



*Las opiniones y los contenidos de los trabajos publicados son responsabilidad de los autores, por tanto, no necesariamente coinciden con los de la Red Internacional de Investigadores en Competitividad.*



Esta obra por la Red Internacional de Investigadores en Competitividad se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 Unported. Basada en una obra en riico.net.

**CLUSTER DE SERVICIOS MÉDICOS EN BAJA CALIFORNIA:  
ELEMENTO DE COMPETITIVIDAD DE LA REGIÓN**

Ventaja Competitiva Y Desarrollo Económico

Desarrollo Regional

Universidad Autónoma De Baja California

Facultad De Contaduría Y Administración

Unidad Tijuana

**Autores:**

Jorge Ramos

Facultad de Contaduría y Administración.

Calzada Universidad No. 14418 Tijuana B. C. Mesa de Otay C.P. 22390

Teléfono: 682-25-66

Correo: [jorgeramos46@hotmail.com](mailto:jorgeramos46@hotmail.com)

Daniel Muñoz Zapata

Correo: [zapatamd@yahoo.com.mx](mailto:zapatamd@yahoo.com.mx)

Nancy Imelda Montero Delgado

Correo: [nmonterod@yahoo.com.mx](mailto:nmonterod@yahoo.com.mx)

Resumen:

Las características que hacen especial la región de Baja California en aspectos económicos, la obligan a mantenerse al día en cuestiones de competitividad, debido a la cercanía con Estados Unidos y la innegable dependencia que se tiene en varios aspectos con ese país. Este documento presenta en su primera parte la iniciativa del gobierno estatal por crear clusters en varios sectores, posteriormente se enfoca en el cluster de servicios médicos y su situación actual; para después hacer una propuesta de cómo manejar los factores de la producción apoyados en el diamante de Porter y terminar con una reflexión de las expectativas y retos que se tienen actualmente en este sector económico de la región.

**Palabras claves:** cluster, servicios médicos, factores de la producción, competitividad, diamante de Porter, región.

Abstract:

The characteristics that make special the region of Baja California in economic aspects, force her to keep up to date in questions of competitiveness, due to the nearness with The United States and the undeniable dependence that is had in several aspects by this country. This document presents in his first part the initiative of the state government for creating clusters in several sectors, Later it focuses in the cluster of medical services and his current situation; then to make an offer of how to handle the factors of the production rested on Porter's diamond and end with a reflection of the expectations and challenges that are had nowadays in this economic sector of the region.

**Keywords:** cluster, medical services, factors of the production, competitiveness, Porter's diamond, region.

## **1. Clusters en Baja California:**

La competitividad internacional y la necesaria actualización de los modelos de trabajo obligan a visualizar la actividad empresarial desde perspectivas cada vez más complejas, por lo que el gobierno del Estado de Baja California (B.C.) ha establecido dentro de sus objetivos estratégicos el desarrollo económico y empresarial mediante un proceso de integración en el que participa el mismo gobierno, las empresas privadas, universidades, instituciones académicas y de investigación; varias de las cuales son reconocidas por sus actividades a nivel nacional. La Secretaría de Desarrollo Económico del Estado (SEDECO), ha promovido la creación de varios clusters en la región para enfrentar con mayor eficiencia la competencia norteamericana y de otros países que se avocan con sus inversiones a este Estado.

Los clusters son «concentraciones geográficas de empresas e instituciones interconectadas que actúan en determinado campo, unidas por rasgos comunes y complementarias entre sí» (Porter, 1998), con la finalidad de crear un ambiente propicio de negocios donde todas ellas pueden mejorar sus productos, servicios, competitividad y rentabilidad. Por otra parte Joseph Ramos (1998), define el cluster como «una concentración sectorial y/o geográfica de empresas en las mismas actividades o en actividades estrechamente relacionadas, con importantes y acumulativas economías externas, de aglomeración y especialización -de productores, proveedores y mano de obra especializada, de servicios anexos específicos al sector- con la posibilidad de acción conjunta en búsqueda de eficiencia colectiva».

Según Salazar (1999), los clusters son fábricas de competitividad, pues tienen tres características:

- a) Al estar organizadas alrededor de clientes y usos finales, enfocan mejor las necesidades de los clientes que son el corazón de la ventaja competitiva.
- b) Crean mercados más eficientes y menores costos transnacionales para todos los jugadores del cluster y por ello dinamizan la productividad.
- c) Son centros de innovación, simultáneamente por la extrema rivalidad que se da en algunas áreas y por la cooperación fluida que se da en otras.

Existen tres tipos de clusters atendiendo a su concepto y dos atendiendo a su enfoque, dando origen a seis tipos diferentes de estructura de clusters; que requerirán, a su vez, estrategias diferentes para su integración según sea el caso (San Román 2004).

Respecto al concepto de los autores, los clusters se pueden clasificar, en:

- Cluster regional: de industrias o empresas espacialmente concentradas.
- Cluster sectorial: de sectores o grupos de sectores, concentración de empresas pertenecientes a ramas industriales similares.
- Cluster de cadenas o redes de cadenas de valor en la producción.

Como se puede observar el tema no es nuevo, existen ya varios intentos de desarrollar los clusters en América latina, sobre todo en Chile, Colombia y México; sin embargo no se ha logrado establecer una fuerza competitiva que permita dominar actividades o sectores que antes de establecer los clusters fuesen débiles o con una limitada actividad operativa, es decir si se han logrado resultados positivos es en los sectores donde ya existía una fuerza competitiva.

Michael Porter ha sido el precursor de la llamada nueva visión de los factores de la producción y los países desarrollados han tomado muy en serio el modelo para competir en el extranjero, no se puede negar que les ha dado frutos y siguen dominando los mercados, ahora bajo éste nuevo enfoque. De aquí la inquietud del gobierno de Baja California de pretender establecer una política de desarrollo, creando compromisos de empresa – estado, apoyados con un impulso estratégico (Reyes 2006); se percibe pues la incursión de una competencia fuerte y estructurada y se quiere estar preparado regionalmente para enfrentarla.

## **2. El Cluster de Servicios Médicos.**

La experiencia Internacional (Escalle, 2000), Refiere que los países tienen ante sí el desafío de concentrar los recursos donde más se necesiten. En ese sentido, el diseño y la puesta en marcha de modelos de salud viables debe tomar en cuenta los siguientes componentes:

- Cuotas de salud que otorguen mayores beneficios a la población
- La capacidad financiera del Gobierno y su orientación política

- La singularidad de la oferta y la demanda en el sector de salud.

La ausencia de estos componentes hace que los programas de salud y la estructura jurídica que los define dificulten su aplicación y resulten contraproducentes. Es posible distinguir dos modelos que, por su desarrollo, podrían considerarse como ejemplos importantes en el cuidado de la salud: el de Estados Unidos y el de la Unión Europea, aunque, indudablemente, el grado de desarrollo económico y los recursos tecnológicos de que disponen estos países hacen muy difícil su adopción en otras regiones. No obstante, aportan experiencias importantes que se deben considerar sobre todo en aspectos de legislación que garantizan la aplicación y vigencia de los programas de salud.

En un reporte ejecutivo de la SEDECO 2005, establece los siguientes datos que se obtuvieron de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales permiten visualizar de manera general el comportamiento del sector salud en México.

Tabla 1. Indicadores del gasto de salud de la OMS para México		
INDICADORES DE SALUD	VALOR	
	2000	2003
Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	5.4 %	6.2%
Gasto total per cápita en salud	483 dólares	582 dólares
Gasto publico per cápita en salud	224 dólares	229 dólares
Porcentaje del gasto privado per cápita en salud	53.6 %	54.2 %

Fuente: Plan Estratégico del Cluster de Servicios Médicos del Estado de Baja California, 2005.

Se identifica a los Servicios Médicos en B. C. como una de las actividades que puede incidir significativamente en una mejora de las condiciones de vida de la sociedad regional de dos formas, mediante la creación directa de empleo e ingreso y mediante la mejora de un servicio básico para los ciudadanos (Tagliapietra, 2005). El cluster en la región implica hospitales, clínicas, especialistas, médicos generales, farmacias con consulta médica, farmacias y otros; se consideran dentro del mismo las instituciones públicas y organismos privados. Es particularmente relevante para el sector privado de provisión de servicios médicos en Baja California, aparte de la mejora general de los indicadores de salud, que el gasto privado en salud pasó de ser un 55.6% del gasto sanitario total de 2000 a un 55.7% en 2001. De ese porcentaje los seguros médicos

privados representaron un 3.8% del total en 2000 y un 4.9% en 2001. Y el dato más importante es que el gasto directo en salud pasó de ser un abultado 49.5% a un contundente 92.4% entre 2000 y 2001.

Un aspecto importante para hacer la semblanza del cluster de servicios médicos en B.C. es determinar las formas y densidad de los mecanismos de cooperación entre los integrantes del sector de actividad y del potencial cluster de servicios médicos. De acuerdo con la investigación de SEDECO (2005), un 30% de los entrevistados indican que existen mecanismos de cooperación informal entre los involucrados en la prestación de servicios médicos. Este porcentaje no es muy alto, sin embargo indica que existe un posible grupo seminal para iniciar la articulación del cluster. En las entrevistas una de las formas de cooperación informal más mencionada fue la vinculación entre especialistas y laboratorios a través de la recomendación hecha por los doctores a sus pacientes de hacerse los estudios requeridos en determinado laboratorio. También se identificaron recomendaciones entre doctores. No se encontró evidencia de articulación con vistas a proyectos o realizaciones conjuntas, salvo las existentes a través de los colegios de médicos.

En la misma investigación, que fue la base para determinar el plan estratégico del cluster de servicios médicos, se establece que en cuanto a la cooperación formal, esta se identificó con la pertenencia a las asociaciones o colegios de médicos. El nivel de participación reportado fue de un 31%, del cual la mayor parte corresponde a las asociaciones del sector, cerca del 83%. Esta alta representación es relativa, en primer lugar porque es una parte de ese 30% del total de participantes y porque en muchos casos a pesar de la participación nominal en la asociación no existe realmente una dinámica de participación y acciones conjuntas. Además se afirma en el mismo documento que tanto los directivos de los colegios como los entrevistados apuntan esta falta de dinamismo del asociacionismo o acciones conjuntas en la actividad. Uno de los grandes pendientes es que los colegios logren tener un carácter más normativo en el ámbito de la actividad.

Otros datos interesantes que presenta el plan son los puntos débiles de las empresas dedicadas a la prestación de servicios médicos en Baja California, según su propia

percepción son en primer lugar el acceso restringido a créditos (21% de encuestados), seguido por la estrategia de mercado y el apoyo institucional (13.2%), la cooperación con otras empresas (12.3%) y el salarios de los empleados (9.2%). Los que los empresarios identifican como sus fortalezas empresariales son en orden decreciente, la calidad de los servicios prestados (19.4%), la calificación de los trabajadores (15.6%), la disponibilidad de manos de obra (14.1%) y el grado de especialización en determinados servicios (10.6%) seguido muy de cerca por el nivel tecnológico (10.3%).

Respecto a las necesidades identificadas por los prestadores de servicios médicos, destaca el papel que asigna a las de capacitación. Aparte de la actualización de los Médicos los aspectos más mencionados fueron: mercadotecnia y administración, inglés, utilización de equipo y tecnología, y especialidades concretas de enfermería.

A la fecha las condiciones de los servicios médicos en B.C. poseen características muy similares a las que arrojó la investigación de SEDECO (2005), e invita a reflexionar sobre las actividades que se requieren para consolidar el cluster y permita prestar servicios de mejor calidad a los clientes locales y foráneos. Se ha dado un gran paso al definir la integración y establecer las estrategias para que en B. C. se forme y fortalezca este tipo de estructuras, que le permitirán seguir atendiendo a clientes de los estados de California y Arizona, ya sean latinos o anglosajones.

### **3. El Modelo Diamante aplicado al Cluster de Servicios Médicos de Baja California**

#### **3.1. Algunas aclaraciones.**

La adopción de diversos modelos para llevar a cabo una administración apropiada supone desde un principio una concurrente adaptación al marco en el se pretende que la aplicación tenga o pueda tener alguna utilidad. No se trata por tanto, de una mera copia de los mismos en forma acrítica, sino más bien de una intención de aprovecharlos y de al mismo tiempo reformularlos como un reflejo de recrear y de entrelazar circunstancias particulares que sea de nuestro interés entender mejor. En esta parte de las notas se hace un ejercicio de aplicación del denominado modelo diamante al cluster de servicios médicos de B.C., con los objetos enunciados.

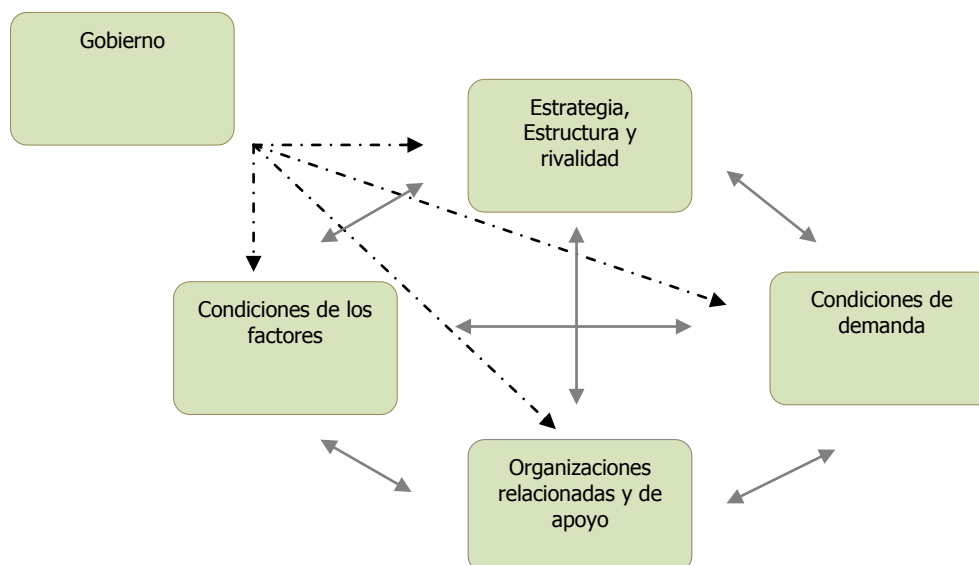


La competitividad empresarial puede definirse simplemente como la manera en que las organizaciones empresariales procuran crear y desarrollar una ventaja competitiva única, mientras que aquella –la referida a un país, región o cluster-, «bien puede describirse como el proceso que hace posible integrar todas las políticas públicas que sean pertinentes hasta obtener una perspectiva clara de cómo incrementar la prosperidad» (Garelli, 2006)

La diferencia entre el desempeño económico de alguna región; medido a través de algún indicador macroeconómico, no debería confundirse o acaso considerarse como sinónimo de su relativa competitividad, esto en la medida que aquel apenas podría indicar, como ha sido el desempeño económico para un período determinando; mientras que esta última, se refiere a la suma de las competencias de cara al futuro, considerándolas en su integridad y como un aspecto crítico. Se trata, por ejemplo de cuestiones en la educación, la tecnología, las competencias para investigar, y de además, esas otras capacidades que nos permitan hacer ciencia e innovación. En fin que la competitividad de una nación depende de la capacidad de su industria para innovar y para mejorar (Porter, 1990).

El denominado modelo diamante de los determinantes de la ventaja competitiva nacional (Porter, 1990) gráfica 1, puede ser una herramienta que posibilite una reflexión en al menos en cuatro dimensiones respecto al cluster de servicios médicos en Baja California. Se parte de la noción general de que: a). Una rivalidad doméstica vigorosa y dinámica, agregada a b). Una capacidad de proveeduría intensa e inteligente, con c). Una clientela consiente de su gasto y demandante de servicios de calidad, contando con d). Organizaciones que otorguen sustento y apoyo a todo el ámbito, permite en su conjunto una innovación consistente y ello propicia una mejora continua en la competitividad; reconociendo además y por separado, la importancia de las políticas públicas en su promoción. Es decir, se trata de un análisis relacionado con las condiciones de los factores de producción y del ambiente de la demanda, aspectos que han de influir en las estrategias -en este caso del cluster-, en su estructura y en su rivalidad. Y por supuesto finalmente de organizaciones que pueden apoyar.

Gráfica 1



Fuente: Elaboración propia

### 3.2. Condiciones de los factores.

Los factores de producción nacional denominados tradicionales tales como, simplemente tierra, meramente trabajo y puramente capital, -los cuales han dejado de ser claves en una economía de conocimiento-, están cediendo espacios a nuevas conceptualizaciones entre las cuales se han venido analizando por lo menos las siguientes.

#### 3.2.1. Localización.

El cluster de servicios médicos de B.C. está interactuando prácticamente día a día, con el mercado de servicios médicos del estado de California en los Estados Unidos de Norte América. Baja California tiene un área de 71,576 km<sup>2</sup>, es decir, el 3,57% del país. Limita al oeste con el Océano Pacífico, al este con el Mar de Cortés o Golfo de California y el estado de Sonora, al sur con el estado de Baja California Sur y al norte con los estados de California y Arizona, su capital es Mexicali. El estado tiene poco más de 2.8 millones de habitantes (2005). Su código ISO 3166-2 es MX-BCN.

Aproximadamente 11.5 millones de personas residen en 42 condados de los Estados Unidos y 39 municipalidades mexicanas a lo largo de la frontera (Homedes y Ugalde, 2003), de manera que la necesidad de que exista una cooperación dinámica y

actuante en cuestiones de salud y de los aspectos ambientales. De acuerdo con el Departamento de Comercio de San Isidro, pasan diariamente unos 50 mil vehículos y cerca de 130 mil peatones hacia los Estados Unidos y está debidamente documentado el hecho de que los residentes de la zona pasan a México frecuentemente para adquirir servicios médicos y dentales o para adquirir medicamentos (Homedes, 1991).

### 3.2.2. Baja California.

En México cada año la Dirección General de Evaluación del Desempeño elabora el documento denominado Salud México. Información estratégica por entidad federativa, el propósito que se busca consiste en ponerlo al alcance de los diversos operadores de los servicios de salud en todo el país. El documento Salud México 2001-2005, proporciona información estratégica por entidad federativa, permite compararse, cada uno de los 32 estados, empleando en este caso 28 indicadores que luego se agrupan en cinco apartados diferentes, los cuales se explican a continuación y que se relacionan con los atributos deseables en un sistema de salud.

El primer grupo de indicadores (12) se puede relacionar con las condiciones de salud denominada en el documento como atributos de efectividad, y que incluyen la esperanza de vida al nacimiento, y la mortalidad y morbilidad por diversas causas. Cabe señalar que en este grupo la información, se presenta desagregada por sexo. Ocupamos a nivel nacional los primeros lugares en esperanza de vida, una gran mejoría en mortalidad infantil y sobresale negativamente nuestra caída hasta el número 12 a pesar de haber estado en el 7 en lo que se refiere a mortalidad materna.

Se incluye los valores de cinco indicadores relacionados con el atributo de calidad, en sus componentes de trato adecuado y calidad técnica, incluyendo tiempos de espera, satisfacción de los usuarios con el tiempo de espera y frecuencia de las cesáreas. Estos indicadores implican seguramente la posibilidad de mejorar, pues sólo en el tiempo de espera escapamos de los últimos lugares.

Los indicadores de inversión en salud, relacionados con el atributo de sustentabilidad del sistema, que incluye cuatro indicadores relacionados con el gasto público en salud y con la aportación al financiamiento de la atención a la salud de cada una de las entidades federativas. En este aspecto, resalta por su importancia el rezago en inversión estatal, al extremo de que estuvimos en el último lugar en el 2001 de inversión,

y en el presente estamos apenas en el 28. Sin dejar de recordar la descentralización de este tema a los estados de la Federación.

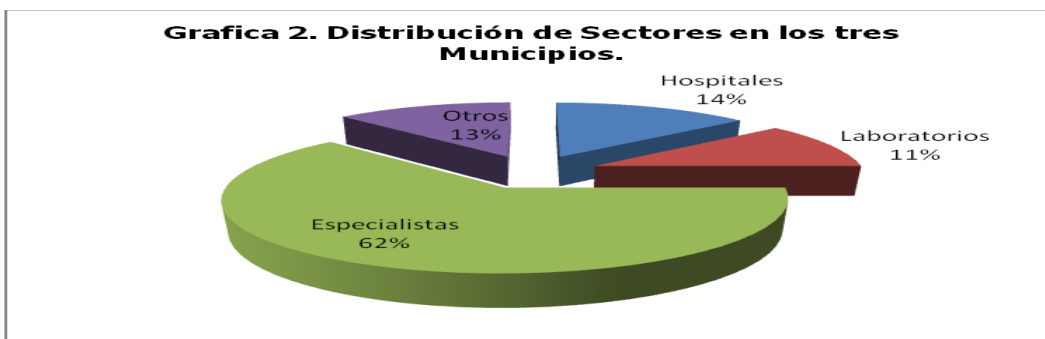
En cuanto a los indicadores de disponibilidad y accesibilidad, número de médicos por habitante, muestran a Baja California en apenas el lugar 30. Y finalmente, en el apartado de eficiencia se presenta información sobre el promedio diario de consultas por consultorio y de cirugías por quirófano. Irónicamente en ambos conceptos aparecemos nuevamente en los primeros lugares, lo cual representa sólo volumen pues en los cinco conceptos de calidad estamos en los últimos lugares.

### 3.2.3. Mano de obra hábil y especializada.

No obstante todo lo anterior, en el estado de Baja California existen al menos 16,104 puestos de trabajo que se encuentra ocupados en el sector de la salud de los cuales el 76% labora en el sector público y el 14% restante corresponden al privado.

Existen también 2.29 médicos por cada mil habitantes del Estado, de los cuales el 53% trabajan en el sector público y el 47% en la medicina privada, conforme a datos de la Organización Panamericana de la Salud, 1999. Existen también 5,119 puestos de enfermeras, equivalentes a 2.17 por cada mil habitantes. Otro aspecto relevante es la cantidad de especialistas que se encuentra radicando en forma definitiva en B.C., ello independientemente de encontrarse debidamente organizados en grupos colegiados que han venido participando en diversas actividades de consolidación del cluster a partir de la primera reunión en el 2004. Obsérvese en el siguiente grafico.

Grafica 2. Tomada del Plan Estratégico del Cluster de Servicios Médicos del Estado de Baja California, 2005.



El mercado en California, representa una gran oportunidad y por supuesto el primer motivante para el desarrollo del cluster de servicios médicos de Baja California, dado que como ya se indicó con anterioridad la interrelación de los dos países se puede considerar cotidiana.

#### 3.2.4. Infraestructura.

Baja California cuenta con una incipiente infraestructura, considerando los diversos factores de inmigración y el propio crecimiento del Estado, que se encuentra por el doble de la media Nacional.

#### 3.3. Condiciones de la demanda.

De hecho en México y por supuesto el Estado, no debería en la medida en que se cuenta con un Instituto Mexicano del Seguro Social, y con muchas otras instancias encargadas de los servicios médicos, tener un mercado doméstico orientado sólo hacia la obtención de ingresos, sino además darle una orientación de competitividad. Recordando que la salud, al menos en teoría, constituye un derecho social. No obstante lo anterior, la particularidad del cluster de estudio al encontrarse en una interrelación de día a día, con el estado de California y Arizona, Estados Unidos, genera por supuesto un mercado potencial robusto y creciente.

##### 3.3.1. Rivalidad

Por supuesto que cada región se caracteriza por una serie de factores regionales directamente relacionados con su económica y su desarrollo político y social. Entre los principales resultados el hallazgo que puede destacarse es la existencia de una interrelación entre San Diego y Tijuana, por lo que es posible considerar la propia dinámica de la región como transfronteriza.

Conforme a la OECD el sector de servicios de salud, tiene un crecimiento en la economía mundial que lo ubica en alrededor de 4 billones de dólares anuales. Si se considera la contribución económica directa de la actividad, es posible observar que, gracias a su naturaleza, los servicios de salud se han convertido en un sector dinámico en

todas las economías modernas, representando una de las más importantes fuentes de empleo y un generador de demanda de insumos de todo tipo.

Producto de los altos costos de los servicios médicos y a las transformaciones demográficas, se ha originado una reestructuración global del sector salud en los últimos años, dando como resultado la creación de un mercado internacional con diversos servicios y cuidados de atención de la salud, que va desde la prevención, la asistencia simple en actividades básicas e instrumentales, la prestación de servicios hospitalarios, terapias intensivas, procesos de rehabilitación, entre otros. En México, el tema de los servicios médicos ha ido cobrando una importancia significativa a diferencia de las décadas anteriores.

### 3.3.2. Competitividad en el mercado doméstico.

Los cinco municipios de Baja California cuentan además, con una variedad de servicios de salud de los denominados del sector público.

Tabla 2. Distribución y disponibilidad de médicos según municipio, 2000.

	IMSS	ISSTE	ISTECALI	ISESALUD	Total	Tasa por 1000 Habitantes
Mexicali	469	100	216	313	1,098	1.43
Tijuana	665	109	173	290	1,237	1.02
Tecate	37	7	14	17	75	0.96
Rosarito	0	2	4	8	14	0.22
Ensenada	189	86	91	206	572	1.54
	1360	304	498	834	2,966	1.20

Fuente: Plan Estratégico del Cluster de Servicios Médicos del Estado de Baja California, 2005.

### 3.4. Organizaciones de soporte y relacionadas.

El mismo proceso para crear el cluster de servicios médicos en Baja California, ha venido creando y descubriendo todo tipo de organizaciones capaces de dar soporte y aún apoyos al mismo. En ese sentido se puede decir además que, su propia existencia promueve desarrollo y otorga por supuesto sentido y propósito a diversas instancias de Gobierno, y claro a todo tipo de organizaciones no gubernamentales en la propia sociedad.

### 3.5. Estrategia, estructura y rivalidad.

Desde el inicio de parte del Gobierno del Estado en el 2004 de actividades encaminadas a crear el cluster de servicios médicos, se precisó la necesidad de contar con estrategias adecuadas para su propia consolidación. Incluso con gran optimismo se anota que «el proyecto es fundamental para el éxito de la visión del Houston del Noroeste de México» (Plan estratégico del Cluster de Servicios Médicos de Baja California 2005, Pág. 48). A continuación se enumera en forma enunciativa las estrategias derivadas de su Plan Estratégico.

#### Estrategias del cluster.

1. Articulación del Cluster de Servicios Médicos.
  - a. Consolidación de los servicios médicos.
  - b. Construcción de un centro de convenciones medicas en el estado
  - c. Normatividad estatal y local
  - d. Prestación de servicios médicos en California y atención a pacientes
2. Planificación del Desarrollo del Cluster.
  - a. Implementación y seguimiento del Plan Estratégico del Cluster.
  - b. Participación en Planes de Desarrollo Municipal.
  - c. Revisión de mecanismos de certificación de médicos y del personal técnico y enfermeras
3. Competitividad y Calidad.
  - a. Modernización de los servicios
  - b. Aumento del mercado atendido
  - c. Innovación tecnológica
  - d. Desarrollo de un programa de investigación en salud en el Estado
  - e. Desarrollo de proveedores y encadenamientos locales
4. Comercialización e Imagen de los Servicios.
  - o Campañas de imagen del servicio médico de Baja California
  - o Definir las necesidades de comercialización.

Aprovechando el costo relativo y la proximidad con los Estados Unidos de Norte América, el Gobierno del Estado considera desarrollar el sistema clusters como algo

fundamental para el desarrollo económico y paralelamente de su competitividad. No obstante, se requiere de una ventaja competitiva que califique en forma sistemática la calidad de la mano de obra, la re-organización práctica del sistema empresarial, la creación, innovación y difusión de nuevas tecnologías, una clara y decidida participación institucional y de una estrategia de diferenciación sustentable. Estas serían algunas de las cuestiones que justamente se espera produzcan los "clusters", derivado de la interacción entre competencia y colaboración, así como entre empresas, consumidores e instituciones de apoyo.

El Gobierno del Estado de B.C., conforme con Michel Porter (1998), asume como definición de cluster a: Un grupo geográficamente denso de empresas e instituciones conexas pertenecientes a un campo concreto, unidas por rasgos comunes y complementarias entre sí. Y como política pública al conjunto de medidas e instrumentos disponibles para intervenir y mejorar determinados aspectos de la economía o de sus apartados. Estas medidas son dictadas por las autoridades de un país, estado, municipio en relación a materias diversas (empleo, salud, seguridad, laborales). Todas están diseñadas con el mismo fin, es decir, de incrementar el bienestar de la sociedad, y por supuesto los aspectos relativos a: Un sistema de subsidios promotor de las actividades, Impuestos competitivos con las regiones de destino, Políticas educativas pertinentes con estos propósitos, Pero sobre todo las mejores condiciones de los factores de producción.

### 3.6. Algunas apreciaciones hasta aquí.

1. Al menos en principio cada uno de los puntos en el modelo diamante debe considerarse auto reforzante.
2. Una rivalidad vigorosa en una región debe conducir a la generación de una clientela que espera la innovación y la mejora continua de los servicios y los productos locales.
3. Se ha de tomar en cuenta el papel que pueden desempeñar eventos que impactan la posición competitiva ajena al modelo, tales como: Cambios tecnológicos extraordinarios, invenciones a partir de la innovación, cambios drásticos en los tipos de cambio, regulaciones de tipo proteccionista gubernamentales, etc.



4. Al tiempo que el cluster se desarrollo cada vez más, tanto los organismos de soporte hacia arriba y hacia debajo de la cadena de valor invertirán más y mejor.
5. El desarrollo de los factores condicionantes de la producción atrae mayores inversiones.



Fuente: elaboración propia.

El gráfico anterior invita a reflexionar sobre varios aspectos operativos del cluster, pensando en que el mismo desea fortalecerse y ser competitivo, retomando aspectos básicos de su estructura actual y de visualizar cómo sería la ideal:

- a) Asignación y uso de recursos.
- b) Establecer y desarrollar las ventajas competitivas del cluster
- c) Definir los valores que se compartirán en el funcionamiento organizacional.
- d) Utilizar sistemas de información homologados.
- e) Definición de un plan de desarrollo estratégico, lógico, sencillo y práctico.
- f) Apoyo mutuo y preconcebido de los integrantes del cluster.

#### **4. Retos y expectativas del cluster de servicios médicos en Baja California:**

Es importante que quienes participan dentro del cluster comprendan las necesidades y probabilidades de desarrollo del mismo, cada miembro desea mejorar y convertirse en un punto importante del servicio, por lo que se debe partir por identificar a los miembros:

1. Conocer el número de empresas que otorgan servicios del sector salud, médicos, enfermeras y demás. Así como su ubicación, correo electrónico y teléfonos.
2. Tamaño de las empresas y el número de trabajadores que tienen.
3. Características de operación, especialidades y diversificación de servicios.
4. Estructura organizacional, financiera y características de competitividad.
5. Perfil de los clientes.

##### **4.1 Expectativas:**

Algunas de las expectativas que se tienen al desarrollar y pertenecer a un cluster son, entre otras:

- Facilitar el acceso a insumos : Dada la concentración de proveedores de insumos y compradores.
- Concentración de conocimiento : La proximidad de empresas y prestadores del servicio otorgan una rápida y efectiva difusión de conocimiento tanto técnico como profesional.
- Acumulación de Capital Social : Los clusters constituyen algo similar a una “familia” de empresas, donde se generan y fortalecen vínculos de confianza – Capital Social.
- Generación de incentivos : Debido a la cercanía, las empresas pueden compararse fácilmente con sus competidores e implementar con mayor celeridad mejores prácticas.
- Innovación : Los clusters atraen a empresas y personas con distintos perfiles, lo cual puede crear mayores posibilidades de innovación.
- Complementariedad: Los miembros de los clúster son interdependientes, por lo cual tienen una elevada presión para coordinar actividades y elevar la eficiencia con la que las realizan.

- Actividad empresarial : Dada la buena reputación de la que por lo general gozan los clusters, es posible tener acceso a mejores condiciones de crédito.
- Accesos eficientes a insumos especializados, servicios, empleados, información, apoyos institucionales, asistencia técnica, etc.
- Coordinación y transacciones entre empresas y prestadores del servicio.
- Ágil difusión de las “mejores prácticas”, Facilidad de realizar “benchmarking” con las empresas involucradas.
- Inversión en investigación y desarrollo de nuevos productos, equipos médicos y procesos de servicio.

Fuente: Centro de estrategia y competitividad, Universidad de los Andes, Facultad de Administración

#### 4.2 Retos:

- Contribuir a la construcción de un sector de servicios médicos más integrado, dinámico y competitivo.
- Reducir los costos de operación a través del desarrollo de un servicio conjunto y con una ventaja competitiva definida.
- Apoyar la prestación del servicio médico en la región, buscando establecer un estándar de calidad del mismo, a través de una mejora continua.
- Proponer cambios en el marco legal del servicio médico, que propicie la mejora del mismo y buscar que las políticas públicas fortalezcan su operación.
- Mejoramiento de los sistemas de información.
- Gestionar apoyos financieros adecuados para el desarrollo del cluster.
- Promover el fortalecimiento de agentes reguladores del servicio médico regional.
- Trabajar con indicadores que permitan visualizar la eficiencia del servicio médico y el desarrollo del miembro del cluster.
- Fortalecer el servicio con apoyo del sector público y privado, a través de entidades promotoras.

## 5. Conclusiones:

El grueso de las empresas de la región de Baja California son de las llamadas Pymes, lo cual nos lleva a reflexionar sobre el grado de aceptación de éstas en participar en el cluster de servicios médicos de una manera activa, comprometida, con inversión y planes acordes para el desarrollo conjunto; de ahí la inquietud de presentar el semblante actual del mencionado cluster y las posibilidades de concretarlo para beneficio de todos los sectores que se ven involucrados en la cadena de valor. Como se mencionó a lo largo del escrito el primer paso es reconocer un interés real sobre la mejora del servicio que se ofrece y posteriormente trabajar en forma conjunta para obtener los logros de competitividad, desarrollo y rentabilidad de los involucrados.

De ninguna manera será suficiente el hecho de presentar una propuesta para lograr resultados, se requiere de un conjunto de acciones bien definidas y establecidas en un plan general donde se establezcan las acciones, tiempos, recursos que se aplicaran y los responsables de las mismas; por esta razón se insistió en la creación de un órgano regulador que permita guiar los destinos del cluster de servicios médicos y la creación de indicadores confiables para medir la eficiencia de los trabajos realizados. Sin lugar a dudas el gobierno del estado ha dado pasos importantes para integrar a instituciones, empresas, profesionistas y demás elementos involucrados en la actividad del servicio médico de la región, sin embargo, la consolidación se ve todavía lejana y se requiere de esfuerzos adicionales de todos los sectores para alcanzar la solidez, pertinencia, liderazgo y desarrollo sustentable del sector.

## 6. Bibliografía y Fuentes de Información:

*Boletín No. 8* (2005). Centro de estrategia y competitividad, Universidad de los Andes, Facultad de Administración. Consultado en julio 2009 en: <http://cec.uniandes.edu.co/cms/clusters/cluster/>

Escalle, I. (2000). *Reglamentación del sector salud en México*. Grupo Estrategia Política. Una Publicación del Instituto de las Américas.

Garelli, S. (2006). *Changing the Mindset on Competitiveness*. Consultado en Julio 09 en: [www.imd.ch/research/challenges/TC060-06.cfm](http://www.imd.ch/research/challenges/TC060-06.cfm)

Homedes N., Chacon, F., Nichols, A., Otálora, M., LaBrec, P., Alonso, L.(1994). Health Service Utilization Across the Arizona-Sonora Border. *Salud Pública en México*, 36(6): 633–645. Consultado en julio 2009 en [http://www.insp.mx/rsp/\\_files/File/1994/num%20%206/199436\\_633-645.pdf](http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1994/num%20%206/199436_633-645.pdf)

Homedes, N. y Ugalde, A. (2003). Globalization and Health at the United States-México Border. *American Journal of Public Health*, 93(12).  
<http://www.ajph.org/cgi/content/full/93/12/2016>  
<http://www.bajacalifornia.gob.mx/sedeco/boletin/b8/b3.htm>  
[http://www.iamericas.org/documents/archives/health/SaludMexico\\_Nov1999sp\\_I Escalle.pdf](http://www.iamericas.org/documents/archives/health/SaludMexico_Nov1999sp_I Escalle.pdf)

Plan de desarrollo de Baja California 2002 -2007, consultado en agosto 2009 en: <http://www.bajacalifornia.gob.mx/ped/indice.htm>

Porter, M. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. The Free Press, Nueva York.

Porter, M. (1998) *On Competition*. Boston: Harvard Business School, 1998.

Ramos, J. (1998): Una estrategia de Desarrollo a partir de complejos productivos en torno a los recursos naturales. *Revista de la CEPAL*, 66.

Reyes, R. (2006). Subsecretario de Desarrollo Empresarial, SEDECO.

Salazar, A. (1999). Asesor del Ministerio de Comercio Exterior de Colombia Consultado en agosto 2009 en: <http://losclusters.wordpress.com/2008/12/13/los-clusters/>

San Román G. (2004). *Revista Espacios*. 25 Consultado en Agosto 2009 en: [www.revistaespacios.com/a04v25n01/04250101.html](http://www.revistaespacios.com/a04v25n01/04250101.html)

Secretaría de Desarrollo Económico de Baja California (SEDECO), consultado en julio 2009 en: <http://www.bajacalifornia.gob.mx/sedeco/>

Tagliapietra, S. (2005). *SEDECO Plan estratégico de B. C.*, Consultado julio 2009 en: <http://gaceta1.cicese.mx/ver.php?topico=breviario&ejemplar=138&id=1158>