

# The Use of Mexican Health Services in Tijuana by U.S. Citizens

Jorge Arredondo

## Abstract

Tijuana has experienced a notable growth in health related services patronized by United States citizens. This growth has impacted both the economic and the physical functioning of the city. The demand for health services has generated a growth in the number of clinics and hospitals in specific regions of the city –places that do not necessarily have the adequate infrastructure to serve this type of land use. This article analyzes the growth in the medical sector in Tijuana as it relates to the legal aspects of planning and urban development. The study concludes that it is of utmost importance to link land use planning with economic development to ensure the success of these activities, which are key for the continued development of the city.

## **El Uso de Servicios de Salud Mexicanos por Ciudadanos Estadounidenses en Tijuana**

Jorge Arredondo

### **Resumen**

El desarrollo del sector servicios ha modificado el espectro no solo de la planeación económica de una ciudad sino también de la planeación física. Tal es el caso de la ciudad fronteriza mexicana de Tijuana que presenta un notable incremento en actividades relacionadas con la salud por ciudadanos de los Estados Unidos de América, generando un incremento en la cantidad de clínicas y hospitales en zonas específicas de dicha ciudad, misma que no cuenta con los requerimientos necesarios de equipamiento para satisfacer las demandas propias de esas actividades. Sin embargo, existen condiciones locales que demuestran la presencia de indicadores de "ventaja comparativa" y que pueden traducirse en oportunidades para ambos países. Este documento analiza el crecimiento del sector médico en Tijuana, así como de los aspectos legales locales de la planeación del desarrollo urbano. Se concluye que es de suma importancia correlacionar las variables de usos del suelo con las políticas de desarrollo económico de la ciudad, y que dichas políticas estén fuertemente relacionadas con las estrategias de planeación urbana de la misma, ya que de ello depende que el éxito de estas actividades sea clave para el desarrollo de la ciudad.

Desde que se trazó la división fronteriza entre México y los Estados Unidos de América, gente de ambos lados de la frontera se ha movilizadado para buscar productos y/o servicios que no pueden comprar en sus lugares de origen o que son económicamente más accesibles o de mejor calidad que los que se les ofrecen en sus respectivos países. Los servicios de salud no han sido la excepción y a lo largo de los catorce pares de ciudades fronterizas entre México y los Estados Unidos de América, se presenta esta tendencia en mayor o menor grado.

A pesar de la importante tendencia que presenta el sector salud, el estudio y documentación del comportamiento de este fenómeno, es relativamente reciente. El estudio más antiguo que se tiene documentado, fue elaborado en Sonora por Chacon y Otoralora en 1986 en donde se concluye que el 36 por ciento de los médicos del sector privado entrevistados recibían pacientes estadounidenses debido a las diferencias en los costos de los servicios dentales, pediatría, cardiología, medicina interna y otorrinolaringología con respecto a los mismos servicios médicos estadounidenses. En el 1988, se publicaron dos artículos, uno por Guernsey y Labrec y otro por Belkin orientados a demostrar que la preferencia de los ciudadanos estadounidenses por los servicios médicos mexicanos era el resultado de las ineficiencias que presentaban los programas de servicios médicos tales como MEDICARE y MEDICAID en cuanto a cobertura, así como altos costos del sistema de salud en el sector privado estadounidense en la zona fronteriza. La década de los noventa se caracterizó por un notable incremento en las investigaciones de este fenómeno. De acuerdo con Arredondo (1999), entre 1986 y 1996 distintos organismos estadounidenses realizaron 36 investigaciones sobre este caso, mientras que del lado Mexicano solo se llevó a cabo una. Estas investigaciones se pueden clasificar desde varios puntos de vista. Las xenofóbicas que pretendían demostrar el abuso que los migrantes latinos hacían de los servicios públicos de salud estadounidenses y por lo tanto orientadas al control de la migración, hasta las que reconocían la preferencia de los por los servicios médicos en México y buscaban las posibilidades de inversiones estadounidenses sobre suelo mexicano para recuperar la fuga de capitales.

Investigaciones recientes conducidas por Warner (1997; 1999 y 2004), proponen la cooperación de ambos países para obtener óptimos resultados del comercio de servicios de salud y mejorar las condiciones de salud en ambos lados de la frontera. Las diferencias en costos y regulación, la competitividad del personal médico del lado mexicano, así como la creciente población de origen latino en las ciudades fronterizas de los Estados Unidos que buscan los servicios médicos en su mismo idioma, aseguran la demanda de los servicios médicos mexicanos por ciudadanos estadounidenses.

De acuerdo con Weeks (1993), la frontera entre Tijuana y San Diego está considerada como una de las más transitadas del mundo. En el año 1994 se registró un promedio mensual de 5 a 6 millones de cruces fronterizos legales hacia la ciudad de San Diego en las dos garitas existentes (San Diego Dialogue 1994). Este mismo estudio reportó un promedio mensual de 2.6 millones de cruces fronterizos de ciudadanos estadounidenses hacia la ciudad de Tijuana. De las razones dadas para cruzar la frontera hacia Tijuana, destacan las visitas a médicos y dentistas. Estos cruces corresponden a 250,000 visitas por mes, que equivalen a 8,333 visitas por día hacia Tijuana para recibir algún tipo de servicio médico (San Diego Dialogue Report 1994).

Telman (2004) hace referencia a otro estudio hecho en el 2003 y en donde solo se registran 100,000 cruces mensuales fronterizos a la ciudad de Tijuana para consumir servicios médicos. El tipo de servicio médico varía y entre ellos se incluye los servicios dentales, la medicina alternativa y la compra de medicamentos. Telman (2004) también hace referencia al hecho de que, debido al incremento en la demanda de medicamentos por ciudadanos estadounidenses en la ciudad de Tijuana, las actividades farmacéuticas pueden ser consideradas como otra área del sector de salud con posibilidades de cooperación entre ambas ciudades. La Foto 1 muestra un ejemplo de una farmacia en Tijuana.

La manera en que el comercio de servicios de salud se lleva a cabo también presenta distintas modalidades. Si bien la forma más común es la del

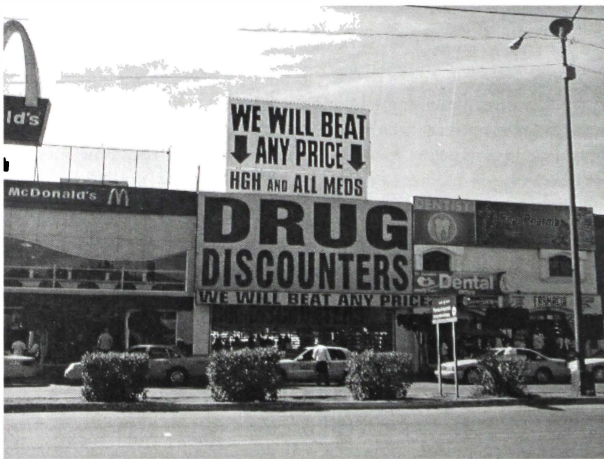


Foto 1. Farmacia ubicada en la zona del cruce fronterizo de Tijuana

visitante estadounidense que hace uso de los servicios médicos en las ciudades mexicanas, también se presentan los casos en los que médicos mexicanos realizan visitas domiciliarias a ciudadanos estadounidenses, especialmente los fines de semana. Esta última modalidad ha sido poco documentada ya que en esencia está tipificada como un delito en los Estados Unidos de América.

Un grupo importante de usuarios de servicios médicos mexicanos, lo conforman los ciudadanos estadounidenses retirados quienes buscan hacer rendir al máximo el dinero de sus pensiones, reduciendo sus gastos médicos. De acuerdo con Hayes-Bautista (1996), se tiene conocimiento de que en Baja California hay aproximadamente 60,000 estadounidenses retirados, de los cuales 30,000 viven en Tijuana. Esta característica adquiere sentido cuando se comparan los precios de los servicios médicos que puede requerir un ciudadano estadounidense retirado que elige a Tijuana como destino final, para que el dinero de su retiro le pueda rendir más entre otras cosas. De acuerdo con Warner (1993), en los Estados Unidos, el costo de un día de cuidados en una institución con enfermeras especializadas tiene un costo aproximado cuatro a seis veces el costo de un servicio comparativo en México.

Otro grupo de usuarios de los servicios médicos mexicanos y el más destacado, es el integrado por ciudadanos estadounidenses de origen latino legalmente establecidos. De acuerdo con Warner (2004) en el año 2000, la mayor parte de la población latina de los Estados Unidos, se concentraba en cuatro Estados fronterizos (California, Texas, Arizona y Nuevo México), siendo estos Estados donde por lo menos un cuarto de la población es de origen latino. Del total de la población latina de los Estados Unidos, la mitad vivía en los estados de California o Texas, siendo el Estado de California el que albergaba la mayor cantidad, con casi 11 millones de latinos y Texas 6.6 millones. Interesantemente, en California, los latinos equivalían ya el 32 por ciento de la población estatal (casi 11 millones) y los residentes de origen mexicano equivalían al 25 por ciento del total (8.5 millones).

Por otra parte, en el estado de California los médicos de habla hispana son pocos. De acuerdo con Vargas (2006) a cada médico de habla hispana le corresponde atender a 2,900 pacientes de origen hispano en promedio, comparado con 355 pacientes de origen no hispano en promedio por cada médico no hispano. Cabe mencionar también que la población latina es la que menos cobertura de seguros médicos presenta. De acuerdo con Warner (2004), en el 2001, menos del 50 por ciento de la población adulta de origen latino tenía seguros médicos. Varias razones son las causantes de esta situación, dentro de las que destacan los altos costos de los seguros médicos en los estados Unidos y la barrera del idioma.

Para subsanar estas deficiencias, un alto porcentaje de la población de origen latino, residente de todo el estado de California, sigue cruzando la frontera hacia Tijuana para hacer uso de los servicios médicos mexicanos que finalmente tienden a ser menos caros y en el idioma de origen de los usuarios.

La tasa de crecimiento de la población de origen latino en California sigue en incremento y la tendencia marca a que se convierta en uno de los grupos dominantes de la región. El gobierno de los Estados Unidos ha comenzado a poner atención a este rubro y actualmente busca la manera de promover y mantener el acceso a los servicios de salud para los latinos, situación crucial para el futuro de California. El primer paso en este campo lo han dado ya las compañías estadounidenses de seguros médicos, como Blue Shield, Health Net y PacificCare, quienes ya han comenzado a desarrollar novedosas y accesibles pólizas de seguros en donde por un costo menor, la población de origen latino puede recibir atención médica de calidad en las ciudades fronterizas mexicanas o también por el mismo costo, incluir a algunos de sus familiares residentes en las ciudades fronterizas mexicanas.

Mientras sigan existiendo las diferencias en costos, las preferencias culturales de los ciudadanos estadounidenses de origen latino, así como la buena calidad de los servicios médicos mexicanos, México seguirá manteniendo una ventaja comparativa sobre los Estados Unidos, en la provisión de estos servicios, situación que puede presentar oportunidades de desarrollo y crecimiento.

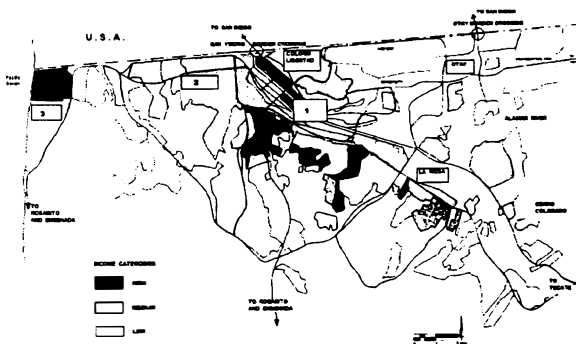
## **Situación Actual**

En la ciudad de Tijuana, el comercio de servicios de salud se ha incrementado de tal manera que se ha convertido en una actividad clave para el desarrollo económico. De acuerdo con los registros locales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en 1994 en Tijuana existían de 294 actividades relacionadas con el sector salud. Cabe mencionar que en esta clasificación se incluyen por igual los hospitales, clínicas, consultorios, clínicas dentales y oftalmológicas, quedando fuera solo las farmacias. Del total de estas actividades, 172 estaban relacionadas con servicios médicos y 50 con servicios dentales. Por otra parte, la Asociación Estatal de Clínicas y Hospitales (AECH) organismo particular de alcance estatal, que intenta regular la calidad de los servicios médicos en clínicas y hospitales, contaba ese mismo año 26 hospitales y 49 clínicas privados en Tijuana. La diferencia en los registros oficiales de la SSA y de la AECH hace difícil visualizar un panorama claro de este sector, pues en esencia, no se marca la diferencia entre una clínica y un grupo de consultorios o entre

un hospital y una clínica, situación que requiere ser definida con claridad si se desea tener un panorama más claro del desarrollo de este sector. Otra situación que hace difícil confiar en la veracidad de estas bases de datos, es que no se actualizan con frecuencia, y si alguna clínica u hospital se remodela o incrementa su capacidad, estos datos no son capturados con la rapidez necesaria para que se actualice la información.

Para el 2006, además de los registros oficiales, existían ya varios directorios promocionales de servicios médicos en Internet, y de estos, el directorio local más consultado (portal-Tijuana), registraba solamente 64 establecimientos dedicados a la prestación de servicios médicos (sanatorios, clínicas y hospitales). Por otra parte, la sección amarilla del directorio telefónico local del 2006 (Telnor 2006) mostraba 156 establecimientos dedicados a servicios médicos, de los cuales 37 eran hospitales.

De acuerdo con Arredondo (1999) ha sido difícil obtener información confiable sobre la cantidad y calidad de los servicios médicos en Tijuana, pues de las 172 clínicas y hospitales registrados en aquel entonces, sólo diez respondieron a sus encuestas. Si bien los diez aceptaron recibir pacientes estadounidenses y que la mayoría pagaba en efectivo, nadie quiso mencionar la cantidad de pacientes ni tampoco el monto aproximado de los ingresos derivados de dichas consultas. La mayoría de las clínicas y hospitales se negó a dar información, indicando que la información que se les solicitaba era de carácter confidencial y que de revelarla podría dañar el futuro del funcionamiento de sus establecimientos. Si bien es cierto que el organismo responsable de mantener al día la información sobre clínicas y hospitales en la ciudad es la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), sus registros solo contienen información sobre los responsables, la ubicación y número de camas, no incluyendo indicadores de calidad. Sin embargo, varios médicos han hecho comentarios públicos sobre la disminución del flujo de usuarios de origen estadounidense a partir de los eventos del 11 de septiembre del 2001, cuya repercusión en las ciudades fronterizas fue el incremento en los tiempos de espera en los puertos de cruce fronterizo. Si bien es cierto que poco a poco se ha recuperado el flujo turístico, la actual recesión por la que pasa la economía estadounidense, también se ha hecho palpable en la disminución del turismo a partir del año 2006.



Mapa 1. Concentración de clínicas y hospitales en Tijuana (SSA, 1994).

Zona 1. Río Tijuana: 24

Zona 2. Zona Centro: 58

Zona 3. Playas de Tijuana: 8

Dentro de la mancha urbana destacan tres zonas en donde han tendido a concentrarse los servicios médicos. La Mapa 1 muestra estas tres zonas. Cada zona se ha venido destacando por el tipo de servicio médico que se ofrece. La zona 1 está ubicada en la primera etapa del nuevo desarrollo urbano Río Tijuana, en donde se localizan 24 establecimientos dedicados a los servicios de salud y entre los que destacan hospitales especializados, varios de los cuales ya son parte de los programas binacionales de seguros médicos, en la modalidad de "Proveedor Preferencial" (PPO). Cabe mencionar que la ubicación de algunos de estos hospitales es conflictiva en relación con los accesos vehiculares, ya que se localizan directamente sobre vialidades de alta velocidad, sin vías de desaceleración y con acceso restringido a estacionamientos (ver Foto 2).

La zona 2 se ubica en lo que se considera como primer cuadro de la ciudad o centro histórico, en donde se localizan 58 establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud y aquí destacan los consultorios de medicina general, los grupos médicos (grupos de consultorios médicos especializados), los servicios dentales y optometristas.



*Foto 2. Hospital en la zona del cruce fronterizo de Tijuana*

Estas primeras dos zonas están relativamente próximas al cruce fronterizo de la zona del Río Tijuana (el puerto de ingreso mas antiguo de la ciudad y el de mayor uso). Esta ubicación les da la ventaja de accesibilidad, tanto para peatones como para vehículos.

La zona 3 esta ubicada en la zona de Playas de Tijuana, en donde se localizan ocho clínicas y hospitales especializados y de medicina alternativa. Cabe mencionar que esta zona es la más retirada de cruce fronterizo, por lo que algunos de los hospitales ahí ubicados, ofrecen servicios de traslado de sus instalaciones a las garitas y en ocasiones hasta el aeropuerto de San Diego. Al igual que en los otros casos, también aquí se presentan situaciones conflictivas similares sobre la ubicación de algunos de estos hospitales, siendo la más notoria la falta de estacionamiento y la compatibilidad con las actividades de la zona. La Foto 3 muestra un ejemplo, un hospital de Playas de Tijuana que está pegado a vivienda unifamiliar.



*Foto 3. Hospital en Playas de Tijuana*

Otros dos rubros de apoyo a los servicios médicos que también han incrementado su presencia en la ciudad, son los relacionados con las farmacias, que han tendido a concentrarse en las zonas 1 y 2 y los establecimientos dedicados a la venta, reparación y mantenimiento de equipo médico-quirúrgico, que se han concentrado básicamente en la zona 2. De acuerdo con Telman (2004) en las últimas dos décadas México se ha convertido en un productor líder de aparatos biomédicos, existiendo en la ciudad 60 plantas dedicadas a estas actividades, de las cuales 40 tienen compañías filiales en Estados Unidos con 13 de ellas localizadas en la ciudad de San Diego, como lo son Alaris, Medical Systems, Breg, Continental Laboratories, DJ Orthopedics, Molecular Bioproducts y Sunrise Medical.

## **Discusión**

Tijuana ha ido resolviendo las demandas de crecimiento impuestas por el sector privado de salud. En 1999, la Secretaria de Salud (SSA 2001) desarrolló los lineamientos requeridos para la acreditación de clínicas y hospitales como parte del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, siendo publicados al siguiente año. En Tijuana, varios establecimientos dedicados a la provisión de servicios médicos han iniciado ya su proceso de acreditación para estar en un nivel mas competitivo y poder establecer convenios con alguna de las empresas

estadounidenses de seguros médicos, garantizando de esta manera el flujo de pacientes y divisas extranjeros. Como ejemplo de esto se pueden citar el Hospital del Prado, la Clínica Excel y el reciente Hospital Angeles de Tijuana.

A pesar de este esfuerzo, muchos los establecimientos, sobre todo los consultorios y las clínicas, siguen surgiendo de manera repentina en zonas destinadas a otros usos, generando una imagen improvisada, además de no reunir las condiciones de confort y silencio requeridas para una zona hospitalaria. La situación se torna más crítica cuando además estos establecimientos no reúnen las condiciones adecuadas de infraestructura y servicios urbanos. Entre las quejas más comunes que mencionan los proveedores de servicios de salud, es la mala condición de las calles, falta de señalamiento urbano, falta de estacionamientos, seguridad y servicios de limpia más eficientes (Arredondo 1999). La Foto 4 muestra un hotel que se ha convertido en hospital donde el recorrido que siguen los pacientes para ser llevados a quirófano se hace por un pasillo exterior.



Foto 4. Hotel convertido en hospital



Foto 5. Antigua casa-habitación convertida en clínica

Si bien es cierto que algunos de estos problemas son el resultado de no cumplir con los reglamentos locales, específicamente con el reglamento de construcciones que regula el número de cajones de estacionamiento, las servidumbres frontales, laterales y posteriores, así como los coeficientes de uso y ocupación del suelo, las autoridades encargadas de la planeación urbana poca o nula atención han prestado a esta situación, por lo que determinados sectores de la ciudad cuyos usos iniciales eran destinados predominantemente a vivienda, se han venido transformando en zonas de consultorios y clínicas que funcionan en antiguas casas habitación, con todas las limitaciones de infraestructura que esto conlleva. La Foto 5 muestra una de estas.

Actualmente en la ciudad no existe un reglamento que norme los usos del suelo. La actual clasificación del suelo urbano solo sirve para efectos de recaudación de impuestos y no ha sido usada para clasificar y/o regular los usos del suelo. El parámetro actualmente usado para regular los usos

del suelo se reduce a un diagrama de compatibilidades de uso incluido en el Programa de Desarrollo Urbano de Centro de Población (PDUCP) y por lo tanto solo tiene la validez jurídica del mismo programa. Cabe mencionar que una de las características del PDUCP es la de ser flexible y modificable, por lo tanto este mismo principio se aplica también a la tabla de usos del suelo. Además, la decisión final de autorizar o negar el cambio de uso de suelo recae directamente en el Presidente Municipal en turno. Por otra parte, la metodología utilizada para la elaboración de los PDUCP, muy poca atención presta al desarrollo del sector servicios, siendo el departamento de planeación económica el encargado de ello, mismo que no tiene injerencia en el proceso de planeación urbana municipal.

## Conclusiones

El comercio internacional de servicios médicos es un fenómeno internacional que está siendo ya analizado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. Los países desarrollados cuyos servicios de salud son cada vez más costosos, han volteado su mirada a los países en vías de desarrollo como una manera de reducir los costos en la provisión de servicios de salud para sus habitantes sin disminuir la calidad de estos. A pesar de algunas campañas negativas, los servicios médicos mexicanos son de buena calidad. Muchos médicos cirujanos y especialistas mexicanos residentes en las ciudades fronterizas, son también cirujanos reconocidos en los hospitales de las ciudades estadounidenses, como casos dignos de mencionar se encuentra los reconocidos cirujanos Dra. Patricia Aubanel y el Dr. José Hernández Fujigaki.

El incremento en la demanda de servicios médicos mexicanos por ciudadanos estadounidenses en la ciudad de Tijuana continuará mientras estas marcadas diferencias en costos y controles se mantengan, por lo que es de suma importancia cuidar todos los aspectos relacionados con la provisión de los mismos. Actualmente existen varios indicadores que demuestran la presencia de una ventaja competitiva en la provisión de servicios médicos. La ciudad tiene una ubicación geográfica privilegiada, hay suficientes vías de acceso y una disponibilidad de mano de obra especializada - médicos, especialistas, enfermeras, y técnicos. Por otra parte, existe una demanda de tipo internacional por los servicios médicos que se ofrecen en la ciudad y de acuerdo con datos estadísticos recientes del Departamento de Transporte de los Estados Unidos (USDOT/BTS) el número de visitantes en la ciudad es cada vez mayor, pues si bien es cierto que en el año 2001 la cifra anual de cruces fronterizos fue baja, con 30 millones de cruces, para el año 2005 esta cifra ya había aumentado a 35 millones de cruces anuales. La actual recesión económica por la

que atraviesa la economía estadounidense también se ha sentido en la frontera y esto se hace patente en una disminución de cruces fronterizos anuales que en el año 2006 fueron de 34 millones, un millón de cruces menos que el año anterior.

También existen en la ciudad las industrias de apoyo, como lo son los laboratorios, farmacias y negocios de venta de equipo médico nuevo y reparado. Las estrategias competitivas de las clínicas y hospitales son cada vez más altas y la búsqueda por la certificación es una demostración. Con estos indicadores existentes, solo está haciendo falta la intervención del gobierno para mejorar las condiciones locales y mantener el flujo de la demanda.

Los organismos municipales encargados de la planeación urbana necesitan revisar sus procesos metodológicos para incluir las variables económicas resultantes del desarrollo de este sector y de cómo está modificando la imagen urbana de la ciudad. Es necesaria la cooperación de los diferentes cuerpos colegiados de médicos y asociaciones de clínicas y hospitales para obtener información más confiable y tener un espectro más completo de este fenómeno. Solo de esta manera se podrá dar respuesta a las necesidades actuales que demandan estos servicios.

El desarrollo de este sector también puede tener impactos negativos si estos no se prevén. De acuerdo con Wibulpolprasert et. al (2004), a nivel internacional el comercio de servicios de salud ha promovido la comercialización de la salud. Ha estimulado la migración de la mano de obra calificada, tanto al interior como al exterior de los países que resulta en un acceso desequilibrado a los servicios de salud. También ha erosionado los principios éticos de los profesionales de la salud, resultando en un incremento en las malas prácticas e incremento en las demandas. En este contexto dinámico y complejo, los países en vías de desarrollo requieren de mecanismos nacionales fuertes y una capacidad adecuada para guiar y administrar los sistemas de salud, tanto públicos como privados para asegurar que las clases más desprotegidas sigan teniendo acceso a los servicios básicos de salud.

Para el caso específico de Tijuana, se requiere de una revisión intensiva de todos los aspectos normativos de la prestación de los servicios de salud, tanto por el sector público como privado, con la participación directa de los cuerpos médicos colegiados y representantes de la comunidad. Se hace ya necesario establecer criterios más claros para la clasificación de los establecimientos en donde se ofrecen los servicios médicos, no solo desde el punto de vista cuantitativo, sino incluir también la evaluación cualitativa. También se requiere la revisión y actualización de toda la reglamentación urbana, para que esta tome en cuenta las características específicas de los nuevos sectores de la economía que

se están desarrollando y consolidando y prever las necesidades de infraestructura y equipamiento necesarios para mejorar las condiciones urbanas en donde se ubicaran.

## Bibliografía

- Arredondo-Vega, Jorge Augusto. 1999. *The use of Mexican private medical services by American nationals in the city of Tijuana* PhD Thesis. University of London, England.
- Belkin, Lisa. 1988. Health care on the border: The Poor go to Mexico. *The New York Times*, October 17.
- Chacón, F., Otalora, M. 1986. *Utilization of health services in Hermosillo, Sonora by United States residents*. Escuela Mexicana de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Departamento de Salud (mimeo).
- Guernsey de Zapién, J. y Labrec, P. 1988. *Where have all the farmers gone? Dynamics of health care across de U.S.-Mexico border*. University of Arizona, College of Medicine (mimeo).
- Hayes-Bautista, David. 1996. *Workforce issues and options in the border states* Ponencia presentada durante la sesión del Grupo de Trabajo de Salud Fronteriza. San Diego, CA.
- Hospitales y Clínicas en Tijuana Baja California, México. Available at: <http://www.portal-tijuana.com/regional/dir/hospitales.html/>, last accessed December 13, 2007.
- San Diego Dialogue Report. 1994. *Who crosses the border: A view of the Tijuana –San Diego metropolitan region*. A report of San Diego Dialogue.
- Secretaría de Salud. 2001. *Norma Oficial Mexicana de Certificación de Hospitales y Consultorios NOM-197-SSA1-2000*. México: Diario oficial de la Federación.
- Telnor. 2006. *Directorio telefónico de la ciudad de Tijuana*. Tijuana: Teléfonos del Noroeste.
- Terman, Elias. 2004. More than just maquiladoras. *San Diego Metropolitan*. December 11.
- United States Department of Transportation/Bureau of Transportation Statistics (USDOT/BTS). Available at: <http://www.transtats.bts.gov/>, last accessed April 27, 2008.
- Vargas Hernández, José Guadalupe. 2006. Mercado transfronterizo en servicios de salud. *Ciudades* 18(69): 58-64.
- Warner, David C. 1993. *Mexico's role in relieving the costs of American Care: The impact of the North American Free Trade Agreement*. (mimeo) The University of Texas at Austin.
- Warner, David C. 1999. *NAFTA and Trade in medical services between the U.S. and Mexico*. U.S. Mexican Policy Reports Series No. 7. Lyndon B. Johnson School of Public Affairs. The University of Texas at Austin.
- Warner, David C. 1999. *Getting What You Paid For: Extending Medicare to Eligible Beneficiaries in Mexico*. U.S. Mexican Policy Reports Series No. 10. Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, Austin: The University of Texas.

- Warner, David C., y Schneider, Pablo G. 2004. *Cross border health insurance, options for Texas*. U.S. Mexican Policy Report No. 12. Inter American Policy Studies Program. Lyndon B. Johnson School of Public Affairs. Teresa Lozano Long Institute of Latin American Studies, Austin: The University of Texas.
- Weeks, John R. 1993. *The changing demographic structure of San Diego region*. En San Diego-Tijuana in Transition. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Wibulprasert, Suwit, Cha-aim Pachanee, Siriwan Pitayarangsarit, and Pintusorn Hemsit. 2004. International service trade and its implications for human resources for health: A case study of Thailand. *Human Resources for Health* 2:10.

*Jorge Arredondo, arquitecto, realizó estudios de Maestría y Doctorado en Planeación del Desarrollo Urbano en la Universidad de Londres, Inglaterra. Actualmente es maestro de tiempo completo de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Baja California en Mexicali México.*

*Jorge Arredondo received his master's and doctorate degrees in Planning and Urban Development at the University of London, England. He is currently a full time professor in the School of Architecture at the Autonomous University of Baja California in Mexicali, Mexico.*