoliden estrategias de competencia, poniendo en peligro la competitividad de estas unidades estratégicas de negocios en un área geográfica privilegiada como lo es la ciudad de Tijuana.

2.3. ALCANCE.

El presente caso de estudio se llevó a cabo en la ciudad de Tijuana, Baja California, México.

2.4. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.

2.4.1. Objetivo General:

“Evaluar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México”

2.4.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.
2. Describir los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.
3. Analizar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.

III. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.

3.1. Origen y evolución del concepto competitividad como materia de estudio.

Cada vez es más común que el término *competitividad* o *competitivo* se emplee en el mundo empresarial como si fuese la unidad de medida estándar para lo aceptable. Sin embargo, como se observará, la competitividad vista desde esa óptica es un campo de estudio relativamente nuevo.

Como ocurre con todos los conceptos de la administración (Nava, 2013), el concepto de competitividad ha evolucionado con el paso del tiempo. La edición de 1988 del diccionario español de economía de Ramón Tamames define la competitividad como un término introducido en los años ochenta que significa habilidad para competir, especialmente en mercados externos (Tamames, 1988). De acuerdo con esta definición y vista desde la perspectiva internacional, la competitividad básicamente se refiere a la habilidad de la empresa para ganar acceso a los mercados extranjeros y mantener o aumentar su participación en ellos (Bougrine, 2001).

De manera que en sus inicios el concepto de competitividad estuvo estrechamente vinculado con el comercio exterior (Burbano, González, Moreno, 2011), por lo que un estudio breve de los aportes realizados por los clásicos de la economía al comercio exterior constituirá a su vez un análisis certero de la evolución gradual de esa característica difusa que más tarde llegaría a conocerse como competitividad.

En la teoría de la dotación de factores, para hacer referencia a la ventaja competitiva es necesario primero entender qué significa la ventaja comparativa. La ventaja comparativa se origina en la dotación de factores de una nación, la cual determina qué bienes o servicios podrán ser

producidos con mayor eficiencia; en este aspecto ninguna empresa participante dentro de la industria tiene ventaja sobre otra. Por otra parte, la ventaja competitiva es creada y apropiada; se desarrolla por las firmas individuales de manera estratégica, haciendo uso de todos los recursos disponibles a su alcance y no se limita a los factores con los que se les haya dotado (Escobar, 2010). La Tabla 1 resume los aportes de las principales teorías económicas al comercio exterior:

Tabla 1.

Principales teorías económicas del comercio exterior.

Teoría	Autor/Autores	Periodo	Aporte
Mercantilismo	Adam Smith	Siglos XVI, XVII y primera mitad del siglo XVIII	Concepto acuñado para describir la política económica que debía seguir Europa. Sus objetivos eran maximizar la riqueza privada y nacional del país, que en ese momento se medía en función de la cantidad de oro y plata que poseían; y fortalecer la economía local a través del incremento en la producción interna y la disminución de importaciones. Era una propuesta de suma cero en donde el superávit de las balanzas comerciales definía al país ganador.
Ventaja absoluta	Adam Smith	Segunda mitad del siglo XVIII	Los países debían concentrarse en aquellas actividades en las que eran más eficientes, a fin de concentrar los recursos en los sectores más redituables. El comercio dejó de ser una estrategia de ganadores y perdedores y se convirtió en una fórmula que garantizaba el mayor bienestar y riqueza para los participantes.
Ventaja comparativa	David Ricardo	Siglo XIX	Los países debían de especializarse en la producción de bienes en los que fuesen más eficientes en comparación de otros países y no solo en aquellos en los que tuviera ventaja absoluta. Se deben exportar los bienes que cueste menos producir e importar los bienes producidos a bajo costo en el extranjero. Se propone que las naciones se beneficien del intercambio comercial.
Teoría de la dotación de factores	Eli Hecksher, Bertil Olin	Heckser, 1919; reformulado por Olin en 1930.	Entendiendo que los factores productivos son tierra, trabajo y capital; si un país tiene una ventaja relativa en un factor, tendrá una ventaja comparativa y competitiva en aquellos bienes que requieran la mayor cantidad de dicho factor para su producción. Por lo tanto, los países deben exportar aquellos bienes cuya producción sea intensiva en el factor en el que el país es abundante, e importar aquellos bienes intensivos en los factores de los que se carezca.

Fuente: Elaboración propia con información de diversos autores.

De acuerdo con lo anterior, el verdadero desafío de la competitividad internacional es la creación de ventajas competitivas a partir de las ventajas comparativas, por medio de las políticas comerciales. Algunos ejemplos clásicos de países altamente competitivos (ventajas competitivas) han sido aquellos menos afortunados en algunos factores de producción (ventajas comparativas),

no obstante, se han convertido en países desarrollados. Tal es el ejemplo de Japón, cuya extensión y suelo son bastante limitados, pero se ha convertido en líder de tecnología (Nishijima, 2009); Suiza que sin producir cacao se ha convertido en exportador de chocolate de excelencia; o Holanda, que sin poseer grandes extensiones de tierra se ha convertido en uno de los mayores exportadores de flores (Merino, 2004).

A partir de los grandes adelantos en las tecnologías de la comunicación y del transporte, los mercados internacionales han estado cada vez más cercanos unos a otros, configurando un hipermercado de competencia física y virtual. La carrera por la subsistencia de las empresas ha dejado de ser la clásica concepción de empresa versus empresa, rivalizando unas con otras de acuerdo con la corriente neoclásica de la ventaja competitiva, construida sobre la premisa de la dotación de factores.

Para algunos autores, el proceso globalizador ha propiciado un caldo de cultivo para el surgimiento de la llamada tercera revolución industrial, en donde el capital intelectual sobresale como el factor estratégico fundamental de la competitividad internacional, cambiando así el paradigma en la manera de hacer negocios del nuevo siglo; desde una era preminentemente industrializada hacia una era del conocimiento y la información. (González, 2012; Roel, 1998)

A mediados del siglo XVIII se llevó a cabo en Inglaterra y el resto del mundo conocido un gran movimiento socioeconómico que puso fin a la era de la economía agrícola. Oropeza (2013) señala que a través de la invención industrial y tecnológica ocurridos en la época reconocida con el término genérico de “la gran revolución industrial”, algunos conceptos como el progreso, la civilización, la demografía, la cultura, entre otros, evolucionaron drásticamente, iniciando una etapa de transformación permanente.

La segunda gran revolución industrial ocurrió con la llegada del internet y otras tecnologías de la comunicación y el transporte, y puso fin a la época de los avances industriales para inaugurar una era de la tecnología digital. Los apabullantes adelantos e innovaciones tecnológicos han dado paso a un fenómeno comparable a la globalización de los mercados, pero ahora en la información. Esta nueva era se ha reconocido como la era del conocimiento y la manufactura, acuñando el término relativamente nuevo de la tercera revolución industrial, en donde el capital intelectual juega un papel protagonista entre los factores de la producción y de la ventaja competitiva. (Villareal, 2008)

3.1.1 El modelo de las cinco fuerzas de Porter.

El mundo de los años ochenta experimentó una de las etapas más críticas de la historia económica del último siglo. Fue una década convulsionante, de cambios y ajustes. Las industrias de Estados Unidos y Europa experimentaban desestabilidad debido a la fricción comercial causada por el ascenso de Japón al grupo de las potencias económicas (Nishijima, 2009); el mercado de combustibles y materias primas atravesaba una terrible desestabilidad de precios debido a los constantes shocks petroleros, convirtiendo además a la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) en un elemento desestabilizador y captador de recursos financieros (Ruiz-Caro, 2001). Esta década se caracterizó por ser el escenario de sucesivas y prolongadas crisis financieras y comerciales, acompañadas de una generalizada contracción económica proporcionalmente comparable a la gran depresión de los años 30's (Schreiber, 1980).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) acuñó la expresión “la década perdida” para referirse a lo ocurrido con la economía de Latinoamérica durante esta misma década; declarando su inicio en agosto de 1982 fecha en la que México hizo formal la moratoria de su deuda externa (Bárcena, 2014). El problema de endeudamiento y falta de capacidad de pago se extendió por toda América Latina, provocado en esencia por el déficit comercial acumulado. Los países latinoamericanos importaban bienes de capital a precios elevados, mientras que exportaban materias primas a precios raquíuticos. Irónicamente las crisis ocurridas en esta década provocaron que el sistema financiero internacional quedar^á a la deriva entre tantos sistemas de financiamiento para el desarrollo (Vargas, 2007).

Se suma al escenario el movimiento neoliberal impulsado por Ronald Reagan en Estados Unidos y Margaret Thatcher en Inglaterra, con el apoyo de las instituciones financieras internacionales: Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de Comercio; quienes promovieron políticas de liberación económica y financiera, desregulación, privatización, apertura de las economías al mercado global, y con todo ello la retirada gradual del Estado; de actor se convirtió en regulador en la dinámica económica.

Los gobiernos y empresas de todo el mundo estaban a punto de iniciar un proceso globalizador sin precedentes. La integración económica gradual introduciría un reto importante para el que las naciones e industrias no estaban del todo preparados. En este nuevo y desconocido contexto las instituciones y las economías debían ajustarse, hacer un cambio de paradigma entre

la relación producción-distribución prevaleciente hasta entonces, hacia los temas macroeconómicos. (Bielschowsky, 2009)

En esta misma década, Michael Porter publicó el libro *Estrategia Competitiva*, estableciendo un precedente importante y oportuno para el estudio de la competitividad. En su libro, Porter (1980) explica que tanto los países como las empresas tienen diversas estrategias competitivas, algunas fáciles de reconocer y otras menos evidentes, y que dichas estrategias deben ser diseñadas en función al entorno en que disputan el mercado. De acuerdo con la lógica de Porter, las opciones estratégicas de una empresa se encuentran acotadas por el entorno, de manera que la empresa reacciona a las condiciones dadas por la industria mediante un diseño organizacional que le permita implementar sus estrategias competitivas. Este enfoque “estructuralista” se basa en el binomio estructura-desempeño de los aspectos económicos de la organización industrial, y era la ideología dominante en la administración de los años ochenta; su análisis se limitaba al estudio del exterior de la empresa. (Benítez, 2012)

En sus libros “Estrategia competitiva” (1980) y “Ventaja competitiva” (1985), Michael Porter hace un análisis de la forma en la que se comporta el mercado y el grado en que este repercute en el diseño de las estrategias competitivas; también ofrece ideas generales de cómo debe funcionar la estructura de la empresa a fin de aplicar efectivamente las estrategias seleccionadas. Porter parte de la premisa de que una empresa debe ser capaz de reaccionar y favorecerse de las fuerzas competitivas del mercado mediante el diseño eficiente de estrategias competitivas y el posicionamiento apropiado en la industria en la que se desenvuelve.

“La finalidad de la estrategia competitiva de una unidad de negocios de una industria determinada,” señaló Porter (2001), “es encontrar una posición en la industria desde la cual la compañía pueda defenderse a sí misma de estas fuerzas competitivas, o bien, pueda influir en ellas a su favor”. Estas fuerzas competitivas, gráficamente representadas en la figura 2 más tarde se dieron a conocer en su conjunto como el diamante de Porter, son: 1) Rivalidad entre empresas existentes, 2) Ingreso potencial de otras empresas, 3) Amenaza de productos sustitutos, 4) Poder de negociación de los clientes, 5) Poder de negociación de los proveedores.

Algunas empresas de ciertos países de Latinoamericanos tomaron en cuenta las aportaciones de Porter, incluso trataron de aplicar su filosofía, sin embargo, como ya lo declarara Porter, una

empresa difícilmente puede alcanzar la competitividad si el sector entero carece de ella. (Porter, 1980).

El modelo Porteriano, cuya representación gráfica puede ser observada en la Figura 1, pronto se descubrió en un mundo de aplicaciones limitadas. David Yoffie (1993), también profesor de la escuela de Negocios de Harvard fue uno de los primeros en señalar que el modelo de Porter estaba muy condicionado y que únicamente podría funcionar si se aplicaba bajo ciertas condiciones de mercado: a) las empresas compiten entre sí y cada una representa una porción pequeña del mercado; b) las barreras de entrada a la industria son mínimas, o nulas en algunos casos; c) la influencia del gobierno en la industria es nula; y d) los principales actores del mercado mundial de exportación se mueven en pos de la producción de mano de obra barata y la alta eficiencia en la producción. Como se observa, en los años ochenta América Latina estaba muy lejos de cumplir con los supuestos que requería el modelo de Porter. (Esser, 1993)

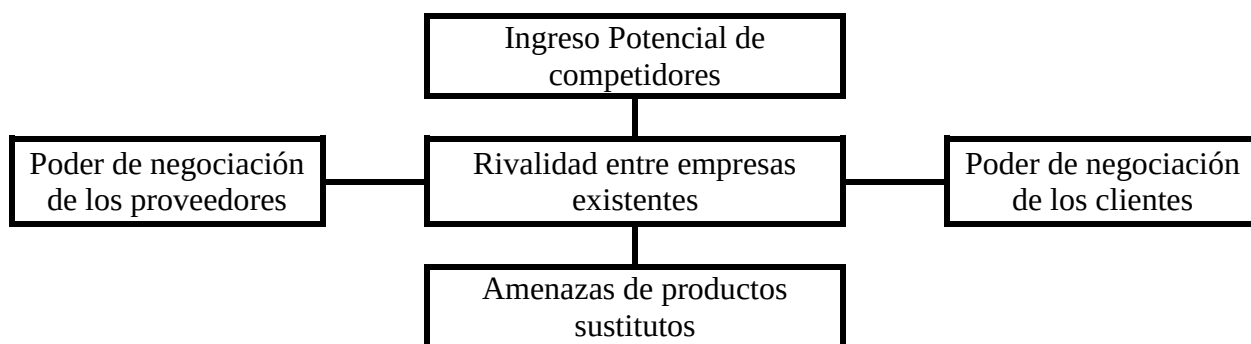


Figura 1. *El diamante de Porter.*
Elaboración propia con información de Porter (1980).

3.1.2 Los aportes de Bueno al modelo de las cinco fuerzas de Porter.

A mediados de la década de los noventa Bueno Campos (1995) hace un aporte a las fuerzas competitivas propuestas por Porter. Propuso un reagrupamiento de las fuerzas argumentando que la estructura del sector industrial es mejor explicada desde la conjunción sinérgica de un total de diez fuerzas competitivas. Introduce además un nuevo componente definido como el poder de negociación de los agentes frontera (Figura 2). Finalmente, Bueno reagrupa las fuerzas

competitivas en tres grandes categorías: 1) Competencia actual, 2) Competencia potencial, y 3) El poder negociador de los agentes frontera.

De acuerdo con Bueno (1995) los agentes frontera deben ser considerada como una dimensión competitiva importante del sector industrial ya que engloba en su conjunto a cinco de las diez fuerzas competitivas: poder negociador de los clientes, poder negociador de los proveedores, poder regulador de las instituciones públicas (representantes del Estado), poder de los propietarios y el poder de los agentes sociales o instituciones representativas del sistema social.

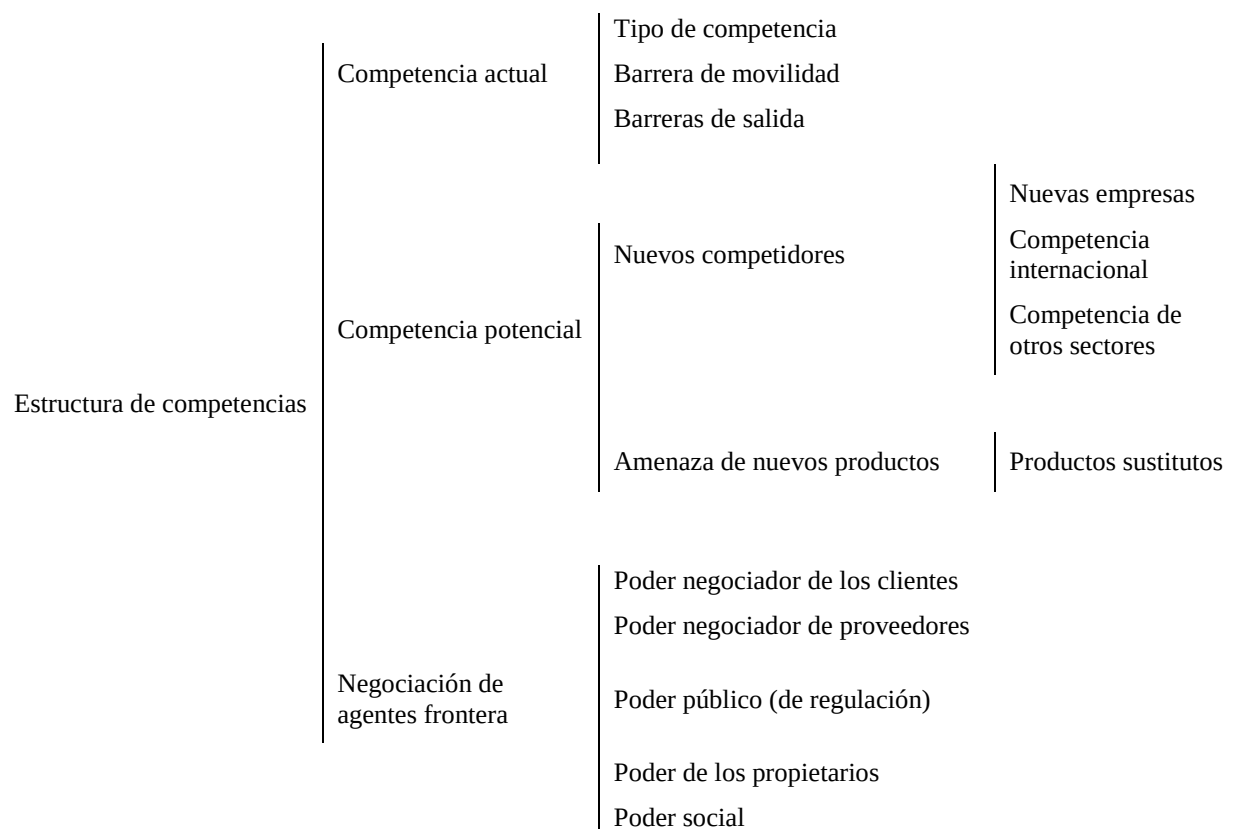


Figura 2. Aportes de Bueno al modelo de las cinco fuerzas de Porter.

Fuente: Elaboración propia con información Rivas.T.A. (2016), “Dirección estratégica. Procesos de la organización en el siglo XXI”. México, Trillas.

Ha de entenderse que los agentes frontera –llamados así por su capacidad de influir desde el exterior al funcionamiento de la actividad empresarial– tiene igual o mayor capacidad de consumir los recursos de la empresa que el enfrentamiento directo con sus competidores (Benítez, 2012), ya que actúan como una influencia recurrente en el comportamiento competitivo de las empresas

(Rivas, 2016). De acuerdo con Rivas Tovar (2016), el modelo de las diez fuerzas de Bueno resulta más comprensivo y generalizable hacia los países latinos; quizá por ser autor de origen español.

3.1.3 La cadena de Valor de Porter.

En 1985 Porter hace un nuevo aporte al tema de la competitividad introduciendo el concepto de “la cadena de valor”. Porter (1985) argumenta que no es posible entender la ventaja competitiva al examinar a la empresa en su conjunto, en su lugar ésta se origina del conjunto de actividades discretas que se ejecutan a lo largo de los procesos, desde el diseño hasta el servicio posventa del producto. La cadena de valor ofrece un análisis sistémico de la relación entre dichas actividades y la manera en la que su desarrollo contribuye a la diferenciación como fuente potencial de ventaja competitiva.

Mientras que el diamante de Porter era criticado por ser un modelo que centra su atención en el ambiente externo de la empresa, se considera que la cadena de valor tal vez sea el mayor aporte del mencionado autor a la metodología de análisis del ambiente interno de las empresas. (Benítez, 2012).

La cadena de valor divide las actividades de la empresa en Actividades Primarias, que son las que desarrollan el producto desde el diseño hasta el servicio pos venta, pasando por logística interna, operaciones, producción, logística externa, ventas y mercadotecnia, servicio pos venta y de mantenimiento. Actividades de Apoyo, Auxiliares o de Soporte a las anteriores, compuestas por soporte al capital humano; investigación, desarrollo y diseño; abastecimiento e infraestructura empresarial (finanzas, contabilidad, calidad, relaciones públicas, legal, gerencia general y responsabilidad social).

La última parte de la cadena de valor es denominada como margen y es la parte que contiene los beneficios generados por la empresa, resumidos a la expresión matemática del valor total menos los costos totales en los que incurrió la empresa en su búsqueda por generar valor. La representación gráfica de la cadena de valor de Porter (Figura 3) es una muestra visual del proceso de transformación de la materia prima (inputs), pasando por los procesos antes mencionados, hasta la salida del producto final (outputs).

La cadena de valor permite visualizar el origen de la diferenciación dentro del intrincado grupo de procesos internos de la empresa, donde cada actividad puede generar valor, desde la

selección de proveedores de calidad, hasta la eficiencia y eficacia en la gestión del servicio al cliente. Las actividades de valor que a veces representan el menor porcentaje en el costo total pueden ser factores cruciales en la diferenciación competitiva de una empresa, así también se puede descubrir que las actividades más costosas son las que menos valor aportan en última instancia. En general se debería buscar que todas las actividades contribuyan en alguna medida a la generación total de valor.

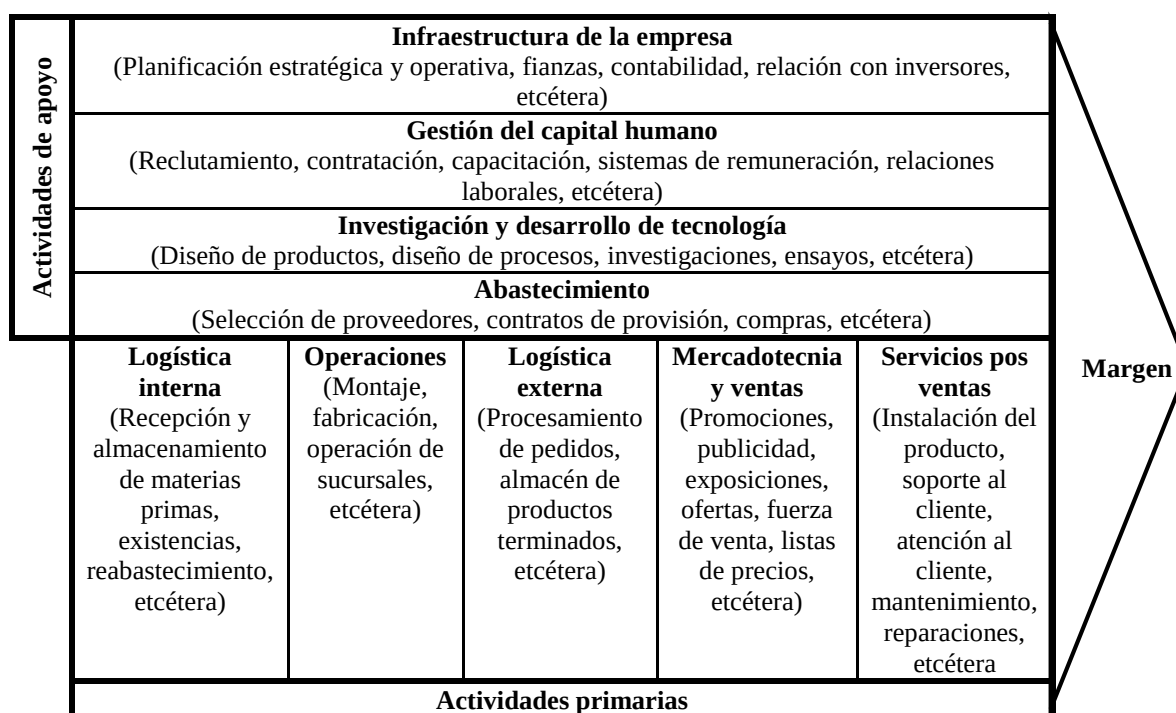


Figura 3. Cadena de Valor de Porter.
Elaboración propia con información de Porter (1985)

3.1.4 Teorías de las disciplinas de valor de Treacy y Wierzema.

Con el auge de teóricos de la competitividad de la década previa, los años noventa continuaron con el dinamismo de enriquecer el nuevo campo de estudio. El mundo parecía estar tomando estabilidad en términos de crecimiento como resultado de las grandes reingenierías, fusiones y adquisiciones aplicadas en los años anteriores (De los Ríos, 2007). La caída del comunismo en Europa Oriental acarrió una época de bonanza para las economías desarrolladas, especialmente Estados Unidos y algunos países de Europa (Aparicio, 2014). La globalización empezaba a

convertirse en una realidad muy próxima. En este contexto aparecen nuevos actores que disputaban segmentos pequeños, pero altamente lucrativos de los mercados: las empresas de tecnología.

El nuevo escenario llevó a Michael Treacy y Fred Wiersema a analizar la razón de la competitividad de estos actores relativamente pequeños, el estudio los llevó a concluir en la teoría de las disciplinas de valor. La esencia de su teoría se enfocó en ofrecer una metodología práctica para las estrategias de diferenciación y segmentación ya propuestas por Porter (Benítez, 2012).

En un artículo publicado en la revista Harvard Business Review, titulado “Customer Intimacy and Other Value Disciplines” (1993), Treacy y Wiersema dieron a conocer por primera vez las tres disciplinas de valor: 1) Excelencia operativa, 2) Intimidad con el cliente, 3) Liderazgo de producto (Figura 4). El artículo, posteriormente convertido en libro, centró sus estudios en empresas de poco tamaño, relativamente jóvenes, que repuntaban en el liderazgo de mercados tradicionalmente liderados por empresas grandes. Concluyeron que estas empresas de nueva generación se habían reducido su campo de acción, en lugar de ampliarlo como lo hacían sus competidores.

En esencia las tres disciplinas de valor se definen:

1. Excelencia operativa: producción de bienes o servicios con la máxima reducción de costos posible. Optimización de procesos productivos y comerciales. Ofrecer al usuario productos de alta calidad al menor precio posible. La excelencia operativa demanda cero defectos. Wal-Mart, McDonalds y Dell son ejemplos de compañías cuya estrategia se centra en esta disciplina (Eichen, 2006).
2. Liderazgo del producto: productos o servicios de calidad, innovadores, con mejoras sistemáticas y obsolescencias programadas, siendo restituidos por productos propios y no de la competencia. Johnson & Johnson e Intel son ejemplos de compañías cuya estrategia se centra en esta disciplina (Eichen, 2006).
3. Intimidad con el cliente: conocer al cliente en profundidad a fin de satisfacer sus expectativas o necesidades, considerarlo como un asociado a largo plazo mediante un servicio que lo fidelice. Target Home Depot, Nordstrom son ejemplos de compañías cuya estrategia se centra en esta disciplina (Eichen, 2006).

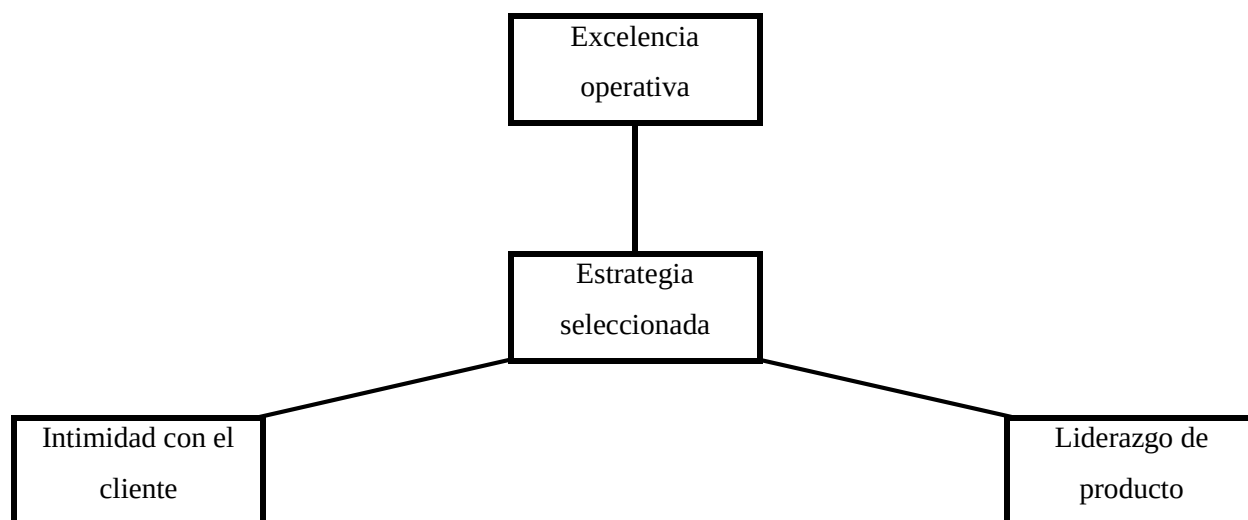


Figura 4. Las disciplinas de valor de Michael Treacy y Fred Wiersema.

Fuente: Elaboración propia con información de: Benítez Cotas, Manuel (2012). “Evolución del Concepto de Competitividad”. Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias, vol. III, núm. 8, enero-junio, 2012, pp. 75-82 Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela.

Los autores sugirieron que en el contexto de los negocios las empresas deben ser eficientes en las tres disciplinas, sin embargo, a fin de competir y diferenciarse eficazmente era necesario seleccionar una de las tres y convertirla en el núcleo de su modelo operativo, sin importar la industria o el sector en el que opera la empresa (Leonard, 1995). La disciplina seleccionada debía moldear las decisiones del día a día de todos los empleados a cualquier nivel de la organización (Eichen, 2006). De acuerdo co Benítez (2012), las disciplinas de Michael Treacy y Fred Wiersema todavía pertenecen al enfoque estructuralista, es decir, consideran que las condiciones de mercado son realidades establecidas e inmutables a las cuales las empresas se deben ajustar.

3.1.5 El modelo de Océanos azules de Chan Kim y Renée Mauborgne.

El nuevo siglo acarreó también nuevos retos para las empresas. La velocidad de cambio gradualmente superó la capacidad de adaptación de las organizaciones robustas; la información disponible empezó dificultar la capitalización de conocimiento; el empeño por lograr la competitividad empresarial no era una simple actividad sino un estado continuo (López, 2014). Para las grandes empresas dejaron de existir los mercados pequeños, las fronteras gradualmente dejaron de representar límites para la expansión.

Este panorama se volvió todavía más complejo con la aparición de otro gigante asiático en el selecto grupo de las potencias económicas: China. Dotada de una colosal mano de obra de bajo costo, pero con un notable aumento de productividad a raíz de sus enormes inversiones en educación y tecnología, la nación China tomó protagonismo en el segundo milenio, después de la acumulación de crecimiento acelerado de dos décadas (Claudio, 2009). En este contexto Chan Kim y Renée Mauborgne introducen el novedoso concepto de los “océanos azules”.

Estudiando el fenómeno de la industria circense, Chan y Renée analizaron la estrategia de Cirque du Soleil. A diferencia de los circos tradicionales Cirque de Soleil ofrecía un espectáculo que combinaba en sí lo mejor del circo y el teatro, eliminando o reduciendo los demás elementos que restaban valor al producto final; en el acto habían inventado una nueva forma de entretenimiento en vivo, notablemente distinta del circo y del teatro como se conocían hasta el momento. Al mismo tiempo, al eliminar los elementos más costosos del circo convencional logró reducir drásticamente sus costos, logrando no solo la diferenciación, sino el liderazgo en costos (Chan & Mauborgne, 2005). Al brindar un concepto cuya utilidad no tiene precedentes Cirque du Soleil creó una estrategia de océano azul.

La estrategia de océano azul es un enfoque innovador en comparación de las propuestas de teóricos anteriores. Impulsa la salida de mercados altamente competidos (océanos rojos), hacia un paraíso de nuevos mercados y productos o servicios innovadores, donde la disputa entre competidores por generar valor para el competidor sea irrelevante o prácticamente nula (océano azul). Toda empresa que migre de un mercado altamente competido hacia uno en donde no se encuentren competidores directos para sus productos o servicios estará migrando de una estrategia de océanos rojos hacia una de océanos azules.

La propuesta de Chan & Mauborgne rompe el paradigma constructivista y entra en una nueva era denominada de estrategia re constructorista, es decir, en lugar de permitir que las condiciones del entorno cuarten la estructura de la empresa, esta debe elaborar estrategias que modifiquen a su entorno. De acuerdo con Montoya (2004), la estrategia re constructorista se apoya en la teoría del crecimiento endógeno sostenida por Schumpeter (1883-1950) que dice que la innovación puede surgir desde el interior de las organizaciones y que su desarrollo depende del empresario creativo; esta idea sostiene que las actividades de los actores individuales pueden alcanzar

suficiente fuerza como para modificar el panorama económico. Para Chan & Mauborgne el pensamiento estructuralista representan un océano rojo.

Benítez (2012) sugiere que la estrategia de océanos azules está basada en la estrategia de la diferenciación, pero en otro sector de actividad económica y con innovación de valor, enriqueciendo la estrategia al combinar los bajos costos y la diversificación en un mercado virgen cuya principal característica es tener cero condiciones. Esta estrategia requiere de una gran capacidad creativa y de adaptación rápida en las empresas, lo que dificulta su implementación en las organizaciones robustas.

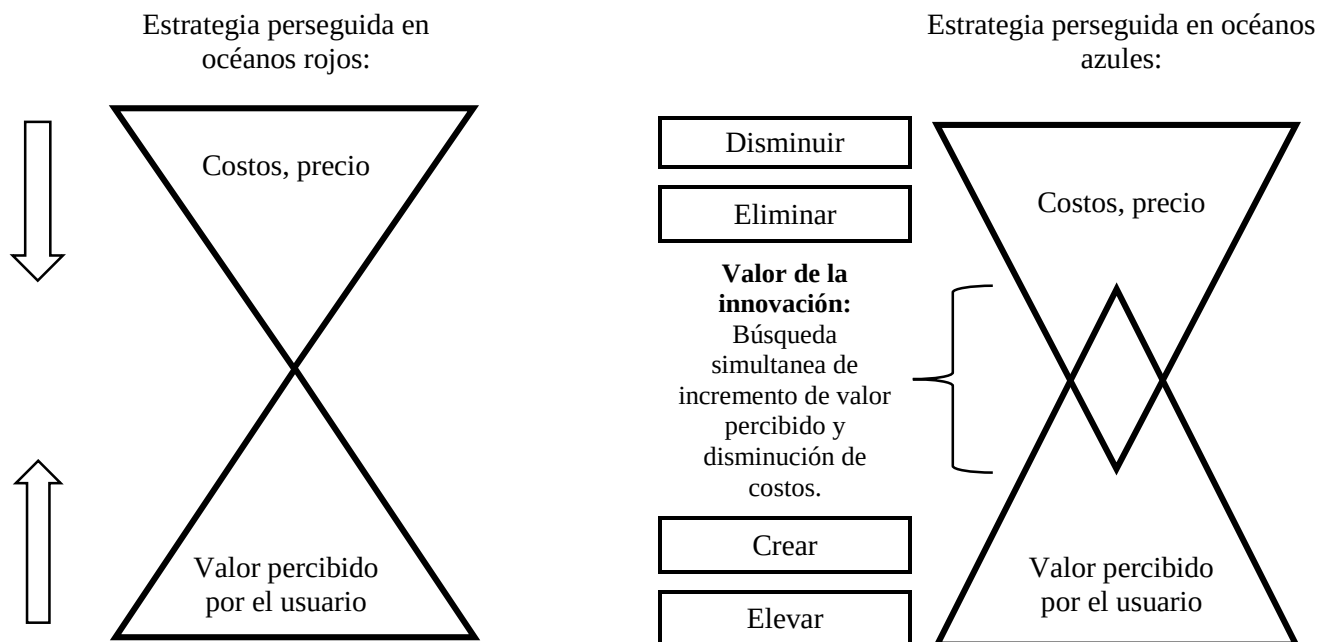


Figura 5. Estrategia de océanos azules en contraste con la estrategia de océanos rojos.
Fuente: Elaboración propia con información de W. Chan, Kim & Mauborgne, Renée (2005).

Esta propuesta se basa en cuatro principios fundamentales:

- Crear nuevos espacios de consumo.
- Centrarse en la idea general, no en los números.
- Lograr ver más allá de la demanda existente.
- Asegurar la viabilidad comercial de lo que se pretende ser un océano azul.

La estrategia a elegir puede ser tan novedosa como la idea general del negocio, sin embargo, su viabilidad será en función de a) la capacidad de generar una propuesta de valor que atraiga clientes; b) una propuesta de valor que asegure la subsistencia financiera de la propuesta original; y c) una propuesta de valor para aquellos que ejecutarán la estrategia. La Figura 5 representa el contraste que guardan los océanos rojos y azules en la búsqueda de estrategias competitivas.

3.1.6 Modelo de competitividad de Kurb-Prokopenko.

De acuerdo con Torres (1989), el modelo de Kurb-Prokopenko es uno de los modelos más completos para el análisis de la competitividad y productividad de las organizaciones. El modelo, mostrado en la Figura 6, clasifica los elementos del entorno en el que la empresa se encuentra sumergida como factores internos y externos. Los factores internos son aquellos controlables por la empresa, y se les divide en duros (*hard*) y blandos (*soft*). Los componentes duros son aquellos que muestran menos susceptibilidad al cambio, los suaves son más fáciles de cambiar.

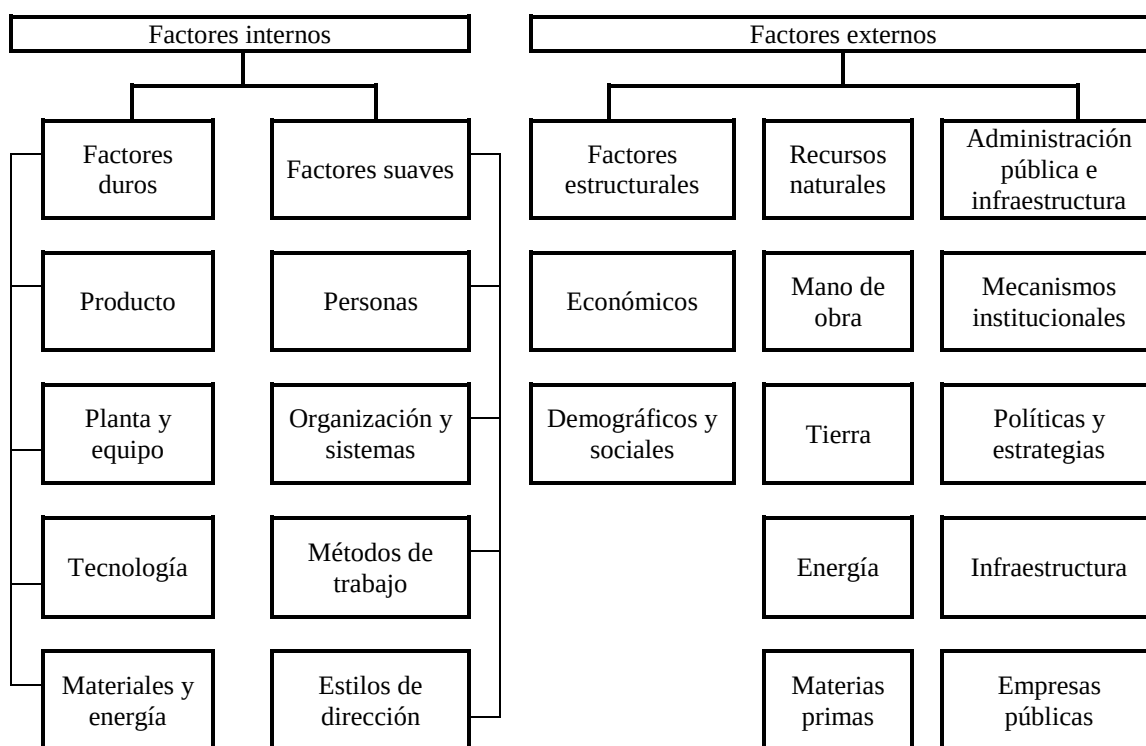


Figura 6. Modelo de competitividad de Kurb-Prokopenko

Fuente: Rivas Tovar (2016), "Dirección estratégica. Procesos de la organización en el siglo XXI". México, Trillas, 2016.

Para Rivas (2016), que los elementos pertenecientes a la gestión administrativa; como las personas, organización y sistemas, métodos de trabajo, etcétera., sean clasificados como factores

blandos, es tema de controversia. Estos factores involucran las actitudes y valores culturales, los relativos a las personas, los métodos y los estilos de liderazgo; en la práctica se ha observado que estos aspectos demoran mucho en cambiar y no siempre se logra con éxito. Para una empresa, puede resultar más fácil adquirir un equipo de cómputo nuevo que cambiar la cultura del ausentismo entre el personal de recursos humanos, por ejemplo.

Por otra parte, los factores externos son todos aquellos fenómenos exógenos que tienen efectos restrictivos y condicionantes para la productividad de la organización. El problema con estos factores es que se encuentran ajenos al control de la empresa, no se puede hacer más con ellos además de administrar sus efectos sobre el componente interno de la entidad.

3.1.7 Modelo de competitividad sistémica.

De acuerdo con Villareal (2002), la competitividad se obtiene de manera sistémica, en un nivel de seis capas, observado en la Figura 7.

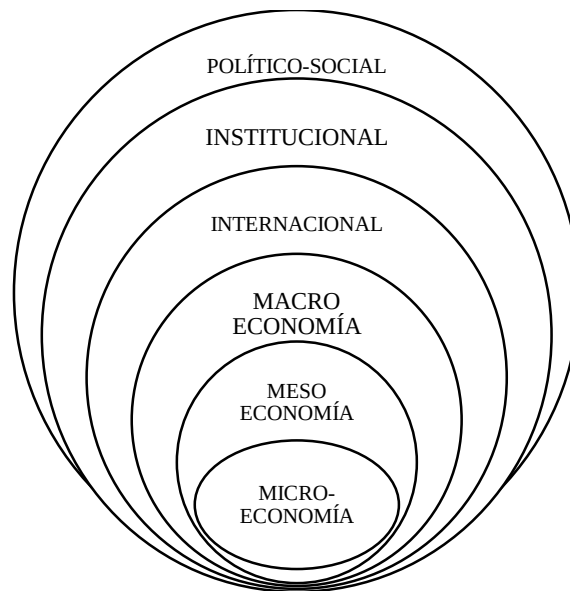


Figura 7. *Modelo de competitividad sistémica.*

Fuente: Elaboración propia con información de Villareal, Villareal (2002).

- **La Competitividad Microeconómica o a nivel de empresa.** Se define como la capacidad que tiene una empresa de generar utilidad por encima del promedio de sus competidores

de la misma industria. Esta competitividad puede ser adquirida en base a tres estrategias antes estudiadas: Liderazgo en costos; diferenciación o enfoque de nichos de mercado.

- **La Competitividad Meso económica o a nivel sectorial** requiere de un nuevo modelo industrial ya que incluye tanto a la industria como a la región. En la industria la competitividad se construye a través de la productividad superior a la media del sector, ya sea a través de la reducción de costos cuando se compara a sus pares internacionales o al ofrecer productos de mayor valor.
- **La Competitividad Macroeconómica** o a nivel país se mide en base a la capacidad para incrementar su productividad. El Foro Económico Mundial (WEF) define la competitividad macroeconómica como la habilidad de un país para la creación de valor agregado, buscando el incremento de la riqueza a través de la administración de los activos, los procesos, las agencias, la atractividad, la globalidad, la proximidad y la integración de estas relaciones dentro de un modelo económico y social. (WEF, 2016)

La competitividad por región se mide por la capacidad determinada para atraer inversión, así como por la capacidad para transformarla en un mayor nivel de vida de la población.

- **La Competitividad Internacional o externa** se refiere al modelo o grado de apertura que administra una nación. En la cantidad y calidad de sus acuerdos comerciales con el exterior, así como el uso estratégico que les da.
- **El Capital Institucional-Gubernamental** es la eficiencia con la que el gobierno distribuye la riqueza en el país, la calidad en la gestión gubernamental. Los servicios públicos de calidad, el Estado de derecho, fomento económico, políticas públicas eficientes y adecuadas, esquema de burocratización o de simplicidad administrativa y transparencia. De acuerdo con Villareal (2002) el capital institucional eficiente opera con tres reglas fundamentales: reglas del juego claras (leyes y reglamentos), organizaciones transparentes (instituciones propiamente dichas) y un sistema de vigilancia que haga cumplir las reglas del juego con transparencia, eficacia y con los mínimos costos de transacción.

- **La Competitividad a nivel Político-Social.** El capital social es la confianza (Villareal, 2002). Se refiere a la capacidad de generar puestos de trabajo bien remunerados, que aumente el nivel de vida de los habitantes. Que combata la marginación social, la inestabilidad política y los problemas de gobernabilidad. La competitividad a nivel político y social puede generar un círculo vicioso que incentive la inversión y la creación de puestos productivos.

3.2. Concepto actual de competitividad.

Definir de forma única el término competitividad es una tarea abrumadora. Diferentes autores han emitido su opinión al respecto, irónicamente sólo los une la falta de consenso por un concepto universal. La Real Academia de la Lengua Española (RAE) (2017) define el término como “capacidad de competir”; “Rivalidad para la consecución de un fin”.

En un terreno más específico, como el administrativo, los eruditos enfrentan serios desafíos para emitir una definición que integre los diferentes elementos cuantitativos y cualitativos que la conforman. El problema puede hallarse en parte, por lo difícil que es definir cuáles son los elementos que forman parte de ella y cuáles son su producto.

Sepúlveda (2010), nos dice que, en esencia, la competitividad se refiere a la capacidad que tienen los agentes económicos para permanecer vendiendo bienes o servicios en un mercado determinado. El Instituto Mexicano para la Competitividad (n. d.) la define de manera simplista como una forma de medir la economía en relación a los demás, la capacidad para atraer y retener talento e inversión.

Algunas otras definiciones más elaboradas se muestran en la Tabla 2 Una lectura cuidadosa de cada una de ellas refleja las dos dimensiones abordadas por la Real Academia Española, por un lado la *capacidad de competir*, y por el otro la sombra de la *rivalidad*, entendiéndose por esto la consecución de un fin, sosteniendo una posición de ventaja relativa con respecto al resto de los competidores en el mercado, y es que la competitividad no es un indicador estático, está condicionada por diversos factores que cambian a lo largo del tiempo, durante el cual la competitividad debe ser sostenible. La competitividad se puede definir también como la capacidad que poseen las organizaciones para mantener o mejorar su posición relativa en un entorno de constante enfrentamiento por la permanencia en el mercado.

Tabla 2.

Definición de competitividad de acuerdo a diversos autores.

Autores	Año	Concepto
Bueno, Camino y Morcillo	1987	“Capacidad de una empresa u organización para desarrollar y mantener sistemáticamente ventajas comparativas que le permitan disfrutar de una posición favorable en el entorno en el que actúa; en otras palabras, generar recursos, habilidades, conocimientos y atributos que hagan posible la obtención de unos resultados superiores a los de sus competidores.”
Porter	1990	“Evolución comparada, respecto de los competidores.”
Cuervo	1993	“Capacidad para producir bienes y servicios para un mercado abierto y cada vez más exigente y, al mismo tiempo crear valor; es decir obtener una rentabilidad de los capitales invertidos igual o superior a su coste de oportunidad.”
Bueno	1995	“Capacidad para poder competir del agente económico” entendiendo por capacidad “la posición relativa frente a sus competidores o capacidad para sostenerla de forma duradera y de mejorarla, si ello es posible.”
Álvarez y García	1996	“Capacidad de una empresa para actuar ante la rivalidad suscitada al relacionarse con otra empresa y así conseguir algo que se ofrece de forma limitada y es de común interés.”
Rubio	2002	“Capacidad para, rivalizando con otras, conseguir una posición competitiva favorable, mantener y aumentar su posición en el mercado y obtener unos resultados superiores sin necesidad de recurrir a una remuneración anormalmente baja de los factores de producción.”
Cano y Martín	2003	“Capacidad de la empresa para competir en los mercados y según su éxito, o competitividad, ganar cuota de mercado, incrementar sus beneficios y crecer”.
Peña-Vinces & Triguero Sánchez	2011	“Capacidad que tiene una empresa para lograr un mayor y mejor rendimiento sobre sus competidores en los mercados extranjeros y preservar así las condiciones que sustenten sus rendimientos actuales y futuros.”

Fuente: Elaboración propia con información de diversos autores.

En el ámbito empresarial, se podría dar una definición genérica para la competitividad como la capacidad que poseen los sujetos económicos para reaccionar de manera efectiva ante la rivalidad resultante de la competición por los clientes de un mercado determinado. De este modo, los agentes que se enfrentan económicamente entre sí, con la finalidad de incrementar su participación en el mercado, se denominan en su conjunto como *competidores*. Para una empresa, la competitividad representa tanto la capacidad para rivalizar con sus competidores, como la posición relativa que ocupa con respecto a éstos.

Peña (2010), sostiene que no es posible abordar la competitividad internacional de una empresa sin también tratar el término de ventaja competitiva de la empresa; de acuerdo con su visión, la suma la suma o la acumulación de las ventajas competitivas permiten que la empresa compita con mayor éxito en los mercados internacionales. Peña también define la ventaja competitiva como la suma de todas las características, estrategias, acciones, planes, acuerdos

comerciales y no comerciales que contribuyan a que la empresa afronte con éxito el mercado internacional.

3.3 El turismo en el mundo.

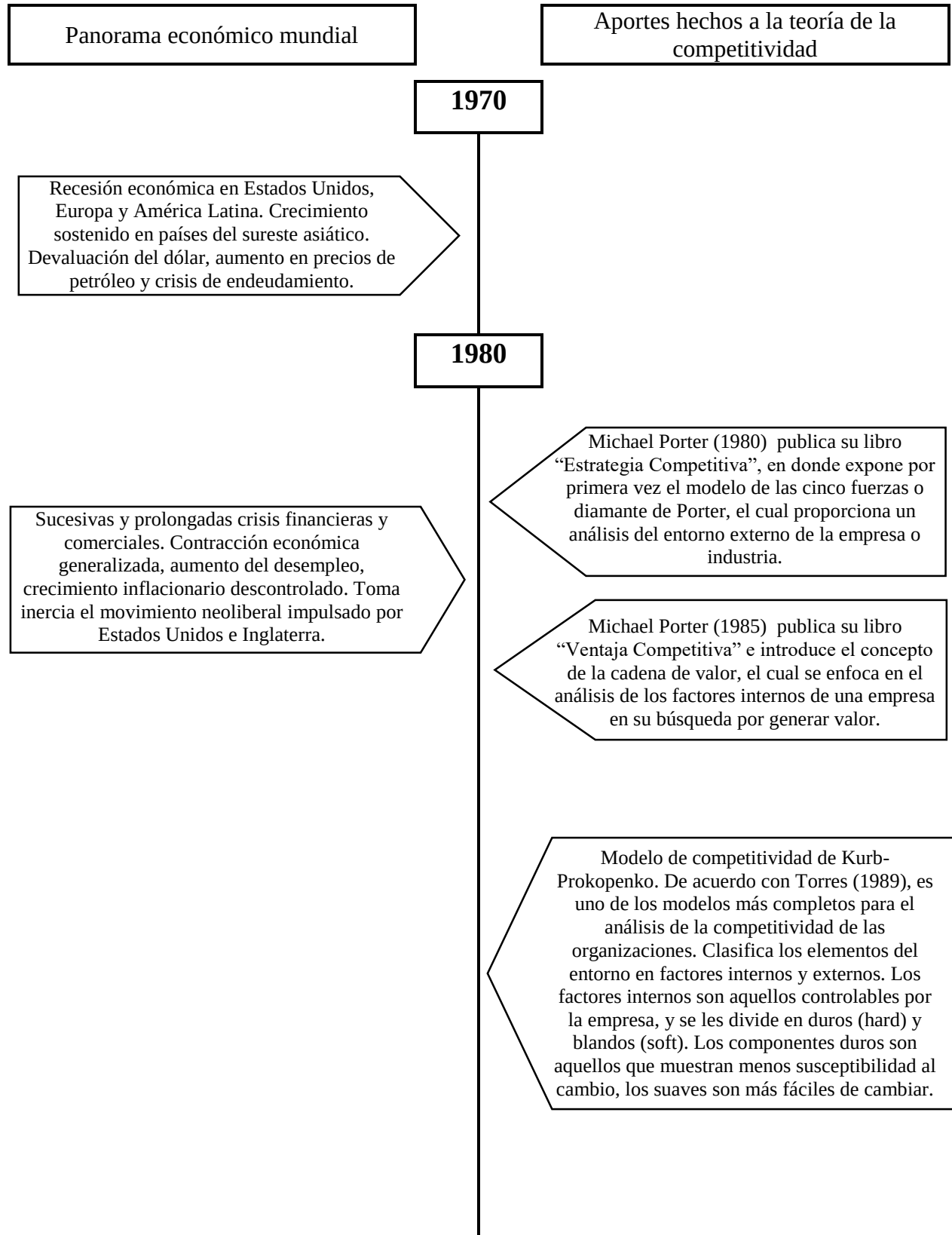
La Organización Mundial de Turismo (OMT) define el turismo como un fenómeno social, cultural y económico relacionado con el movimiento de personas a lugares que se encuentran fuera de sus sitios de residencia habitual. El gasto turístico se deriva de las actividades que estas personas realizan en sus destinos en calidad de visitantes. (OMT, 2007)

El desarrollo de las tecnologías del transporte y la comunicación han sido los principales impulsores del crecimiento de la industria turística a nivel global. De acuerdo con el Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU), a medida que se desarrollan las tecnologías de la información, las telecomunicaciones se han ido posicionando en mayor medida como una de las claves principales en la prestación de servicios a nivel mundial, especialmente de turismo (CINU, s.f.).

Tan solo en 2014, el 54% de los viajeros llegaron a su destino por avión. El resto se desplazó por transporte de superficie, ya sea por carretera (39%), por agua (5%), y un número cada vez más reducido por tren (2%) (OMT, 2015). A partir de la segunda guerra mundial la cuota de mercado del transporte aéreo se ha mantenido en ascenso sostenido en comparación con el resto de las modalidades (Díaz, 2016).

La alta integración económica internacional, así como la relativa recuperación de la economía global han sido responsables del crecimiento progresivo del turismo en el mundo. De acuerdo con cifras de la OMT, desde la crisis financiera registrada en 2009, las actividades de turismo mundial registraron un crecimiento promedio anual de 3.3%; sin embargo, en 2014 el turismo a nivel global registró cifra record al marcar un aumento del 4.3%, lo que se traduce en 46 millones más de turistas (visitantes que pernoctan) del registro promedio. No obstante, los picos recientes, el crecimiento del turismo en el mundo ha permanecido en ascenso constante desde la década de los cincuenta (UNWTO, 2015).

Evolución de la competitividad comparada al panorama económico mundial



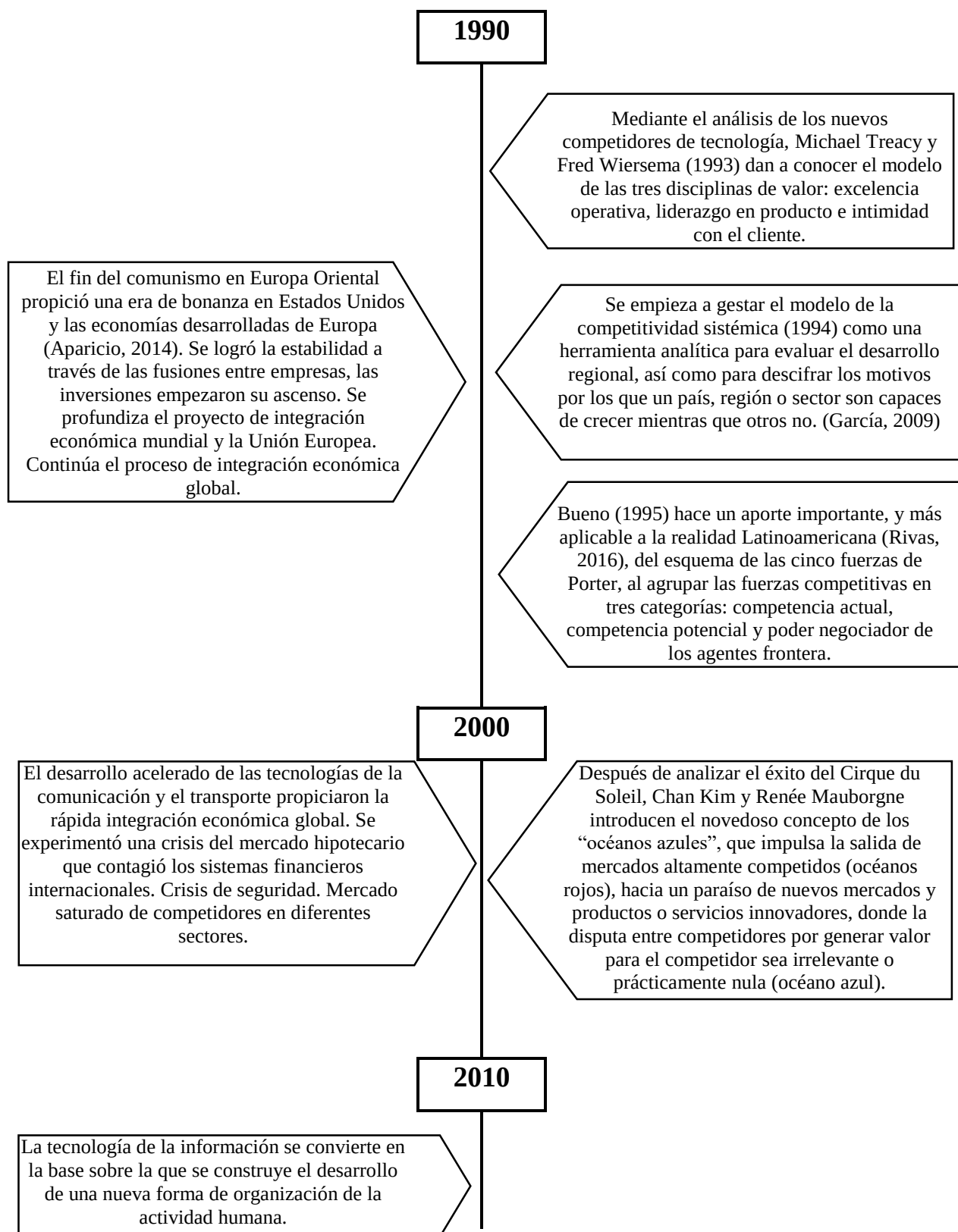


Figura 8. Evolución de la competitividad comparada al panorama económico mundial.

Fuente: Elaboración propia con información de diversas fuentes.

La siguiente tabla (Tabla 3) muestra la participación de mercado observada hasta 2014 de las principales regiones del mundo en la industria del turismo:

Tabla 3.

Cuota de participación en el mercado de turismo mundial por región.

Región	Áreas que la comprenden	Porcentaje de participación en el mercado mundial en 2014
Europa		40.9
	Europa del norte	6.5
	Europa occidental	13.7
	Europa Central/Oriental	4.6
	Europa Meridional/Mediterránea	16.1
Asia-Pacífico		30.3
	Asia del Nordeste	15.9
	Asia del sudeste	8.6
	Oceanía	3.6
	Asia Meridional	2.2
Américas		22.0
	América del Norte	16.9
	El Caribe	2.2
	América Central	0.8
	América del Sur	2.1
África		2.9
	África del Norte	0.8
	África Subsahariana	2.1
Oriente Medio		4.0

Fuente: Elaboración propia con información de Organización Mundial de Turismo.

La OMT señala además que las razones que incentivan los viajes turísticos en el mundo son variadas. En 2014 las actividades de esparcimiento o de ocio representaron el 53%; los negocios o actividades profesionales alcanzaron el 14%; las visitas a familiares y amigos, así como las peregrinaciones religiosas o motivos de salud sumaron 27%; el 6% se debe a causas diversas. (UNWTO, 2015)

3.4 El turismo médico o de salud.

Turismo médico o turismo de salud son los términos utilizados para referirse a la visita de personas extranjeras a un país, con la finalidad de recibir tratamientos médicos. De acuerdo con las tendencias observadas por la Secretaría de Turismo en México (SECTUR), la relación entre el precio y la calidad ha sido el criterio decisivo de los pacientes-turistas para escoger el país destino. La práctica de viajar al extranjero con propósitos de salud ha sido una actividad creciente en la

última década y se ha convertido en una de las principales actividades generadoras de divisas y de empleo alrededor del mundo (SECTUR, 2016).

De acuerdo con De la Puente (2015), durante la última década el turismo de salud ha probado ser un sector dinámico, de auge importante. Aunque dicho florecimiento se debe, en parte, al incremento en el nivel de ingresos de la sociedad, se atribuye mayor causa a la evolución de la medicina y el desarrollo de una sociedad con actitud de culto hacia el cuerpo y la mente (Sloan & Hsieh, 2012).

Siendo coherentes con la tendencia observada por Sloan & Hsieh (2012) la *International Health, Racquet & Sportsclub Association* (IHRSA, 2017) reportó que en 2014 el número de gimnasios registrados en el mundo ascendía a poco más de 183 mil (Latinoamérica con el 30.6% de participación, Europa 27.9% y Norteamérica 22.2%); marcando así un crecimiento en el número de gimnasios del 42.4% entre los años 2009–2014. Esta misma asociación reportó que en 2016 la industria del acondicionamiento físico alcanzó un ingreso total estimado de \$83.1 mil millones de dólares, con cerca de 200 mil clubes atendiendo a 162 millones de miembros durante todo el año.

De manera que la búsqueda de servicios médicos en el extranjero, ya sea por motivos de salud o de mejores condiciones estéticas, ha creado una demanda importante para un mercado relativamente nuevo que combina los procedimientos de la medicina con experiencias turísticas basadas en la dotación de factores naturales del país destino.

3.5 El turismo médico en el mundo.

De acuerdo con Guzmán (2015), el mercado del turismo médico debe su existencia a diversos factores, tales como: la presente e inevitable globalización de la economía, las fallas en los mercados, el envejecimiento de la población, los actuales valores empresariales y el poder del paciente como consumidor. El consecuente desarrollo del sector se debe a razones distintas tales como las nuevas tendencias mundiales en cuanto a tecnología, epidemiología y el contraste entre la falta de disposición y cobertura médica en países desarrollados y el incremento de los servicios médicos en los emergentes.

En 2001 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos expresó la preocupación de que el sistema médico del país estuviera enfrentando serios desafíos con los estándares de calidad.

Inspirado en el asunto, Martin Gaynor (2006) condujo un estudio en el que concluyó que el problema podía ser expresado en tres causas principales: 1) uso excesivo; 2) uso insuficiente; y 3) uso indebido.

El uso excesivo se refería a los tratamientos de cirugías mayores que se realizaban sin razones médicas apropiadas. El uso insuficiente era una manera de expresar que la mayoría de los pacientes en realidad no estaban recibiendo tratamientos adecuados para sus padecimientos actuales. Finalmente, el uso indebido no era otra cosa que errores médicos (Gaynor, 2006). Estos motivos, como muchos otros analizados en el presente trabajo, incentivan la búsqueda de tratamientos en el extranjero.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) la salud no solo se define como la ausencia afecciones o enfermedades, sino que ésta se caracteriza por ser un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo. Apoyándose en esta definición se concluye entonces que los servicios dirigidos a la recuperación y el mantenimiento de la salud, así como de bienestar, prevención y promoción de la misma son todas actividades competentes al turismo de la salud.

Tomando como precedente el estudio de Gaynor (2006), Mckinsey & Company (2010) ahondaron en los problemas del sistema de salud y concluyeron que el turismo médico se define como la exportación de servicios de salud, catalogados en cuatro áreas específicas: 1) medicina curativa, 2) medicina preventiva, 3) medicina estética, y 4) medicina de bienestar. Es importante notar que todas estas actividades guardan estrecha relación con la definición emitida por la OMS que ya se ha mencionado.

Lifshitz (2014) hace una aclaración importante respecto a la diferencia que existe entre la medicina curativa y la medicina preventiva. Argumenta que mientras que la medicina curativa enfoca sus esfuerzos en la enfermedad como un evento real, presente en un organismo biológico; la medicina preventiva se encarga del estudio de la enfermedad en potencia, del manejo de la posibilidad o del riesgo de enfermarse.

En el turismo médico, la medicina curativa promueve la buena salud mediante tratamientos ofrecidos en el extranjero cuya finalidad es incrementar la calidad de vida de un paciente que ya

padece una enfermedad específica. Por otra parte, el turismo de medicina preventiva se conforma por actividades cuya finalidad es anticipar los padecimientos, identificar factores de riesgo, incluso optimizar la salud mediante la sana transición de las diferentes etapas de la vida (envejecimiento o embarazo saludable, por ejemplo).

Por su parte, la medicina estética engloba todas las técnicas y procedimientos físicos y manuales para el tratamiento de padecimientos terapéuticos, fisiológicos o patológicos; destinados a solucionar padecimientos que originan aspectos inestéticos, reales o percibidos (D'Angelo, 2014). Los tratamientos de medicina estética se traducen en satisfacción con la apariencia física del paciente.

Por último, de acuerdo con Ossa, González, Rebelo, Pamplona (2005) el estado de bienestar en una persona se caracteriza por la experimentación constante de emociones positivas, del disfrutar de salud física y psicológica, y por una satisfacción sincera con la vida. Los imperativos del estado de bienestar y salud han de ser la felicidad, la vida sana y la belleza corporal.

En el turismo médico los servicios de bienestar brindan atención en el aspecto social: satisfacción en los distintos desempeños de los roles sociales; Espiritual y mental: incremento del entusiasmo por vivir y ser uno mismo; físico y ambiental: actividad física, comida saludable, nutrición y relación con el medio ambiente.

Cutler (1998) señala que la búsqueda específica de servicios turísticos de salud se encuentra directamente relacionada con la etapa de vida que atraviesa el paciente. Faulkner (2002) sostiene que un turista a sus veinte años de edad buscará predominantemente servicios de actividad física o acondicionamiento; estos turistas son muy específicos sobre el tipo de salud que desean, amantes de los servicios de salud de bienestar. Para Mochón (2012) los pacientes de treinta años cumplen un perfil diferente, este tipo de turistas demandan servicios que brinden tranquilidad, comodidad y descanso; procuran un escape de la rutina agotadora y estresante por la que atraviesan.

Los pacientes de cuarenta años se encuentran más preocupados por los efectos de la rutina en su salud, procurando servicios de manejo de peso, prestando mayor atención a sus hábitos alimenticios y de sueño; sobre todo buscando servicios que permitan mejorar su estado emocional. Nguyen (2007) considera que esta situación se agudiza en la siguiente década, provocando que los

turistas de cincuenta años opten por tratamientos curativos, psicológicos y alternativos; haciendo mayor énfasis en la prevención.

Como ya se ha observado, la nueva tendencia de rendir culto al cuerpo ha proveído un terreno fértil para el rápido desarrollo del turismo médico que según cifras del Medical Tourism Index (MTI, 2016) asciende a los 439 billones de dólares norteamericanos, con un crecimiento previsto del 25% anual durante la siguiente década y un estimado de 3% o 4% de la población mundial ocupada con viajes por concepto de turismo de salud. Sin embargo, según datos del MTI algunos otros motivos que han potencializado el crecimiento de este sector son 1) el hecho de que muchos tratamientos no se encuentren disponibles o no estén autorizados en el país en el que se reside; 2) los precios más bajos que se encuentran al cruzar la frontera; 3) búsqueda de mayor atención y cuidado; 4) la posibilidad de contar con tratamientos médicos a la vez que se visitan lugares turísticos o destinos atractivos.

3.6 El turismo médico en México.

La Organización Mundial de Comercio (OMC), en el Acuerdo general sobre el comercio de servicios (AGCS, 1995) ha definido cuatro maneras para identificar el suministro de servicios como parte del comercio internacional:

1. El suministro transfronterizo: que se define como la sola transferencia de servicios de un territorio a otro.
2. El consumo en el extranjero: se refiere a la situación en la que el usuario del servicio debe trasladarse de un país a otro a fin de recibir la prestación.
3. La presencia comercial: que implica la necesidad de que un prestador se instale físicamente en el territorio extranjero a fin de suministrar el servicio.
4. La presencia de personas físicas: que consiste en el desplazamiento de personas de un país a otro, con el propósito de que éste pueda prestar su servicio a terceros.

En este contexto, la prestación de servicios relacionados al turismo médico se coloca en el “Modo 2. El consumo en el extranjero”; que de acuerdo con Blouin, Gobrecht, Lethbridge, Singh, Smith y Warner (2006) se divide en seis categorías:

1. Consumidores que viajan al extranjero con la intención explícita de recibir atención médica.
2. Visitantes cuyas actividades principales son de turismo en general pero que incidentalmente reciben atención médica en el extranjero.
3. Jubilados con cobertura en el extranjero, ya sea porque buscan menos costos o porque son originarios del país en donde se jubilaron o de donde tienen cobertura.
4. Trabajadores temporales o migrantes.
5. Trabajadores transfronterizos cuyas pólizas les brindan cobertura en más de un país.
6. Residentes en zonas multinacionales cuyos sistemas de salud se encuentran en alguna fase de integración.

Todas estas categorías se integran para conformar las importaciones y exportaciones de servicios médicos. La OMC establece que la exportación de un servicio existe hasta el momento en el que se recibe el pago por este del residente de otro país. De acuerdo con el African Development Bank (2013), en 2010 el tamaño del mercado de las exportaciones de servicios médicos a nivel mundial alcanzó los 11.7 miles de millones de dólares, siendo Estados Unidos el mayor exportador con el 24.4% del mercado; Guzmán (2015) sitúa a México en cuarto lugar con el 2.46%, con una demanda proyectada de poco más de 650 mil pacientes para 2020 (De la Madrid, 2013).

Aunque medir las cifras de exportación de acuerdo a la modalidad 2 de AGCS ha sido un método efectivo para dar un comparativo aproximado, ProMéxico advierte que en México no existen registros oficiales de la exportación de servicios de salud. Y aunque se reconoce a Estados Unidos como el principal consumidor de este rubro de servicios producidos en México, deja en claro que no existe un reporte con los montos exactos de dicha actividad.

De acuerdo con cifras del Banco Mundial, en 2010 el gasto global de salud superó los 6,450 miles de millones de dólares, los países con mayor gasto en salud fueron Estados Unidos, que participó con el 40% del gasto total; le siguen Japón con el 8%; Alemania (6%); Francia (4.7%); y China (4.6%). Entre los principales proveedores de servicios de salud destacaron Colombia, Costa Rica, India, Israel, Jordania, Corea del Sur, México, y Tailandia (ProMéxico, 2014).

En 2014 el mercado mexicano de turismo médico ascendió varias posiciones en el ranking global para colocarse en segundo lugar, con una captación total de divisas de 2,956 millones de dólares; por debajo de Estados Unidos (5,493); y seguido por Alemania (2,648); Emiratos Árabes (1,821); Suiza (1,105); y Tailandia (623). De acuerdo con Patients Beyond Borders, una de las fuentes más confiables a nivel mundial para los viajeros con propósitos médicos, México se encuentra dentro de los primeros cinco posiciones a nivel mundial como uno de los destinos predilectos para tratamientos médicos. Esta misma organización reportó que México atrae a más de un millón de pacientes extranjeros al año, muchos de los cuales son pacientes de origen hispano residentes de California, Arizona y Texas.

Como señalara Guzmán (2015) el comercio internacional de servicios médicos en México empieza en la frontera, con el turismo de la industria dental y continúa con la búsqueda de servicios médicos más especializados, cuyos precios generan ahorros que van desde el 40% hasta el 65% (Patients Beyond Borders, 2013). Diversos estudios refuerzan el hecho de que los principales demandantes de servicios médicos en la frontera de México son los propios inmigrantes mexicanos que residen en Estados Unidos. Brown (2008), Horton & Cole (2011) señalan también que cuando estos pacientes carecen de un seguro médico en Estados Unidos regresan a México para ser atendidos.

Tabla 4.
Comparativo del mercado mexicano de servicios médicos, con respecto a otras economías importantes del mundo.

PAÍS	RANGO DE AHORRO*		TIEMPO DE VIAJE		ESPECIALIDADES
	Min.	Máx.	Min.	Máx.	
México	36%	89%	2:30 hrs.	5:30 hrs.	Cirugía cosmética y dental.
Costa Rica	44%	89%	4:00 hrs.	6:45 hrs.	Cirugía cosmética y dental.
India	50%	97%	14:10 hrs.	19:40 hrs.	Cardiología y ortopedia.
Tailandia	30%	93%	19:40 hrs.	21:40 hrs.	Cardiología y reasignación sexual.
Singapur	30%	45%	19:40 hrs.	21:40 hrs.	Cardiología vascular y ortopedia.
*Ahorro comparado al gasto médico promedio de un ciudadano estadounidense.					

Fuente: Elaboración propia con información de El Financiero, Euromonitor, Proméxico y Asociación de Turismo Médico (MTA).

De acuerdo con ProMéxico las especialidades más demandadas por los pacientes-turistas en México son: Cardiocirugías, cirugías plásticas y estéticas, oftalmología, oncología, odontología, gastrocirugía, biología de la reproducción, traumatología y ginecología (ProMéxico, 2014). La

Tabla 5 muestra la evolución del valor del turismo de salud en México en el periodo comprendido entre los años 2006-2011:

Tabla 5.
Evolución del valor del turismo de salud en México 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Turismo Médico (millones de dólares)	1,544	1,813	1,822	1,800	1,907	2,437

Elaboración propia con información de ProMéxico y Euromonitor.

En 2014, los ingresos por turismo médico en México registraban un crecimiento acumulado del 191.5% en los últimos siete años, pasando de 1,544 millones de dólares, en 2006, a 2 mil 956 millones en 2013, superando así por 4% a la estimación hecha para ese mismo año por la agencia Euromonitor.

De acuerdo al consejo de Promoción Turística de México, diez Estados el país cuentan con clústers médicos bien establecidos, como se muestra en la Figura 9, que agrupan aproximadamente a sesenta hospitales, además de múltiples clínicas independientes, que aunque no están agrupados en los grupos estratégicos todavía proveen servicios de salud a extranjeros.



Figura 9. Clústers de servicios médicos en México
Elaboración propia con información de Consejo de Promoción Turística de México.

3.7 El turismo médico en el estado de Baja California.

El clúster de Servicios médicos de Baja California representa una actividad económica importante para el Estado, que al año suma un total de 1.5 millones de turistas, de los cuales 60% son extranjeros, con una derrama económica estimada en 600 millones de dólares, cerca del 27% del valor del mercado nacional.

De acuerdo con un estudio realizado en 2013 por la Secretaría de Turismo de Baja California, el 41% de los pacientes que se atendieron en el Estado por conceptos de actividades atribuibles al turismo médico fueron visitantes de ascendencia hispana, aunque nacidos en Estados Unidos; el 33% fueron hispanos emigrados a Estados Unidos; mientras que solo el 9% fueron de origen anglosajón.

Tabla 6.

Perfil étnico del turismo médico y de salud en el Estado de Baja California, 2013.

PERFIL ÉTNICO DEL TURISMO MÉDICO Y DE SALUD EN B.C., EN 2013	
Hispanos nacidos en Estados Unidos	41%
Hispanos emigrados a Estados Unidos	33%
Anglosajón	9%
Canadienses	9%
Mexicanos	7%
Asiático	1%

Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Turismo de Baja California.

De acuerdo con este mismo estudio, el 78% de los pacientes llegan en automóvil, y el 73% vinieron acompañados, lo que generó un total de 1'121,221 de visitantes a diciembre de 2013; cuyo destino se identificó de la siguiente manera: 58% Tijuana; 37% Mexicali; 3% Ensenada; 1.3% Tecate; 0.5% Playas de Rosarito (Tabla 6).

El Plan Estatal de Desarrollo del Estado reporta que el turismo médico, de salud y bienestar de Baja California representa una de las vocaciones con mayor potencial de la fuerza productiva de la entidad, pues este sector ha logrado acaparar el 45% del mercado de proveeduría de productos médicos de América del Norte. La Secretaría de Economía (SE, 2013) también advierte que Baja California se encuentra entre uno de los Estados del País más destaca por su actividad exportadora

de actividades de salud hacia Estados Unidos, siendo este país el mayor aportador al gasto global en salud (40%).

3.8 El turismo médico en el municipio de Tijuana.

La ciudad de Tijuana se ha convertido en el destino número uno de turistas con fines médicos en el país, seguida por ciudades como la Ciudad de México, Cancún, León, Coahuila, Sonora y San Luis Potosí.

Tijuana recibe un promedio de 500 mil visitantes extranjeros que llegan a la ciudad con el fin de practicarse procedimientos dentales, oncológicos, cirugías especializadas, así como tratamientos alternativos. Según datos de la Secretaría de Turismo Estatal, el valor del mercado en esta ciudad oscila alrededor de los 200 millones de dólares, que representa el 33% del valor total del clúster a nivel Estado.

Como antes se ha mencionado, la mayor cantidad de visitantes por conceptos de salud permanecen en la frontera, Wallace & Smith (2009), estiman que alrededor de 952 mil adultos del Estado de California buscan tratamientos médicos, dentales o de prescripción en México, cada año. También estiman que, de continuar el incremento de costo por concepto de salud en Estados Unidos, el incentivo por cruzar la frontera con México será mayor (Bastida, Brown, Pegan, 2008).

En concordancia con el estudio llevado a cabo por la Secretaría de Turismo de Baja California (2013), Wallace, Mendez-Luck y Castañeda (2009) señalaron que del millón de personas que acuden a México desde California en busca de atención médica, el 50% son de origen hispano, y que en su mayoría acuden a recibir tratamientos de corta estancia.

Wallace, Mendez-Luck y Castañeda (2009) proporcionan otro dato revelador, al señalar que, de la mitad de los inmigrantes mexicanos en California, junto con el 41% de los hogares latinos de Laredo, Texas de acuerdo con Horton & Cole (2011) retornan a México en busca de servicios de salud. Balluz, Okoro y Strine (2004) explican que un gran motivo por el que se da este fenómeno de diáspora se debe a que los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos enfrentan retos importantes para acceder al sistema de salud de dicho país. Las razones pueden ser variadas, pero destacan la complejidad administrativa de los planes de salud, la carencia de información por falta de educación y el idioma, el transporte e incluso la falta de competencia cultural.

A la luz de semejantes condiciones, los pacientes latinos prefieren volver a un ambiente más conocido, quizá por comodidad o por serles más familiar, a recibir atención médica, por menor que esta sea. Además, como ya se ha demostrado, el costo pudo ser significativamente menor en la frontera que en el país en el que radican. La Secretaría de Economía (2014) señala que el nicho de mercado a explotar en México es el de aquellas operaciones y tratamientos de pacientes “extranjeros” que se atienden con gasto de bolsillo o con seguro médico privado, que en 2011 alcanzó un monto conjunto de 1,144 miles de millones de dólares; 44% del monto total del gasto de salud estadounidense.

De acuerdo con cifras del Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana (COTUCO, 2018), el año 2017 fue el mejor evaluado en términos de crecimiento y ocupación del turismo médico de salud en la ciudad en los últimos 15 años. Durante dicho año, Tijuana recibió 11.5 millones de visitantes, de todas partes del mundo por algún asunto de salud. Al analizar el comportamiento de la afluencia de extranjeros se observa que tan solo al sumar las visitas hechas durante los días festivos de Estados Unidos, la cifra asciende a 700 mil, a lo largo del año (2017); con una derrama económica de 40 millones de dólares, lo que representó un crecimiento del 40% respecto a la tendencia observada en años recientes.

COTUCO (2018) también señala que el turismo médico impactó de manera directa en la ocupación hotelera que alcanzó promedios de entre el 90 y el 95%, que se tradujeron en 8.2 millones de dólares para el ramo hotelero y 20 millones para restaurantes.

Al analizar el potencial del clúster médico de nuestra ciudad surge la necesidad de comprender cuáles son los factores que han jugado un papel determinante para el desarrollo competitivo del sector turismo médico de Tijuana.

3.9 Indicadores demográficos y de salud en Baja California y Tijuana.

De acuerdo con datos censales, el siglo XX fue característico para la frontera norte de México debido al aumento generalizado que se experimentó en su número de pobladores; pasó a ser de un poco más de 2 millones en 1930, a más de 16.6 millones en el año 2000. La mayor proporción de crecimiento la absorbió el Estado de Baja California. En 1930 Baja California tenía 48 mil habitantes, en 1960 ya se registraban 520 mil; a partir de esa década el crecimiento fue exponencial, registrando más de 2.5 millones a inicios del nuevo siglo.

En el año 2000 la población Bajacaliforniana representó el 15% del total de la población fronteriza en México (2% en 1930 y 9% en 1960). Generalmente el aumento se atribuye a la migración intensiva de personas del interior del país, motivados principalmente por el auge de la industrialización fronteriza, a través del programa maquilador, así como de algunas otras actividades del área de servicios (Hernández, 2008; Hjorth, Susann, 2009).

Según cifras del censo de población y vivienda de 2000, el 77.3% de los habitantes en el Estado habitan en localidades mayores a 100 mil habitantes, porcentaje superior a la media nacional (47.3%), el 30.4% se encontraban entre el rango de edad de cero a 14 años, el 57.8% de 15 a 64, y el 3.5% de 64 y más. De acuerdo con INEGI (2010), Tijuana es una de las diez principales ciudades del país con poblaciones mayores a un millón de habitantes, Mexicali por su parte se encuentra en el top 20 de las ciudades cuyos habitantes se encuentran en el rango de los 500 mil a 1 millón. El Estado presenta la mayor concentración de población urbana de la frontera norte.

Según un reporte de la Organización Mundial de Salud (OMS, 2008), para efectos de atención médica, la concentración en grandes ciudades urbanas exige también que la infraestructura de atención en salud, tanto privada como pública, se focalice en dichas zonas; mientras que las decisiones de políticas públicas para las zonas menos pobladas se concentra en el personal disponible para ampliar la cobertura a dichos grupos menos favorecidos. Estas políticas incentivan la inversión hacia la creación de equipos de atención primaria destinados a los centros con mayores densidades de población.

En el caso de Tijuana, la vida económica está marcada por el intenso flujo migratorio, así como por el vínculo comercial entre México y Estados Unidos, de tal manera que es posibles afirmar que Tijuana mantiene una distribución geográfica y de actividad más cercana con la nación del norte que con el resto de México.

En el año 2000 poco menos del 45% de la población total de Baja California había nacido en otras entidades, principalmente Sinaloa (17.6%), Jalisco (12.9%), Sonora (9.3%), Michoacán (8.7) y Ciudad de México (7.8%). Tijuana es, por lo tanto, una ciudad de paso para migrantes que se dirigen principalmente a California, pero también receptora de aquellos que finalmente se establecen en ella. Estos visitantes incluyen además a los pobladores flotantes, principalmente

deportados de Estados Unidos que esperan volver a dicho país o regresar a sus lugares de origen, que en 2014 representaron el (INEGI, 2000).

IV. METODOLOGÍA.

El presente estudio de caso se desarrolló mediante el método cualitativo, descriptivo y trasversal. Para la obtención de los datos de los usuarios del servicio de oncología se diseñó una encuesta que consta de siete secciones relacionadas con la competitividad, de conformidad con el modelo de Kurb-Prokopenko (1989). La encuesta está conformada por un total de 53 ítems en su mayoría de tipo cerradas, dicotómicas, opción múltiple y escala de valoración; mismas que fueron sometidos a la prueba de confiabilidad de Alpha de Crombach; obteniéndose un valor de 0.825 lo que implica que el instrumento es altamente confiable debido a que se encuentra por encima de la media establecida (0.60). Para el procesamiento de los datos se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Con el fin de lograr validez de contenido el cuestionario fue sometido a revisión de expertos en el área oncológica, tanto de la práctica clínica como de la atención al paciente, cuyas contribuciones y consecuente aprobación aseguraron que la recopilación de información fuera coherente con los fines que la investigación persigue.

Para el cálculo del tamaño de muestra se partió del universo total que conforma el padrón de pacientes de la clínica de atención al cáncer en el que se lleva el presente estudio, de la ciudad de Tijuana, Baja California, México; observándose un total de 105 pacientes registrados. Debido al número tan reducido de la población, se decidió aplicar el instrumento a su totalidad, con la finalidad de que los resultados obtenidos sean más confiables.

A fin de complementar la investigación, y debido a la falta de información disponible del sector de oncología en la ciudad de Tijuana y la región, se realizaron dos entrevistas, no estructuradas, a profundidad, dirigidas a expertos de esta disciplina médica, mismas que fueron grabadas en audio con el fin de transcribirlas en el documento final. Se espera con ella fortalecer las conclusiones y el desarrollo, a la vez que se incluye una visión actual de parte de quienes ofrecen el servicio que en última instancia son quienes poseen una mejor perspectiva profesional del acontecer diario del entorno en el que se desarrolló el estudio.

Se abordaron en las entrevistas diferentes aspectos y perspectivas del caso de estudio, se revisó el marco jurídico-legal que sustenta las prácticas médicas de oncología en Tijuana, Baja California y el resto de México, haciendo especial énfasis en las diferencias y similitudes que guarda el servicio ofrecido en el país con el extranjero, específicamente de Estados Unidos; así como las prácticas y costumbres propias de la región, tanto aquellas apegadas a la medicina científica como las que se relacionan con tratamientos alternativos. Se habló tanto del desarrollo tecnológico en la industria médica, como de la falta del mismo.

Los hilos conductores de las entrevistas fueron tanto los temas relacionados a la investigación como los de particular dominio del entrevistado, aquellos en donde su *expertise* fuera de mayor valor para arribar a conclusiones propias a los objetivos del estudio. La información relevante fue colocada en el cuerpo del documento final, de acuerdo al curso de la investigación y según fuera necesario a fin de fortalecer los argumentos.

4.1. Definición del proyecto.

4.1.1. Congruencia del planteamiento del estudio de caso.

La matriz de congruencia encuadra los elementos desarrollados en esta primera fase, así como la coherencia entre ellos, lo que facilitó el desarrollo del estado del arte, la identificación de las variables y la determinación del tipo de estudio de caso.

Tabla 7.

Matriz de congruencia del caso de estudio.

Título/Tema	Objetivo General	Objetivos Específicos
“Evaluar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México”.	Evaluar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.	1. Identificar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.
		2. Describir los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.
		3. Analizar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.

Fuente: Elaboración propia.

La matriz de congruencia (Tabla 7), muestra además una relación directa en dos momentos. El primero busca una continuidad apropiada y una relación coherente entre el título del proyecto y los objetivos; así como una relación coherente entre el propósito del proyecto, el objeto, el sujeto, y los espacios temporal y espacial de la idea central. La Tabla 8 revela que el presente trabajo reúne los elementos necesarios de un buen planteamiento de estudio de caso.

Tabla 8.

Relación entre el propósito, objeto, sujeto, y espacio temporal y espacial de la idea central del proyecto de estudio de caso.

Propósito de la estudio	Objeto de la estudio	Sujeto de la estudio	Espacio temporal y espacial de la estudio
Evaluar los factores que influyen en la competitividad internacional.	Factores que influyen en la competitividad internacional.	La clínica de atención al cáncer de gran renombre.	En la ciudad de Tijuana, B.C., México. Investigación llevada a cabo durante los años 2017-2018.

Fuete: Elaboración propia.

El segundo momento, permite observar la relación que guarda los objetivos específicos con el objetivo general del caso de estudio, lo que implica una apropiada continuidad y conveniencia metodológica (Véase Figura 10).

Objetivo General

Evaluar los factores que influyen en la competitividad internacional la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.
2. Describir los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.
3. Analizar los factores que influyen en la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México.

Figura 10. *Relación coherente entre los objetivos específicos y las preguntas de investigación.*

Fuete: Elaboración propia.

4.1.2. Determinación de las variables.

Por otro lado, identificar las variables permite la comprensión del fenómeno observado, partiendo de esta premisa, para el presente caso se ha identificado a la competitividad internacional de la clínica de atención al cáncer de gran renombre, en Tijuana, B.C., México como la variable a estudiar. Su identificación como tal fue el resultado del estudio del estado del arte, en dónde también presentaron diferentes modelos que permiten explicar el fenómeno en distintas circunstancias.

De acuerdo con las condiciones de la investigación, su contexto y circunstancias, se ha concluido que el modelo más aplicable al estudio de la competitividad internacional es el modelo propuesto por Kurb-Prokopenko, que de acuerdo con Rivas Tovar (2016) es aplicable a organizaciones con las condiciones observadas de la clínica de atención al cáncer de gran renombre. Este modelo ha sido definido apropiadamente en el capítulo tres, apartado 3.1.6, como Figura 6.

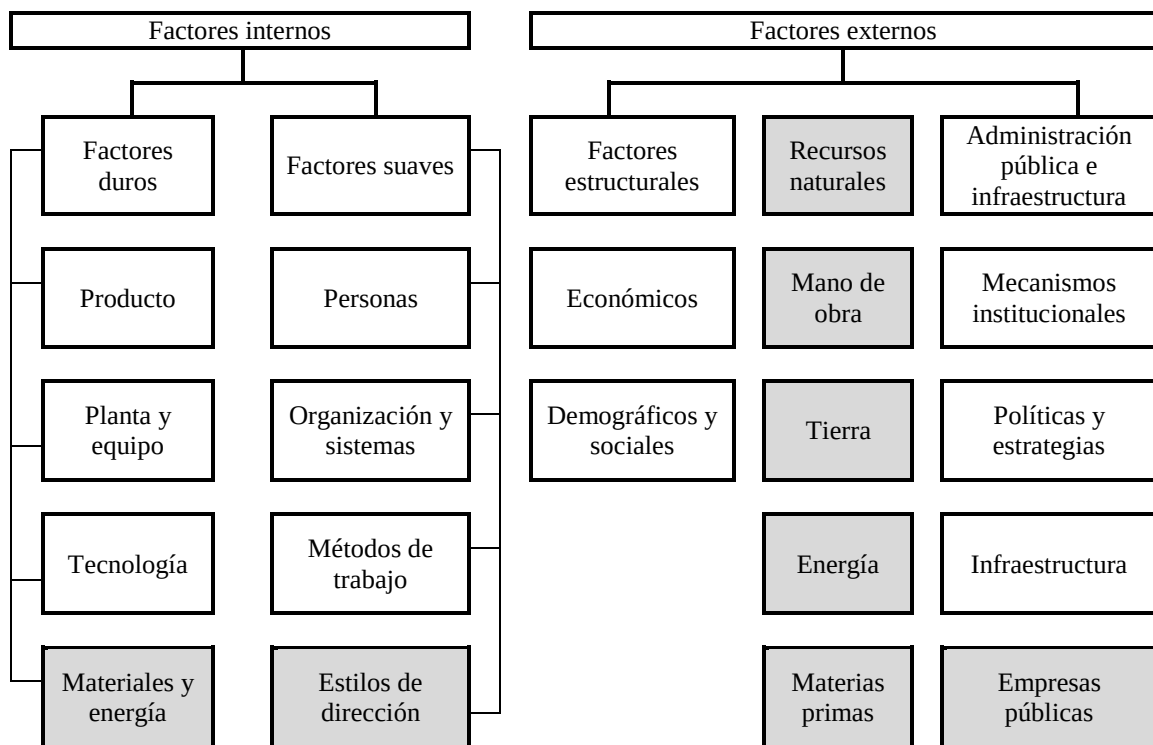
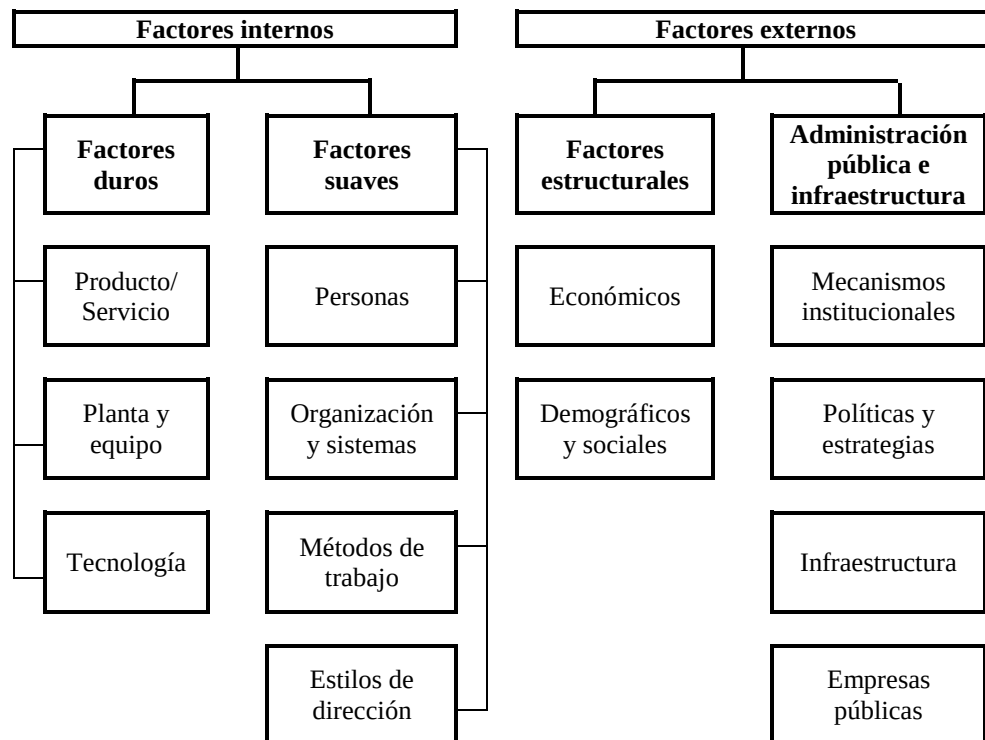


Figura 6. Modelo de competitividad de Kurb-Prokopenko

Fuente: Rivas Tovar (2016), "Dirección estratégica. Procesos de la organización en el siglo XXI". México, Trillas, 2016.

Es necesario reconocer que debido a las limitaciones de tiempo y de recursos financieros, al alto grado de hermetismo observado en el entorno en el que se desenvuelve la organización, así como a la falta de cooperación de los actores de la industria, se han hecho necesario discriminar de manera consciente algunos de los elementos que forman parte del modelo original. La Figura 6 muestra el modelo original de Kurb-Prokopenko, en ella se observan en color gris las variables no utilizadas en el presente caso de estudio debido a las razones previamente mencionadas. La Figura 11 representa la versión aplicada; es importante aclarar que la adaptación del modelo general a este caso específico no demerita su efectividad y alcance.



Modelo adaptado de Kurb-Prokopenko

Figura 11. Fuente: Adaptado de Rivas Tovar (2016), “Dirección estratégica. Procesos de la organización en el siglo XXI”. México, Trillas, 2016.

Los factores externos aplicables al caso fueron analizados a través de las ya mencionadas entrevistas a profundidad, siendo no aplicables al caso los factores relacionados a los recursos naturales, así como algunos otros de la administración pública e infraestructura.

4.1.3. Definición de las variables.

Como ya se mencionó con anterioridad, el modelo de Kurb-Prokopenko divide los factores internos de la competitividad en dos grandes grupos: duros (no fácilmente cambiables) y blandos (fácilmente cambiables). Los primeros incluyen los productos; la planta y equipo; tecnología; materiales y energía.

Mientras que los segundos se componen de las personas o fuerza de trabajo; la organización y los sistemas; los métodos de trabajo; y los estilos de dirección. Algunos autores, concuerdan con la visión presentada por el modelo propuesto para este caso de estudio, argumentando que los factores de competitividad se deben priorizar y esta clasificación ayuda en ese proceso ya que permite saber cuáles son los factores en los que es más fácil influir y cuáles son aquellos que requieren más intervenciones financieras y organizativas (Sarache, Castrillón, Giraldo, 2011).

4.1.3.1. Factores duros.

En este apartado, se procederá a explicar en qué consiste cada uno de los factores duros propuestos por el modelo de Kurb-Prokopenko. Como ya se ha explicado, estos factores duros son identificables por tener características que dificultan o entorpecen los cambios dentro de la organización.

4.1.3.1.1. Producto.

El factor producto significa el grado en el que el producto o servicio satisface las necesidades del usuario. Este factor también es valorado y/o percibido por el cliente como la suma de dinero que el usuario está dispuesto a pagar por un servicio de calidad determinada. Para efectos del presente caso de estudio se ha determinado remplazar la palabra producto por servicio, dadas las condiciones del objeto de análisis. El servicio es susceptible a ser perfeccionado y para ello es necesaria la retroalimentación de los usuarios del mismo (Ibarra; González; Demuner, 2017).

4.1.3.1.2. Planta y equipo.

Por otro lado, de acuerdo con Prokopenko (1989), la planta y equipo desempeñan un papel central en todo programa de mejoramiento continuo y productividad. Esto se logra mediante el buen mantenimiento, y funcionamiento óptimo de la planta; así como contar con el equipo necesario en

condiciones propicias; mediante una apropiada administración y gestión de la capacidad de la planta la cual es posible gracias al diseño y adopción de controles y medidas correctivas.

Con fundamento en lo anterior, la productividad de la planta y el equipo se pueden mejorar al prestar atención a la utilización, la antigüedad, la modernización, el costo, la inversión, el equipo producido internamente, el mantenimiento y sus fronteras de capacidad, planificación y el control de inventarios cuando este se requiera.

4.1.3.1.3. Tecnología.

Con respecto a la innovación tecnológica Estrada & Heijs (2003) afirma que esta constituye una fuente importante de aumento de competitividad y productividad. Con ella es posible lograr un incremento importante en el volumen de producción de bienes y servicios, un perfeccionamiento de la calidad, la introducción de nuevos métodos de comercialización, entre otros.

Por su parte, Matta Cruz (2015) argumenta que la suma de la tecnología adecuada a una unidad estratégica de negocios genera un alto índice de competitividad que se ve reflejado en la propuesta de valor. En este apartado del modelo se incluye el concepto de innovación tecnológica como una ventaja competitiva en el mercado, logrando un factor diferenciador y un alto nivel de productividad.

4.1.3.2 Factores blandos o suaves.

Es importante destacar, que los factores suaves o blandos se caracterizan por ser susceptibles al cambio en comparación con los duros. Los factores suaves incluyen a las personas o personal; organización y sistemas; los métodos de trabajo, y el estilo de dirección. A continuación, se presenta un análisis sobre cada uno de ellos.

4.1.3.2.1 Personas.

El personal es el primer factor en la productividad y el mejoramiento de la calidad, todas las personas que forman parte de una organización tienen una doble función: dedicación y eficacia. La primera se refiere a la medida en que una persona se consagra a su trabajo. El personal de toda organización difiere tanto en capacidad de rendimiento como en voluntad de trabajo; estas diferencias pueden ser mejor conciliadas cuando se comprende que el factor motivación está intrínsecamente relacionado con el de la satisfacción personal (García-Naveira; Remor, 2010).

Al gestionar apropiadamente la relación que existe entre la motivación y la satisfacción es posible que las organizaciones mantengan un equipo de personas con alto grado de desempeño, que en última instancia se traducirá en una ventaja competitiva (Sac, 2013).

La función eficacia se refiere al cumplimiento de los objetivos. Rojas, Jaimes & Valencia (2018) la definen como la capacidad de los equipos de trabajo para lograr objetivos, de manera eficiente (hacerlo bien) a pesar de los factores del entorno. Señalan además, que los resultados que se logren deben ser trascendentes para la organización.

4.1.3.2.2 Organización y sistemas.

Los principios de la organización tienen el propósito de proveer especialización, división del trabajo y coordinación dentro de las organizaciones. La buena organización aporta dinamismo y permite la fácil orientación de las partes al logro de los objetivos. Como entidades orgánicas, las empresas deben ser objeto de mantenimiento, reparación y reorganización; la falta de flexibilidad de las organizaciones es causa de debilitamiento competitivo ya que se vuelven incapaces de reaccionar a los cambios en el mercado, las innovaciones tecnológicas y los cambios en la productividad (Molina; Pérez; Lizárraga; Larrañaga, 2018).

Las organizaciones rígidas carecen de buena comunicación horizontal, lo que causa retraso en la toma de decisiones y comunicación de ideas. Ningún sistema, por mejor diseñado que esté, es capaz de ser eficiente en todas las circunstancias. Para maximizar la productividad es preciso incorporar dinamismo y capacidad de respuesta (Prokopenko, 1989).

4.1.3.2.3 Métodos de trabajo.

De acuerdo con Prokopenko (1989), el mejoramiento de los métodos de trabajo constituye el sector más prometedor para incrementar la productividad y competitividad. Esto es especialmente cierto en las economías en desarrollo, caracterizadas por tener poco capital y en donde las técnicas intermedias son predominantes (Hidalgo-Capitán & Antonio, 2011).

Las técnicas de mejora relacionadas con los métodos de trabajo tienen como finalidad lograr que el trabajo manual sea más productivo al mejorar la forma en el que se llevan a cabo, economizar los tiempos y movimientos humanos, y el lograr un mayor aprovechamiento de los utensilios de trabajo.

V. Resultados de la investigación.

Los servicios médicos ofrecidos en Tijuana se han visto grandemente favorecidos por la cercanía geográfica que tiene con Estados Unidos. El valor del mercado potencial de aquellos que se atienden con gasto de bolsillo o aseguradoras (cuando estas aplican) en dicho país se calculó que asciende al 44% del monto total del gasto de salud estadounidense (SE, 2011). A fin de incrementar las características competitivas de la región, el Gobierno del Estado ha implementado la política de Clúster, cuyo objetivo es incrementar la sinergia entre los diferentes actores de la industria médica, turismo y gastronomía; las políticas para incentivar el crecimiento de este sector han permitido el desarrollo sostenido y un importante crecimiento en la derrama económica regional. Por ejemplo, al Ayuntamiento de la ciudad de Tijuana, a través de la Secretaría de Desarrollo Económico de Tijuana (SEDETI), estableció el programa Pase de Cruce Ágil a Usuarios de Servicios Médicos y Turísticos (FastLane), cuya finalidad es la de facilitar el cruce fronterizo a usuarios de servicios médicos y turísticos provenientes de los Estados Unidos de América; amenizando su visita, al ayudarles a evitar las largas filas de regreso a su país que, en muchos de los casos, representa varias horas de espera.

Estos estímulos en su conjunto propagan la imagen que la región posee en cuanto a su vocación natural hacia los servicios médicos, propiciando de esta forma que la ciudad de Tijuana y sus alrededores se conviertan en una posibilidad real para los pacientes extranjeros que, actualmente, se encuentren buscando alternativas viables de servicios médicos en el extranjero; dentro de cuyas características principales se encuentra el ser destinos que generan la expectativa de ofrecer soluciones o segundas oportunidades a sus padecimientos, entre los que se ha descubierto al cáncer como uno de los principales. De acuerdo con las tendencias observadas, esta imagen percibida ha permitido que los consultorios de atención al cáncer ubicados en Tijuana reciban afluencia de pacientes sin necesidad de invertir en publicidad en el extranjero, debido a que, según expresaron los pacientes entrevistados, la mayor difusión se lleva a cabo a través de recomendaciones personales, de boca en boca, o en medios de difusión electrónicos, tales como el portal *Patients Beyond Borders*.

Aunque estos incentivos institucionales favorecen la dinámica del sector salud en la ciudad, en lo que respecta a los servicios oncológicos ofrecidos en Tijuana, se observa que existe una importante desintegración entre los diversos prestadores de servicios, tanto oncológicos como de

apoyo médico y paliativos; condición que ha contribuido a la falta de creación consciente de valor agregado para los pacientes con cáncer que viajan del extranjero, cuyas características distan de aquellos que, además de procurar servicios médicos, cruzan la frontera en busca de experiencias turísticas.

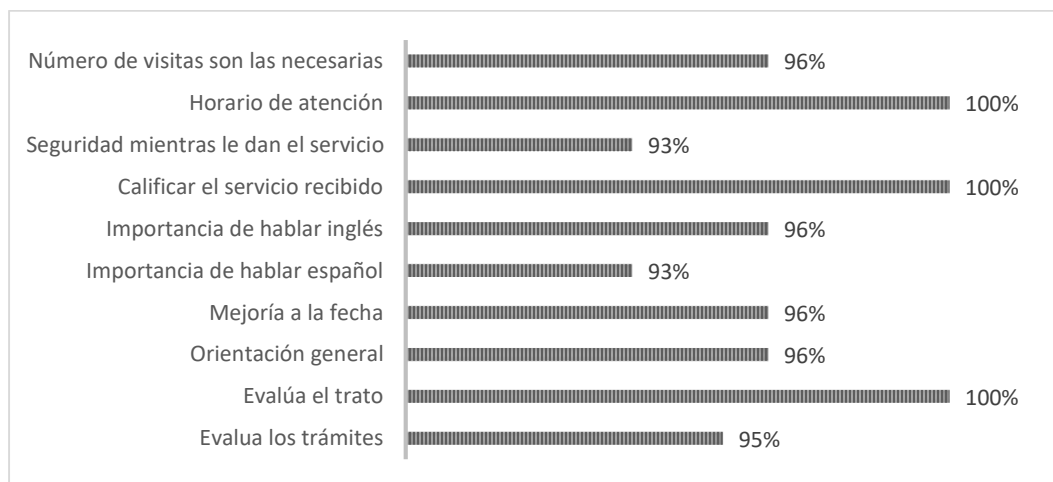
No obstante, existen factores positivos que han mantenido un importante flujo de personas con cáncer buscando ser tratados en Tijuana. De acuerdo con el Dr. Homero Fuentes de la Peña, oncólogo integrante del Consejo Nacional para diagnóstico y tratamiento del Cáncer de mama en México; fundador y primer gobernador del Capítulo Baja California de la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos (SMEO); los servicios oncológicos ofrecidos de la clínica de atención al cáncer de gran renombre de la ciudad de Tijuana en el que se lleva a cabo el estudio, respetan las normas de atención basadas en datos probatorios, aplicados con un enfoque multidisciplinario, cumpliendo de esta manera con las normas internacionales establecidas para los programas de tratamiento de cáncer; cuyos principales objetivos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven la enfermedad. Además este mismo organismo asegura que los programas de tratamiento más eficaces y eficientes son aquellos que funcionan de manera continua y equitativa, y que están vinculados con sistemas de detección temprana.

A su vez, los servicios oncológicos ofrecidos en Tijuana se encuentran adjuntos al capítulo Tijuana de la Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO), asociación sin fines de lucro creada con el propósito de incentivar el estudio y análisis de desarrollos científicos en el campo oncológico en cada una de sus vertientes, fomentando de esta manera la creación y transmisión de conocimientos aplicados; al hacer esto promueven espacios que procuran atender las necesidades académicas y de especialización que demanda la salud pública. El capítulo Tijuana depende del capítulo Estatal, denominado Capítulo Baja California de la Sociedad Mexicana de Oncología. Los prestadores que así se encuentran organizados tienen oportunidad de promover el intercambio de conocimientos profesionales y científicos, en un entorno en donde la oncología se ejerce por médicos especializados y certificados.

El cumplimiento de estándares nacionales e internacionales ofrece la oportunidad de dar continuidad al paciente que hasta el momento había sido atendido en su país de origen. El Dr. Homero Fuentes señala que, de acuerdo a su experiencia esta facilidad se ha convertido en un

aliciente importante para aquellos pacientes que por diversos motivos están considerando la oportunidad de atenderse, y dar continuidad al tratamiento en el extranjero sin perder el progreso ya obtenido en cualquier grado.

En cuanto a factores internos suaves, el servicio ofrecido por los profesionistas de la salud es ampliamente valorado por los pacientes de cáncer objeto de análisis en el presente estudio (Véase Grafica 1).



Grafica 1. Satisfacción en el servicio.

Fuente: Elaboración propia con base en el estudio de mercado.

Como se puede observar, a pesar de que la asistencia regular a sus citas significa salir temporalmente de su país de origen, el 95% expresa sentirse completamente satisfecho con los trámites que le son requeridos para atenderse en el extranjero. El 100% de los encuestados se sienten completamente satisfechos con el horario en que se les atiende, mientras que el 96% considera que el número de visitas que el médico les programa son las necesarias. La totalidad de los pacientes se sienten completamente satisfechos con el trato que el profesionista de la salud les ofrece, y evalúan con la misma satisfacción el servicio recibido.

El 96% de los pacientes expresan sentirse completamente complacidos con la orientación que el médico les brinda e, irónicamente, el 96% prefiere que el médico posea un dominio técnico apropiado del idioma inglés, por sobre el 93% que evalúa como muy importante el dominio del idioma español; lo cual puede deberse en parte a que esto les da la oportunidad de interpretar apropiadamente el historial médico que el paciente trae consigo de sus tratamientos previos en el extranjero. Como el Dr. Homero Fuentes asegura, el paciente desea que el médico sepa interpretar

la información que este trae consigo, a fin de no sentir que todo esfuerzo previo por tratar su padecimiento se vea menospreciado o mal valorado. Esto exige que, además de las competencias básicas en su campo de estudio, los oncólogos que aspiren a ser competitivos en el ofrecimiento de servicios médicos en Tijuana posean un dominio adecuado del idioma inglés: no solo con fines de actualización y currículo profesional, sino para efectos prácticos en el ejercicio diario de la disciplina médica.

El aspecto del servicio que fue calificado con menor puntuación por los pacientes fue el de seguridad, dadas las condiciones fronterizas de la ciudad; no obstante, el 93% de los encuestados admitió sentirse seguro en las instalaciones mientras se les brindaban los servicios oncológicos; además, el 63% expresó que las condiciones de seguridad de Tijuana no había sido un factor determinante para inhibir su determinación de adquirir servicios en el extranjero.

Se reconoce que, aunque las pólizas de seguros de gastos médicos mayores que los pacientes contratan en su país de origen han sido determinantes para la competitividad de algunos tratamientos ofrecidos por el clúster de servicios médicos del estado de Baja California, tales como servicios dentales y cirugías estéticas; en el caso de los tratamientos oncológicos la situación es completamente diferente. Al ser una enfermedad de tipo degenerativo, la cobertura de dichas pólizas no incluye el tratamiento de tales padecimientos en México. El hecho de que estos pacientes decidan atenderse en el extranjero, a pesar de que no cuenten con el apoyo financiero de una institución de seguros, ni del sistema público de salud mexicano, realza la importancia de que crucen la frontera a pesar de que los gastos deban ser costeados por fondos propios.

El perfil étnico de los pacientes extranjeros encuestados revela que el 74% son mexicanos que residen en los Estados Unidos, en su mayoría de California hasta en un 80%; mientras que el 26% son ciudadanos norteamericanos, de los cuales el 14% reside de manera permanente en el estado de Baja California, México (Rosarito y Tecate). Respecto a los pacientes extranjeros sujetos de estudio, las mujeres son mayoría (59%), en comparación con los hombres (41%). El principal padecimiento registrado entre mujeres fue el cáncer de seno con un 90% de los casos de cáncer que actualmente se atienden en el consultorio; y entre hombres el cáncer de próstata con 80%. El grueso de los pacientes atendidos se encuentra entre las edades de 40 y 60 años (94%). El 100% de pacientes encuestados cubre el precio del servicio recibido con fondos propios, debido a que

los seguros de gastos médicos mayores de los pacientes estadounidenses no son admitidos como válidos para la atención de este tipo de tratamientos.

El estudio revela que son varios los factores internos que no inciden en que los pacientes extranjeros con cáncer crucen la frontera Tijuana-San Diego para recibir atención oncológica en la ciudad de Tijuana.

Con respecto al costo que este tipo de tratamiento les representa y la falta de cobertura médica por parte de sus aseguradoras, la totalidad de los pacientes revelaron que con la finalidad de ser atendidos en Tijuana, a pesar de no tener cobertura de seguro médico, han requerido del apoyo de sus familiares cercanos, quienes reúnen dinero entre consultas a fin de cubrir los costos asociados al padecimiento que estos enfrenta. Lo anterior, debido a que las instituciones de salud de Estados Unidos les niegan la continuidad del tratamiento, debido a que se consideraba un padecimiento terminal, pero que en Tijuana, B.C., México encontraron la oportunidad de continuar con el tratamiento, de manera apropiada, hasta sus últimas consecuencias, con un trato profesional, humano y cálido; aspectos que “no se pueden cuantificar en dinero”.

Por su parte, el tipo de cambio no se encuentra entre los factores determinantes para seleccionar un servicio oncológico en Tijuana, debido a que en la opinión de los pacientes encuestados admiten que, si bien es cierto que el tipo de cambio y los precios más bajos en México favorecen su poder adquisitivo y son relativamente importantes a la hora de seleccionar a un proveedor de servicios médicos, reconocen que estos factores no son esenciales para definir su lugar de tratamiento. Una vez que los pacientes han decidido atenderse en Tijuana, B.C. y han elegido al médico que juzgan que les dará la mejor atención, el valor del dinero deja de ejercer impacto determinante en su cometido de dar inicio o continuidad al tratamiento.

Finalmente, dentro de los factores internos duros que si representan un elemento determinante para la toma de decisión de los pacientes de oncología sujetos a este estudio, la muestra se comportó como se menciona a continuación: en lo que respecta a la planta y equipo, el 96% expresó encontrarse satisfecho con las señalizaciones del consultorio; el 93% siente que el equipo médico empleado por el médico es seguro y confiable; el 97% siente que las instalaciones son cómodas, y que cumplen sus funciones de manera adecuada. En cuanto a la Tecnología, el 89% se siente satisfecho con los equipos médicos con los que cuenta el consultorio, y el 78% juzga que se encuentra satisfecho con las condiciones en las que se encuentra.

En cuanto a factores internos suaves o blandos, cuya característica principal es que son más susceptibles al cambio, el 93% expresó sentirse muy satisfecho con la amabilidad del personal que les atendía; el 96% valoró en alta estima la información y discreción proporcionada por el médico; el 93% señaló sentirse muy satisfecho por la predisposición que el oncólogo tiene para escucharle, y tomar en cuenta sus sentimientos respecto al padecimiento con el que se encuentra lidiando.

Además, tanto los hispanos que residen en Estados Unidos, como los extranjeros naturales que cruzan la frontera Tijuana-San Diego con el propósito expreso de recibir tratamientos oncológicos, valoran como muy importante que exista afinidad cultural entre el paciente y el médico. Para los hispanos, según su manera de expresar, el idioma y la cultura del país en el que residen son una fuerte barrera que impide que el médico se vincule empáticamente con el paciente; lo que, para el 85% de los encuestados, representa una de las características más importantes en un proveedor de tratamientos oncológicos. Este grupo también se caracteriza por no entender el lenguaje técnico y por carecer de los medios económicos para contratar los servicios de un traductor para sus consultas periódicas, lo que abona un sentimiento de desconfianza y abandono, y aviva el deseo de ser atendidos por un médico que entienda sus preocupaciones, comparta su escala de valores, responda todas sus dudas y hable su propio idioma.

Los resultados obtenidos también reflejan que la afinidad espiritual es un determinante importante para que los hispanos, ciudadanos o emigrados, busquen servicios oncológicos en México. De acuerdo con el sentimiento general percibido en las entrevistas, el cáncer es una enfermedad compleja cuyos efectos se sienten tanto en el cuerpo como en el espíritu del que la padece; para estos pacientes, es de suma importancia que el médico que les brinde sus servicios esté dispuesto a aplicar sus conocimientos a fin de dar tratamientos funcionales, profesionales y apropiados hasta llegar a las últimas consecuencias. La premisa anterior, se encuentra generalmente vinculada a la creencia espiritual de que la vida de todo ser es de igual valor, y que debe hacerse lo humanamente posible por sanarla o en su defecto prolongarla de manera digna. Este tipo de atención no se encuentra en el país en el que residen, debido a que el marco legal estadounidense propicia las demandas por mala práctica profesional para aquellos médicos que aplican tratamientos oncológicos a pacientes determinados como potencialmente terminales (Legido-Quigley et al., 2012; Mello, 2014), siendo que estos tratamientos se caracterizan por

producir un importante grado de incapacidad en el paciente, tanto a nivel biológico-funcional como afectivo, que en muchos de los casos significa un importante deterioro de las condiciones de vida.

En entrevista, el Dr. Homero Fuentes expresó que en sus más de treinta años de práctica clínica ha aprendido que la afinidad emocional, si no espiritual, es uno de los ofrecimientos más importantes que el médico tiene para dar a cada uno de sus pacientes; independientemente de la etapa en la que se encuentre. Además, expresó que cuando se reúne con cada uno de sus pacientes, también se está reuniendo con sus generaciones, con su grupo de antepasados que fueron propensos a padecer la misma enfermedad. Es un viaje a su lugar de origen, a sus tradiciones, a su idioma, costumbre y comida. Todo ello forma parte del arte de ejercer medicina, una tradición que, según él percibe, gradualmente se ha perdido.

Por su parte, los pacientes anglosajones valoran de igual manera la atención continua, persistente y prolongada; sin embargo, muchos de ellos no dan tanto valor al aspecto espiritual como lo hacen los hispanos. En este grupo de pacientes, el 56% declara contar con un método de seguimiento a distancia, y el 58% lo valora como algo muy efectivo en el servicio que ofrece el médico.

En cuanto a métodos de trabajo, el 89% de los pacientes percibe que el médico seguirá atendiéndoles con el mismo interés y entrega, independientemente de los resultados o las tendencias en su mejoría. El 93% está completamente satisfecho del tiempo que el médico les dedica en cada consulta, y el 100% considera que el médico sea perseverante en la búsqueda de soluciones a su padecimiento, como un factor determinante para viajar al extranjero en búsqueda de nuevas alternativas.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El crecimiento constante y competitivo que ha experimentado el clúster de servicios médicos del estado de Baja California ha sido un factor determinante para la movilidad transfronteriza de pacientes del lado estadounidense al mexicano, con propósitos médicos. Hasta hace poco, las especialidades que habían recibido mayores beneficios habían sido aquellas que atienden áreas más relacionadas con la estética, así como algunas afecciones que no representan una amenaza real para la vida del paciente: tales como cirugía plástica, cirugía bariátrica y tratamientos dentales. El crecimiento en estas especialidades se entiende dada la compatibilidad de las aseguradoras

extranjeras con las clínicas del lado mexicano, el poder de paridad de compra del dólar respecto al peso, y la buena integración que existe entre los prestadores de servicios de la industria médica, turística y gastronómica.

Llama la atención que en años recientes se ha observado un crecimiento importante en la visita de pacientes con afecciones más complejas, como son los tratamientos cancerígenos. Durante todo este tiempo, se ha englobado tanto a los pacientes con fines de tratamientos estéticos, como a los que enfrentan padecimientos graves de salud bajo el término genérico de “turistas con fines médicos”; dando a entender con ello que son un grupo homogéneo cuyas necesidades e intereses son similares, y que estas pueden ser atendidas con un tipo de servicio que se aplique a todos por igual. Sin embargo, este tratamiento generalizado ha desincentivado todo esfuerzo por estudiar a cada grupo de manera particular, comprender sus necesidades específicas y ofrecer atención y cuidados a la medida; especialmente, para aquellos pacientes que buscan tratamientos oncológicos, cuyas características difieren de manera importante a las del resto.

Se reconoce también que los procedimientos oncológicos denominados como alternativos, cuya principal característica es que derivan de medicina no convencional o no científica, han sido fuertemente estimulados por las programas de turismo; que, procurando aprovechar las tendencias del cuidado de la salud para extranjeros en el Estado de Baja California, ha captado la atención de un grupo de pacientes con cáncer cuya intención principal no aparenta ser la de recibir atención médica de primera mano, sino permanecer en la región en calidad de turistas, recibiendo tratamientos holísticos o alternativos. Debido a que los centros que ofrecen este tipo de servicios funcionan como lugares de retiro y descanso más que como clínicas médicas, tienen gran éxito en atraer a una mayor cantidad de pacientes-turistas, a diferencia de aquellos cuya actividad se encuentra completamente basada en los tratamientos oncológicos universalmente aceptados por las normas internacionales.

Se concluye que, a fin de detonar el potencial observado en los consultorios de tratamiento de cáncer, es necesaria una mayor integración entre los prestadores de servicios oncológicos; esta ha de darse en dos momentos. El primero es hacia el interior, procurando con ello que los oncólogos y demás profesionales de la salud se organicen de manera eficiente, a fin de generar estrategias específicas de competencia en su sector; articulando una red de colaboración profesional en donde sea posible compartir conocimiento, tecnología y capital. El segundo

momento será entonces una coordinación natural hacia el exterior, con prestadores de servicios que sirvan como auxiliares; tales como hoteles, restaurantes, compañías de transporte, hospitales y clínicas privadas; con quienes será posible formar paquetes de servicios de tipo “todo incluido”, acorde a las necesidades particulares de este tipo de pacientes, procurando aprovechar la vocación desarrollada en la región inclinada a la recuperación, cuidado y mantenimiento de la salud y el cuerpo. Esto permitirá la creación de estrategias focalizadas, sin descuidar la calidad de los tratamientos y la calidez del trato, que en última instancia son una de las mayores ventajas competitivas respecto al extranjero.

Se reconoce que, a pesar del progreso registrado en el sector oncológico de Tijuana, existen muchas barreras que impiden el desarrollo de su potencial; siendo algunas de las principales la falta de datos, apertura y transparencia; la desarticulación entre instituciones de educación superior, de salud pública y privada; aspecto que abona a la falta de información sobre el tema; así como las malas prácticas que se dan de manera aislada en el sector, lo cual dificulta el desarrollo de estudios a mayor profundidad, con los que se buscaría fortalecer la posición competitiva de los servicios de atención al cáncer en la región Tijuana-San Diego. El alto grado de hermetismo, en cuanto a lo que ocurre en el sector de atención al cáncer en Tijuana, ha dificultado el desarrollo de un mayor número de análisis concretos que sirvan como base sólida para la creación de políticas públicas y estrategias empresariales, que detonen el potencial contenido en este nicho de mercado hasta ahora poco estudiado.

Se reconoce, que a pesar de que la rápida integración de las industrias que forman parte del clúster médico de Baja California también ha favorecido la atracción de pacientes con cáncer, debido a las limitaciones antes mencionadas, el sector de servicios oncológicos permanece a las sombras del fenómeno denominado “turismo médico”; cuyas características se encuentran ampliamente estudiadas, y cuya tendencia no muestra signos de retroceso. Se espera que el presente estudio sirva de base para el desarrollo de análisis más complejos y de mayor profundidad, que arroje mayor luz y entendimiento con el fin de aprovechar sus bondades y evitar sus aspectos negativos.

Los resultados expuestos deben entenderse como un acercamiento a la realidad, más que como un producto que describa la totalidad de un fenómeno cuya complejidad exige un proyecto extenso y que sume a más actores. No obstante, las limitaciones enfrentadas al profundizar en el

tema, y el aporte de la investigación ha sido bien recibido, ya que abona una perspectiva valiosa al proceso de construir un fundamento conceptual para el estudio de un fenómeno de amplio dinamismo; cuyo campo de estudio se ha visto acotado debido a los obstáculos que afronta, y siendo la ausencia de información uno de los principales.

Se espera que el presente análisis, emitido como un primer acercamiento a una realidad compleja que involucra un fenómeno que por definición conduce hacia un dinámico intercambio comercial entre fronteras, en una época en la que la tendencia del gobierno norteamericano se inclina hacia la poca cooperación e integración internacional, sienta las bases para futuras investigaciones, relacionadas con las prácticas de responsabilidad social, competitividad del sector oncológico y desarrollo de sólidas estrategias competitivas.

Referencias

- Álvarez, J. C.; y García, E. (1996). "Factores de éxito y riesgo en la Pyme, Diseño e implantación de un modelo para la mejora de la competitividad." *Economía industrial*, No. 310. Pág. 149-161.
- Bastida, E., Brown, H. S. & Pagan, J. A. (2008). Persistent disparities in the use of health care on the US/Mexico border: An ecological perspective. *American Journal of Public Health*, 98(11), doi: 10.2105/AJPH.2007.114447.
- Blouin, C., Gobrecht, J., Lethbridge, J., Singh, D., Smith, R., Warner, D. (2006). Trade in health services under the four modes of supply: Review of current trends and policy issues. En Blouin, C., Drager, N. & Smith, R. (eds.), *International trade in health services and the GATS*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Brown, H. (2008). Do Mexican immigrants substitute health care in Mexico for health insurance in the United States? The role of distance. *Social Science and Medicine*, 67, 2036-2042.
- Bueno, E.; Camino, D.; Morcillo P. (1987). "La gran empresa Española; Análisis comparado de sus Ventajas Competitivas, *Economía Industrial*." No. 257, pág. 117-134.
- Cano, D.; y Martin, D. (2003): "Aproximación teórica al concepto y medición de la competitividad." *Estudios Económicos*, No. 2 y 3, pág. 87-108.
- Claudio Quiroga, C. (2009). "China, 30 años de crecimiento económico". *Anuario Jurídico y Escorialense*, XLII (2009). 463-480 / ISSN: 1133-3677.
- Cutler, D. M. & S, J. Reber. (1998). Paying for Health Insurance. The trade-off Between Competition and Adverse Selection. *Quarterly Journal of Economics*, 113, 330-350.
- Díaz Olariaga, O. (2016). "Análisis del desarrollo reciente del transporte aéreo en Colombia". *Revista Transporte y Territorio* /14 (2016) ISSN 1852-7175 [122-143].
- Fuentes Flores, N. A. (2002). *Matrices de insumo-producto de los estados fronterizos del norte de México*. México, D. F.: Plaza y Valdés. p. 334. ISBN 978-970-722-201-4.
- Faulkner, L. (2002). Integrative approach to tourism demand forecasting. *Tourism Management*, 3, 34.
- Gaynor, M. (2006). Competition and quality in the health care markets. *Foundation and Trends in Microeconomics*, 2, 441-508.
- Horton, S. & Cole, S. (2011). Medical returns: Seeking health care in Mexico. *Social Science & Medicine*, 72(11), 1846-1852.
- Hsieh, R. (2012). *Health Economics*. Massachusetts, United States: MIT Press.
- Ibarra, M. A., González, L. A. y Demuner, M. del R. (2017). *Competitividad empresarial de las pequeñas y medianas empresas manufactureras de Baja California* [Business

- competitiveness in small and medium-sized enterprises of manufacturing sector in Baja California]. *Estudios Fronterizos*, 18(35), 107-130, doi:10.21670/ref.2017.35.a06
- Leonard-Barton, Dorothy (1995). "Wellsprings of Knowledge: Building and Sustaining the Sources of Innovation. Cambridge, Massachusetts, Harvard Bussines School Press.
- Legido-Quigley, H., Glinos, I. A., Baeten, R., McKee, M., Busse, R. (2012): "Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework". *Health Policy*, Vol. 108, nº 1, pp. 27-36.
- Mckinsey. (2008). Mapping the market for medical travel, Mayo 2008
- Mochón, C., Carreón, C. (2012). *Microeconomía con aplicaciones a América Latina*. Barcelona: McGraw Hill.
- Montoya Suárez, O. (2004). "Schumpeter, innovación y determinismo tecnológico". *Scientia et Technica Año X*, No 25, Agosto 2004. UTP. ISSN 0122-1701.
- Nguyen, N. (2007). Physician's behavioral response to Medicare price reduction. *Health Services Research*. 32, 283-299.
- Ossa Ramírez, J. F.; González Velásquez, E.; Rebelo Quirama, L. E.; Pamplona González, J. D. (2005). "Los conceptos de bienestar y satisfacción. Una revisión de tema." Grupo de investigación de Estéticas urbanas y socialidades. Universidad de San Buenaventura-Cali. Vol. 3, No. 1. Enero-Junio 2005. ISSN 1794-192X
- Okoro, CA., Strine, T., Young, SL., Balluz, LS. (2005) Access to health care among older adults and receipt of preventative services. Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. *Preventative Medicine*. 40 337-343
- Prokopenko, J. (1989). *La gestión de la productividad*. Ginebra: Organización Internacional del trabajo.
- René, V., Villareal, R. (2002). "México Competitivo 2020: Un Modelo de Competitividad Sistémica para el Desarrollo", Edit. Océano, México, 2002.
- Rubio, A. (2002). *La Competitividad de la empresa: Un estudio empírico en la Pyme de la región de Murcia*, Consejería de Economía, Industria e Innovación Región de Murcia.
- Rivas Tovar, A. (2016), "Dirección estratégica. Procesos de la organización en el siglo XXI". México, Trillas.
- Rojas, M., Jaimes, L., Valencia, M. (2018). Efectividad, eficacia y eficiencia en equipos de trabajo. *Revista Espacios*, Vol. 39, p. 11.
- Sepúlveda Villareal, Ernesto (2010). *Temas económicos y sociales de actualidad en México. Charlas en margas de camisa*. México: Museo Interactivo de Economía. Pág. 287.
- Sepúlveda Villareal, Ernesto (2010). *Temas económicos y sociales de actualidad en México. Charlas en margas de camisa*. México: Museo Interactivo de Economía. Pág. 287.

- Servan Schreiber, J.J. (1980). *O desafio mundial*. (3ª edição). Rio de Janeiro, Brasil Editora Nova Fronteira S.A.
- Tamames, Ramón (1988). *“Diccionario de economía”*. Alianza Editorial, Madrid, 1988.
- Terman, Elias (2004) “From TVs To Biomedical Devices”. San Diego Metropolitan. Diciembre 2004.
- Tracy, Michael y Wiersema, Fred (1993). “Customer intimacy and Other Value Disciplines”. Harvard Business Review, (1993).
- Tracy, Michael y Wiersema, Fred (1995). “The discipline of market leaders” Cambridge, Massachusetts, Perseus Books.
- UNCTAD/WHO (1998). Regional trade between the US and Mexico in the context of NAFTA, Chapter 10.
- Villareal, R. (2008). “Espacios de competitividad y aprendizaje en manufacturas y servicios”. Centro de capital intelectual y competitividad. CEPAL.
- Wallace, S. & Smith, S. (2009). Half a million older Californians living alone unable to make ends meet. UCLA Center for Health Policy Research.
- Wallace, S. & Smith, S. (2009). Half a million older Californians living alone unable to make ends meet. UCLA Center for Health Policy Research.
- Wallace, S., Mendez-Luck, C. & Castañeda, X. (2009). Heading South: Why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. Medical Care, 47(6), 662-667.
- Yoffie, D. (1993) “The International Political Economy of Direct Foreign Investment” (Vol. I & Vol. II), edited with Benjamin Gomes-Casseres, London, England: Edward Elgar Publishing Limited, 1993.

WEBGRAFÍA:

- Aparicio Cabrera, Abraham (2014). *“Historia Económica Mundial 1950-1990”*. Economía informa, núm. 385. Marzo-Abril, 2014. UNAM. En línea:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185084914704207>
- Bárcena, A. (2014). “La crisis de la deuda latinoamericana: 30 años después”. En línea:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36761/S20131019_es.pdf?sequence=1
- Benítez Codas, Manuel (2012). “Evolución del Concepto de Competitividad”. Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias, vol. III, núm. 8, enero-junio, 2012, pp. 75-82 Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela. En página web:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215025114007>
- Bielschowsky, Ricardo (2009). “Sesenta años de la cepal: estructuralismo y neoestructuralismo”. Revista CEPAL 97, abril 2009. En página web:
<https://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/35860/rve97bielschowsky.pdf>

- Bougrine, H. (2001). “Competitividad y comercio exterior”. En línea:
<http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/32/1/RCE.pdf>
- Bueno Campos, E. (1995). Dirección estratégica de la empresa: metodología, técnicas y casos, Pirámide, Madrid (5ta. Edición) en página web: <http://www.um.es/eempresa/rss/DE-PE.pdf>
- Burbano, E., González, V., Moreno, E. (2011). “La competitividad como elemento esencial para el desarrollo de las regiones. Una mirada al Valle del Cauca”. En línea:
https://www.usbcali.edu.co/sites/default/files/2_competitividadvalle.pdf
- Carignan Escobedo, O. (2017). El economista: “Baja California detona el sector turismo de salud”. Recuperado de: <https://www.eleconomista.com.mx/estados/Baja-California-detona-el-sector-turismo-de-salud-20170525-0081.html>
- Claudia, Alcántara. (2014). El financiero: “México está en la élite del Turismo de salud; Tijuana, un caso de éxito”. Ciudad de México, México.; Recuperado de <http://www.elfinanciero.com.mx>
- Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana. (2016). Informe de actividades 2014-2015. 18 Junio 2018, de Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana (COTUCO). Sitio web: <http://www.tijuana.gob.mx/dependencias/tesoreria/cp/2015-4/III/cotuco.pdf>
- D’Angelo, S. (2014). “LA MEDICINA ESTETICA” Conceptos, técnicas y alcances. En página web: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/clase2-2014.pdf>
- De los Ríos Cortes, V. L. (2007). “Las fusiones y adquisiciones en México en el período reciente 1986-2005”. Economía UNAM vol.4 no.12 México sep./dic. 2007. En página web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2007000300004
- Deloitte Consulting Group. (2017). Enfrentando el TLCAN. Encuesta sobre prácticas y tendencias para mejorar los márgenes en México. 15 agosto 2018, de Deloitte Sitio web: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/strategy/TLCAN_v1.pdf
- Eichen, M. (2006). “Value Disciplines: A Lens for Successful Decision Making IT”. Massbay Community Collage, Massachusetts. En página web: <https://www.educause.edu/ir/library/pdf/eqm0623.pdf>
- Escobar García, A. (2010). “De la ventaja comparativa a la ventaja competitiva: una explicación al comercio internacional”. Universidad Nacional de Colombia. En línea:
https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/publicaciones_icesi/article/view/640/640
- Estrada, S., Heijs, J. (2003). “Innovación Tecnológica y competitividad: Análisis Microeconómico de la conducta exportadora en México”. México. Mayo, 2003. En línea:
<https://eprints.ucm.es/6811/1/36-03.pdf>

- Esser, K. (1993) "América Latina. Industrialización sin visión". Nueva Sociedad Nro. 125 Mayo-Junio 1993, pp. 27-46. En página web: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10701649N125-4.pdf>
- Evolución histórica de la economía japonesa: del siglo xix a la crisis actual. (pág. 28) en línea http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/5301/1/HISTORIA_ECON_japon.pdf
- Gacía de León, G. (2009). "*El concepto de competitividad sistémica*". Revista Universidad de Sonora. En página web: <http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/25-8.pdf>
- González, J. (2014). ¿Por qué California es la región del planeta con más multimillonarios? BBC Mundo. Los Ángeles, Ca. En línea: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141203_economia_california_ultra_ricos_jg
- García-Naveira, A., Remor, E. (2011). Motivación de logro, indicadores de competitividad y rendimiento en un equipo de jugadores de fútbol de competición varones entre 14 y 24 años. Universitas Psychologica [en línea] 2011, 10 (Mayo-Agosto): [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722451013>> ISSN 1657-9267
- Guzmán, J. (2015). Internacionalización de los servicios de salud. Turismo médico en México y Jalisco. México: Universidad de Guadalajara. UCLA program in Mexico. En línea: http://www.profmex.org/ciclosytendencias/vinculos/Turismo_medico_Sin_guias.pdf
- Hernández Suárez, J.L.: (2008) "Perspectiva de la migración México-Estados Unidos. Una interpretación desde el subdesarrollo", Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/tesis/2008/jlhs/
- Health, Racquet & Sportsclub Association. (2016). <http://mundoejecutivo.com.mx/economia-negocios/2015/02/18/fitness-negocio-muy-forma> <https://www.ihrsa.org/publications/the-2017-ihrsa-global-report/> <https://es.statista.com/estadisticas/635806/numero-de-gimnasios-y-clubs-de-fitness-en-el-mundo-2009/>
- Hjorth Boisen, S. V. (2009). La industria maquiladora y la migración interna en México. Gaceta Laboral, 15(1), 5-28. En página web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-85972009000100001&lng=es&tlng=es <http://revistas.uchile.cl/files/journals/41/articles/13938/public/13938-36546-1-PB.pdf>
- Hidalgo-Capitán, A. L., ECONOMÍA POLÍTICA DEL DESARROLLO. LA CONSTRUCCIÓN RETROSPECTIVA DE UNA ESPECIALIDAD ACADÉMICA. Revista de Economía Mundial [en línea] 2011, [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2018] Disponible en: <<http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=86622163011>> ISSN 1576-0162
- Lifshitz, A. (2014). "La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones". Facultad de Medicina, UNAM. En página web: http://cmim.org/boletin/pdf2014/MedIntContenido01_09.pdf

- López, S. (2014). “Los retos de las empresas del siglo XXI”, 22 abril, 2014. En página web: <http://www.sergialc.com/retos-de-las-empresas/>
- Matta Cruz, Cindy Thatiana. (2015). “La innovación tecnológica como ventaja competitiva en las empresas”. Universidad de Santo Tomás, Bogotá, Colombia. 2015. En línea: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3331/Mattacindy2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Molina Germán, J.O., et al. (2018). Análisis de calidad de vida laboral y competitividad en empresas de servicios turísticos. 3C Empresa: investigación y pensamiento crítico, 7(2), 44-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2018.070234.44-67/>
- Medical Tourism Index. (2016). MTI Overview, 2016. En línea: <https://www.medicaltourismindex.com>
- Merino Pacheco, M. (2004). “Un mundo en flor”. En línea: http://www.horticom.com/revistasonline/horticultura/rh174/042_049.pdf
- Nava, A. (2013). Lógica, procedimientos lógicos y la formación de conceptos científicos. 2013. Disponible en: <<http://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/vinculos/article/view/4209>>.
- Nishijima, S. (2009). Desarrollo económico y política industrial de Japón: Implicaciones para países en desarrollo. Instituto de investigación para economía y administración (RIEB) Universidad de Kobe. En página web: <http://www.rieb.kobe-u.ac.jp/academic/ra/dp/English/dp246.pdf>
- Observatorio Turístico de Baja California. (2016). Oferta Turística por delegación, informe 2016. En página línea: <http://www.observaturbc.org/>
- Oropeza García, A. (2013). “México frente a la tercera revolución industrial: Cómo realizar el proyecto industrial de México en el Siglo XXI”. En línea: <http://biblio.upmx.mx/textos/140529.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. Informe sobre salud en el mundo. En línea: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe sobre salud en el mundo. En línea: <http://www.who.int>
- Peña-Vinces, J. C. & Triguero Sanchez, R. (2011). MCIE: Modelo de Competitividad Internacional de la Empresa: En economías en Desarrollo y/o Emergentes de Latinoamérica. Escuela de Organización Industrial, EOI. En Página web: <http://www.eoi.es>
- Roel, V. (1998). “La tercera revolución industrial y la era del conocimiento”. Centro de producción editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 3ra. Edición. En línea: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Historia/tercera_revoluc/archivos%20PDF/prefacio_breveintroduccion.pdf

- Ruiz-Caro, A. (2001). El papel de la OPEP en el comportamiento del mercado petrolero internacional. Proyecto CEPAL/Comisión Europea "Promoción del uso eficiente de la energía en América Latina" Santiago de Chile, abril de 2001. En página web: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2001/S0103287.pdf>
- Sac Chaj, S. M. (2013). "Motivación del recurso humano para mejorar el servicio el cliente en importadoras de electrodomésticos en la ciudad de Quetzaltenango". Tesis, en línea: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/01/01/Sac-Sandra.pdf>
- Sarache Castro, William A.; Castrillón, Omar Danilo; Jiraldó, Jaime Alberto. (2011). "Prioridades competitivas para la industria de la confección. Estudio de Caso. En línea: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v24n43/v24n43a05.pdf>
- Secretaria de Turismo de Baja California (2017) Baja California, ejemplo para detonar el turismo medico en México: EMC. Recuperado de: <https://www.gob.mx/sectur/prensa/baja-california-ejemplo-para-detonar-el-turismo-medico-en-mexico-emc?idiom=es>
- Vargas Hernández, José Guadalupe (2007). "Liberalismo, Neoliberalismo, Postneoliberalismo". Septiembre de 2007, en página web: http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/17/vargas_04.pdf
- Villareal R. (n.d.). Cluster, un modelo de Asociatividad y Competitividad Sistémica en la Cadena Global de Valor. En línea: http://www.redgtd.org/CENTRODOC/BD_ARCHIVOS/Libro%20Cluster.pdf
- W. Chan, Kim & Mauborgne, Renée (2005). "La estrategia del Océano azul". Grupo editorial Norma, 2005. En página web: http://www.talentohumano.co/inicio/images/libros/La_estrategia_del_oceano_azul.pdf
- Wallace, S. & Castañeda, X. (2008). Demographic profile of Mexi-cans in the United States. Health Initiative of the Ameri-cas. En línea <http://agcenter.ucdavis.edu/AgDoc/demographicprofile.pdf>
- Wiley J. & Sons, (2007). The Cochrane Collaboration. New Jersey: John Wiley & Sons; c2000-2007. En línea: <http://www.cochrane.org/>

- **ANEXO.**

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



Instrucciones: Favor de responder a las siguientes preguntas en una escala del 1 al 5, siendo 1 el de menor importancia o representatividad para su situación actual y 5 el de mayor.

1 = “Muy mala calidad / completamente insatisfecho”
5 = “Excelente calidad / completamente satisfecho”.

Género: a) Hombre b) Mujer

Nacionalidad: a) Mexicano b) Extranjero

Lugar de Residencia:

a) Tijuana b) Estados Unidos c) Otro (especifique): _____

FACTORES INTERNOS					
FACTORES DUROS					
PRODUCTO/SERVICIO					
1. Cómo evalúa los trámites y el papeleo en esta unidad de atención:	1	2	3	4	5
2. Cómo evalúa el trato:	1	2	3	4	5
3. Al ingresar se le informó sobre los procedimientos generales (orientación general):	1	2	3	4	5
4. Tras el ingreso, en qué medida ha sentido mejoría:	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tan importante es para usted que el médico hable español?	1	2	3	4	5
6. ¿Qué tan importante es para usted que el médico hable inglés?	1	2	3	4	5
7. ¿Cómo califica el servicio recibido?	1	2	3	4	5
8. ¿Se siente seguro mientras le brindan los servicios médicos que requiere?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera que el horario de atención es el adecuado?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que el número de visitas programadas para atenderle son las necesarias?	1	2	3	4	5
PLANTA Y EQUIPO					
11. El consultorio cuenta con las señalizaciones (señales de emergencia, salidas de emergencia, rutas de evacuación, información general, entre otras).	1	2	3	4	5
12. El consultorio cuenta con equipo médico de calidad (seguridad)	1	2	3	4	5
13. Durante su estancia en las instalaciones, ¿se siente cómodo?	1	2	3	4	5
14. ¿Considera que la limpieza del lugar es la adecuada para un centro de salud?	1	2	3	4	5
15. Los materiales y utensilios son esterilizados cada vez que se van a utilizar.	1	2	3	4	5
TECNOLOGÍA					
16. ¿Considera que los materiales y utensilios utilizados por el doctor en su consulta son de calidad (apropiados) ?	1	2	3	4	5
17. ¿Considera que el equipo para aplicación del tratamiento es de calidad (excelentes condiciones) ?	1	2	3	4	5
18. El periodo de remplazo de los materiales y utensilios del consultorio son relativamente cortos.	1	2	3	4	5

FACTORES SUAVES					
PERSONAS					
19. El personal de recepción es amable durante mi estancia en el centro médico.	1	2	3	4	5
20. El personal asistente es amable durante mi tratamiento.	1	2	3	4	5
Cómo evalúa al médico que le atiende, en los siguientes aspectos:					
20.1. Información proporcionada.	1	2	3	4	5
20.2. Confidencialidad y discreción.	1	2	3	4	5
20.3. Predisposición a escucharle.	1	2	3	4	5
20.4. Amabilidad y respeto mostrado.	1	2	3	4	5
ORGANIZACIÓN Y SISTEMAS					
21. ¿Existe un método de seguimiento a distancia?	SI		NO		
Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí, indique cuál de los siguientes métodos utiliza con mayor frecuencia, (1 nunca lo utilizo, 5 lo utilizo con mucha frecuencia)					
21.1. Skype	1	2	3	4	5
21.2. Teléfono	1	2	3	4	5
21.3. WhatsApp	1	2	3	4	5
21.4. Correo electrónico	1	2	3	4	5
21.5. Otros: (especifique)	1	2	3	4	5
22. ¿Le parece efectivo el método de seguimiento a distancia?	1	2	3	4	5
23. ¿Se le atendió en los horarios establecidos en las citas fijadas?	1	2	3	4	5
24. ¿Considera usted que el médico siempre tiene a la mano información relevante sobre su historial?	1	2	3	4	5
25. ¿Considera que el tiempo que transcurre entre su llegada a la unidad y el momento en que le recibe el médico es razonable?	1	2	3	4	5
¿A qué le parece que se deba el tiempo que tuvo que esperar a que se le atendiera?					
25.1. Hay mucha gente.	1	2	3	4	5
25.2. Lentitud del médico.	1	2	3	4	5
25.3. Falta de personal.	1	2	3	4	5
25.4. Mala organización.	1	2	3	4	5
25.5. Sistemas obsoletos.	1	2	3	4	5
25.6. El médico dedica tiempo de calidad a cada paciente.	1	2	3	4	5
MÉTODOS DE TRABAJO					
26. "Pienso que el médico me seguirá atendiendo con la misma dedicación e interés, como lo ha hecho hasta la fecha".	1	2	3	4	5
27. ¿Considera que el trato del médico durante todo su tratamiento siempre ha sido el mejor?	1	2	3	4	5
28. ¿Considera que el tiempo que el doctor le dedica para hacerle preguntas, conocerle y saber de su caso es suficiente?	1	2	3	4	5
29. ¿El médico que le atendió mantuvo su expediente clínico a la vista en cada consulta para conocer su evolución?	1	2	3	4	5
30. ¿Cómo califica la atención que el médico le da a su opinión como paciente, respecto a su propia salud?	1	2	3	4	5
VALOR DEL SERVICIO					
De las siguientes razones, indique cuál es (son) las que para usted son un determinante a la hora de seleccionar un proveedor de servicios de salud.					
30.1. Que hablen mi propio idioma.	1	2	3	4	5
30.2. Que el precio del servicio sea menor al del lugar de donde procedo.	1	2	3	4	5
30.3. Que el médico sea perseverante en solucionar mi padecimiento.	1	2	3	4	5
30.4. Que el médico comprenda mi cultura y tradiciones.	1	2	3	4	5
30.5. La seguridad de la ciudad en la que solicito el servicio.	1	2	3	4	5