Internacionalización de los servicios de salud

Turismo médico en México y Jalisco

Serie Ciclos y Tendencias en el Desarrollo de México/45

Internacionalización de los servicios de salud

Turismo médico en México y Jalisco

Julieta Guzmán Flores

Universidad de Guadalajara
UCLA Program on Mexico
Profmex/World
Juan Pablos Editor
Guadalajara/Los Ángeles/México
2015

Primera edición 2015

D.R. © 2015, Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas
Periférico Norte 799
45100 Zapopan, Jalisco, México

D.R. © 2015, Profmex/World
1242 Lachman Lane
90272 Pacific Palisades, California, EUA

D.R. © 2015, Juan Pablos Editor
2a. Cerrada de Belisario Domínguez 19,
Col. del Carmen
Delegación Coyoacán
04100 México, D.F.

ISBN: 978-607-711-298-3

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Índice general

Agradecimientos 11

Introducción 13

1. Análisis del contexto, oportunidades y retos del turismo médico 21
Benchmarking de los principales destinos de turismo médico 36
Disciplinas económicas, sociales e institucionales implicadas en el turismo médico 45
Descripción del turismo de salud 46
Economía de la salud 48
Economía política de la salud 49
Administración de la salud 50
Política económica de la salud 51
Teorías sobre microeconomía de la competitividad 54

2. Globalización, posición competitiva y turismo médico 57
Introducción 57
Diamante de Porter 60
Globalización y turismo médico 67
Conceptualización del turismo médico 76
Expansión del mercado del turismo médico: factores económicos, demográficos, tecnológicos y sociales 78

3. Mercado global y regional de turismo médico 89
Introducción 89
Mercado de turismo médico 90
Grupos étnicos 91
Sin seguro o subasegurados 97
Primas de seguros altas 99
Con urgencia 99
Pequeños y grandes empleadores 101
Mercado estadounidense de turismo médico 101
Expatriados estadounidenses que viven en Jalisco 104
Las buenas prácticas internacionales de turismo médico 106
Calidad de la salud desde la perspectiva global 109
Indicadores de calidad médica 109
La calidad en el sistema de salud en México 115
Historia de la calidad de la salud en México 118
La regulación del sector salud en México 120
Seguros de salud privados y tratamientos en el extranjero 121
Limitaciones de los seguros de salud privados y tratamientos en el extranjero 123
Tipos de seguros de salud en Estados Unidos 123
Seguros médicos privados en la frontera Estados Unidos-México 124
Redes de proveedores de seguros privados Estados Unidos-México 125
Origen del financiamiento de los seguros privados por país 127
Recursos humanos en los hospitales 130
Cadena de valor y partes interesadas en el turismo médico 137
Actividades primarias 139
Actividades de soporte 143

4. Casos 147
Posición competitiva del turismo médico en México 147
Análisis del diamante de Porter en el sector turismo médico en México 154
Posición competitiva del turismo médico en Jalisco 154
Contexto de Jalisco 154
Posición competitiva de Clúster Turismo Médico Jalisco 162
Hospitales privados del CTMJ 168

Calidad del servicio médico 169
Convenios internacionales con aseguradoras 170
El entrenamiento y la vinculación educativa 171
Facilitadores del turismo médico 172
Caso hospital 1 173
Caso hospital 2 175
Caso hospital 3 176
Diseño de las estrategias 179
Estrategias competitivas nacionales y locales 184
Estrategias para aprovechar las ventajas del país y la localidad 184
Estrategias del clúster 184
Estrategias de los hospitales 185

5. Conclusiones y recomendaciones 189
El turismo médico 189
Estrategias de desarrollo del clúster 191

Anexos 197

1. Gastos de seguro privado per cápita versus PIB per cápita, 2008 (países seleccionados) 197
2. Guía de preguntas para entrevistas semiestructuradas 198
3. Comparativo de precios del CTMJ de procedimientos quirúrgicos por especialidad 200
4. Precios publicados en turismo médico de países seleccionados 201
5. Mapa del subclúster turismo médico Jalisco 202
6. Mapa de los destinos turísticos del mundo 203
7. Clasificación de países estimando el número de procedimientos quirúrgicos, estéticos y cosméticos 204
8. Manufacturas en México de aparatos médicos 205
9. Unidades económicas de México especializadas en la industria farmacéutica 206
10. Clústeres de salud en México 207
11. Hospitales de los principales clústeres 208
12. Índice de marginación (2010) y densidad de médicos por cada 100 mil habitantes (2008 y 2010) por entidad 209

13. Indicadores de recursos materiales por entidad federativa, establecimientos particulares, 2013 210
14. Gasto en salud pública por entidad federativa, 2011 212
15. Indicadores del gasto en salud, regiones y países, 2011 214

Referencias 215

Agradecimientos

Quiero agradecer a los hospitales que conforman el Clúster Turismo Médico Jalisco (CTMJ) por el tiempo que destinaron a concederme las entrevistas. De esta manera fue posible comprender los retos que enfrenta la comercialización internacional de los servicios médicos que ofrece el estado.

Agradezco a la Universidad de Guadalajara la beca que me otorgó para sostener mis estudios de doctorado. Aprecio el apoyo del Centro Universitario de la Costa Sur (CUCSur) y al Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA) por permitirme el uso de sus instalaciones. Al Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Jalisco (Coecytjal) y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), por respaldar el proyecto Fomix Oportunidades y Potencialidades del Turismo Médico para el Estado de Jalisco, que impulsó la conclusión de este trabajo de investigación, el cual originalmente fue mi tesis de doctorado.

A los doctores David Warner, profesor de la Universidad de Texas en Austin, por su gran apoyo y sus invaluables consejos, que me ayudaron a delinear y fortalecer el planteamiento y la justificación de este trabajo; Valorie Crooks, de la Universidad Simon Fraser; así como Jesús Arroyo Alejandre, Nicté Castañeda y Enriqueta Valdez. Al maestro Alfredo Tomás Ortega, de la Universidad de Guadalajara, por sus sugerencias, recomendaciones y los convenios que favorecieron esta

investigación. A los doctores Ivette Flores y Mark Schenker, de la Universidad de California en Davis; Xóchitl Castañeda, de la Iniciativa de la Salud de las Américas de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley.

Agradezco el gran apoyo de los doctores Vania Smith-Oka, del Instituto Kellogg para Estudios Internacionales de la Universidad de Notra Dame; José Pablo Nuño y Judith Cavazos, de la Universidad Popular del Estado de Puebla, por transmitirme sus conocimientos. Estoy en deuda con todos ustedes.

Introducción

¿Cómo y por qué surgió el mercado del turismo médico? El fenómeno de la economía globalizada, las fallas en los mercados, el envejecimiento de la población, los actuales valores empresariales y el paciente como consumidor, son algunos de los factores que lo impulsan. Para abordar su estudio es importante visualizar los estándares médicos y los cuidados que se dan a los pacientes con base en las opciones de consumo de los destinos de salud, la capacitación y el entrenamiento, los medios de comunicación, el empoderamiento y la alfabetización del paciente, la responsabilidad social, los valores éticos, el turismo, el financiamiento, la iniciativa privada y el gobierno. En el presente trabajo el turismo médico es analizado a nivel global, nacional y local, y desde el papel del hospital como institución médica.

La primera contribución de este trabajo es la descripción tanto del turismo médico como del comercio internacional de servicios de salud. También se identifican su importación y exportación y se caracteriza y cuantifica el sector de turismo internacional en México y Jalisco.

Su segunda contribución es el análisis del posicionamiento de los países o regiones exitosas en turismo médico, con lo cual se identifican las variables que afectan al mercado por el lado de la oferta y la demanda.

Como tercera aportación se analiza un modelo con cuatro aspectos que promueven el mercado del turismo médico pro-

cedente de Estados Unidos. Además de los retirados estadounidenses que se establecen en México, se explora el caso de los grupos étnicos, particularmente el de la población de origen mexicano que vive en dicho país.

Una cuarta aportación, desde la óptica del modelo de Heung, Kucukusta y Song (2010), junto con las aportaciones de Bookman y Bookman (2010) y Smith y Forgione (2007), es que este modelo puede funcionar para discernir, desde el punto de vista de la demanda, por qué y con base en qué eligen los pacientes médicos un hospital, para con ello contrastar las capacidades como elementos para alcanzar la viabilidad del Clúster Turismo Médico Jalisco (CTMJ).

La quinta contribución es que se dibuja la posición competitiva de México, Jalisco y el clúster de turismo médico para el caso Jalisco.

El diseño, con base en la revisión de la literatura, de una guía de entrevista semiestructurada para aplicarla a los directores de hospitales que integran el CTMJ es la sexta aportación. De esta manera se puede lograr un acercamiento que muestre sus puntos de vista acerca de las condiciones actuales y las posibilidades que ofrecen las aseguradoras internacionales, la calidad de los servicios médicos en unidades particulares con especialidades y el papel de las universidades ante la iniciativa privada médica.

La séptima contribución de este trabajo es que, con la presentación de un marco teórico, la categorización de conceptos, la estadística descriptiva y las entrevistas formuladas a los dirigentes de los hospitales privados más reconocidos de Jalisco fue posible identificar los factores clave para el desarrollo del CTMJ. La octava y última está representada por las recomendaciones de mejora y estrategia.

El turismo médico en México evoca, tradicionalmente, los servicios privados de salud que se prestan en la franja fronteriza, como la atención dental y la oferta de medicinas más baratas que en Estados Unidos. Hoy en día no sólo está presente

en las fronteras sino que se ha expandido a otros lugares del centro del país, como Guadalajara y Puerto Vallarta. El turismo médico es el comercio internacional de estos servicios, específicamente de procedimientos como intervenciones quirúrgicas a nivel básico y electivo. Aunque las cifras del mercado global de turismo médico no son muy precisas e incluso algunas veces son sobrevaloradas, se calcula que su crecimiento oscila entre el 15 y el 20 por ciento anual de estos servicios (Parsiyar, 2009; Woodman, 2008). Su auge se debe en gran medida al fenómeno de la mercantilización de la salud, en que el ciudadano es un agente de "consumo".

Los países desarrollados han sido los pioneros en el comercio internacional de servicios médicos de alta calidad en la atención. En Estados Unidos, por ejemplo, la ciudad de Houston, Texas, desarrolló un mercado para millonarios y artistas. Sin embargo, actualmente algunos países en desarrollo han igualado estos niveles en calidad y atención a la salud y exportan servicios médicos; a diferencia del que tienen los países desarrollados, su nicho de mercado son las clases media y media baja.

La globalización, el flujo de personas y las estrechas relaciones entre México y Estados Unidos tienen un impacto en la salud de la población, que busca alternativas transnacionales. Aunque Estados Unidos es el país líder en la exportación de servicios médicos, es también uno de los principales orígenes de pacientes médicos; su vecindad con México y el gran volumen de inmigrantes mexicanos posiblemente hagan que el intercambio sea favorable para el país. Aunque la medicina estadounidense ha tenido grandes avances, enfrenta mayores costos en sus sistemas de salud, lo cual es resultado de la "liberalización" de ella, el alto número de pensionados, el aumento de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión, mayores y más caras adquisiciones tecnológicas y farmacéuticas y la privatización.

La falta de cobertura de servicios médicos tiene sentido si se considera que los sistemas de salud están estructurados alrededor de un creciente número de organizaciones complejas, públicas y privadas, en las que el Estado participa, financia y regula la atención médica. Además, ha desempeñado el papel de resolver los problemas de equidad en el acceso a la salud, pero sólo para quienes padecen condiciones de pobreza, aquellos que son considerados como prioridad social (una relación laboral, por ejemplo) o tienen el estatus de ciudadanía.

Como los modelos de sistemas de salud no son perfectos ni se encuentran estandarizados en todos los países, sus fallas propician que exista el mercado del turismo médico debido principalmente a los altos costos, que tienen sus raíces en sistemas de salud excluyentes, con largas listas de espera o que no disponen de tratamientos.

La naturaleza de los actuales contextos económico, político, demográfico y social presiona para que muchos ciudadanos se vuelvan responsables de su propia salud y busquen alternativas para mantenerla o recuperarla incluso en el extranjero.

En los estudios actuales de prestigiosas universidades de todo el mundo y grandes consultoras como Deloitte, McKinsey y la Unidad de Inteligencia Económica, México figura como un destino potencial del sector. De hecho, el actual gobierno federal lo considera como una nueva especialización de turismo comercializable. Black (2008), de la consultora Bloomberg, estimó entre 180 mil y 500 mil los turistas médicos en el país procedentes de Estados Unidos. KPMG International (2011) señala que 40 mil de estos pacientes viajan a México y 10 mil estuvieron en hospitales mexicanos. Estudios relacionados con la migración han encontrado que la mitad de los inmigrantes de origen mexicano en California viajan a México en busca de servicios de salud.

El enfoque de la presente investigación es brindar información sobre la posición competitiva que tienen los hospitales del CTMJ. Otra de sus finalidades es presentar las bondades de incursionar o desarrollar el turismo médico para los países que

han alcanzado una calidad de primer nivel en los servicios de salud.

En este trabajo se utiliza como eje central la metodología de Porter para formular estrategias de competitividad, considerando que la meta final es desarrollar el CTMJ, en su condición de "subclúster emergente" (véase anexo 5), para lo cual es importante sustentarlo con un marco teórico robusto.

Aunque la metodología predominante en este trabajo es el análisis de la competitividad y de las estrategias, se complementa con entrevistas semiestructuradas. La información así obtenida muestra los valores personales de los dirigentes y las expectativas de la sociedad para darles fuerza a las recomendaciones formuladas y a las propuestas de estrategia de esta investigación. En general, en ella se reconoce la importancia de informar a los pacientes potenciales de los beneficios de acudir a buenos hospitales de cualquier lugar del mundo cuando se puedan evitar gastos que podrían resultar catastróficos para quienes incurren en ellos y mostrar así de qué manera pueden estrecharse las brechas éticas y disminuir los riesgos.

En este trabajo se exploran las estrategias de desarrollo del CTJM y los posibles elementos de ventaja competitiva para los hospitales que lo conforman. Se analiza la industria de manera general, y en particular tres aspectos: 1) la calidad de los servicios médicos en hospitales privados; 2) las redes (convenios) de los hospitales con las aseguradoras privadas, y 3) la vinculación de la educación médica con los hospitales. Específicamente, se pregunta: ¿cuál es la situación actual de la industria de turismo médico en el mundo? ¿Cuáles son las estrategias para el desarrollo de un clúster de turismo médico? ¿Cuáles son las estrategias de competitividad más adecuadas para los hospitales del CTJM? ¿La viabilidad y el desarrollo de los hospitales del CTJM depende de la calidad de los servicios médicos, la disponibilidad de seguros médicos privados o del entrenamiento de sus médicos? ¿Qué papel desempeña la certificación de los servicios médicos en el clúster turístico mé-

dico? ¿Cuál es el mejor modelo de redes entre aseguradoras y hospitales privados en un clúster médico turístico? ¿Cómo deben ser las alianzas de escuelas de medicina y los hospitales privados?

El objetivo central del presente trabajo es proponer estrategias para el desarrollo del CTMJ en el mercado internacional, tema que se trata en los capítulos 2 y 3. El primero proporciona el marco del análisis general, para contextualizar el mercado global de servicios médicos y conceptualizar el turismo médico. En él se identifican y describen los segmentos de la demanda por necesidad de tratamiento en el país y se desarrolla un marco teórico del turismo médico y el desempeño de los sistemas de salud de México, Jalisco y los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En el segundo se desarrolla el análisis de la competitividad y el planteamiento de las estrategias de desarrollo del CTMJ.

El modelo de competitividad de Porter se utiliza para determinar las ventajas y desventajas de México, Jalisco y los hospitales del CTMJ en el sector del turismo médico. Posteriormente se identifican la demanda, los factores que influyen en la elección de los hospitales y las clínicas privadas, así como los avances y las limitaciones de los factores de competitividad de hospitales del CTMJ en la prestación de servicios de salud internacionales en cuanto a calidad, educación y seguros internacionales.

Este estudio también trata de contextualizar las condiciones de mercado, infraestructura y capital humano mediante el descubrimiento de nuevas variables y estrategias. Una importante limitación para ello ha sido la falta del tiempo requerido para realizar un análisis estadístico de los hallazgos, lo cual es complejo porque se necesitaría combinar diversas disciplinas sociales. Otra limitación es la falta de información del clúster objeto de estudio o la información sobreestimada del comercio internacional de los servicios de salud

a nivel mundial, particularmente en la correspondiente a los pacientes.

La falta de datos fiables y comparables sobre los viajes médicos, que se debe, entre otras causas, a la ausencia de registros de llegadas y salidas por estos conceptos, hace que las mediciones del crecimiento e impacto económico sean en su mayoría datos anecdóticos (Connell, 2013). Esto también dificulta el análisis de la viabilidad y competitividad del turismo médico.

Mediante el análisis de datos secundarios, una exhaustiva revisión de la bibliografía, y con datos primarios y entrevistas semiestructuradas en los hospitales privados del CTMJ, se exploran las oportunidades y los retos de los hospitales que forman parte del mismo. Se utilizan el enfoque de competitividad y el modelo de oferta y demanda de la industria de los servicios médicos internacionales (Heung, Kucukusta & Song, 2010), adaptado para hacer posible la proposición de estrategias de corto y largo plazo como destinos competitivos en este sector. Este estudio muestra diversos aspectos socioeconómicos con orientación al mercado que pueden ser utilizados en políticas públicas nacionales y en asuntos de carácter binacional como la salud, por la emigración constante y el retorno de migrantes mexicanos.

En el capítulo 1 de este libro se analiza el problema de investigación. En el 2 se describe la metodología de estudio y se hace un análisis general del turismo médico y el desempeño esperado del comercio internacional de los servicios médicos, así como de los desafíos que enfrenta esta industria, mediante la revisión de los discursos académicos sobre la política económica, la economía de la salud, la competitividad y la microeconomía de la competitividad médica. También se presentan la globalización como enfoque y el turismo médico como un tema controversial, por el hecho de que emerge principalmente del mercado e involucra un sinnúmero de interacciones médicas, sociales, económicas y políticas. En el capítulo 3 se examinan el mercado global y regional del turismo médico, las buenas

prácticas, la calidad de los sistemas de salud, los seguros médicos privados y el recurso humano. El capítulo 4 se ocupa del análisis de casos y la interpretación de los resultados, y finaliza con propuestas de estrategias competitivas regionales y para el desarrollo del clúster de Jalisco. El capítulo 5 y último contiene las conclusiones y recomendaciones.

1. Análisis del contexto, oportunidades y retos del turismo médico

Las oportunidades de crecimiento en este sector se presentan gracias a las nuevas tendencias mundiales en cuanto a tecnología, epidemiología, falta de disposición y cobertura médica en países desarrollados y el incremento en la calidad de los servicios médicos en países emergentes.

El turismo médico se refiere principalmente a las exportaciones en servicios de salud, que alcanzaron a nivel mundial los 11.7 miles de millones de dólares en 2010. Estados Unidos es el mayor exportador de servicios de salud con el 24.4 por ciento del mercado, seguido de la República Checa y Turquía con 26.6 y 11.8 por ciento de participación, respectivamente. México ocupa el cuarto lugar con el 2.46 por ciento del mercado (African Development Bank, 2013) y Bélgica el quinto con 1.2 por ciento.

Estas cifras son analizadas en esta investigación considerando únicamente uno de los cuatro modos de comercio internacional de servicios de salud que define la Organización Mundial del Comercio (OMC), que es el "Modo 2. Consumo en el extranjero: los consumidores o la compañía se mueven para utilizar los servicios en otro país". De acuerdo con Blouin, Gobrecht, Lethbridge, Singh, Smith y Warner (2006, p. 211) este modo presenta las siguientes categorías:

1. Los consumidores que viajan al extranjero para recibir atención médica. Sus motivos incluyen la búsqueda de

mayor calidad, menor costo, tratamientos más rápidos, volver a su sociedad nativa o recibir servicios que no están disponibles o son ilegales en su país de residencia.

2. Los turistas que incidentalmente necesitan atención médica en el extranjero.
3. Los jubilados en el extranjero. A menudo tienen cobertura y se han jubilado en otro país. Consumen estos servicios fuera de sus naciones por su bajo costo o porque pueden ser originarios del país en el que se jubilen o en aquel donde tienen cobertura.
4. Los trabajadores temporales o migrantes.
5. Trabajadores transfronterizos que pueden tener opciones de cobertura de multinacionales.
6. Los residentes en zonas multinacionales con sistemas integrados de salud.

En esta investigación se muestran, mediante un análisis crítico y los casos de tres hospitales del CTMJ, los aspectos clave en el desarrollo del mismo, ante las posibles restricciones políticas, económicas, laborales, de inversión y de mercado que enfrentan. Todo ello tomando en cuenta el marco de los sistemas de salud de calidad mundial privados y el entorno del comercio internacional de los servicios médicos.

Con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), la apertura comercial entre los países miembros ha crecido en forma exponencial. Al mismo tiempo, Estados Unidos y otros países desarrollados experimentan altos costos de atención médica tanto en el ámbito privado como en el público, con millones de personas sin acceso a ella. Esta carencia se presenta debido a múltiples factores, lo que propicia la aparición o expansión del turismo médico en países emergentes como México, con una demanda proyectada de 650 mil pacientes médicos para 2020 (De la Madrid, 2013).

Hoy en día la economía mundial se está reconfigurando en torno a la globalización: países, regiones e industrias se des-

plazan hacia actividades de mayor valor agregado, es decir, hacia la modernización económica, la cual estimula la innovación, la competitividad de las industrias, el incremento de mano de obra calificada y la capacidad, así como un mayor uso de tecnología y el uso intensivo del conocimiento.

En la categoría de servicios médicos de importación, Estados Unidos tiene un saldo hasta 2012 de 1.2 miles de millones de dólares en importaciones y de 3.1 de miles de millones de dólares en exportaciones por este concepto. La balanza comercial de los servicios médicos le es favorable por 1.9 mil millones de dólares.

La salud ha sido uno de los sectores de servicios en que los países en desarrollo han revelado una ventaja comparativa en función de factores como los bajos costos de producción y la disponibilidad de recursos naturales con propiedades curativas (véase un comparativo de precios en el cuadro 1.1). La paradoja es que quizá son pocos los beneficios que pudieran obtener las regiones receptoras de turismo médico de países emergentes, como es el caso jalisciense, y son débiles sus expectativas de consolidación de la cadena de valor[1] de los servicios médicos. Esto podría deberse en parte a la falta de articulación de la iniciativa privada con estos servicios y entre dos sectores económicos que quizá tienen intereses distintos: el médico y el turístico.

La ventaja competitiva que más destaca en un sinnúmero de estudios en torno al turismo médico son los bajos costos que tienen los servicios de salud en países en desarrollo como México. Por ejemplo, un estiramiento facial puede costar 11 mil dólares en Estados Unidos y sólo 4,900 en México. Los implantes de mama pueden costar 6,400 dólares en el país vecino y 3,800 en el nuestro. La banda elástica puede ser de 6,500 dólares en México y 14 mil en Estados Unidos. El reemplazo de rodilla en este último país cuesta 35 mil dólares y sólo 12,900 en México (véase cuadro 1.1).

[1] Véase la definición de este concepto más adelante.

Cuadro 1.1
Comparativo de precios[1] de procedimientos en países seleccionados (dólares)

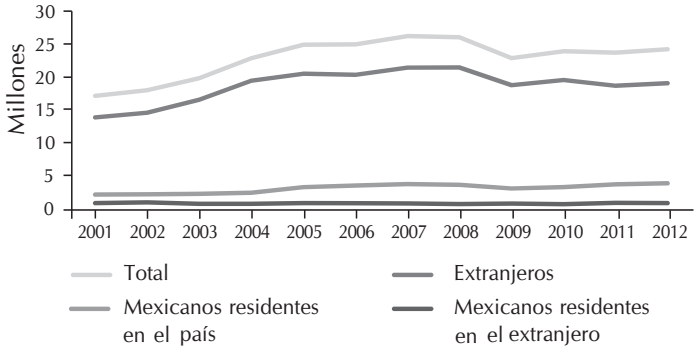
Procedimiento	México	Estados Unidos	Costa Rica	India	Singapur	Tailandia
Bypass de corazón	27,000	123,000	27,000	7,900	17,200	15,000
Angioplastía	10,400	28,200	13,800	5,700	13,400	4,200
Reemplazo de válvula cardiaca	28,200	170,000	30,000	9,500	16,900	17,200
Reemplazo de cadera	13,500	40,364	13,600	7,200	13,900	17,000
Reemplazo de rodilla	12,900	35,000	12,500	6,600	16,000	14,000
Implante dental	900	2,500	800	900	2,700	1,720
Banda elástica	6,500	14,000	9,450	7,300	9,200	11,500
Implante de mama	3,800	6,400	3,500	3,000	8,400	3,500
Rinoplastía	3,800	6,500	3,800	2,400	2,200	3,300
Estiramiento facial	4,900	11,000	4,500	3,500	440	3,950
Histerectomía	4,500	15,400	6,900	3,200	10,400	3,650
Lasik (ambos ojos)	1,900	4,000	2,400	1,000	3,800	2,310

[1] Los precios son estimados no incluyen pasajes de avión o de alojamiento para el paciente y acompañante y varían dependiendo del hospital, experiencia del médico, acreditación, tipos de cambio de moneda, entre otros factores.
Fuente: www.medicaltourism.com mayo, 2015.

No se ha logrado cuantificar las exportaciones de servicios de turismo médico, pero se conoce que las llegadas de turistas internacionales a México crecieron en 13 por ciento en 2012. De acuerdo con el Instituto Nacional de Migración (INM), se registraron alrededor de 20.2 millones de visitantes, de los cuales 977 mil eran personas de origen mexicano que vivían en el extranjero. En los dos puntos de internación más importantes de Jalisco —Puerto Vallarta y la zona metropolitana de Guadalajara— el número de llegadas internacionales ascendió en 2012 a cerca de 230 mil, de las cuales el 93 por ciento fueron al Aeropuerto Internacional de Guadalajara.

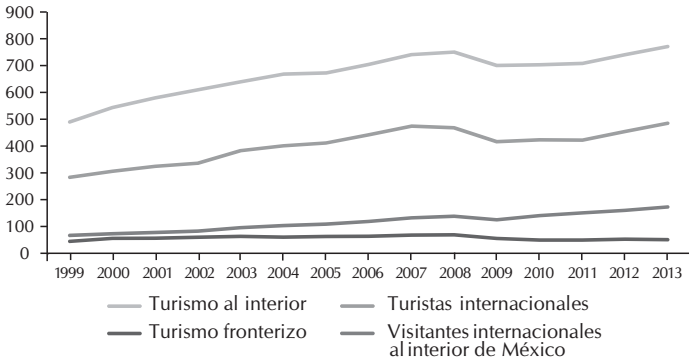
El gasto medio del turismo internacional en el país se ha incrementado con el paso de los años. En 2013 alcanzó su nivel más alto con 776.8 dólares por persona en turismo en el interior del país y 490.8 como gasto medio del turismo internacional.

Gráfica 1.1
Entradas internacionales a México por condición de estancia, 1999-2012



Fuente: Unidad de Política Migratoria, Secretaría de Gobernación (Segob) con base en información del INM y Banjército, registrada en los puntos de internación a México y los consulados.

Gráfica 1.2
Gasto medio de turistas[1] y visitantes internacionales en México, 1999-2013 (dólares)



[1] Se considera turistas internacionales a todos los que pernoctaron en México, incluye el turismo receptivo y el turismo fronterizo.

Fuente: Sistema Integral de Información de Mercados Turísticos (SIIMT) 2014. Reporte de flujos turísticos a México, divisas y gasto medio (archivo de datos).

En el cuadro 1.2 se puede observar que Estados Unidos gastó 1.2 miles de millones de dólares en importación de servicios médicos privados (SMP) en 2012 y recibió casi dos veces más en exportaciones por este mismo concepto.

La industria del turismo médico a nivel mundial estaría generando 100 miles de millones de dólares en 2012 (McKinsey & Company, 2008) y cerca de 46 millones de estadounidenses estarían buscando alternativas para atender su salud por falta de un seguro médico (Valdez & De Posada, 2006).

Cuadro 1.2
Comercio en servicios médicos privados (SMP) de Estados Unidos, 2005-2012 (miles de millones de dólares)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total exportaciones SMP	363,363	404,475	470,289	516,291	490,527	538,629	595,744	628,138
Número de SMP	2,014	2,221	2,365	2,531	2,691	2,876	3,032	3,176
Total importaciones SMP	272,897	307,644	337,317	372,468	350,358	372,936	398,378	414,666
Número de SMP	510	585	660	757	879	1,019	1,139	1,282

Fuente: International Services Statistics (www.bea.gov).

El comercio internacional de servicios médicos en México empieza con el turismo médico de la industria dental, principalmente en territorios fronterizos con Estados Unidos, y continúa con la búsqueda de una atención de calidad y precios desde 60 hasta 80 por ciento más baratos (Wallace, Mendez-Luck & Castañeda, 2009).

En la región Centro-Occidente del país, particularmente en Jalisco, se ha estimado la derrama económica en 150 millones de pesos, de acuerdo con el diario *El Informador* de Guadalajara (1º de julio de 2013).

En el país las cirugías más demandadas son las estéticas y las bariátricas, así como los procedimientos de fertilidad y cardiovasculares. Otras especialidades médicas son nutrición y procedimientos contra el cáncer, sobre todo en mujeres. Se es-

pera que en la próxima década repuntarán los servicios médicos de geriatría, oncología y ortopedia, debido al envejecimiento de la población.

Finalmente, otro indicador es el desempeño económico del país. En el cuadro 1.3 se observa la posición de México en varios indicadores. Destaca, por ejemplo, que el índice de competitividad es mejor que el índice de libertad económica. El PIB per cápita y el índice de desarrollo humano (IDH) son mayores que los de países como Brasil e India en 2012.

En la actualidad muchos países enfrentan problemas de cobertura en servicios de salud debido a "fallas de mercado" que ocurren por decisiones de gobierno en gasto, economía, bienestar e impuestos; esta es, por lo tanto, una enorme área de oportunidad para las instituciones médicas privadas. El mercado de los servicios de salud en México es de 951,980 millones de pesos, de 175,820 millones en productos farmacéuticos y de 57,850 millones en dispositivos médicos (PwC, 2013).

Para alcanzar el éxito o desarrollo del CTMJ, mejor categorizado como subclúster emergente, es importante instrumentar estrategias que tomen en cuenta la calidad de los servicios de salud, la educación y otros servicios de apoyo, como los seguros internacionales, el turismo y la hostelería. Para desarrollar una estrategia competitiva es conveniente conocer los factores internos y externos del comercio de servicios de salud del conglomerado.

Sin embargo, hoy en día la falta de información sobre este tema impide evaluar las posibilidades de los hospitales de ofrecer sus servicios a escala internacional. Al no existir información, es difícil desarrollar bases de datos compatibles con los lugares de origen de los pacientes internacionales. Incluso dificultan los lazos para promover entre las organizaciones y agencias de salud en Estados Unidos y Canadá los bajos costos y los servicios de especialidades en México. En Jalisco, la falta de información sobre los servicios médicos internacionales prestados impide proponer mecanismos para mejorarlos y promover

Cuadro 1.3
Indicadores socioeconómicos, de apertura comercial y de competitividad

País	Población (millones 2011)	PIB per cápita (dólares de 2012)	Valor agregado servicios (porcentaje del PIB 2012)	Índice de desarrollo humano	Libertad económica (152 países)		Índice de competitividad (148 países)	
					Posición	Índice	Posición	Índice
Alemania	86.5	35,431	71[1]	0.92	19	7.68	4	5.51
Brasil	199.7	10,152	68	0.73	102	6.51	56	4.33
Canadá	35.7	35,369	n.d.	0.911	8	7.93	14	5.2
Estados Unidos	325.1	43,480	79[2]	0.937	17	7.73	5	5.48
India	1,250.2	3,285	57	0.554	111	6.34	60	4.28
México	116.4	12,947	65	0.775	94	6.64	55	4.34

[1] Cifras de 2011
[2] Cifras de 2010.
n.d.: no disponible.
Fuente: Banco Mundial (http://databank.bancomundial.org/data), Fraser Institute (http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/economic-freedom-of-the-world-2013.pdf) y World Economic Forum (2013).

aquellos que ofrecen los hospitales locales para la demanda internacional.

En países en desarrollo como México, adicionalmente hace falta infraestructura; el turismo médico es en pequeña escala porque el 95 por ciento de los hospitales cuentan con menos de 15 camas. Otro factor que afecta la consolidación del sector turístico médico de los países en desarrollo es la escasa acreditación y certificación de los hospitales como indicador de calidad. La acreditación y certificación de hospitales influyen en el flujo del pago de los seguros médicos y en la factibilidad de concertar alianzas con aseguradoras internacionales.

Para que los hospitales se distingan por poseer una alta calidad en su atención médica no basta con que tengan una certificación o acreditación, requieren varias de ellas, en distintas áreas y procesos. La Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés), conociendo las deficientes condiciones en acreditación de los países en desarrollo, está alertando a sus ciudadanos y quiere impedir que programen un viaje médico; toma en cuenta como única razón los destinos de playa y los hoteles de cinco estrellas y los concientiza acerca de la importancia de la calidad de los hospitales. Afortunadamente para la AMA, la mayoría de las compañías de seguros de salud estadounidenses no aceptan el seguro médico extranjero o pagan cantidades menores; sin embargo, se piensa que detrás de ello hay razones proteccionistas.

Es innegable que existe una enorme brecha entre la demanda y la oferta de atención a la salud tanto de los países desarrollados como de aquellos en vías de desarrollo. Un gran porcentaje de la población de Estados Unidos no está asegurada o se encuentra subasegurada debido a los altos costos de la atención médica, la inflación, la crisis económica y el desempleo.

Con la recién aprobada Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), que potencialmente incluirá mexicano-estadouni-

denses sin seguro, se espera que haya cambios en las condiciones de pago y la cobertura de la seguridad obligatoria en Estados Unidos. No obstante, esta nueva norma de salud, conocida como *Obamacare*, incluirá, además de los nativos estadounidenses, la población de origen mexicano que viva en Estados Unidos. El objetivo posiblemente esconde una medida de seguridad o está promulgada por una elección basada en las ventajas y desventajas que presenta cada uno de los sistemas de salud.

Ante la inequidad en los servicios de salud de Estados Unidos para la población de origen mexicano, el gobierno de Jalisco esperaría, en el mejor de los casos, que los connacionales regresaran al país en busca de salud por los bajos costos y factores como cercanía, familiaridad con el sistema de salud, idioma y la accesibilidad de los servicios médicos. Pero ¿es esto posible? Se ha documentado que cuanto más progresa la población de origen mexicano que vive en Estados Unidos, sobre todo la de segunda y tercera generación, son mucho menores las posibilidades de que busquen atención médica en México (Su y Wang, 2012). Los nativos estadounidenses son los que más viajan y es posible que tengan a México como su primer destino médico.

La visión de las autoridades en Jalisco para apoyar o no la inversión o promoción de la iniciativa del clúster de turismo médico pudiera ser el resultado de no poseer el panorama completo. Por el lado de la Secretaría de Turismo estatal, a inicios de 2013 consideraba que el turismo médico no estaba posicionado fuera del país porque los hospitales de Jalisco carecen de certificaciones internacionales, por lo que el estado no podía ser reconocido en el exterior por su talento médico, sino más bien como un destino de playa (Ascencio, 2013). Además de la relevancia de los servicios de salud internacionales y de las condiciones que presentan la globalización, la tecnología y el envejecimiento de la población, en este estudio se plantea como problema de investigación indagar sobre la viabilidad del CTMJ. Para ello se hace un análisis crítico mediante la revisión de la literatura

sobre las condiciones y el potencial del país y de Jalisco para determinar conforme al modelo internacional de elección de los hospitales cuáles indicadores del clúster son eficientes, cuáles requieren más desarrollo y qué estrategias se podrían instrumentar para lograrlo y luego hacer estudios de caso.

La deslocalización o prestación de los servicios médicos internacionales es una oportunidad que deben aprovechar países en desarrollo como México, alentados por las facilidades de transporte y comunicaciones, la globalización en general y el aumento del consumo en el extranjero. En los servicios transfronterizos, los turistas médicos genuinos, que viajan "bien", se preocupan por elegir un hospital o centro de atención médica internacional considerando su acreditación, calidad en la atención, entrenamiento y los costos (Smith & Forgione, 2007).

Tomando en cuenta el constante flujo de turistas médicos entre Estados Unidos y México desde hace más de una década, se plantea en este estudio abordar el fenómeno analizando y describiendo el CTMJ, que se ha beneficiado del apoyo, la promoción y el respaldo gubernamental para impulsarlo, por ser una región de destino turístico importante en el país y competente en la industria médica.

El clúster es visto implícitamente como una estrategia de desarrollo económico, y explícitamente se pueden analizar las condiciones de calidad, las redes con aseguradoras internacionales y la disponibilidad del recurso humano de su oferta principal, que son sus hospitales privados. Se analiza el CTMJ para identificar las principales estrategias que debe instrumentar el gobierno como regulador y administrador del gasto público de salud y los hospitales por su relación con jugadores clave de la industria, como las aseguradoras y las universidades.

Heung *et al.* (2010) desarrollaron el modelo conceptual de oferta y demanda de turismo médico para proporcionar una amplia imagen de las barreras de la industria en términos de demanda y oferta, con base en estudios de Bookman y Bookman (2007), Connell (2006) y Smith y Forgione (2007). Por el

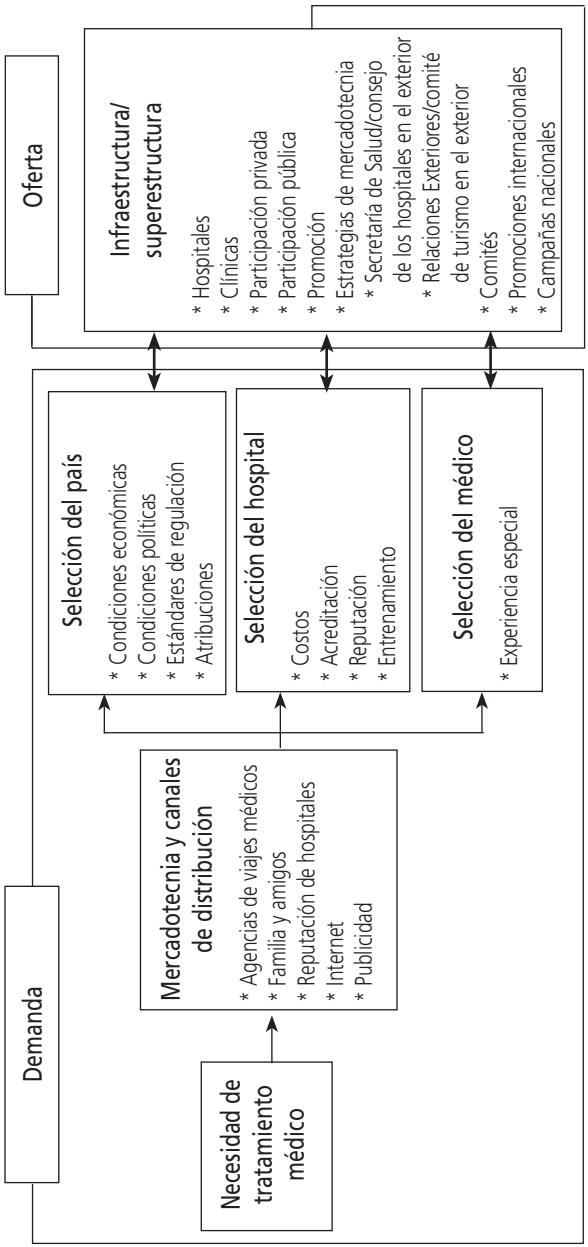
lado de la demanda del turismo médico se aprecian las variables que fomentan la selección del país, el hospital y el destino (véase figura 1.1).

En este trabajo, además de utilizar datos secundarios para analizar los hospitales del CTMJ, se diseñan entrevistas semiestructuradas a partir del modelo de Heung *et al.* (2010) para conocer los factores que más pueden influir en el desarrollo del turismo médico en las unidades hospitalarias. En el diseño de las entrevistas se tomaron en cuenta sólo tres factores que se analizan en el marco teórico con mayor profundidad y que el modelo de la demanda de turismo médico plantea para la elección de los hospitales: costos, acreditación y entrenamiento de los médicos, y se deja para futuras investigaciones el factor reputación. Se trata de mostrar tres elementos de atracción básicos que deben poseer los hospitales: quiénes pueden pagar por el servicio (costos), cuál es su capacidad en cuanto a calidad (acreditación), es decir, quiénes son los proveedores de servicios médicos, y cómo se generaron (entrenamiento). En el siguiente apartado se ven con mayor detalle.

La reputación se relaciona con valores instrumentales de los pacientes como salud, seguridad y armonía, y éstos, a su vez, con los valores morales del hospital como la misión y visión. La reputación corporativa se define como un juicio global, temporalmente estable, compartido por múltiples circunscripciones y constituido por dos factores: atractivo emocional y componentes de desempeño usando la parte cognoscitiva.

Para algunos países la reputación del hospital está más ligada a la reputación del médico. ¿Cómo se le puede conocer? Una buena medida es la percepción y satisfacción de los pacientes y actores interesados mediante sugerencias y recomendaciones; por ejemplo, supuestos acerca del valor de las instalaciones y los pagos del paciente, las capacidades y el cumplimiento de sus metas, como conducirse con honestidad y responsabilidad social.

Figura 1.1
Modelo de oferta y demanda del turismo médico



Fuente: Heung *et al.* (2010).

Para reconocer la presencia de una buena reputación se requiere identificar los valores que predominan en el cuidado de la salud de una cultura, porque puede haber un conflicto de intereses surgido en el ámbito del cuidado de la salud cuando se pone énfasis en el negocio y la innovación (tecnologías, enseñanza y publicaciones científicas), por un lado, y por otro, la cultura de la práctica médica atiende en mayor o menor medida la responsabilidad profesional, autonomía del médico y los grados de estudio.

La calidad es el primer aspecto que se analiza en este estudio porque es el principal por el que los pacientes eligen el hospital en el extranjero (Smith & Forgione, 2007).

Está ligada a los pagos salidos del bolsillo del paciente médico porque los programas de gobierno no incluyen los tratamientos y los seguros privados que obtienen en su país sólo cubren la atención médica en el extranjero cuando se trata de una emergencia. Aunque hoy en día existen compañías aseguradoras que ofrecen cobertura tanto en hospitales de México como de Estados Unidos (Blouin *et al.*, 2006). Es el caso de las del Reino Unido.

A la calidad en México se le vincula con el Consejo de Salubridad General (CSG) mediante la norma Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CEAM), basada en requisitos homologados con la Joint Comission International (JCI), que opera en Estados Unidos y Canadá.

Para el presente estudio, los avances en la calidad de la atención de los hospitales privados y de su personal se plantean con las siguientes preguntas: ¿quién está recopilando información sobre los resultados de salud y la calidad de la atención médica del CTMJ? ¿Cómo se están buscando las medidas de calidad clínica de estos hospitales? ¿Cómo se realiza una evaluación comparativa con otros hospitales nacionales e internacionales para referenciar sus indicadores?

El segundo aspecto versa sobre los seguros médicos internacionales. Como parte fundamental en esta industria, es

preciso adelantarse y proponer el reconocimiento de las bondades de los nuevos modelos de redes en el mercado de los seguros privados, que reflejen la realidad demográfica, epidemiológica, el constante aumento de costos y los posibles riesgos económicos catastróficos que pueden evitarse. Muchas veces las iniciativas no se realizan por falta de conocimiento y de competencia, es decir, capacidades (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

La educación, el tercer elemento para el análisis de los atributos de atracción de los hospitales, se ve aquí como la necesidad de articularse regulando la calidad de la educación a través de esquemas de acreditación en los programas de formación de médicos y creando un marco de competencias médicas para evaluar el desempeño de las funciones esenciales del personal. Para ello, en México existe la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (ANFEM), a la que se han afiliado 74, más de la mitad de ellas pertenecientes al Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). En Jalisco destacan la Universidad de Guadalajara y la Universidad Autónoma de Guadalajara. La literatura refiere el modelo de la triple hélice, en el que destacan tres actores importantes para el desarrollo económico y de clústeres de base tecnológica: las universidades, las empresas y el gobierno. Su vinculación permite el desarrollo y la transferencia del conocimiento que generan las primeras, la prestación de mejores servicios por las segundas y el apoyo gubernamental en la creación de un marco de políticas públicas y canalización de recursos que impulsen el desarrollo regional.

En este trabajo se describen los determinantes sociales, la economía y política de la salud y su financiamiento, para validar la posición del país, de Jalisco y del CTMJ, y se examinan las ventajas y desventajas de los hospitales participantes en este último. Por su reciente creación como CTMJ, su vinculación con el clúster turístico y la participación con otras industrias, como aseguradoras, intermediarios y promotoras de merca-

dotecnia, se busca desarrollar conocimientos y herramientas conceptuales en temas como la globalización, el comercio internacional de servicios médicos y la migración (Hubbard, Cogan & Kessler, 2005).

Con apoyo en investigaciones anteriores y la revisión de la literatura, se busca proponer o mejorar estrategias de competitividad que impulsen el desarrollo del CTMJ.

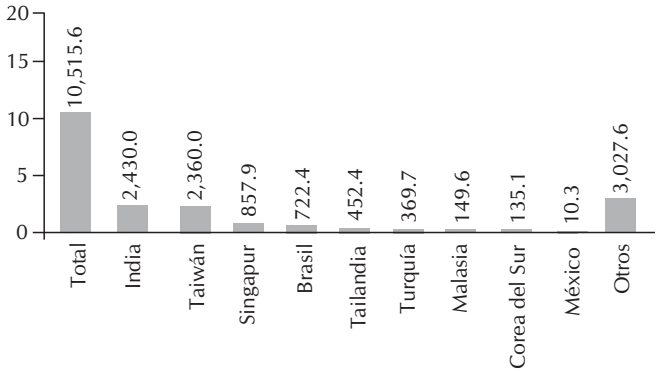
Benchmarking de los principales destinos de turismo médico

El turismo médico es un negocio regional basado en la cultura, calidad y disponibilidad de los tratamientos (Youngman, 2014). Por el lado de la oferta, el mercado se diferencia en precios, calidad, lujo, y los nichos y tratamientos que ofrece van desde sofisticados tratamientos de cirugía cardiaca, neurocirugía y ortopedia hasta tratamientos electivos como cirugías cosméticas e incluso atención dental y chequeos de rutina.

El valor del mercado de turismo médico ronda los 10,500 millones de dólares en 2012 y se espera que en 2019 alcance los 32,500 millones. Malasia, India y Brasil son los países con mayor crecimiento con 29.0, 28.5 y 28.0 por ciento, respectivamente (Transparency Market Research, 2013). Los países con mayores ingresos por concepto de tratamientos en 2012 fueron la India, Taiwán, Singapur, Brasil, Tailandia, Malasia y Corea del Sur. México ocupa el noveno lugar (gráfica 1.3).

Youngman (2014) señala los principales destinos médicos de 144 países según el número de entradas y salidas de pacientes. De acuerdo con este autor, en 2012 estos países atendieron cuatro millones 815 mil pacientes. En la categoría de "Principales 30 destinos médicos 2012" de Youngman aparecen en las primeras cinco posiciones Tailandia, Malasia, Estados Unidos, México y Sudáfrica (cuadro 1.4). En el mundo, el 48 por ciento de los pacientes médicos se atienden en Asia, el 21 por ciento en América, el 20 por ciento en Europa y el 8 por ciento en África (cuadro 1.4).

Gráfica 1.3
Mercado de turismo médico, 2012
(millones de dólares)



Fuente: Transparency Market Research (2013).

El 45 por ciento de los pacientes que viajan de Norteamérica lo hacen al continente asiático (posiblemente muchos de ellos sean expatriados), el 39 por ciento de ellos son europeos, el 32 por ciento de Oriente Medio y el 95 por ciento de África (McKinsey & Company, 2008).

En el caso de Norteamérica, a esta región se dirige el 87 por ciento de los pacientes médicos de América Latina; el 58 por ciento en el caso de Oriente Medio, el 33 por ciento de Europa, y el 26 por ciento de los estadounidenses viajan a América Latina (McKinsey & Company, 2008).

México y Brasil son los destinos de América Latina que captan mayor número de turistas médicos procedentes de Estados Unidos, en el primer caso por la cercanía y los bajos costos. En 2012, los ingresos de este mercado en México por tratamiento fue de 10.3 millones de dólares y se pronostica que crezcan hacia 2019 en 21.8 por ciento, y que el mercado de Brasil, con 722 millones de dólares, tenga un crecimiento de 28 por ciento (Transparency Market Research, 2013). De acuerdo

Cuadro 1.4
Principales 30 destinos médicos, 2012

Posición	Asia	Pacientes médicos	Posición	América	Pacientes médicos	Posición	Europa[1]	Pacientes médicos	Posición	África	Pacientes médicos
1	Tailandia	700,000	3	Estados Unidos	550,000	6	Polonia	300,000	5	Sudáfrica	325,000
2	Malasia	650,000	4	México	400,000	9	Turquía	200,000	15	Túnez	90,000
7	Corea del Sur	230,000	21	Brasil	30,000	10	Alemania	150,000	29	Mauritania	15,000
8	Singapur	200,000	26	Costa Rica	20,000	12	Hungría	100,000			
11	India	140,000	26	Cuba	20,000	12	Reino Unido	100,000			
12	Taiwán	100,000	28	Colombia	18,000	18	Bélgica	55,000		Oceanía	
16	Dubái	80,000	29	Argentina	15,000	21	Eslovenia	30,000	29	Australia	15,000
17	Filipinas	70,000				21	Suiza	30,000			
19	Hong Kong	50,000				32	Finlandia	12,000			
19	Jordania	50,000				33	República Checa	10,000			
21	Irán	30,000									
21	Israel	30,000									
Total		2,330,000	Total		1,053,000	Total		1,002,000	Total		510,000

[1] Youngman (2014) aclara que los datos cambiarían si se emitieran cifras de todos los países de Europa, pero no se declaran porque en estos países el negocio es atendido por pequeñas clínicas y cirugías en lugar de grandes hospitales de renombre como ocurre en Asia y Sudamérica.
Fuente: Youngman (2014).

con cifras de Euromonitor, los ingresos de la industria del turismo médico en México alcanzarían los 3,514 millones de dólares en 2016 (Proméxico, 2013). El 90 por ciento de los pacientes que recibe Costa Rica proceden de América Latina y el Caribe; este país se especializa en atención dental, cirugías cardiacas, trasplantes, ortopedia y chequeos generales (Transparency Research Market, 2013).

El estudio de Transparency Research Market (2013) muestra que los ingresos más fuerte de Brasil en turismo médico provienen de cirugía bariátrica, ortopedia, tratamientos dentales y cirugía plástica. El 23 por ciento de sus pacientes provienen de África, el 19.1 por ciento de Paraguay y el 14.1 por ciento de Francia.

Aunque se muestren estas cifras, muy pocos europeos occidentales o estadounidenses viajan al continente asiático por una cirugía porque en sus países la atención médica es cubierta por los gobiernos o los seguros (Youngman, 2014). Tailandia es el país de Asia preferido por los europeos para cirugías cosméticas (Transparency Market Research, 2013).

Hungría, Alemania y la República Checa son los principales destinos de turismo médico en Europa (ITB Berlin World Travel Monitor, 2011). De acuerdo con el gasto público en salud transfronterizo, sólo se ha utilizado el 1 por ciento, lo cual indica que estos servicios corresponden casi exclusivamente a emergencias de turistas (Youngman, 2014).

Hay países líderes por sus precios bajos en tratamientos médicos y otros por su calidad. Según resultados de Medical Tourism Climate Survey 2013, los proveedores de salud del mundo creen que los principales destinos de turismo médico, en términos de calidad y provisión internacional de servicios, son: Estados Unidos, Tailandia, Singapur, Alemania, India, Turquía, Suiza, Hungría, Malasia, Costa Rica, México, Reino Unido, España, Colombia, Bélgica, Polonia, Emiratos Árabes, Egipto, Chipre y Austria.

El potencial en turismo médico de distintos países se valora también de acuerdo con su tipo de sistema de salud, su gasto en salud pública y privada y los aspectos demográficos. Los casos exitosos se relacionan con la comercialización dirigida, una excelente organización y la comprensión del verdadero cliente (Youngman, 2012). Por ejemplo, Tailandia reorientó el mercado nacional del Hospital Internacional de Bumrungrad de Bangkok al mercado extranjero (Peacock, 2013); 400 mil pacientes de más de un millón son de otros países (IPK International e ITB Berlin World Travel Monitor, 2011) y ofrece más de 30 centros especialidades con 4,700 personas como personal de la salud. Actualmente United Group Programs, del estado de Florida, y Blue Cross Blue Shield, de Carolina del Sur, tienen programas de turismo médico junto con el Hospital Internacional de Bumrungrad, y Anthem Blue Cross y Blue Shield (WellPoint) de Wisconsin los tienen con hospitales Apolo de la India (Transparency Market Research, 2013).

La Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN, por sus siglas en inglés) y la Asociación de Estados del Caribe (AEC) son otros casos de regiones que buscan terminar de conformarse en 2015 con el objetivo de lograr una mayor integración y comercio en lo referente a servicios de salud.

La India es el país con más ingresos por tratamiento médico a nivel mundial con 2,430 millones de dólares y un crecimiento proyectado de 14,058 millones de dólares para 2019; sus principales servicios en este sector son cardiología, ortopedia, cáncer y neurocirugía; el 50 por ciento de sus pacientes proviene de Africa y el 33 por ciento de países del Medio Oriente (Transparency Market Research, 2013).

En el *benchmarking* de destinos de turismo médico es importante distinguir cuáles son los "pacientes internacionales" y cuáles los "turistas médicos". A los expatriados que son tratados en un hospital se les considera "pacientes internacionales" porque ya se encuentran en su país y no se les califica como turistas médicos porque no viajan a un país para el cuidado

de la salud; entre ellos se encuentran los jubilados de Estados Unidos y Canadá que viven en México. Se han estimado en 1.6 millones los estadounidenses que han viajado a diversos destinos en busca de servicios médicos (Transparency Market Research, 2013).

Según Harryono, Miyazawa y Sethaput (2006), Bumrungrad International es un hospital de especialidades múltiples de Bangkok, Tailandia, con más de treinta años de existir, es el hospital privado más grande del sudeste de Asia. Cuenta con 554 camas y más de 30 centros de especialidades, servicios de diagnóstico, terapéuticos e intensivos. Es una compañía pública que cotiza en la bolsa de valores de Tailandia y es reconocida por la prensa internacional como líder en turismo médico.

La India tiene buena reputación en las especialidades de cirugía de corazón, cadera y tratamientos de infertilidad. Además ofrece un alto nivel internacional de personal médico calificado y en ese país se habla inglés (Enderwick & Nagar, 2011).

El Instituto Canadiense de Información sobre la Salud estima, de manera conservadora, que 41,838 canadienses recibieron tratamiento fuera de ese país en 2013 (Woodman, 2010).

En el caso de Costa Rica, aproximadamente el 15 por ciento de los turistas internacionales que visitan el país acuden a la cirugía cosmética y el cuidado dental. Costa Rica es uno de los cinco principales destinos de turismo médico para los estadounidenses (Woodman, 2010).

Brasil cuenta con más de cuatro mil quinientos cirujanos plásticos con licencia. En este país una rinoplastia puede tener un costo hasta 60 por ciento mayor que en Estados Unidos. Brasil atrae a los turistas no sólo a Sao Paulo y Río de Janeiro, sino también a ciudades más pequeñas, como Porto Alegre y Santos. Los procedimientos más comunes son abdominoplastia, aumento de senos, estiramiento facial y rinoplastia, cuyo costo oscila entre los tres mil y 6,500 dólares (IMTJ, 2014).

Cuadro 1.5
Descripción del sistema de salud y de la industria del turismo médico
en los principales destinos, 2012

País	Sistema de salud	Turismo médico
Alemania	El sistema sanitario alemán es uno de los mejores, más eficientes, más avanzados y con mayor disponibilidad del mundo.	El alto porcentaje de éxito en los tratamientos y la atención al paciente por compasión hacen muy popular a Alemania, que además cuenta con los mejores hospitales y médicos especialistas en el tratamiento de pacientes extranjeros. Para Alemania, Rusia es el mercado emisor más grande con un estimado de 8,300 pacientes hospitalizados y 12,400 pacientes ambulatorios.
Corea del Sur	La atención sanitaria es estándar en los hospitales públicos y privados, es buena pero irregular en la zona rural. El sistema de salud se basa en un modelo de seguro de salud social obligatorio para toda la población.	La atención en Corea del Sur es barata y muy eficiente. La mayoría de los hospitales pertenecen al sector privado y cuentan con médicos con títulos de instituciones internacionales. Los hospitales están equipados con la última tecnología en equipos médicos. Los hospitales y clínicas son de clase mundial. El mercado de turismo médico en Corea del Sur se estima en 135.1 millones de dólares en 2012 y se prevé llegar a 396.3 millones de dólares en 2019. Los tratamientos con mayores ingresos son cirugía plástica y cuidado de la piel. El 33 por ciento de sus pacientes proviene de Estados Unidos y 31 por ciento de Japón.
Hungría	El sistema de salud de Hungría recientemente fue objeto de una amplia privatización y su financiamiento es predominantemente a través del Fondo de Seguro de Salud.	Hungría es un país líder en turismo médico dental y cirugía estética; posee una norma de tratamiento alta y precios bajos, con clínicas que emplean cirujanos y personal de enfermería altamente calificados.

Malasia	Malasia tiene un sistema excelente para mejorar la atención y los servicios médicos públicos y privados, como ocurre en países de la Unión Europea.	Se ha convertido en el líder mundial en turismo médico, pero depende peligrosamente de Indonesia. El mercado de turismo médico de Malasia se estimaba en 149.6 millones de dólares en 2012 y se prevé llegar a 889.6 millones de dólares en 2019. Sus ingresos mayores provienen de la cirugía cardiaca, ortopédica y estética.
México	México atrae a un gran número de turistas de todo el mundo, y el turismo médico se está convirtiendo en una fuente cada vez mayor de nuevos visitantes. El país ha hecho reformas de salud drásticas y ha logrado la cobertura universal en menos de una década. Cuenta con un programa nacional de salud llamado Seguro Popular.	Los costos de salud en tratamientos especializados son la mitad o menos que en Estados Unidos debido a los menores costos laborales y gastos generales más bajos. El mercado de turismo médico en México se estima en 10.3 millones de dólares en 2012 y se prevé llegar a 41 millones de dólares en 2019. Los tratamientos con mayores ingresos son los dentales (3.7 millones de dólares), cirugía estética (2.2 millones), ortopedia (1.5 millones) y cardiología (1.1 millones). El 33 por ciento de sus pacientes proviene de Estados Unidos y 27 por ciento de Brasil. Tijuana destaca en los tratamientos de quimioterapia de pacientes provenientes de Estados Unidos.
Polonia	Las instalaciones médicas privadas son relativamente baratas y sus estándares son regulares. Los médicos y enfermeras polacos están bien calificados.	Polonia ha capitalizado su capacidad de ofrecer tratamiento médico barato para pacientes extranjeros, con un gran número de clínicas de cirugía dental y tratamientos cosméticos privadas. Es un líder en turismo dental. El inglés no se habla ampliamente en todos los casos. La mayoría de los pacientes provienen de Suecia, Alemania, Reino Unido y los países escandinavos, y también recibe emigrantes estadounidenses de origen polaco para aprovechar los procedimientos médicos.
Singapur	El estándar de cuidado de la salud es uno de los mejores del mundo. Si bien la calidad del tratamiento, la atención y el ambiente son excelentes, Singapur es uno de los destinos médicos más caros de Asia.	Singapur tiene una ventaja competitiva por ser una nación de habla china. Es el destino premier del turismo médico y tiene una alta reputación en el desempeño de sus procedimientos y tratamientos. El mercado de turismo médico en Singapur por tratamiento se estima en 857.9 millones de dólares en 2012 y se prevé llegar a 1,725.7 millones en 2019. Los tratamientos con mayores ingresos son neurología, oftalmología y ortopedia.
Sudáfrica	El sector privado de salud de Sudáfrica es excelente, cuenta con más de 200 hospitales privados.	El país recibe 400 mil turistas médicos principalmente del Reino Unido, Países Bajos y Estados Unidos. "Cirugía y safari" es un segmento del turismo médico para europeos y norteamericanos.

(Continúa cuadro 1.5)

País	Sistema de salud	Turismo médico
Tailandia	El nivel de asistencia sanitaria varía en los hospitales públicos de excelente en las principales ciudades a la atención básica en las zonas rurales. La salud pública en Tailandia es gratuita para los ciudadanos tailandeses.	Tailandia probablemente sea el mayor destino de turismo médico por ingresos y el número de pacientes, pero las cifras recientes causan confusión. El mercado de turismo médico por tratamiento en Tailandia se estima en 452.9 millones de dólares en 2012 y se prevé llegar a 2,088.3 millones de dólares en 2019. Los tratamientos con mayores ingresos son para cardiólogos, ortopedia y cirugía estética.
Turquía	El sistema privado de salud es bueno pero la calidad y el precio es variable incluso en las grandes ciudades. En los hospitales estatales se tienen largas listas de espera.	El mercado de turismo médico por tratamiento en Turquía se estima en 369.7 millones de dólares para 2012 y se prevé llegar a 1,177.6 millones de dólares en 2019. Los tratamientos más demandados son los de oftalmología y ortopedia. La mayoría de sus pacientes son europeos (25 por ciento), rusos (16.5 por ciento) e ingleses (14 por ciento).
Estados Unidos	El sistema de salud es privado, pero el gobierno se está moviendo hacia un sistema en el que a partir de 2014 todo el mundo debe disponer de un seguro de salud proporcionado por su empleador o comprado por su cuenta.	A Estados Unidos se le presenta a menudo como la principal fuente de turistas médicos a nivel global. La gente va a Estados Unidos en busca de cirugía cosmética de alta gama, las enseñanzas conducentes y hospitales especializados. Los mexicanos acuden en busca de tratamiento especializado y para el nacimiento de sus hijos.

Fuentes: Youngman (2014) y Transparency Market Research (2013).

México atrae a 500 mil pacientes médicos, la mayoría hispanos que viven en Estados Unidos (Youngman, 2012). Los procedimientos más populares para ellos son el trabajo dental y la cirugía para bajar de peso. La ubicación del país es su ventaja comparativa principal, por ello recibe alrededor del 70 por ciento de los pacientes médicos estadounidenses de origen mexicano que residen en California, Texas y Arizona. Se conoce que cada año estos pacientes viajan al país para hacerse chequeos, limpiezas dentales, exámenes físicos y otros tratamientos que cuestan mucho menos que en Estados Unidos (Woodman, 2010). Las principales empresas médicas del país son Christus Muguerza, Grupo Ángeles, CIMA, Galenia, Puerta de Hierro, San Javier, Tec Salud, Ginequito, OCA, ABC, EXCEL, SIMNSA, Doctors Hospital, Star Médica, Almater, Poliplaza e Hispano Americano, entre otras. México cuenta con 122 hospitales certificados por la Secretaría de Salud (SS), 115 certificados por SS homologados y 10 instituciones certificadas por la Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (JCI) (Promexico, 2013).

Los principales factores que atraen a los turistas médicos para visitar estos países son el creciente número de hospitales acreditados por la JCI y la búsqueda de servicios de salud de bajo costo.

Disciplinas económicas, sociales e institucionales implicadas en el turismo médico

El turismo médico es estudiado como una forma emergente de comercio de salud (Lunt, Green, Mannion & Horsfall, 2013). Es visto como la internacionalización de estos servicios (Smith *et al.*, 2009) y un área de investigación enfocada en el turismo en relación con la salud y los estudios de medicina (Hall, 2013). Cohen (2008) señala que el turismo médico ocurre cuando los viajes y los tratamientos médicos suceden al mismo tiempo. El campo de investigación sobre esta actividad es reciente, extenso y ambicioso, pero aún no es ampliamente conocido ni

aceptado. En el marco de la globalización, el turismo médico es visto como parte del proceso de mercantilización de los servicios públicos de salud. Otros interesados en esta actividad, como los gobiernos, agencias internacionales y la industria médica, lo consideran como iniciativas vinculadas al desarrollo económico y una respuesta a los problemas que enfrentan los sistemas de salud (Horowitz, Rosensweig & Jones, 2007).

La industria global de turismo tiene un valor de 3.2 billones de dólares, de los cuales el 33 por ciento corresponde al turismo internacional y el 67 por ciento es turismo dentro de los países. El turismo de bienestar obtiene 439 miles de millones y el turismo médico de 50 a 60 miles de millones de dólares (Yeung, Johnston & Chan, 2013).

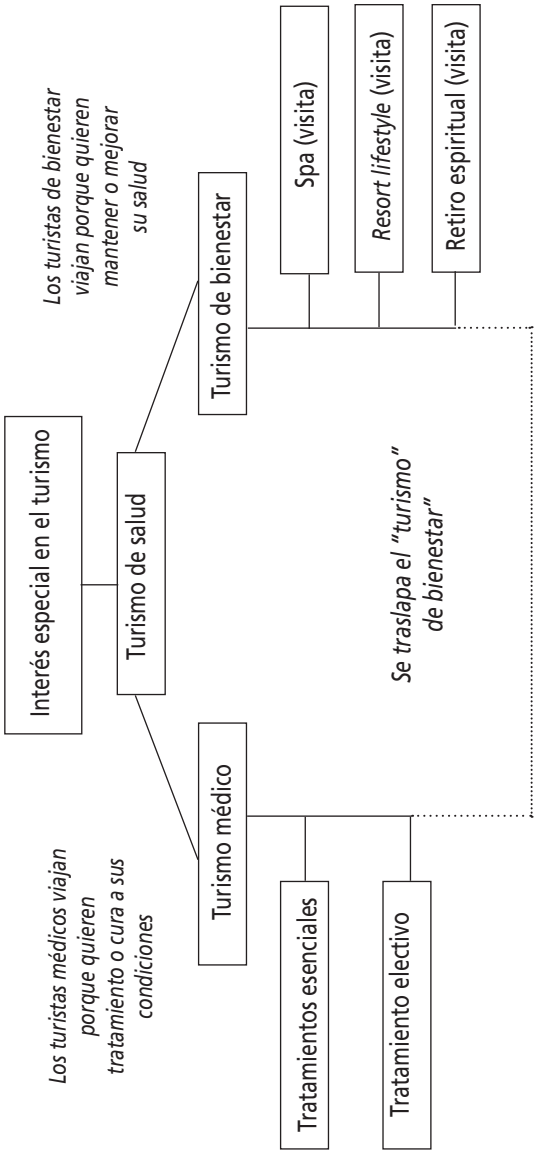
DESCRIPCIÓN DEL TURISMO DE SALUD

El turismo de salud y el turismo médico son áreas académicas que han emergido por la significancia de su mercado y el aumento de la movilidad de los pacientes médicos. La vida moderna, la globalización y las nuevas tecnologías han dado pie a este fenómeno, que puede traducirse en la búsqueda de la mejora en la salud o de una mejor calidad de vida.

El turismo de bienestar se define como la suma de todas las relaciones resultantes de un viaje hecho por personas con el motivo principal de mantener o recuperar su salud y bienestar y que permanecen al menos una noche en un centro diseñado específicamente para permitir y mejorar el bienestar físico, psicológico, espiritual o social de las personas (Voigt *et al.*, 2010, p. 7).

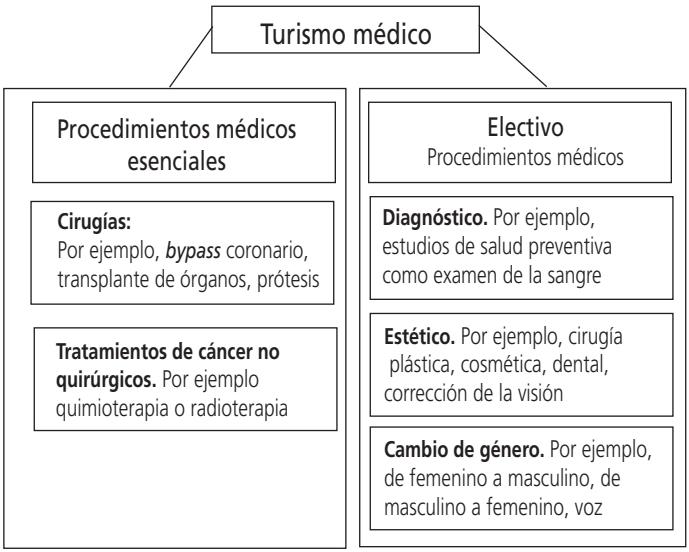
En los últimos años la literatura sobre turismo médico a nivel mundial se ha centrado en el reconocimiento de cifras del flujo de pacientes de entrada y de salida y en cuáles son los principales destinos en esta modalidad, actuales y potenciales. Incluso es posible encontrar estudios sobre las implicaciones económicas y éticas del turismo médico para países receptores y el impacto financiero en aquellos de los que proceden los turistas médicos, tomando en consideración tanto los costos de

Figura 1.2
Turismo de salud, turismo médico y turismo de bienestar: una clasificación



Fuente: Voigt *et al.* (2010).

Figura 1.3
Tipología del turismo médico



Fuente: Voigt *et al*. (2010).

posibles malas prácticas como los ahorros monetarios de los ciudadanos que viajan al extranjero para recibir algún tratamiento. También se puede encontrar en la literatura el estudio de los patrones de viaje de los turistas médicos.

A continuación se presentan las principales teorías en las que descansa la investigación sobre el turismo médico.

ECONOMÍA DE LA SALUD

La literatura referente a la economía de la salud define estos servicios como un mercado de productos básicos. Quienes compran atención médica en el extranjero utilizan nuevas fuentes de información, recurren a agentes que los conectan con proveedores de servicios médicos internacionales y utilizan

transporte aéreo de bajo costo para llegar a los países que los ofrecen (Pocock & Phua, 2011).

En este estudio, que aborda el turismo médico desde la perspectiva de la economía de la salud, se adopta el enfoque de Lunt *et al.* (2014), quienes analizan el potencial de los ingresos generados por los servicios de salud y los gastos asociados que hacen los visitantes que buscan atención médica.

Para analizar el potencial de los ingresos que se podrían generar en torno a este tipo de turismo, se estudia el desarrollo de la industria médica turística con el enfoque de las capacidades futuras de especialistas ante el fenómeno de la fuga de cerebros y las jubilaciones, los efectos de la inversión en servicios de salud, la presencia de nuevas tecnologías médicas y la mayor movilidad.

Economía política de la salud

En este tema, uno de los aspectos más estudiados es el referente a las propuestas de expandir el Medicaid y el Medicare en Estados Unidos con la intención de apoyar a los pacientes que viajan al extranjero a recibir tratamiento con ahorros financieros significativos.

Aunque el turismo médico es una industria en la que predomina el sector privado, algunos países consideran que el sector público podría tomarla. Incluso se ha estudiado el tema a partir del supuesto de que recurra a la contratación de proveedores de salud externos.

Se presume que esto último tendría diversas implicaciones. Por un lado, traería beneficios económicos y la disminución de las listas de espera; por otro, posiblemente habría objeciones políticas tanto a los sistemas financiados con fondos públicos como a los pagados por medio de seguros de salud privados y laborales.

Lo anterior significa que la política económica ligada a la salud analiza las distorsiones que podrían tener las inversiones en infraestructura a expensas del gasto público en estos servi-

cios. Por ejemplo, una de tales distorsiones sería que los hospitales privados atrajeran el personal mejor calificado del sector de salud pública y resultara perjudicada la población local por la disminución de la equidad y calidad de la atención médica.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

En este trabajo el turismo médico es visto desde el enfoque de la administración de la salud. En tal sentido, se analiza la manera como los turistas médicos toman sus decisiones respecto a los tratamientos que buscan y los países a los que viajan, los cuales toman en cuenta. La elección de los pacientes parece definirse de acuerdo con la calidad y los precios, a partir de información obtenida principalmente de actores relacionados, sitios *web* y recomendaciones de la familia y los amigos. Los hallazgos de que da cuenta la literatura sobre el tema refieren que, aun cuando se ha comprobado que existen páginas de internet que detallan la calidad y acreditación de las instituciones que prestan servicios de salud, falta información legal, de las preconsultas; del tratamiento en sí, el postratamiento y seguimiento.

Youngman (2014), por ejemplo, divide en tres categorías los criterios de la demanda de los turistas médicos: 1) valor: los pacientes viajan desde los países desarrollados, donde la atención a la salud es cara y la cobertura de seguro correspondiente es limitada; suelen ser personas sin seguro médico o con seguro insuficiente, o necesitan tratamientos que éste no cubre como cirugía de pérdida de peso, odontología y cirugía estética; 2) acceso: pacientes que provienen de lugares donde la disponibilidad y calidad de los servicios de salud son limitadas o sus sistemas de salud son menos desarrollados, incapaces de satisfacer las crecientes demandas de sus poblaciones como nuevos ricos, y 3) calidad: pacientes sin limitaciones económicas que viajan en busca de especialidades excepcionales: terapias de última generación o protocolos sanitarios innovadores, los médicos más respetados, los mejores resultados, las experiencias más lujosas, entre otras ventajas.

Diversos estudios señalan que los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, cuando viven cerca de la frontera y carecen de un seguro médico, tienden a regresar a México para recibir atención médica (Brown, 2008; Horton & Cole, 2011).

Política económica de la salud

La política económica de salud considera el estudio del turismo médico desde el enfoque del comercio internacional de servicios médicos. Se le analiza desde la perspectiva de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que toma en cuenta cuatro modos de comercio internacional de servicios de salud con base en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS, por sus siglas en inglés), a los que clasifica por el elemento que cruza la frontera: el servicio, el consumidor, la empresa o el proveedor:

Modo 1. Comercio transfronterizo. La prestación de servicios por proveedores no residentes, más allá de las fronteras del país, para su consumo en otra nación.

Modo 2. Consumo en el extranjero. Los consumidores o la compañía se mueve para utilizar los servicios en otro país.

Modo 3. Presencia comercial. Las sociedades extranjeras establecen una filial o sucursal en otro país para prestar sus servicios en él.

Modo 4. El movimiento temporal de personas físicas. Una persona deja su país de origen para prestar sus servicios en otro.

El comportamiento de las exportaciones de viajes relacionados con los servicios de salud (cuadro 1.6) es recogido por la OCDE y la Eurostat Trade in Services Database. Las exportaciones para México en 2009 representan el 0.48 por ciento del gasto total en salud, para Estados Unidos el 0.11 por ciento y para Canadá el 0.08 por ciento.

Para México las importaciones representaron el 0.10 por ciento del total de su gasto en salud en 2009. El país tuvo un superávit en su balanza comercial en este rubro y su tasa de crecimiento del último año registrado fue negativa (-0.10 por ciento). Estados Unidos importa únicamente el 0.04 por ciento

Cuadro 1.6
Exportaciones de gastos de viajes relacionados con la salud y tasa de crecimiento anual en términos reales, 2004-2009 o el año más reciente[1]

País	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del gasto total de salud	Porcentaje de crecimiento, 2008-2009
Austria	8.7	9.9	10.0	10.9	14.6	12.5	0.03	5.7
Bélgica	445.8	526.0	723.8	340.8	369.1	444.5	0.84	-2.0
Canadá	81.5	90.8	106.7	117.3	121.8	117.2	0.08	5.2
Corea del Sur	59.0	67.5	69.8	82.7	0.15	8.9		
Eslovenia	15.8	6.0	6.4	8.1	9.4	8.9	0.20	-13.5
Estados Unidos	1,661.0	1,964.0	2,166.0	2,306.0	2,467.4	2,623.4	0.11	6.9
Estonia	4.1	4.8	4.1	4.8	8.0	8.9	0.67	9.9
Francia	445.3	526.9	540.5	479.3	0.15	0.6		
Grecia	73.0	60.9	45.3	57.1	73.8	56.0	0.19	-7.7
Hungría	223.1	220.4	180.6	211.2	228.0		2.08	-3.6
Israel	26.0	24.0	22.0	32.0	16.0	20.0	0.13	-5.2
Italia	144.0	156.7	180.6	212.1	246.4	166.8	0.08	0.7
Luxemburgo	11.7	12.8	29.7	40.0	47.8	48.5	1.15	35.7
México	214.1	274.3	258.0	311.3	296.9	260.4	0.48	-1.3
Nueva Zelanda	8.0	8.4	7.8	8.8	8.4	7.5	0.06	-1.7
Polonia	124.1	145.0	99.9	193.7	561.7		1.62	41.9
Reino Unido	124.5	129.1	143.5	162.2	152.6		0.06	2.4
República Checa	146.1	167.2	318.7	480.9	614.7	542.3	3.58	27.8
Turquía	216.0	402.0	226.0	273.0	394.0	377.0	0.98	3.5

[1] Millones de dólares. Países con información disponible.
Fuente: OCDE (2013c), OECD-Eurostat (2010).

Cuadro 1.7

Importaciones de viajes relacionados con la salud y tasa de crecimiento anual, 2004-2009 o el año más reciente[1]

País	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del gasto total en salud	Porcentaje de crecimiento, 2008-2009
Estados Unidos	421.0	510.0	585.0	659.7	756.8	879.1	0.04	13.0
Reino Unido	82.4	109.1	115.9	132.0	127.0		0.05	8.4
Grecia	19.0	20.0	8.7	16.7	20.8	11.7	0.06	-14.0
Polonia	16.3			14.0	20.5	18.0	0.06	-4.0
Irlanda		9.9	10.0	10.9	11.7	11.1	0.07	3.0
Dinamarca	27.5			44.3	39.8	26.1	0.08	-5.4
México	68.0	64.1	72.7	49.7	42.1	52.0	0.10	-10.0
Eslovenia	5.5			9.3	8.6	5.7	0.13	-4.4
Italia	83.2	80.8	126.7	110.9	152.9	269.4	0.14	23.6
Francia	---	---	342.5	442.1	483.4	439.0	0.14	2.0
Estonia	0.1	---	---	0.8	2.2	1.8	0.14	58.1
Noruega	40.6	---	---	46.2	---	---	0.14	-6.4
Suecia	23.1	---	---	52.4	33.4	60.5	0.16	19.7
Corea del Sur	82.4	---	---	140.6	136.2	101.3	0.18	4.6
Austria	39.2	---	---	65.1	82.1	---	0.20	13.2
República Eslovaca	---	---	9.5	11.8	10.9	0.2	6.20	---
República Checa	---	---	---	---	23.3	31.8	0.21	48.6
Canadá	263.6	283.1	304.1	323.1	345.8	365.7	0.24	1.0
Hungría	---		---	14.5	20.6	28.2	0.30	40.0
Turquía	54.0	146.0	139.0	166.0	179.0	212.0	0.44	23.5
Alemania	1,046.7		---	1522.0	1,680.2	1751.8	0.47	7.3
Bélgica	301.7	289.8	361.3	262.8	276.9	312.6	0.59	-3.9
Holanda	596.0	---	---	674.8	649.7	785.6	0.89	1.7
Portugal	151.2	---	---	208.0	244.4	---	1.02	5.5
Luxemburgo	315.4	---	---	405.1	338.5	---	9.49	- 6.8

[1] En términos reales, en millones de dólares.
Fuente: OECD-Eurostat (2010).

de su gasto en salud, aunque la cantidad es significativa ya que alcanza los 879 millones de dólares y en el periodo 2008-2009 su tasa de crecimiento fue de 13 por ciento. Canadá importó el 0.24 por ciento de su gasto en servicios médicos en 2009 y su tasa de crecimiento fue de 1 por ciento.

Otros estudios han revisado la migración de retorno para recibir atención médica y su contribución al aumento del turismo médico. La geografía influye en la movilidad, aunque los hallazgos actuales demuestran que la mayoría del turismo médico mundial se practica a distancias cortas, lo cual caracteriza los pasos fronterizos con esta finalidad de Estados Unidos a México, que no son sólo de los mexicanos, y del sur de China a Hong Kong (Ye, Qiu & Yuen, 2011).

A nivel global, se perciben como destinos líderes de turismo médico, en términos de número de pacientes, la India, Tailandia y Estados Unidos como los tres primeros. Se piensa que México ocupa el lugar número diez, por arriba de Brasil, pero por debajo de Costa Rica. Estos son algunos hallazgos del trabajo de Medical Tourism Climate Survey International Medical Travel Exhibition and Conference (IMTEC, 2013), que presenta una clasificación sobre la percepción a nivel mundial de hospitales, clínicas, agencias de viaje y otros actores relacionados con el turismo médico.

TEORÍAS SOBRE MICROECONOMÍA DE LA COMPETITIVIDAD

La microeconomía de la competitividad examina las economías avanzadas y en desarrollo y la dirección que toma la competitividad en múltiples niveles: naciones, unidades subnacionales como estados o provincias, grupos particulares y los países vecinos.

Para distinguir la posición que guarda un país es importante analizar su entorno económico. El análisis del modelo de diamante de Porter (1990) versa sobre la competitividad internacional de la posición única de las naciones con respecto a

la posición de otros países. Este autor identifica por qué unas naciones generan riqueza y otras no.

Este tipo de análisis es una herramienta que representa una estrategia para guiar la toma de decisiones de la política pública de un país, generar riqueza y fomentar el desarrollo de regiones, sectores industriales y clústeres.

Se busca analizar e interpretar el entorno económico, político, social y ambiental para entender las ventajas competitivas de las naciones, regiones e industrias y profundizar en ellas bajo las condiciones del libre mercado.

Por lo tanto, el análisis se centra en conceptos vinculados con la productividad nacional o regional y en las estrategias y prácticas del entorno empresarial en que la competencia se lleva a cabo.

La Asociación de Turismo Médico (MTA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos lista los 35 clústeres médico-turísticos más destacados por país, región y en la propia Unión Americana (Stephano, 2011). Por país: Costa Rica (Pro-Med), El Salvador, Argentina, Guatemala, Corea del Sur (KHIDI), Singapur, Malasia, Jordania, Turquía, Serbia, Filipinas, Tailandia, Lituania y Portugal. Por región de México: Monterrey, Sonora, Chihuahua, Ciudad de México, Guadalajara, y por regiones de otros países: Bagdad, Dubái, Medellín, Bogotá, Recife, Porto Alegre, Sao Paolo, Madrid y Barcelona. En Estados Unidos: Miami, Houston, Rochester, Baltimore, Dallas y Orlando, entre otras ciudades.

2. *Globalización, posición competitiva y turismo médico*

Introducción

Esta investigación es exploratoria, de corte cualitativo, documental y analítico. Puesto que el turismo médico es un área que aún no se ha explorado con amplitud, se utiliza la metodología fenomenológica con enfoque documental, utilizando fuentes secundarias y entrevistas. Como segundo método de investigación, se utiliza el modelo del diamante de Porter y se analiza la posición del país, el estado y el Clúster Turismo Médico Jalisco (CTMJ). Para complementar la instrumentación de estrategias desarrollo del clúster se utiliza el modelo de prestación de servicios (oferta y demanda) de turismo médico y el análisis de clúster de servicios tipo II de Hsieh, Lee y Ho (2012).

El enfoque documental recurre a la recolección de datos para conceptualizar, reducir, elaborar y relacionar a estos mismos. Se busca identificar, desarrollar y relacionar conceptos, los elementos constitutivos básicos del tema. Como primer paso, se realiza un acercamiento teórico al concepto de turismo médico, después se hace un análisis comparativo de la magnitud de la participación de los países que lo ofrecen, sus recursos y condiciones económicas y de mercado, para interpretar el potencial de crecimiento de este sector y su problemática. Como aportación de este estudio, una vez ordenados y clasificados los datos considerando las propiedades y dimensiones de ellos, se presentan como un conjunto de conceptos vinculados

que constituyen un marco conceptual. Este enfoque ayuda a explicar o predecir como fenómeno el segmento del mercado de México y la región de Jalisco, así como la posición que guardan el país y el estado con respecto a los demás participantes en el mercado del turismo médico a nivel mundial, tanto de los países ofertantes como de los demandantes.

La metodología fenomenológica se puede utilizar para la toma de muestras, la recopilación de datos, el análisis y la descripción de cómo se pueden escribir y presentar los resultados. La muestra utilizada se conformó con los directores de hospitales que han tenido un papel clave en la formación y el impulso del CTMJ y que cuentan con información sobre los planes de desarrollo del mismo. La recopilación de datos es inherente a las experiencias de los participantes y se centra en la pregunta de investigación y el fenómeno explorado. Se llevan a cabo entrevistas semiestructuradas en los hospitales, con una duración promedio de dos horas cada una. Los datos iniciales fueron cuantitativos; después se fueron discutiendo los retos del CTMJ y de cada hospital en esta industria desde sus inicios hasta el presente, la visión y las estrategias de acción en el corto y a largo plazo, así como la nueva organización y el apoyo gubernamental que se está recibiendo. Se utilizan citas específicas para distinguir los hallazgos de cada uno de los entrevistados de hospitales del CTMJ.

Para hacer el análisis se identificaron seis categorías: estrategia, mercado, convenios con aseguradoras internacionales, *brokers* o facilitadores, calidad de los servicios médicos, y universidades y vinculación con hospitales privados. Con ello se presentan las categorías guardando fidelidad a las expresiones de los participantes en las entrevistas. A los resultados del análisis se incorporan nuevos elementos interpretativos, que redundan en los esfuerzos intrahospitalarios que se deben hacer en cuanto a organización y recolección de datos para la toma de decisiones y el establecimiento de la vocación o especialización de cada hospital. Los métodos fenomenológicos

son adecuados para investigar las diferencias entre los sucesos de la vida real y los conceptos teóricos. Las investigaciones fenomenológicas pueden enriquecer conceptos teóricos y darles un significado más completo utilizando, como en este caso, las experiencias de los directores de hospitales.

Giorgi (1985) busca reducir las experiencias vividas a su esencia pura con una metodología empírica igualmente rigurosa. Se trata de recoger las experiencias vividas por los encuestados respecto de un fenómeno, y desde tales experiencias idiosincrásicas acercarse a los aspectos universales y generales del fenómeno.

Para proponer estrategias precisas de desarrollo del CTMJ y de los hospitales que lo conforman, se hacen entrevistas semiestructuradas en tres unidades de análisis (véase anexo 2). La guía de preguntas se diseñó con base en las variables identificadas en el análisis comparativo internacional de la industria con enfoque en las potencialidades, las buenas prácticas y los factores que impelen a la elección de un hospital.

Después de la transcripción literal de la información obtenida con la aplicación de las guías o protocolos de las entrevistas, el análisis de datos consta de cuatro pasos:

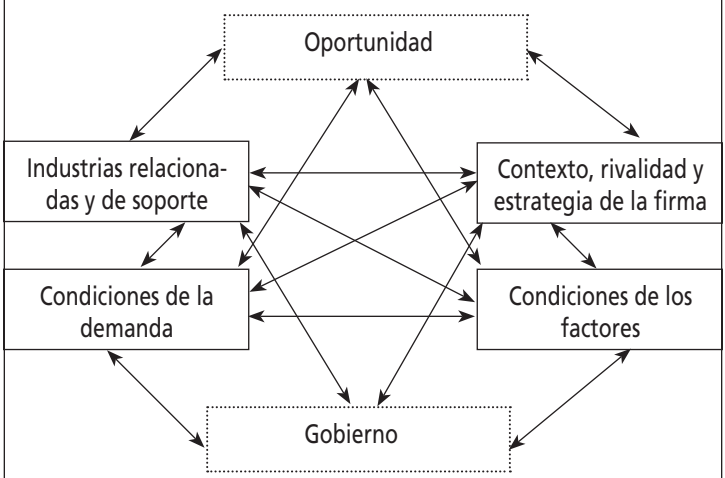
1. Con la información obtenida a partir de la guía de entrevistas se tiene un sentido de la totalidad del fenómeno tal como se describe. Esta comprensión integral es importante para determinar cómo se constituyen las partes.
2. La guía de las entrevistas tiene una parte puramente descriptiva que contiene un significado específico relevante para el estudio. Se basa en las disciplinas estudiadas y mantiene un enfoque estricto en el fenómeno investigado, para que emerjan hallazgos inesperados.
3. Se traducen las guías del leguaje del entrevistado al lenguaje de la disciplina en que se inscribe la investigación. Esta etapa corresponde a lo que Husserl llama variación imaginativa libre.

4. Se sintetizan los resultados de las declaraciones en una declaración coherente con la estructura del fenómeno en forma imaginativa y libre. El resultado es una descripción de la estructura esencial de la experiencia vivida desde la perspectiva de la disciplina.

DIAMANTE DE PORTER

Porter (1990) define la competitividad como el conjunto de factores que inciden en el desarrollo económico nacional y local. Concibe la competitividad como una estrategia de desarrollo tanto para las economías desarrolladas como para aquellas que se encuentran en desarrollo. El modelo de diamante de Porter comienza identificando los cuatro determinantes de la ventaja competitiva y dos variables, gobierno y oportunidad, como elementos mutuamente dependientes que interactúan en un sistema dinámico y afectan positivamente el entorno competitivo de las empresas en una economía nacional y local (figura 2.1).

Figura 2.1
Modelo del diamante de Porter



Fuente: Elaboración propia con base en Porter (1990) y Firman y Wang (2011).

Condiciones de los factores. Acceso a los insumos de alta calidad empresarial, recursos naturales, recursos humanos, disponibilidad de capital, infraestructura física, infraestructura administrativa, infraestructura de la información, infraestructura científica y tecnológica.

Condiciones de la demanda. Sofisticación de los clientes locales y calidad de las necesidades estrictas, seguridad y normas ambientales.

Industrias relacionadas y de apoyo. Disponibilidad de proveedores e industrias de apoyo. Presencia de grupos y no de empresas aisladas.

Contexto, rivalidad y estrategia de la firma. Normas locales e incentivos que estimulen la inversión y la productividad, competencia local fuerte, apertura a las normas de competencia local y extranjera.

Oportunidad. Cambios en el mercado financiero, surgimiento de nuevas demanda a nivel mundial o regional, decisiones políticas de gobiernos extranjeros, disponibilidad de tecnologías alternativas.

Gobierno. Estándares o regulaciones, políticas y subsidios, regulaciones del mercado de capitales, políticas fiscales y apoyos para promocionar los servicios médicos, entre otras.

La teoría del diamante de Porter se centra en el análisis de las causas por las cuales unas naciones y determinadas industrias prosperan y por qué disminuye la prosperidad en otros lugares. Además, Porter (1990) identifica la forma en que las ventajas competitivas les ayudan a alcanzar el éxito internacional a determinadas empresas en industrias globales.

Para iniciar la explicación del modelo de diamante de Porter es necesario tener en cuenta que la competitividad es la productividad, es decir, el valor creado por unidad de trabajo, capital y recursos naturales. El centro del posicionamiento de las empresas es la ventaja competitiva, que puede ser por costos inferiores o por diferenciación de sus productos. Esta última consiste en darle al comprador un valor superior en términos de calidad.

Chelliah, Krishnan y Saravanan (2013) han aplicado el modelo de Porter al turismo médico para los centros de atención de la salud que participan en él, para que puedan adoptar estrategias de competitividad basadas en los conocimientos y recursos disponibles. Estos mismos autores proponen, para este sector, estrategias de diferenciación de costos, de innovación y de especialización en la atención a la salud. Sugieren centrarse en la satisfacción de los pacientes mediante estrategias de competitividad.

El clúster constituye una de las facetas del diamante de Porter —industrias relacionadas y de apoyo—, pero se ve como una manifestación de las interacciones entre las cuatro facetas. El clúster, como una forma de aglomeración, genera tres tipos de economías: 1) un mercado de trabajadores con habilidades especiales en un solo lugar; 2) la disponibilidad de insumos y servicios especializados, y 3) la existencia de ósmosis tecnológica (Bekele & Jackson, 2006).

El clúster es analizado con base en la teoría de la economía de aglomeración, la cual tiene que ver con la minimización de los costos y la especialización de los insumos gracias a la expansión del mercado local y las ventajas de localizarse cerca de él. La economía del desarrollo describe los clústeres como una parte importante del desarrollo económico porque aumentan la productividad, la capacidad de innovación, el crecimiento de la productividad y la innovación, es decir, nuevas formas de competencia.

El desarrollo de aglomeraciones que funcionen bien es uno de los pasos esenciales para alcanzar economías avanzadas. En las economías en desarrollo no es posible la formación del clúster por los bajos niveles de educación y la poca competencia local, así como debido a debilidades en la tecnología, falta de acceso al capital e instituciones poco desarrolladas. Los clústeres de las economías en desarrollo tienden a estar poco arraigados y dependen principalmente de componentes extranjeros, los servicios y la tecnología externos.

La teoría del clúster es vista desde las perspectivas de la dinámica de competencia, la localización y el crecimiento de la productividad. Los clústeres y el modelo de diamante revelan los procesos por los cuales se crean la riqueza y la competitividad de las economías. La evolución de los clústeres es el reflejo de circunstancias y eventos de causalidad; depende de los insumo locales y de las condiciones de la demanda propia, así como de la especialización de las instituciones locales.

Otro esquema específico del comercio de servicios médicos internacionales, para analizar la creación o el desarrollo del clúster de servicios tipo II de Hsieh, Lee y Ho (2012), se presenta en el cuadro 2.1. Uno de los factores que destacan en la conformación de este tipo de clústeres de servicios es la disponibilidad de insumos y la presencia de instituciones asociadas, como universidades y parques científicos. En este modelo se plantea la manera como se crea valor en los clústeres de servicios y cómo las empresas del clúster deben ser capaces de captar el valor con el aumento de la productividad, los beneficios superiores percibidos de los clientes mediante innovaciones en el servicio y el modelo de negocios para mantener sus ventajas competitivas.

En el modelo del clúster tipo II del cuadro 2.1, los servicios son diseñados, desarrollados, entregados y consumidos. El proveedor dominante es especializado y se basa en la ciencia y la tecnología. Las externalidades de demanda son fuertes si aumenta la demanda de las empresas del clúster mediante la creación de infraestructura compartida, redes estratégicas para compartir conocimientos y desarrollando recursos y capacidades en localidades específicas para crear valor en forma conjunta (Hsieh *et al.*, 2012).

En la figura 2.2 se resume el desarrollo de la metodología de esta investigación.

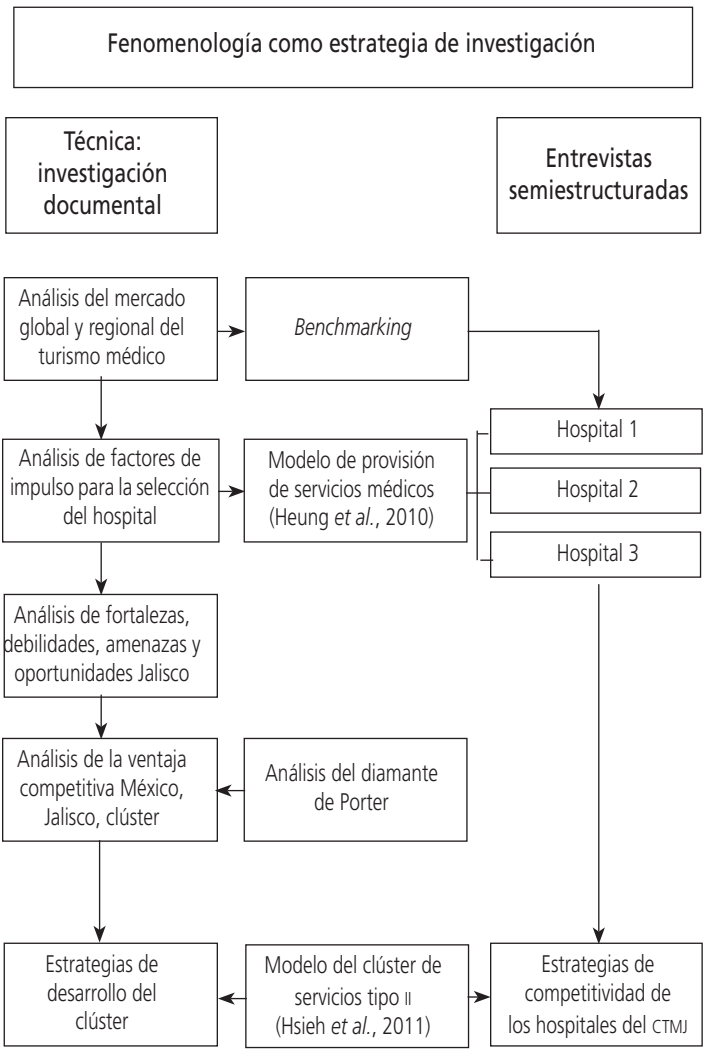
Cuadro 2.1
Modelo de los clústeres de servicios tipo II

Concepto	Tipo II	Características
Externalidades	Demanda	La demanda aumenta con la creación de infraestructura compartida, lo que reduce los costos de búsqueda del consumidor y la creación de externalidades de información para productores potenciales.
Orientación	Proceso intensivo de información	Transferencia y aplicación de los conocimientos necesarios para la innovación continua.
Demanda de los productos o servicios	Basado en la localización y el destino	El modelo orientado al consumo y basado en el lugar de destino, en el cual los servicios son diseñados, desarrollados, entregados y consumidos.
Motivación económica primaria o beneficio para la colocación de firmas	Economías de aglomeración y de redes	La concentración geográfica de empresas genera tres economías externas: especialización, localización y *spillover* de conocimiento; incrementa la productividad y reduce los costos de transacción; se benefician con la localización de recursos y capacidades.
Creación de valor (*drivers*)	Valor (experiencia localizada del cliente y beneficios percibidos)	El valor, es decir, el beneficio percibido por el cliente, es coproducido por los proveedores de servicios y los consumidores o clientes.
Apropiación del valor	Mediana	Productividad y beneficios percibidos a través de la innovación en el servicio.
Actividades económicas principales	Business to consumer (B2C)	Modelos de negocios.

Noción de espacio	Urbana	Ciudades
Relación primaria de la cadena de valor	Horizontal	Actividades primarias y de soporte o apoyo y actividades primarias. A esta categoría pertenecen algunos proveedores especializados y servicios basados en ciencia y tecnología.
Ejemplos de especialización	Entretenimiento, consultoría, salud y bienestar, turismo basado en el servicio, etcétera.	
Ejemplos del clústeres	Entretenimiento y casinos en Las Vegas (Porter 1998), Caso específico: UK healthy lifestyle tourism cluster.	

Fuente: Hsieh, Lee y Ho (2012).

Figura 2.2
Desarrollo de la metodología



Fuente: Elaboración propia.

Globalización y turismo médico

Es un hecho que la globalización —proceso de integración económica— ha incrementado el comercio internacional en servicios como el turismo, el cuidado de la salud y la medicina. El turismo en general representó en 2013 el 9.5 por ciento del PIB mundial, lo que representa 6,990.54 miles de millones de dólares (World Travel and Tourism Council, 2014).

El Índice de Competitividad de Viajes y Turismo (TTCI, por sus siglas en inglés) tiene como objetivo medir los factores y las políticas que hacen atractivo el desarrollo del sector de viajes y turismo en diferentes países. El liderazgo mundial en el TTCI, que evalúa 139 países, lo ostenta Suiza, seguido por Alemania. El Reino Unido ocupa la quinta posición, mientras que Estados Unidos, Francia y Canadá se encuentran en la sexta, séptima y octava, respectivamente. México ocupa el lugar 44, por encima de Costa Rica (47) y de Brasil (51) (cuadro 2.2).

Cuadro 2.2
Índice de Competitividad de Viajes y Turismo

País	Lugar	Índice
Alemania	2	5.39
Brasil	51	4.37
Canadá	8	5.28
Costa Rica	47	4.44
Estados Unidos	6	5.32
Francia	7	5.31
India	65	4.11
México	44	4.46
Reino Unido	5	5.38
Singapur	10	5.23
Suiza	1	5.66

Fuente: World Economic Forum (2013).

En la cuadro 2.3 se muestran algunos pilares de la competitividad del sector de viajes y turismo, el cual representa una parte importante del PIB para Costa Rica y México, con 12.5 y 12.4 por ciento, respectivamente.

El país que tiene mayor número de llegadas internacionales es Francia, con 81 millones al año; le siguen Estados Unidos con 62, Alemania con 28, Reino Unido con 29 y México con 23 millones. Para Estados Unidos el sector de viajes y turismo representa 116 mil millones de dólares, superando así los ingresos de Francia y Alemania juntos por el mismo concepto.

Los ingresos por turismo internacional para México rondan los 11.8 miles de millones de dólares, sólo por arriba de Brasil y Costa Rica entre los 11 países seleccionados (World Economic Forum, 2013).

Cuadro 2.3
Indicadores de competitividad del sector de viajes y turismo

País	Población (millones de personas 2011)	PIB per cápita (PPC, 2011)	Porcentaje de participación económica de viajes y turismo al PIB nacional (estimado a 2012)	Llegadas de turistas internacionales 2012 (miles)	Ingresos del turismo internacional 2012 (millones de dólares)
Alemania	86.5	38,077.2	4.5	28,351.6	38,841.6
Brasil	199.7	11,769.1	8.9	5,433.4	6,554.9
Canadá	35.7	40,519.1	4.4	16,014.4	16,679.6
Costa Rica	4.8	11,923.3	12.5	2,192.1	2,152.0
Estados Unidos	325.1	48,327.9	8.6	62,711.2	116,115.0
Francia	66.6	35,068.2	9.3	81,411.0	54,512.1
India	1,250.2	3,662.7	6.5	6,290.3	17,518.2
México	116.4	14,652.8	12.4	23,403.3	11,868.8
Reino Unido	65.3	36,521.6	6.7	29,305.6	35,069.0
Singapur	5.3	59,710.3	10.3	10,390.3	17,989.9
Suiza	8.1	44,451.6	8.6	8,534.3	17,540.4

Fuente: World Economic Forum (2013).

En infraestructura de salud y servicios públicos, la densidad más alta de médicos por cada mil habitantes corresponde a Suiza con 4.1, seguido por Alemania y Francia con 3.6 y 3.5, respectivamente. México tiene 2 médicos por cada mil habitan-

tes y Estados Unidos 2.4. Los más bajos en esta densidad son la India y Costa Rica con 0.7 y 1.3, respectivamente. México tiene 16 camas de hospital por cada 10 mil habitantes; Alemania tiene la cifra más alta con 82, Francia tiene 69 y Estados Unidos 30.

Cuadro 2.4
Otros indicadores del competitividad del sector de viajes y turismo

País	Médicos por cada 1,000 habitantes (2009 o más reciente)	Camas de hospital por cada 10,000 habitantes (2009 o más reciente)	Porcentaje del gasto público en viajes y turismo del presupuesto total del gobierno (2011 o más reciente)	Calidad de la infraestructura del transporte aéreo[1] (2011-2012)	Habitaciones de hotel por cada 100 habitantes (2011 o más reciente)
Alemania	3.6	82	2.1	6.4	1.2
Brasil	1.8	24	2.8	3.0	0.5
Canadá	2.0	32	4.1	5.9	1.2
Costa Rica	1.3	12	6.2	4.9	0.9
Estados Unidos	2.4	30	5.2	5.8	1.6
Francia	3.5	69	3.0	6.2	0.9
India	0.7	9	1.0	4.7	0.0
México	2.0	16	4.8	4.8	0.6
Reino Unido	2.7	33	2.8	6.5	1.0
Singapur	1.8	31	10.2	6.8	0.9
Suiza	4.1	52	7.2	6.5	1.8

[1] 1 = muy poco desarrollado; 7 = extensa y eficiente para los estándares internacionales.
Fuente: World Economic Forum (2013).

Los gastos médicos totales a nivel mundial podrían ser de alrededor de cinco billones de dólares al año, según Warner (2010), y de 11.7 miles de millones de dólares los de servicios médicos (Bookman & Bookman, 2007).

KPMG International (2011) estimó en tres millones de pacientes la industria del turismo médico. Woodman (2008) señala que son dos millones los pacientes y 180 mil los turistas médicos

de origen estadounidense, y que figuran 28 países en esta industria. Youngman (2012) estima que son 450 mil los pacientes médicos a nivel mundial. Un poco más estricta en su clasificación, McKinsey & Company (2008) calcula entre 60 mil y 85 mil los turistas médicos a nivel global, contabilizando únicamente pacientes hospitalizados y sin incluir a los expatriados, la atención médica fronteriza ni la atención médica de emergencia.

Paffhausen, Peguero y Roche-Villarreal (2010) señalan que para la Organización Mundial del Comercio (OMC) tanto el turismo médico como el de salud y el de bienestar son formas de comercio internacional de servicios. Por lo tanto, cuando un país ofrece estos servicios a pacientes extranjeros se convierte en el "país de destino" y es, por lo tanto, el "exportador", mientras que el "país de origen" del paciente se convierte en el "importador" del servicio.

Según el Banco Africano de Desarrollo (AFDB, por sus siglas en inglés) (2013), el Fondo Monetario Internacional (FMI) posee una subcategoría denominada "gastos de viajes relacionados con la salud" con el tema "viajes", que es representativa del comercio modo II en los servicios de salud. En este trabajo del AFDB se refleja la expansión del comercio internacional de servicios de salud desde finales de la década de los noventa, y señala un crecimiento de la tasa promedio de 8.1 por ciento desde 1997 (9.1 por ciento desde 2003), similar a la del comercio mundial de servicios. La participación del turismo de salud en el mercado mundial de los servicios de turismo pasó del 1.2 por ciento en 1997 al 1.5 por ciento en 2010. Las exportaciones de servicios de salud superaron los 11.7 miles de millones de dólares en 2010. Estados Unidos es el mayor exportador mundial de servicios de salud con el 24.4 por ciento de la cuota de mercado en 2010. México ocupa el cuarto lugar con 289 millones de dólares y una participación en el mercado del 2.46 por ciento, con lo que lidera a los países de Latinoamérica (cuadro 2.5).

En el cuadro 2.6 se aprecian los orígenes y destinos del mercado mundial de turismo médico. El continente que recibe

Cuadro 2.5
Quince principales exportadores de servicios médicos, 2010 (declarados)

Países	Millones de dólares	Crecimiento mundial 2003-2010 (porcentajes)	Participación en las exportaciones (porcentajes)
Estados Unidos	2,876	9.0	24.44
República Checa	612	26.6	5.20
Turquía	369	11.8	3.14
Bélgica	345	1.2	2.94
México	289	7.8	2.46
Tailandia	233	--	1.98
Italia	182	0.0	1.55
Canadá	136	9.0	1.16
Croacia	130	9.8	1.10
Corea del Sur	89	--	0.76
Túnez	82	20.8	0.70
Hungría	79	--	0.67
Brasil	42	25.2	0.35
Grecia	39	-5.6	0.34
Eslovenia	32	13.9	0.27
Total	5,536	47.05	24.44

Fuente: African Development Bank (2013).

más turistas es Asia, seguido por América del Norte y con América Latina en tercer lugar. El 33 por ciento de los turistas médicos europeos, el 87 por ciento de los latinoamericanos, el 58 por ciento de los procedentes de Oriente Medio y el 27 por ciento de los norteamericanos viajan a América del Norte. El 26 por ciento de los turistas médicos norteamericanos viajan a América Latina, mientras que el 12 por ciento de los pacientes latinoamericanos, el 5 por ciento de Europa y el 1 por ciento de Asia y Oceanía se dirigen a este mismo destino.

El rápido crecimiento del turismo médico en estos países se relaciona con las tecnologías de la información y comunicación, que tienden a concentrarse en los países occidentales, no obstante que en el sector salud se requiere una tecnología más

Cuadro 2.6
Orígenes y destinos en el mercado mundial de turismo médico
(porcentajes)

Origen/destino	Asia	Europa	América Latina	Oriente Medio	América del Norte
Asia	95	4	1	—	—
África	93	1	—	—	6
Europa	39	10	5	13	33
América Latina	1	—	12	—	87
Oriente Medio	32	8	—	—	58
América del Norte	45	—	26	—	27
Oceanía	99	—	1	—	—

Fuente: Ehrbeck, Guevara y Mango (2008).

avanzada que en el sector turismo y las barreras de entrada son más altas (Bookman & Bookman, 2007).

Según Warner (2010), en cuanto a las importaciones de servicios médicos registradas por el Departamento de Comercio de Estados Unidos en 2006, de los 500 mil viajes internacionales procedentes de este país al menos un propósito era el tratamiento para la salud. De los viajeros con origen en Estados Unidos en 2004, el 46 por ciento eran ciudadanos estadounidenses nacidos en otro país, el 36 por ciento no eran sus ciudadanos y 17 por ciento sí lo eran.

El turismo médico genera crecimiento económico y el desarrollo en los países exportadores porque es fuente de divisas, inversión e ingresos fiscales, a la vez que permite mejorar la salud pública (Bookman & Bookman, 2007).

Se considera importante el turismo médico porque involucra a la industria turística y a empresas de las áreas de transporte terrestre, alojamiento, comidas y bebidas, atracciones y recreación, entre otras. Bookman y Bookman (2007) asumen que esta actividad tiene un potencial de crecimiento importante porque incluye a dos sectores: el turismo y la medicina.

Otra oportunidad que representa esta actividad es la inversión extranjera y la inversión pública en la industria médico-turística porque permite, además, el crecimiento de industrias de servicios como las de telecomunicaciones, hoteles y restaurantes. Es precisamente el sector terciario el que recibe más inversión extranjera directa (Banco Mundial, 2012).

Los países de la clasificación de turismo médico, según la Economist Intelligence Unit (2011), son presentados de acuerdo con las potencialidades de cada uno y basándose en sistemas de salud de clase mundial, con experiencia en la atracción de pacientes internacionales (cuadro 2.7).

El primer indicador es la fortaleza de su sistema médico, con una ponderación en su gasto privado en salud. El segundo se refiere a las condiciones para desarrollar el turismo médico, que incluye el ambiente de negocios y el riesgo, el turismo y los niveles de salud regionales. El tercero muestra el costo de la salud, donde los precios más bajos en consultas y rayos X tienen la clasificación más alta. En la clasificación general se encuentra en primer lugar Francia, seguido por México, Estados Unidos, Taiwán, Polonia, Alemania, Bulgaria, Suiza, Bélgica y Corea del Sur.

Otra clasificación identifica las áreas con potencial por las tendencias que presentan las iniciativas comerciales favorables en los países en desarrollo (cuadro 2.8): aumento en la movilidad de los profesionales de la salud, del consumo de servicios médicos por pacientes de países desarrollados, y la búsqueda de tratamientos que no encuentran en sus países. Incluye aquellas que favorecen la evolución de la información, como el comercio transfronterizo utilizando tecnología de la información y aprovechando los menores costos de producción, por ejemplo en la prestación de servicios de telemedicina y salud.

Por su parte, México está bien posicionado en el turismo médico por su fortaleza en términos de productividad y calidad, habilidades de dominio del idioma inglés de su personal (sobre todo en la frontera) y su costo, que se consideran similares a los

Cuadro 2.7
Clasificación de países según su potencial en el turismo médico

Clasificación general	País	Sistema de salud	Medio ambiente	Costos bajos
1	Francia	8	1	35
2	México	19	32	4
3	Estados Unidos	2=	4	48=
4	Taiwán	23	26	13
5	Polonia	28	19	21
6	Alemania	2=	2	53
7	Bulgaria	41=	34	2
8	Suiza	39	6	24
9	Bélgica	12	14	38
10	Corea del Sur	9=	27	30
11	Grecia	11	28	31=
12	Holanda	29=	5	37
13	Canadá	22	11	40
14	China	15	31	28
15	India	20=	43	8
16	Singapur	34	12	36
17	Hungría	29=	25	29
18	Australia	14	15	47
19	Austria	18	10	52
20	Ucrania	16	46	12

Fuente: Economist Intelligence Unit (2011).

de la India y Filipinas (Warner, 2010). Por ello es posible destacar que el país podría incursionar en algunas áreas de esta actividad.

Gan y Oviedo (2013) resumen un análisis de las fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades (FODA) de México. Como fortalezas reconoce que existen 9 hospitales acreditados por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCI, por sus siglas en inglés), 40 hospitales acreditados por sus estándares de calidades internacionales y un importante número de médicos y dentistas que han recibido entrenamiento en Estados Unidos. Entre las debilidades se encuentra el hecho de que el 92.7 por ciento habla sólo español.

Cuadro 2.8
Áreas con potencial por las tendencias de las iniciativas de comercio internacional en los países en desarrollo

Movimiento del personal Consultores Profesionales de la salud altamente calificados	*Presencia comercial* Gestión en salud Hospitales y clínicas Investigación y desarrollo farmacéutico
Movimiento de los clientes Servicios médicos y dentales Atención que no es de emergencia (electiva): • Atención médica electiva y crónica • Cosmética Rehabilitación Servicios educativos	*Comercio transfronterizo* Servicios de apoyo: • Laboratorio • Radiología • Servicios de administración • Desarrollo de infraestructura • Hospitales y clínicas • Servicios educativos • Suministrados a través de internet • Equipos y suministros

Fuente: Wolvaardt (1988, p. 64).

Una ventaja son sus costos, pues algunos tratamientos son hasta 70 por ciento más baratos que en el extranjero. Entre las oportunidades del turismo médico se señalan las recientes iniciativas del gobierno federal y que el sistema mexicano de salud ocupa el lugar 61 de 191 países miembros de la Organización Mundial de la Salud. Además, México cuenta con lugares de interés como playas, museos y centros comerciales, está cerca de Estados Unidos y es de fácil acceso. Como amenaza mencionan el problema de cárteles de drogas.

En el año 2000, la OMS emitió una clasificación de 190 países por sus sistemas de salud. En ella ocupaban los dos primeros lugares Francia e Italia. Singapur estaba en el lugar 6, Canadá en el 30, Costa Rica en el 36, Estados Unidos en el 37, Cuba en el 39, Barbados en el 46, Tailandia en el 47, República Checa en el 48, Malasia en el 49; México ocupaba el 61, India el 112 y Brasil el lugar 125.

Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh y Murukutla (2007) mencionan que, de acuerdo con los resultados de la Common-

wealth Fund International Health Policy Survey, en la que se comparan las experiencias de los adultos en los sistemas de salud de siete países desarrollados, Estados Unidos tuvo la peor calificación, ya que poco más de la mitad de los pacientes encuestados (56 por ciento) estuvieron satisfechos con el tiempo que les dedicó el médico. Australia, Holanda y Alemania fueron los mejor calificados con el 70 por ciento de los entrevistados satisfechos con el tiempo dedicado. El 59 por ciento de los entrevistados en Canadá y Reino Unido lo califican como satisfactorio.

Para Bloomberg (2014), los países con calificaciones más altas en sus sistemas de salud en cuanto a su eficiencia son, en este orden: Singapur, Hong Kong e Italia. México ocupa el lugar número 12, por arriba de la República Checa, Canadá, Alemania y Tailandia. Estados Unidos se encuentra en el sitio 44. Esta clasificación se determinó con base en tres indicadores: la esperanza de vida (ponderación del 60 por ciento), el costo per cápita relativo al cuidado de la salud (30 por ciento) y el costo per cápita absoluto en atención a la misma (10 por ciento).

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TURISMO MÉDICO

¿Qué es el turismo médico? Aunque el concepto de éste aún no es aceptado en todo el mundo, se usa como un término genérico del mercado global de los servicios médicos. Se le puede definir como viajes al extranjero en búsqueda de la mejora en la salud que implica procedimientos invasivos y revisiones médicas (Connell, 2013).

La mayoría de las definiciones tratan de distinguir el "turismo médico" del "turismo de bienestar". Este último es de bajo perfil, terapéutico y de "procedimientos" no invasivos (incluyendo la odontología y revisiones). En el cuadro 2.9 se muestra el estado del arte del concepto de turismo médico.

Connell (2013) presenta las dificultades de la conceptualización del turismo médico contemporáneo. Destaca que sus definiciones son limitadas y que las cifras de turistas médicos

Cuadro 2.9
Diferentes definiciones de turismo médico

Autor	Definición
Bookman y Bookman (2007, p. 1)	Viajes "internacionales" con el objetivo de mejorar la salud.
Lunt y Carrera (2010, p. 27)	Pacientes que se mueven por su propia voluntad.
Carrera y Bridges (2006, p. 447)	Viajes organizados fuera de un entorno local para el mantenimiento, la mejora o la restauración del bienestar de un individuo en la mente y el cuerpo.
Edelheit (2008, p. 10)	Pacientes que viajan a otro país para obtener cuidados asequibles, de mejor calidad o más accesibles.
Reisman (2010, p. 1)	Asistencia sanitaria global.
Connell (2006, p. 1094)	Deliberadamente ligado a obtener una intervención médica, de la que se esperan resultados sustanciales y de largo plazo.
Johnston, Crooks, Snyder y Kingsbury (2010, p. 1)	Pacientes que salen de su país de residencia sin medidas de atención transfronteriza con la intención de acceder a la atención médica (a menudo cirugía) en el extranjero.
Glinos, Baeten, Helbe y Maarse (2010, p. 1146)	Un fenómeno más amplio, más diverso y más sutil, optativo, discrecional y autofinanciado.
Connell (2011), Laugesen y Vargas Bustamante (2010)	Tratamiento en el extranjero por diversas motivaciones de los pacientes: asequibilidad, familiaridad y percepción de la calidad.
Jagyasi (2008, p. 10)	Conjunto de actividades en las que una persona viaja, por lo general largas distancias o a la frontera, para hacer uso de servicios médicos con la participación directa o indirecta en el ocio, negocios u otros efectos.
Jenner (2008, p. 236).	Combinación del turismo y el tratamiento médico para los procedimientos médicos y quirúrgicos electivos y necesarios, así como para los procedimientos dentales.
Hopkins, Labonté, Runnels y Packer (2010, p. 185).	Atención sanitaria transfronteriza motivada por menores costos, evitar largos tiempos de espera, o servicios no disponibles en el propio país. Esta atención se vincula cada vez más con actividades turísticas para aliviar a pacientes extranjeros en un nuevo entorno cultural y ocuparlos durante los periodos de pre y postoperatorio.
Cormany y Baloglu (2011)	Acto de viajar al extranjero para recibir atención médica.
Whittaker (2009, p. 323).	El turista médico emblemático es un acaudalado occidental blanco o del este asiático que combina la cirugía estética con unas vacaciones de playa.
Kangas (2007), Laugesen y Vargas Bustamante (2010, p. 1)	Se excluyen los procedimientos asociados con desesperación, y responsabilidad financiera pesada, en que la cobertura del seguro o los servicios locales disponibles es limitada, por lo que "las personas más vulnerables, en lugar de los individuos más ricos", viajan al extranjero pero "no porque sea un lujo o una elección".
Song (2010), Turner (2007)	Se excluyen intervenciones "extremas" como los tratamientos de trasplantes y de células madre.
Kangas (2010, p. 350)	El término sugiere placer y frivolidad y promueve un modelo de mercado que no tiene en cuenta el sufrimiento que los pacientes experimentan.
Basu (2004), Coles y Timothy (2004)	Turismo diaspórico es un fenómeno ampliamente reconocido y se ha convertido en un componente distintivo del turismo médico, aunque la mayoría de estos repatriados probablemente viajan por una multiplicidad de razones.

Fuente: Elaboración propia con datos de Connell (2013).

son indeterminadas, aunque reconoce que son sustancialmente menores que las que reporta la industria. Otro problema es la confusión de conceptos entre turismo médico, turismo de salud y viajes médicos, que a su vez obstaculizan la distinción entre las motivaciones, los procedimientos (tratamientos) y el tipo de turismo.

Los turistas médicos pueden ser blancos occidentales o personas acaudaladas del este asiático (Whittaker, 2009, p. 323), turistas médicos diaspóricos (Basu, 2004; Coles y Timothy, 2004), retirados (expatriados de la tercera edad) (Warner, 2010), pacientes que buscan cirugías estéticas y placer o ciudadanos de clase media de países desarrollados (Horowitz, Rosenzweig & Jones, 2007), pobres y vulnerables (Kangas, 2007; Laugesen & Vargas Bustamante, 2010, p. 1), diplomáticos, estudiantes y militares.

EXPANSIÓN DEL MERCADO DEL TURISMO MÉDICO: FACTORES ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, TECNOLÓGICOS Y SOCIALES

De acuerdo con expertos en el tema, el turismo médico se ha expandido a partir de mediados de la década de los años dos mil, específicamente a partir de 2006 (Picazo, 2013). Uno de los principales factores que han propiciado su expansión es de carácter económico: los gastos en salud son mucho más altos en los países desarrollados. En el caso de Estados Unidos se han encarecido los servicios médicos por los costos laborales, el litigio de la mala práctica médica y los fármacos (Smith & Forgione, 2007).

Estados Unidos posee el gasto en salud per cápita más alto entre los países miembros de la OCDE. Según el reporte de 2010 de esta organización, su gasto per cápita en salud es de 8,233 dólares anuales, muy por arriba del promedio (3,284 dólares) de la OCDE y de México (915.70 dólares) (cuadro 2.10). Estados Unidos cuenta con 2.4 médicos por cada mil habitantes y México con 2. Ambos países se encuentran por debajo del promedio de la OCDE en 2010 (3.1 por cada mil habitantes).

Cuadro 2.10
Médicos, enfermeras, camas, gasto total en salud per cápita en países miembros de la OCDE, 2010 o año más reciente

País	Médicos por mil habitantes	Enfermeras por mil habitantes	Camas por mil habitantes	Gasto per cápita en salud 2010 (dólares al tipo de paridad de compra)
Australia	3.1	10.1	3.7	3,670.2
Austria	4.8	7.7	7.6	4,394.8
Bélgica	2.9	15.1	6.4	3,968.8
Canadá	2.4	9.3	3.2	4,444.9
Chile	1.4	1.5	2.0	1,202.2
República Checa	3.6	8.1	7.0	1,883.5
Dinamarca	3.5	15.4	3.5	4,463.9
Estonia	3.2	6.1	5.3	1,293.8
Finlandia	3.3	9.6	5.9	3,250.9
Francia	3.3	8.5	6.4	3,974.0
Alemania	3.7	11.3	8.3	4,338.4
Grecia	6.1	3.3	4.9	2,913.7
Hungría	2.9	6.2	7.2	1,600.5
Islandia	3.6	14.5	5.8	3,309.3
Irlanda	3.1	13.1	3.1	3,718.2
Israel	3.5	4.8	3.3	2,071.1
Italia	3.7	6.3	3.5	2,963.7
Japón	2.2	10.1	13.6	3,034.6
Corea del Sur	2.0	4.6	8.8	2,035.4
Luxemburgo	2.8	11.1	5.4	4,786.0
México	2.0	2.5	1.6	915.7
Holanda	2.9	8.4	4.7	5,056.2
Nueva Zelanda	2.6	10.0	2.7	3,022.1
Noruega	4.1	14.4	3.3	5,387.6
Polonia	2.2	5.3	6.6	1,388.7
Portugal	3.8	5.7	3.4	2,727.7
República Eslovaca	3.3	6.0	6.4	2,095.5
Eslovenia	2.4	8.2	4.6	2,428.5
España	3.8	4.9	3.2	3,055.7
Suecia	3.8	11.0	2.7	3,757.7
Suiza	3.8	16.0	5.0	5,269.6
Turquía	1.7	1.6	2.5	913.0
Reino Unido	2.7	9.6	3.0	3,433.2
Estados Unidos	2.4	11.0	3.1	8,232.9
Promedio OCDE	3.1	8.6	4.9	3,264.8

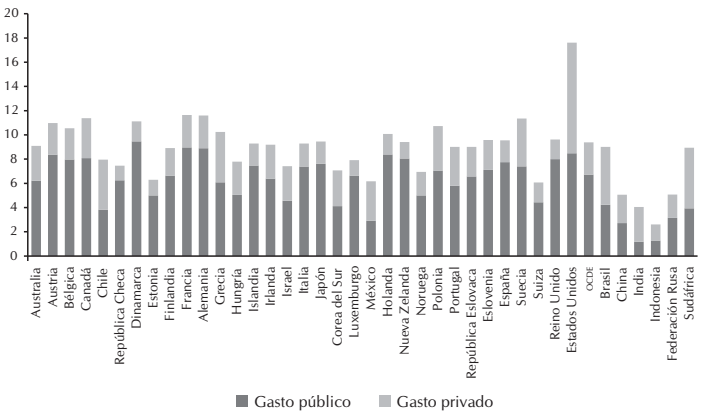
Fuente: OECD (2013a).

El promedio de enfermeras por mil habitantes de estos países es de 8.6 y el de camas de 4.9. México está por debajo de estos promedios con 2.5 y 1.6, respectivamente. Estados Unidos tiene 11 enfermeras y 8.6 camas por cada mil habitantes (cuadro 2.10)

En la gráfica 2.1 se observa el gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB. En Estados Unidos el primero representa el 8.5 y el segundo el 9.1 por ciento, y en México el 2.9 y 2.9 por ciento, respectivamente (OECD, 2010). El gasto privado en salud en Estados Unidos es muy superior al promedio de los países miembros de la OCDE.

Gráfica 2.1

Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB



Fuente: OCDE (2012).

Otra condición económica que empuja a los estadounidenses al turismo médico es que los costos de salud crecen más rápido que la inflación en su país (Piazolo & Albayrak, 2011). Este fenómeno se agudiza cuando existe desempleo porque para contrarrestar sus efectos negativos el seguro debe estar basado en el trabajo. La crisis económica de Estados Unidos ha influido fuertemente porque al haber desempleo en muchos ca-

sos se pierde la cobertura médica (Escobar, 2013), y lo mismo ocurre por las desigualdades en el acceso a la salud derivadas de las políticas sociales.

Los costos de administración de los servicios de salud en Estados Unidos son altos y no hay incentivos para reducirlos o controlarlos. Lo mismo ocurre con los costos de consulta médica, procedimientos médicos y compra de medicamentos, según el Instituto Global McKinsey. Colleen M. Grogan, profesor de administración y política de salud de la Universidad de Chicago, declaró al *New York Times* el 5 de junio de 2010 que:

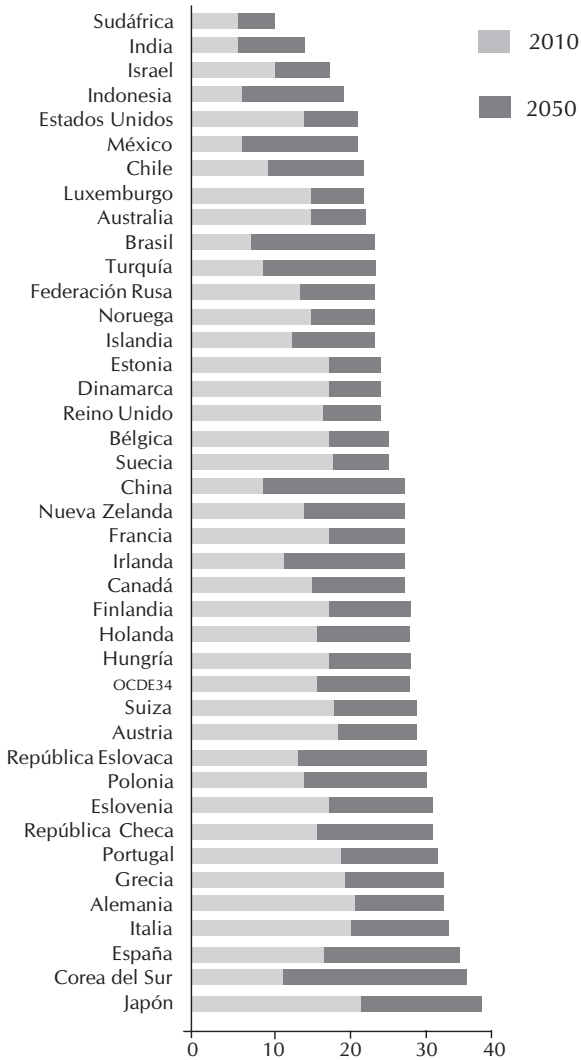
> Es sabido que por un largo tiempo el cuidado de la salud es un fracaso del mercado y, que dentro del sistema de salud en Norteamérica hay un enorme incentivo para cobrar precios más altos, y ningún incentivo en la rendición de cuentas para controlar esos precios.

En cuanto a los avances tecnológicos como factor de oportunidad en el turismo médico, éstos se entienden porque los países en desarrollo pueden importar tecnología que propicia una mejor o igual calidad de los servicios médicos que en los países desarrollados. Tales avances y los cambios en el tipo de tratamiento han propiciado también que aumente la demanda de la cirugía ambulatoria, que para el caso del turismo médico representan el 75 por ciento de los procedimientos que se aplican (Jacob, 2013).

El envejecimiento de la población es un factor demográfico que favorece el incremento del turismo médico. La generación *baby boomer* predomina en el mercado actual, pero en los próximos años las generaciones X e Y —personas nacidas en las décadas de los sesenta y los setenta, respectivamente— serán la demanda en el mercado del turismo médico.

Respecto a los factores sociales, la desigualdad en el acceso a la salud de los ciudadanos en Estados Unidos es muy alta. Esto se entiende si se toma en cuenta que Théret (2002)

Gráfica 2.2
Porcentaje de la población mayor de 65 años



Fuente: OCDE (2013b).

considera al sistema de salud estadounidense como segmentado y liberal residual, con programas focalizados que dejan un gran espacio a la seguridad privada y ausencia de protección.

Los sistemas de salud son analizados en el campo de la economía de la salud en las siguientes formas:

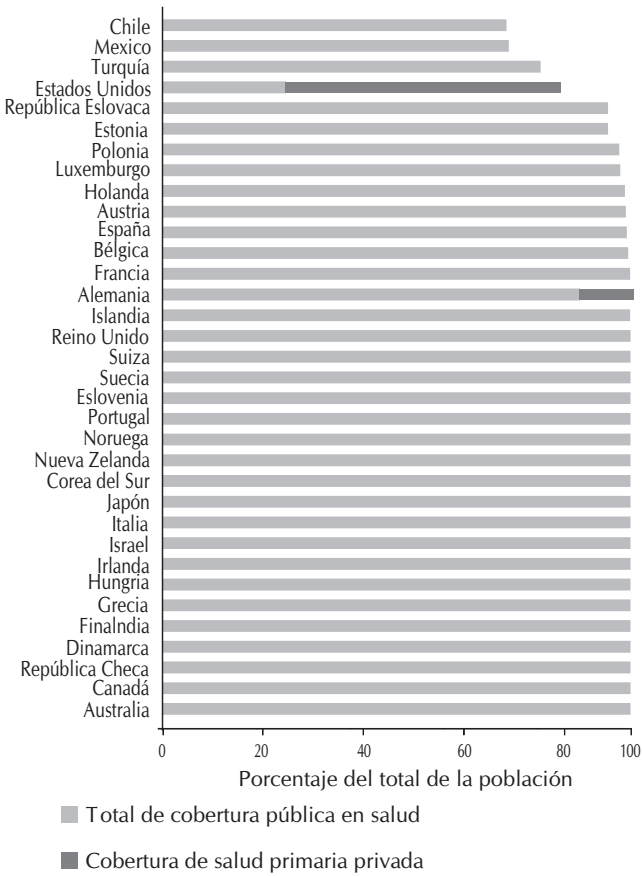
1. El modelo de libre mercado domina la escena de asistencia sanitaria, la provisión y el pago de salud son privados (Estados Unidos).
2. El modelo de sistema de salud nacional financiado con impuestos prevalece en Europa (por ejemplo, en el Reino Unido, países escandinavos, España, Italia, Grecia, Portugal), proporciona un acceso universal moderado a bajo costo y los proveedores son pagados por el Estado.
3. El modelo del sistema de seguridad social como un sistema público/profesional mixto (por ejemplo, Francia y Alemania), donde el paciente y los empleadores pagan los gastos mediante contribuciones obligatorias a los fondos de seguridad social y sus costos tienden a ser altos.

En la gráfica 2.3 se presenta el tipo de cobertura de salud de los países de la OCDE. Los porcentajes de cobertura de la mayoría de los países que se presentan en ella pueden ser resultado de aplicar las sugerencias de organismos internacionales como la OMS, que fomenta la universalidad de la atención primaria de la salud y la considera como una inversión muy importante para el desarrollo social con respecto a la relación del gasto en salud, la esperanza de vida y el crecimiento económico (Brachet-Márquez, 2010).

La OECD (2013) señala que hay un mayor gasto en salud no sólo por causa de las tecnologías de vanguardia en el diagnóstico y el tratamiento, sino también porque está aumentando el gasto en salud.

Aunque no hay un parámetro de la densidad de equipos médicos por habitante, su carencia o déficit puede provocar problemas en el acceso a estos dispositivos. México ocupa el último lugar de los países miembros de la OCDE en disponibilidad

Gráfica 2.3
Cobertura de seguro de salud por tipo de servicio en países miembros de la OCDE, 2009



Fuente: OCDE (2011b).

de unidades de tomografía computarizada (cuadro 2.11) y resonancia magnética (cuadro 2.12).

Cuadro 2.11
Unidades de escáneres de tomografía computarizada, 2011
o año más reciente

País	Total	Hospital	Fuera del hospital
Japón	101.28	---	---
Australia[2]	44.35	---	---
Estados Unidos	40.89	25.87	15.02
Islandia	40.75	28.21	12.54
Corea del Sur	35.90	25.65	10.25
Grecia	34.31	15.56	18.75
Suiza	33.62	24.01	9.61
Italia	32.11	24.69	7.43
Austria	29.45	18.88	10.57
Dinamarca	29.26	29.08	0.18
Luxemburgo	25.08	25.08	0.00
OCDE 29	23.61	---	---
Finlandia	21.34	21.34	0.00
Portugal[1]	19.23	19.23	---
Alemania[1]	18.30	18.30	---
España	17.26	15.12	2.14
Estonia	16.42	15.67	0.75
Irlanda	15.74	---	---
Nueva Zelanda	15.44	---	---
República Eslovaca	15.00	12.97	2.04
República Checa	14.77	13.62	1.14
Turquía	14.67	---	---
Canadá	14.56	13.86	0.70
Eslovenia	13.64	12.18	1.46
Polonia	13.45	10.05	3.40
Bélgica[1]	13.03	13.03	---
Francia	12.52	10.56	1.96
Holanda	12.50	12.02	0.48
Chile	10.20	4.93	5.28
Israel	9.03	8.13	0.90
Reino Unido	8.92	---	---
Hungría[2]	7.31	---	---
México	4.79	---	---

[1] Equipo fuera del hospital no incluido.
[2] Sólo los equipos susceptibles de reembolso público.
Fuente: OECD (2013a).

Cuadro 2.12
Unidades de resonancia magnética, 2011 o año más reciente

	Total	Hospital	Fuera del hospital	Total	Año
Japón	46.87	---	---	46.87	2011
Estados Unidos	31.52	18.48	13.04	---	2010
Italia	23.68	15.27	8.42	---	2011
Grecia	22.55	6.90	15.65	---	2010
Islandia	21.94	9.40	12.54	---	2011
Corea del Sur	21.33	17.50	3.84	---	2011
Finlandia	20.23	20.23	0.00	---	2011
Suiza[1]	19.34	19.34	---	---	2011
Austria	18.64	10.21	8.43	---	2011
Dinamarca	15.39	15.39	0.00	---	2009
España	13.85	9.70	4.15	---	2011
Luxemburgo	13.50	13.50	0.00	---	2011
Irlanda	13.11	9.84	3.28	---	2011
Holanda	12.86	12.02	0.84	---	2011
Nueva Zelanda	11.13	---	---	11.13	2011
Alemania[1]	10.77	10.77	---	---	2011
Bélgica[1]	10.68	10.68	---	---	2011
Turquía	10.53	---	---	10.53	2011
Estonia	9.70	6.72	2.99	---	2011
Canadá	8.50	6.58	1.91	---	2011
Eslovenia	8.28	5.85	2.44	---	2011
Francia	7.50	5.83	1.67	---	2011
República Eslovaca	7.04	3.70	3.33	---	2011
República Checa	6.86	5.81	1.05	---	2011
Portugal[1]	5.97	5.97	---	---	2011
Reino Unido	5.91	---	---	5.91	2011
Australia[2]	5.69	5.60	0.09	---	2011
Polonia	4.78	3.09	1.69	---	2011
Chile	4.12	1.80	2.32	---	2011
Hungría[2]	3.00	---	---	3.00	2011
Israel	2.45	2.45	0.00	---	2011
México	2.06	---	---	2.06	2011
OCDE 28	13.32	---	---	---	2011

[1] Equipo fuera del hospital no incluido.
[2] Sólo los equipos susceptibles de reembolso público.
Fuente: OECD (2013a).

Los parámetros para medir las oportunidades del turismo médico en un país y una región son, entre otros aspectos, los avances tecnológicos, fenómenos demográficos como el envejecimiento de la población, los altos costos en la administración de servicios de salud en países desarrollados y la presencia de infraestructura médica vanguardista en los países en desarrollo, así como recursos humanos médicos calificados y las certificaciones en cuanto a la calidad del desempeño de los hospitales privados.

Se puede concluir en este capítulo que el turismo médico es parte del turismo de salud, que también comprende el de bienestar y de cuidado de la misma, y que la conceptualización del turismo médico ha comenzado a perfilarse y esto ha llevado a reportar y replantear el volumen de la demanda actual y esperada de pacientes médicos.

3. Mercado global y regional de turismo médico

Introducción

En este capítulo se analiza el mercado global y el estadounidense para ubicar en ellos la proyección y consolidación de los servicios de turismo médico que ofrece Jalisco. Entre los pacientes internacionales, aquellos que son ricos prefieren los servicios de alta tecnología junto con vacaciones en lugares exóticos, mientras que los pobres apenas pueden cruzar la frontera para aprovechar los servicios médicos de otro país, en la llamada medicina fronteriza. En ambos casos se ofrecen tratamientos invasivos, diagnósticos y servicios para cierto estilo de vida. La medicina fronteriza no se orienta a este último, sino a tratamientos invasivos y rara vez electivos. Los turistas médicos pobres no consumen servicios de salud de alta tecnología, prefieren comprar los básicos mediante el sistema público de salud (Bookman & Bookman, 2007).

Hacen turismo médico principalmente personas de países desarrollados que acuden a otros menos desarrollados cuyos servicios médicos generalmente tienen una calidad similar a la de sus países y costos más bajos. Otras razones por las que ciudadanos de los países altamente desarrollados —principalmente Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido— viajan a recibir una amplia variedad de servicios médicos, de acuerdo con Horowitz, Rosenzweig y Jones (2007), son:

1. Falta de acceso a seguro de salud o cobertura inadecuada de éste para operaciones médicamente necesarias y costosas o en cirugías electivas, lo que puede ocasionar empobrecimiento.
2. Búsqueda de tratamientos no cubiertos por el seguro médico, como los estéticos y dentales, o aquellos que además requieren privacidad y confidencialidad o son controversiales (como tratamiento de fertilidad y procedimientos de cambio de sexo).
3. Descontento con el sistema de salud, buscando evitar demoras por largas listas de espera o porque los programas no incluyen los tratamientos buscados.
4. Oportunidad de viajar a lugares exóticos y de tener vacaciones en entornos de lujo asequibles.

El aumento en el número de viajes de turistas refleja la tendencia general a la disminución de los costos y la combinación de propósitos de viaje en paquetes. A nivel mundial, se pronostica un incremento de 4 a 4.5 por ciento anual de llegadas internacionales de turistas.

MERCADO DE TURISMO MÉDICO

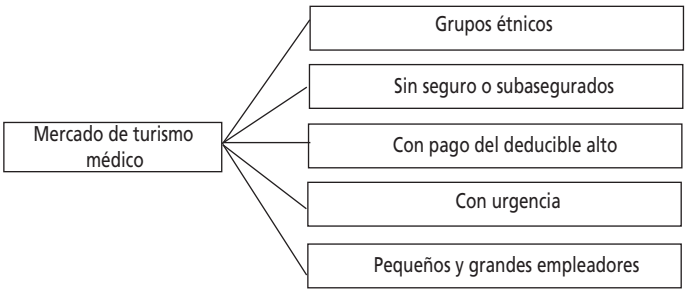
Woodman (2008) menciona que entre 180 mil y 500 mil personas salieron de Estados Unidos a recibir tratamiento médico. La mayoría viajaron a América Latina; 40 mil estuvieron en México y 10 mil en clínicas del país. KPMG International (2011) estima que México se ha convertido en el destino de turismo médico preferido por estadounidenses y otros pacientes internacionales, que suman entre 40 mil y 80 mil jubilados. El retorno al país de mexicanos que viven en Estados Unidos corresponde a más de la mitad de los inmigrantes nativos de México en California (Wallace *et al.*, 2009) y al 41 por ciento de los hogares latinos en Laredo, Texas (Horton & Cole, 2011).

En una encuesta realizada en comunidades de retirados de la Riviera Nayarit y Puerto Vallarta, Kiy y McEnany (2010a),

encontraron que el 44 por ciento de los entrevistados respondió que no regresará a Estados Unidos por tratamientos médicos, mientras que el 46 por ciento respondió que sí lo haría.

El mercado del turismo médico se puede resumir en la figura 3.1, que concuerda con los argumentos de Connell (2013). Éste señala que el turismo médico ocurre en mayor medida entre lugares cercanos a las fronteras —distancias cortas— debido a la presencia de diásporas, la urgencia o por el tratamiento que requiere una enfermedad grave sin hacer largas esperas para recibir una atención limitada.

Figura 3.1
Mercado de turismo médico



Fuente: Elaboración propia.

Grupos étnicos

Hoy en día viajar al país de origen para recibir atención médica es una alternativa de la población de expatriados para enfrentar la falta de cobertura de salud (OMS, 2010).

Apenas el 35.4 por ciento de los migrantes de México en Estados Unidos en 2009 tenían acceso a los servicios de salud. En 2010, el 33.85 por ciento de los 11.14 millones de personas de origen mexicano carecían de cobertura de salud, y 21.7 millones, es decir, el 66.15 por ciento sí recibían estos servicios (véase el cuadro 3.1).

Cuadro 3.1
Cobertura de salud de los nacidos en México y de origen mexicano que viven en Estados Unidos, 2010

Cobertura de salud	Población	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Sin cobertura de salud de ningún tipo	11,142,117	33.85	33.85
Con cobertura de salud de cualquier tipo	21,773,866	66.15	100.00
Total	32,915,983	100.00	---

Fuente: Elaboración propia con datos de American Community Survey (ACS) (2010).

En 2013, la población de origen mexicano, como grupo étnico, tiene baja educación (la mayoría no terminó la preparatoria y sólo la mitad habla bien inglés), gran parte de ella es indocumentada y no cuenta con seguridad social ni tiene cobertura de salud. Son millones las personas que viven en Estados Unidos sin seguro médico o como subasegurados: 33 por ciento son de segunda generación, 27 por ciento de tercera y el 39 por ciento nacieron en México.

El Instituto Nacional de Migración (INM, 2011) señala que de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos el 16.9 por ciento tiene seguro de cobertura pública, 33.9 por ciento es privado y el 3.9 por ciento tiene ambos.

En 2010 alrededor de 6.2 millones de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos carecen de seguro médico y 3.97 millones de ellos tienen entre 18 y 64 años y cuentan con esta cobertura (cuadro 3.3). De esta población de más de 65 años (cuadro 3.4), 78,864 no cuentan con seguro de salud de ningún tipo.

En su condición de falta de cobertura médica o de subaseguramiento, ¿cuáles expatriados volverán a sus países de origen? El Pew Hispanic Center (2010) señala que serán los jubilados, debido al bajo costo de la vida.

Cuadro 3.2
Población nacida en México y de origen mexicano en Estados Unidos de 18 a 64 años según servicios de salud, 2010

Sin cobertura	Nacidos en México	Porcentaje	Nacidos en Estados Unidos	Porcentaje	De origen mexicano	Porcentaje
Sin ninguna cobertura de seguro de salud	6,252,647	61	2,893,739	32.00	9,146,386	47
Sin cobertura de seguro médico privado	7,219,684	71	4,194,222	0.46	11,413,906	59
Sin seguro proporcionado por empleadores	2,757,172	27	4,461,078	0.49	7,218,250	37
Sin seguro comprado directamente	9,910,102	97	8,613,177	94.00	18,523,279	96
No asegurados a través de Tricare	10,174,784	.99	8,939,100	98.00	19,113,884	99
Total	10,219,479		9,154,253		19,373,732	

Fuente: Elaboración propia con datos de ACS (2010).

Cuadro 3.3
Cobertura de salud de la población de 18 a 64 años en Estados Unidos, 2010

Población	Sin ningún tipo de seguro de salud	Con seguro de salud de cualquier tipo	Total
De origen mexicano	9,146,386	10,227,346	19,373,732
Nacida en México	6,252,647	3,966,832	10,219,479
Nacida en Estados Unidos	2,893,739	6,260,514	9,154,253
Estadounidense nacida o no en Estados Unidos	42,428,475	152,339,474	194,767,949

Fuente: Elaboración propia con datos de ACS (2010).

Cuadro 3.4
Cobertura de salud de la población de origen mexicano de 65 años y más, 2010

Población	Sin ningún tipo de seguro de salud	Con seguro de salud de cualquier tipo	Total
Nacida en México	78,864	669,802	748,666
Nacida en Estados Unidos	5,394	725,712	731,106
De origen mexicano	84,258	1,395,514	1,479,772
Estadounidense nacida o no en Estados Unidos	1,280,383	39,168,991	40,449,374

Fuente: Elaboración propia con datos de ACS (2010).

El flujo de mexicanos a Estados Unidos es constante, pero se desconoce oficialmente el porcentaje de ellos que viaja a México en busca de servicios de salud. Para tener una idea de la magnitud de este movimiento, se estima que más de la mitad de los migrantes mexicanos en California se trasladan al país por este motivo (Wallace *et al.*, 2009).

Bastida, Brown y Pagan (2008) mencionan que el uso de los servicios de salud de México por estadounidenses residentes cerca de la frontera es una práctica que tiene décadas de

antigüedad y que está bien documentada, aunque con muestras limitadas acerca de tipo de necesidades de salud, reportes aduanales y mediante la observación.

Wallace *et al.* (2009), por su parte, estiman que alrededor de 952 mil adultos de California buscan cada año servicios médicos, dentales o de prescripción en México, y que 488 mil de ellos son inmigrantes mexicanos.

Es un hecho que el incentivo para cruzar la frontera a recibir servicios de salud seguirá siendo una opción importante para el turismo médico diaspórico si continúan incrementándose los costos de la atención médica en Estados Unidos (Bastida *et al.*, 2008). Wallace, Mendez-Luck y Castañeda (2009) mostraron que del 50 por ciento del millón de personas que acuden a México desde California en busca de atención médica —no preventiva en los más de los casos— en su mayoría son inmigrantes mexicanos.

Otro dato más lo proporcionan Wallace *et al.* (2009) al señalar que de la mitad de los inmigrantes mexicanos en California y el 41 por ciento de los hogares latinos de Laredo, Texas (Horton & Cole, 2011) retornan a México en busca de servicios de salud.

Sin embargo, es probable que se presenten cambios en estas tendencias debido a que las fuertes restricciones que impone la política de seguridad nacional afectan la capacidad de la población de origen mexicano que vive en Estados Unidos de buscar alternativas de atención médica en su país, porque los inmigrantes indocumentados tienen impedimentos para regresar a dicho país una vez que salen de él (DuBard & Massing, 2007).

De la población mexicana que vive en Estados Unidos, ¿cuál es el perfil de quienes padecen fuertes restricciones por la política de seguridad nacional estadounidense y la falta de empleo y cobertura de seguro y que podrían ser turistas médicos diaspóricos?

1. Los datos empíricos con que se cuenta actualmente sobre los servicios médicos transnacionales son en particular de la zona fronteriza. Según Bastida *et al.* (2008), son aque-

llas personas con carencias en el ingreso familiar o en la educación y que no son elegibles para seguros de benevolencia; el hecho de poseer tarjeta de residencia o la nacionalidad estadounidense se asocia positivamente con tener seguro de salud privado, pero no con tener Medicaid. Los inmigrantes nacidos en México tienen menos probabilidades de ser asegurados que los nativos, lo cual podría cambiar conforme aumenten los años de residencia en Estados Unidos.

2. La aculturación es menor y explica la condición de cobertura de seguro de salud de los inmigrantes.
3. Los adultos en edad productiva tienen menos posibilidades de contar con cobertura de servicios médicos que los mayores de 65 años.

Por su parte, Jalisco tiene una reputación histórica como entidad expulsora de migrantes a Estados Unidos; 1.4 millones de personas nacidas en el estado viven en ese país, a los que se suman aproximadamente 2.6 millones de nativos estadounidenses hijos de padres jaliscienses (Coepo, 2012).

Según el Conapo (2010) Jalisco presenta, junto con otros estados de la región Centro-Occidente del país (Guanajuato y Michoacán), alta intensidad migratoria a Estados Unidos. Albo y Ordaz (2011, p. 5), autores de los documentos de trabajo del BBVA Research en 2010, mencionan que Guanajuato aporta 10.8 por ciento del total de los migrantes internacionales, Jalisco el 10.6 y Michoacán el 10. Ellos mismos describen la representatividad de los migrantes jaliscienses en dicho país al señalar que en 2003 el 45 por ciento de los migrantes mexicanos en Estados Unidos procedían de Jalisco, Michoacán, Guanajuato, el Estado de México o Zacatecas.

La relación de la salud con la migración internacional o la experiencia migratoria ha ayudado a entender los logros o perjuicios laborales en términos de movilidad ocupacional y acceso a la salud. Quizá el perfil de los expatriados como pacientes po-

tenciales del turismo médico elaborado por Laugesen y Vargas-Bustamante (2010) tiene relación con los no asegurados, los pobres y los hijos de no asegurados, porque su movilidad se debe a que se percibe como una red de seguridad.

Los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos enfrentan múltiples retos para acceder a la salud y los servicios preventivos debido a la complejidad administrativa de los planes de salud, la carencia de información, el transporte, la falta de competencia cultural, el idioma, el fatalismo ante las enfermedades y largos tiempos de espera (Balluz, Okoro & Strine, 2004). Desde esta perspectiva, en el caso de México, los pacientes regresan a "casa" probablemente porque se sienten cómodos y están más familiarizados con el sistema de salud, el lenguaje y el contexto cultural del país, además de que los costos pueden ser significativamente menores (Horton & Cole, 2011; Macías & Morales, 2001; Wallace, Mendez-Luck & Castañeda, 2009).

Sin seguro o subasegurados

El sistema de salud de Estados Unidos está integrado por el Medicare, un programa de seguridad federal obligatorio al que se accede por medio de la relación laboral, y por programas asistenciales estatales cofinanciados por el Estado federal como el Medicaid y el State Children's Health Insurance Program (SCHIP) (Théret, 2002). Además, hay un segmento importante de la población subasegurada, lo cual implica que el Medicare cubre servicios hospitalarios, pero no una parte importante de los costos.

De acuerdo con datos de la American Community Survey (ACS, 2010),[2] una encuesta por muestreo con aproximadamen-

[2] Las variables utilizadas por la ACS 2010 fueron: Hcovany, cualquier tipo de cobertura de salud; esta variable indica si las personas contaban con algún tipo de cobertura de seguro de salud en el momento de la entrevista: un seguro proporcionado por el empleador (HINSEMP), los seguros adquiridos en forma privada (HINSPUR), Medicare (HINSCARE), Medicaid u otro seguro gubernamental (HINSCAID), Tricare u otro de atención militar (HINSTRI), seguro para veteranos proporcionado por la Administración (HINSVA).

te tres millones de casos en Estados Unidos y Puerto Rico, el 21.78 por ciento de quienes tienen de 18 a 64 años de edad y el 0.97 por ciento mayor de 65 años de la población estadounidense no tiene cobertura de salud. Casi dos terceras partes de la población de 18 a 64 años nacidas en México no tienen cobertura de salud, lo mismo que una tercera parte de nativos estadounidenses de origen mexicano de estas mismas edades. De los mayores de 65 años que no cuentan con cobertura médica, el 10.6 por ciento nacieron en México y el 0.93 son nativos de Estados Unidos pero de origen mexicano.

El 61 por ciento de la población de origen mexicano de 18 a 64 años que vive en Estados Unidos y nació en México (16.79 millones) no tiene cobertura de salud pública (cuadro 3.5).

Cuadro 3.5
Porcentaje promedio de la población de origen mexicano en Estados Unidos sin cobertura de salud

Edades	Nacidos en México	Nativos de origen mexicano	No mexicano	Promedio
De 18 a 64 años	61.42	32.03	18.97	21.78
65 años y más	10.65	0.93	0.79	0.97

Fuente: Elaboración propia con datos de ACS (2010).

El 29 por ciento de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos cuenta con más de 15 años de permanencia y el 51.5 por ciento de los migrantes de "corta estancia" (menos de 15 años) no tiene seguro médico (Melnik, 2004).

No obstante el problema de falta de cobertura médica, éste no es importante desde el punto de vista epidemiológico porque existe un fenómeno, conocido como la "paradoja de los mexicanos", que muestra a esta minoría de Estados Unidos con una importante ventaja en salud con respecto a los nacidos en el país (Cory & Mathiesen, 2006; Gubernskaya, 2012; Idler & Benyamini, 1997).

Primas de seguros altas

En Estados Unidos, el pago del cuidado de la salud puede causar graves problemas económicos, que pueden convertirse en verdaderas catástrofes financieras para las familias sin seguro, que suman 42 millones de personas (Smith & Medalia, 2014). Sólo en California, en 2009 aproximadamente el 18 por ciento de la población de origen mexicano no tuvo seguro todo el año, así como el 8 por ciento de los blancos no hispanos.

El 3 por ciento de la población nativa de origen mexicano y el 2 por ciento de los inmigrantes nacidos en México compran seguros que pagan con recursos de sus propios bolsillos. Las primas de seguros en Estados Unidos son variables. Un plan de salud típico tiene un costo de 2,000 a 2,500 dólares anuales para una cobertura individual y de 5,000 a 6,500 dólares para la cobertura familiar. Para los estadounidenses que no tienen seguro y cuyos ingresos familiares están por debajo del nivel de pobreza, representa del 30 al 40 por ciento del total de sus ingresos anuales (Quinn, 2000).

Health Net (5 de abril de 2001) señala que puede ascender a 12 mil dólares al año el costo de una prima de salud en Estados Unidos para un hogar de cuatro personas.

Con urgencia

Los largos tiempos de espera para recibir servicios de salud es un aspecto importante de política de salud en muchos países miembros de la OCDE (Siciliani, Borowitz & Moran, 2013). Los prolongados lapsos que se deben esperar para las cirugías electivas, que no sean de emergencia, tales como la de cataratas, de artroplastia de cadera y de rodilla, causan insatisfacción en los pacientes porque los beneficios esperados de los tratamientos se posponen y permanecen el dolor y la discapacidad. Estas largas esperas no son tan importantes en muchos países como, por ejemplo, Bélgica, Francia, Alemania, Japón, Corea del Sur, Luxemburgo, Suiza y Estados Unidos.

Los prolongados tiempos de espera son resultado de una interacción compleja entre la demanda y la oferta de servicios de salud, y los médicos desempeñan un papel crucial en ambas. La demanda de servicios de salud en cirugía general, pero sobre todo la electiva, está determinada, de acuerdo con Siciliani *et al.* (2013), por:

1. El progreso en tecnologías médicas, incluyendo el aumento de la facilidad de realizar muchos procedimientos quirúrgicos como el de cataratas, que ahora se pueden hacer como cirugía ambulatoria.
2. Las preferencias del paciente (incluyendo su ponderación de los riesgos y beneficios esperados) y la ampliación del financiamiento de sus gastos.
3. Las tasas de actividad quirúrgica, que dependen de la disponibilidad de las diferentes categorías de cirujanos, anestesistas y demás personal involucrado en tratamientos quirúrgicos, así como del suministro de los insumos médicos y del equipamiento hospitalario.

El tiempo de espera para una operación de catarata en Canadá es de aproximadamente cincuenta días, de casi cien cuando se trata del reemplazo de cadera y de poco más de cincuenta para el de rodilla. Estados Unidos reportó 203.5 cirugías por cada 100 mil habitantes para reemplazo de rodilla, mientras que el promedio de la OCDE fue de 172.4. El país que más realizó este tipo de cirugías por 100 mil habitantes fue Suiza (305.7), seguido de Alemania, Francia e Italia.

En Estados Unidos se realizan 225.8 reemplazos de cadera por cada 100 mil habitantes, cifra muy por encima de los 129.32 en promedio de la OCDE en 2011.

De acuerdo con la OCDE (2013a), en 2011 los países donde se practica el mayor número cirugías de reemplazo de rodilla por cada 100 mil habitantes son, en este orden: Suiza (305.7), Alemania y Austria (ambos con 272.6). Estados Unidos (203.5) ocupa el lugar número 12, Canadá el 22 (125.9), Chile el 31 y México se encuentra en el lugar 33 con 7.9 de estas cirugías.

Pequeños y grandes empleadores

Los costos de salud en Estados Unidos cobran relevancia para la comunidad de inmigrantes mexicanos porque prácticamente todos pertenecen a familias de trabajadores. El sistema de salud estadounidense está enfocado en el mercado, y la situación en el empleo depende en gran medida de que la población esté asegurada o no (Bizberg, 2010).

DeNavas-Walt, Bernadette y Smith (2010) señalan que casi el 60 por ciento de las personas que viven en Estados Unidos tienen cobertura de salud privada que proporciona su empleador (Deloitte, 2011, p. 5). En el caso de la población de nacidos en México y que viven en el país del norte la cobertura es desfavorable ya que el 37 por ciento de ellos no cuenta con una relación laboral estable (cuadro 3.6).

Mercado estadounidense de turismo médico

De los aproximadamente 194 millones de estadounidenses de 18 a 64 años, el 86 por ciento no cuenta con cobertura de salud pública y el 67 por ciento tiene seguro de salud privada (ACS, 2010). Es decir, aproximadamente el 21 por ciento no tiene ningún tipo de cobertura de salud. De la población mayor de 65 años (40.5 millones), alrededor del 3 por ciento carece de cobertura de salud pública (ACS, 2010).

El aumento de los costos de la atención a la salud en Estados Unidos (8,233 dólares per cápita en 2010, de acuerdo con la OCDE) y la reciente crisis económica motivan a los consumidores a reducir o evitar la atención médica, o bien a considerar las opciones no convencionales.

El Centro Deloitte para Soluciones de Salud aplicó una encuesta en 2011 para evaluar las opiniones y expectativas de los adultos estadounidenses acerca de su sistema de salud. El estudio correspondiente muestra las necesidades no satisfechas por los usuarios del mismo, que buscan pasar de un sistema orientado al "paciente" a otro enfocado en el "consumidor". También reveló que la reforma de salud es confusa

Cuadro 3.6
Distribución de la población de origen mexicano de 18 a 64 años en Estados Unidos, 2010

Sin cobertura	Nacidos en México	Porcentaje	Nacidos en Estados Unidos	Porcentaje	De origen mexicano	Porcentaje
Sin ninguna cobertura de seguro de salud	6,252,647	61	2,893,739	32	9,146,386	47
Sin seguro de salud de ningún tipo	6,252,647	61	2,893,739	32	9,146,386	47
Sin seguro a través de empleadores/sindicatos	2,757,172	27	4,461,078	49	7,218,250	37
Total de población	10,219,479		9,154,253		19,373,732	

Fuente: Elaboración propia con datos de ACS (2010).

para los futuros consumidores, y prevalece el adoctrinamiento en las interacciones con los médicos, hospitales y compañías de seguros.

La Ley de Asistencia Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) de 2010 prevé cambiar la estructura del sistema de atención de salud de Estados Unidos. En 2014, esta ley exige a los empleadores con al menos cincuenta empleados que ofrezcan seguro médico a los de tiempo completo y establece que deben pagar una multa si no cumplen con este ordenamiento. Se espera que las disposiciones de la ley hagan que se pueda cubrir en un periodo adicional a 32 millones de ciudadanos cuando se aplique plenamente.

El 25 por ciento dice que consideraría buscar fuera de Estados Unidos para recibir el tratamiento hospitalario que necesita (22 por ciento señala que "tal vez" y otro 3 por ciento que "está seguro de que lo haría"). El 75 por ciento dice que es muy poco probable que viaje a otro país a recibir tal atención.

Quienes carecen de seguro son los más dispuestos a viajar a otro país en busca de atención hospitalaria (31 por ciento). La disposición a viajar es mayor entre los más jóvenes: el 31 por ciento son de la generación Y, el 30 por ciento de la generación X, el 21 por ciento de los *baby boomers* y el 17 por ciento de la tercera edad. En los últimos 12 meses, sólo el 1 por ciento de ellos reportaron que viajan fuera de Estados Unidos a consultar un médico, someterse a una prueba o procedimiento médico o recibir tratamiento.

Los criterios más importantes para aquellos que consideran la posibilidad de viajar fuera de Estados Unidos por turismo médico son: percepción de una calidad superior, mayor disponibilidad de los proveedores, menor costo e instalaciones y tecnología más avanzada (Deloitte, 2011).

Para Ramírez de Arellano (2006), existen dos nichos de mercado del turismo médico en Estados Unidos: 1) el modelo basado en las grandes industrias farmacéuticas, dispositivos médicos y hospitales de alta tecnología dirigidos a pacientes

acaudalados o con cobertura médica fuera de sus lugares de origen, y 2) aquellos que buscan tratamientos más baratos y más lujosos. Este mismo autor caracteriza la movilidad médica en la frontera sur de Estados Unidos como de mexicanos que compran seguros más baratos a las aseguradoras y de estadounidenses jubilados que viven en México o cerca de la frontera con este país y que reciben atención médica mexicana para cuidados de rutina, y en casos de problemas graves, se atienden al otro lado de la frontera. Menciona también que, en el norte de México, lugares como Nuevo Progreso y Los Algodones se enfocan en la odontología a precios asequibles y reciben vuelos llenos de pacientes procedentes de Minnesota y California.

Un segmento importante del turismo médico es el de estadounidenses de origen no mexicano, los 40 mil a 80 mil jubilados que viajan a México para hacer turismo médico, aunque prefieren llamarse a sí mismos "pacientes médicos". Se presume que cada año entre 180 mil y 500 mil salen de su país a recibir tratamiento para su salud. La mayoría viajan a países de América Latina, entre ellos México, donde unos 10 mil estuvieron en clínicas mexicanas (Black, 2008).

En el caso de México, el país presentó un importante flujo en el comercio de servicios de ella: cerca de 50 mil mexicanos viajaron a San Diego en busca de salud y 250 mil personas lo hicieron de Estados Unidos a Tijuana. Por su parte, decenas de miles de trabajadores de California reciben chequeos médicos y dentales, sus principales tratamientos y cirugías en México, donde el cuidado de la salud es más barato (Bookman & Bookman, 2007).

EXPATRIADOS ESTADOUNIDENSES QUE VIVEN EN JALISCO

La emigración de estadounidenses a México tiene una historia de más de 150 años y hoy en día es significativa. Durante el gobierno de Vicente Fox (2000-2006) cruzaron en promedio 400 mil personas al año la frontera sur de Estados Unidos, en su mayoría de la tercera edad (Lizárraga, s.f.). Los destinos

favoritos de estas personas son Chapala-Ajijic, Puerto Vallarta-Nuevo Vallarta, Guanajuato-San Miguel de Allende, Los Cabos, La Paz y Mazatlán, y buscan asentarse definitivamente en "segundas casas" (Sectur, 2002). De 200 mil a 300 mil retirados viven en las zonas costeras de México en estas casas, y de ellos aproximadamente un tercio prefiere Puerto Vallarta, Jalisco (Kiy & McEnany, 2010b).

El Instituto Nacional de Migración (INM) ha registrado la entrada al país de 342,994 extranjeros en la condición de residentes temporales y 150,605 como residentes permanentes. Jalisco tiene 31,649 entradas de extranjeros residentes. Según el Centros de Estudios Migratorios (2013), el Aeropuerto Internacional de Guadalajara registra 12,364 personas en calidad de residentes temporales y 4,890 de residentes permanentes. El Aeropuerto Internacional de Puerto Vallarta registra 12,118 entradas de residentes temporales y 2,277 de residentes permanentes (Centro de Estudios Migratorios, 2013).

En sentido estricto, los residentes extranjeros jubilados no son turistas médicos, ellos adquieren el término de "paciente médico", ya que son inmigrantes. Esta migración "placentera" de Norteamérica a México ocurre por el bajo costo de la vida y el clima cálido, pero es posible que un clima económico más difícil también impulse a los estadounidenses a cambiar su residencia al país. En cuanto a su salud, los jubilados, que en su mayoría tienen Medicare, deben desembolsar de 759 a 7,500 dólares anuales para tener acceso a servicios médicos (Kiy & McEnany, 2010a).

Al elegir una comunidad, toman en cuenta principalmente que existan buenos hospitales y el acceso a servicios médicos y personales en sus hogares, así como doctores y especialistas altamente calificados (Kiy & McEnany, 2010a).

Además de hacer turismo médico, los jubilados buscan servicios de salud en otros países en la mayoría de los casos (75 por ciento) para someterse a cirugías ambulatorias porque en el el suyo tienen altos costos adicionales. El financiamiento de los servicios en salud en México es proporcionado en gran medida

por los seguros médicos Amedex, Morgan White, International Citizens e Integra Global (Kiy & McEnany, 2010a).

En una muestra de 80 estadounidenses expatriados entrevistados en Jalisco se encontró la tendencia de financiamiento siguiente: el 70 por ciento es elegible en el Medicare, sólo el 54 por ciento continúan con la parte B del Medicare, casi un tercio de las personas mayores (27.5 por ciento) dispone de seguro privado y la décima parte es pagada de su bolsillo. Sólo dos de cada 80 expatriados estadounidenses recurren únicamente al Medicare para recibir servicios de salud (Amin, 2008).

Los seguros de gastos médicos de compañías mexicanas ofrecen sus paquetes a jubilados estadounidenses mayores de cincuenta años que viven en México. Su prima oscila entre los 1,500 y 2,500 dólares anuales (Kiy & McEnany, 2010a).

Las tendencias para los jubilados de origen mexicano en Estados Unidos podrían cambiar. Se estima que en México hay de 75,000 a 100,000 jubilados estadounidenses nacidos en México que son elegibles para el Medicare.

Se espera que en 2030 poco más del 11 por ciento de la población hispana de Estados Unidos esté jubilada. Esta tendencia es importante porque se debe poner atención en temas como la seguridad económica y la manera de solventar su problemática. Los latinos más afectados en California por los altos costos de salud han sido los de la tercera edad que viven solos (75.6 por ciento) o con su cónyuge (47.8 por ciento) (Wallace & Smith, 2009).

LAS BUENAS PRÁCTICAS INTERNACIONALES DE TURISMO MÉDICO

Para desarrollar un destino de turismo médico competitivo se deben considerar la oferta de servicios médicos, turísticos, de viajes y de apoyo. El contar con un sector sanitario avanzado es requisito previo para que un lugar pueda ofrecer servicios médicos internacionales. Por ello, para competir en este mercado es indispensable la presencia de empresas dedicadas a prestar estos tipos de servicios.

El turismo médico debe proporcionar diversos servicios de apoyo que forman parte de su cadena de valor, tales como el otorgamiento de visas de turismo médico, aeropuertos con equipos e instalaciones adecuadas, servicios especiales de líneas aéreas, traslados, entretenimiento, alojamiento con instalaciones para pacientes, excursiones, compras y ambulancias aéreas y terrestres.

Por otro lado, para el turismo médico es necesario contar con actividades de comercialización y distribución, así como con estrategias de formación de recursos humanos especializados. A ello se deben sumar las actividades de actores relacionados que utilizan las tecnologías de la información —por ejemplo Medical Tourism Expos y red Star Hospitals—, guías de turismo médico y revistas electrónicas especializadas.[3]

El turismo médico en cualquier destino debe usar el *benchmarking* al desarrollar su estrategia en esta actividad. Kozak (2004) lo define como un proceso de búsqueda de ejemplos de clase mundial de un producto, servicio o de sistemas operacionales para ajustar los propios de manera que cumplan o superen los estándares de los primeros. La evaluación basada en la técnica del *benchmarking* de procesos implica la comparación de las prácticas, los procedimientos y niveles de desempeño de distintos destinos de turismo médico.

El *benchmarking* refiere a las mejores prácticas médicas e incluye la tecnología respectiva y sus procesos de negocios. Todd (2014) menciona 30 hallazgos importantes para investigación de *benchmarking* en el turismo médico de distintos países líderes en la industria, entre ellos diversos tipos de *benchmarking* de procesos, de productos, así como financieros y funcionales. En seguida se enlistan algunos:

1. Todos los destinos de turismo médico han desarrollado una visión clara y objetivos estratégicos y establecen metas específicas con plazos específicos.

[3] Como el treatmentabroad.net en el primer caso y la International Travel Medical Journal-imtjonline.com en el segundo.

2. La cooperación y coordinación entre las autoridades pertinentes es una necesidad.
3. Muchos destinos médicos trabajan para atraer inversiones extranjeras y nacionales mediante el uso de incentivos fiscales para el desarrollo del sector.
4. Los clústeres médicos turísticos han fracasado en su mayoría.
5. La mayoría de los destinos ofrecen precios transparentes por sus servicios quirúrgicos y de diagnóstico, a menudo en forma de paquetes. Pero lo que está dentro o fuera del paquete es a menudo pobremente descrito y elimina a clientes potenciales.
6. Muchos países están tratando de monitorear los números con respecto a la salud y el turismo médico.
7. Las acreditaciones de calidad y seguridad internacionales se han convertido en un requisito previo para cualquier hospital o clínica.
8. Algunos países también han desarrollado su propio sistema de acreditación nacional, acreditado a su vez por la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQua, por sus siglas en inglés).
9. Muchos médicos tienen calificación profesional internacional y hablan con fluidez varios idiomas.
10. La India, Tailandia y Malasia tienen visas especiales de turismo médico para estancias largas.
11. Aerolíneas como Lufthansa, Malasia Airways, Turkish Airlines y Etihad ofrecen paquetes de turismo médico.
12. Algunos hoteles trabajan con los hospitales para dar cabida a los pacientes en recuperación y sus acompañantes.
13. La presencia de una estrategia de mercadotecnia nacional es esencial.

De acuerdo con Todd (2012), los países líderes en turismo médico son la India, Tailandia, Singapur y Malasia. Pero hay otros destinos que ofrecen productos especializados de alta calidad, co-

mo Hungría en odontología y Sudáfrica en cirugía plástica. La característica más notable es que la mayoría de los destinos líderes en el turismo médico internacional son países en desarrollo; las excepciones son Estados Unidos, Alemania y Singapur.

En resumen, se puede decir que buena parte de la demanda de servicios médicos internacionales está relacionada con los precios, la urgencia o accesibilidad de los servicios, los planes de seguros (primas de seguro altas), el costo de los servicios médicos que se ofrecen en otros paíeses y la necesidad de retornar a su país de origen por la familiaridad con el sistema, como en el caso de los mexicanos. Además, el turismo médico se relaciona en muchos casos con el beneficio adicional de tomar vacaciones.

Lo más importante es monitorear el comportamiento del mercado y la demanda, sus segmentos, tendencias y cambios, a fin de elaborar estrategias de competitividad.

Calidad de la salud desde la perspectiva global

Organizaciones públicas y privadas de todo el mundo buscan que la atención médica sea de mayor calidad, la cual puede estar basada en un mayor número de proveedores de servicios médicos o en otras particularidades que los pacientes-consumidores relacionen con ella. La acreditación de un proveedor de servicios de salud, por ejemplo, influye en la calidad de la atención e impacta fuertemente en el costo de los seguros; sin embargo, una sola acreditación puede ser insuficiente para promover una alta calidad de la atención médica (Quimbo, Peabody, Shimkhada, Woo & Solon, 2008).

Indicadores de calidad médica

Algunos hospitales privados realizan esfuerzos importantes para contar con un sistema de gestión de la calidad. Es el caso del Centro Médico ABC IAP de la ciudad de México, que reconoce y trabaja en siete tipos de indicadores: 1) volumen, 2) mortalidad y morbilidad, 3) utilización, 4) proceso, 5) satisfacción, 6) seguridad y 7) seguimiento de eventos centinela.

Los indicadores de volumen se refieren a medidas indirectas de calidad como el desarrollo de ciertos procedimientos intensivos en personal, en tecnología o de alta complejidad. Según este Centro Médico, se ha demostrado que a mayores volúmenes se tiende a tener mejores resultados en general. Aquellos referentes a la mortalidad se relacionan con las medidas directas en cuanto a diagnósticos clave cuando se compara con la evolución interna o el resultado de otras instituciones similares; calidad de la atención y de los procesos desarrollados, por ejemplo en terapia intensiva, rayos X, y medicina nuclear. Los de utilización tienen que ver con la eficiencia en la indicación de procedimientos, y con estos indicadores se pueden demostrar la subutilización, sobreutilización o un mal uso de los primeros. Los de proceso establecen la puntualidad y eficiencia en la administración. Los indicadores de satisfacción miden la percepción subjetiva del paciente, que se pueden contrastar con los resultados de las mediciones internas, y los de seguridad se relacionan con un cuidado escrupuloso del paciente. Por último, el seguimiento centinela se mide por las acciones que se toman en investigación y las respuestas inmediatas ante circunstancias o acciones inesperadas que provoquen un riesgo o daño físico o psicológico serio, o bien la muerte de un paciente.

Existen diferentes programas de calidad a escala mundial. El llamado ACE@25 fue instrumentado en 32 centros del Apollo Hospitals Group para elevar la calidad clínica y mejorar su programa de excelencia clínica. Se le llamó de este modo porque fue diseñado para cubrir cerca de 25 hospitales en 25 parámetros. Los indicadores clínicos se basan en puntos de referencia conocidos; los datos y resultados provienen de diversas instituciones y organismos, como la Cleveland Clinic, Clínica Mayo, la Red Nacional de Seguridad Sanitaria (NHSN, por sus siglas en inglés) el Hospital General de Massachusetts, la Oficina del Censo de Estados Unidos, la Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ, por sus siglas en inglés), el Hospital

General de Singapur y la Fundación Nacional del Riñón (NKF, por sus siglas en inglés), entre otros (Express Health Care, s.f.).

Los parámetros clave del programa ACE@25 cubren las principales especialidades. Se consideran: índices de mortalidad, tasas de complicaciones hospitalarias, tasas de infecciones adquiridas, satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor, errores de medicación y tasas de supervivencia en trasplantes, entre otras. De los 25 parámetros, 23 son obligatorios y dos parámetros son ubicación específica que cubre las principales especialidades clínicas.

La calidad de la salud se define como "el grado en que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (Institute of Medicine, 2001, p. 244). Los dominios y las características de una calidad alta en prestación de servicios de salud que propone el Instituto de Medicina son: 1) seguridad: cuidado de no causar lesiones a los pacientes de la asistencia médica prestada; 2) oportunidad: los tiempos de espera y retrasos se reducen al mínimo para recibir y brindar atención; 3) efectividad: los servicios se proporcionan en función del conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y no se ofrecen a quienes no se beneficiarían con éstos; 4) eficiencia: cuidado de no perder equipo, suministros, ideas y energía; 5) centrado en el paciente: atención utilizando la "compasión, empatía y capacidad de respuesta a la necesidad, los valores y preferencias expresadas por el paciente individual" y asegurándole que los prestadores del servicio "tengan la educación y el apoyo para tomar decisiones y participar en su propio cuidado", y 6) equitativo: el cuidado no varía en calidad debido a características personales como género, etnia, ubicación geográfica y nivel socioeconómico (Mead, Cartwright-Smith, Jones, Ramos & Siegel, 2008).

De acuerdo con la OMS, los elementos de la calidad son la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a las características estables, entre ellas las materiales

(infraestructura, herramientas, tecnología) y los recursos de las organizaciones que prestan atención y su financiamiento (niveles de éste, dotación de personal, planes de pago e incentivos). Los procesos tienen que ver con la interacción entre los cuidadores y los pacientes, durante la cual los insumos estructurales del sistema de salud se transforman en resultados de ésta. Los resultados se pueden medir en términos de estado de salud, las muertes o la vida (años) ajustados por discapacidad, una medida que abarca la morbilidad y mortalidad de los pacientes o grupos de ellos, así como con la satisfacción del paciente o su capacidad de respuesta al sistema de atención de la salud (OMS, 2000).

Shaw (2004) señala que los hospitales tienen distintos objetivos, tantos como partes interesadas. Por ello pueden ser vistos como grupos que sostienen valores diferentes al medir el desempeño. Los hospitales miden el desempeño en áreas como:

Investigación. Los datos sobre la estructura, las actividades y la eficacia se pueden usar para el estudio de la relación entre la organización y el rendimiento, y para informar sobre la planificación y el desarrollo del sistema.

Mejora del servicio. Los compradores y los proveedores pueden comparar el rendimiento dentro y entre los hospitales para estimular y medir el cambio.

Elección y referencias del paciente. Los pacientes y sus remitentes pueden utilizar información sobre tiempos de espera, resultados y experiencias de los pacientes en la elección de un proveedor.

Gestión de recursos. Los compradores y gerentes de proveedores necesitan datos sobre el desempeño, los costos y el volumen de actividad para decidir sobre el mejor uso de los recursos.

Rendición de cuentas. Los políticos y el público exigen cada vez más transparencia, protección y rendición de cuentas por el desempeño.

Hay diferentes tipos de medición de desempeño de los hospitales: inspección reglamentaria, estudios sobre las expe-

riencias de los consumidores, evaluación de terceros e indicadores estadísticos, entre otras cuestiones (cuadro 3.7). Con las inspecciones reglamentarias se trata de supervisar el cumplimiento de las regulaciones de hospitales en cuanto a licencias con respecto a higiene, radiación, dispositivos médicos y medicamentos. Sobre las experiencias de los consumidores, se desarrollan encuestas estandarizadas de pacientes y sus familiares que pueden medir en forma confiable el desempeño del hospital, especialmente la comodidad, los mecanismos de denuncia y la continuidad de la atención médica.

Las evaluaciones de terceros son las normas nacionales o internacionales para prácticas locales de los hospitales privados o públicos, programas de carácter voluntario e independiente; se utilizan estándares explícitos en que se combina la autoevaluación interna con la revisión externa mediante visitas, encuestas, evaluaciones o auditorías. La certificación de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO 9000) es una de ellas que certifica el desempeño de los hospitales en términos de cumplimiento de los estándares internacionales para los sistemas de calidad, no las funciones ni los objetivos del hospital. Los programas de acreditación miden el desempeño del hospital en términos del cumplimiento de las normas de la organización que acredita. Los indicadores estadísticos proveen parámetros del rendimiento para la mejora de la calidad.

La acreditación es por lo general un programa voluntario, patrocinado por una organización no gubernamental (ONG), en que revisores externos evalúan la organización sanitaria y la comparan con los estándares de calidad. La acreditación formal comenzó en Estados Unidos con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO, por sus siglas en inglés) en 1951 y se expandió a todo el mundo en la década de los noventa. La certificación implica el reconocimiento formal de que se cumplen las normas establecidas (por ejemplo, ISO 9000), validadas por la evaluación externa de un auditor autorizado (Alkhenizan & Shaw, 2011).

Cuadro 3.7
Definiciones de acreditación, licencia y certificación

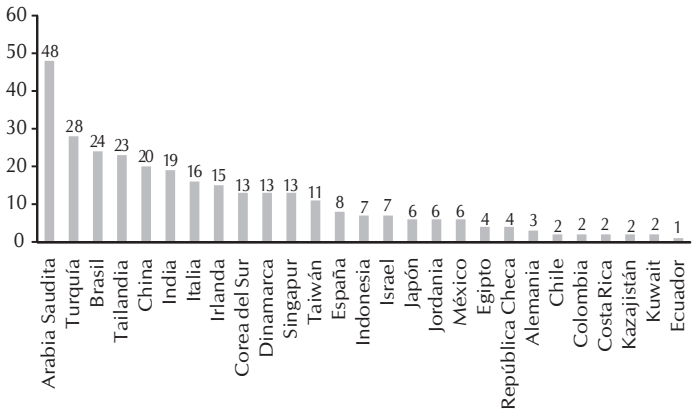
Procesos	Organización emisora	Objeto de evaluación	Componentes/ requerimientos	Estándares
Acreditación (voluntaria)	Usualmente una ONG	Organización	Cumplimiento con los estándares publicados, no con las reglas o regulaciones	Establece un máximo nivel ejecutable que estimula la mejora en cierto tiempo
Licencia (obligatoria)	Autorizada por el gobierno	Individual	Regulaciones para asegurar los estándares mínimos, exámenes o pruebas de educación y competencias	Establece un nivel mínimo para asegurar un ambiente con el menor riesgo posible en cuestiones de salud y de seguridad
		Organización o componente	Regulaciones para asegurar los estándares mínimos en el sitio de inspección	
Certificación (voluntaria)	Autorizada por el gobierno o por una ONG	Individual	Evaluación de requerimientos predeterminados, educación y entrenamiento adicional, y de competencia demostrada en un área de especialidad	Establecido por profesionales nacionales o colegios especializados
		Organización o componente	Demostración de que la organización tienen servicios adicionales, tecnología o capacidad	Estándares industriales (por ejemplo ISO 9000)

Fuente: Shaw (2004).

La Comisión Conjunta Internacional (JCI, por sus siglas en inglés), una organización sin fines de lucro con sede en Oak Brook, Illinois, establece normas de calidad para los hospitales de Estados Unidos y de otros países. Ha acreditado a 50 hospitales en Turquía, 61 en Arabia Saudita, 24 en Singapur, 50 en Brasil, 2 en Costa Rica y 10 en México (gráfica 3.1).

Gráfica 3.1

Número de certificaciones de la JCI en países emergentes seleccionados, 2012



Fuente: http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accredited-organizations/

La calidad en el sistema de salud en México

La Comisión Mixta en México se encarga de la acreditación e informa al Consejo Nacional de Salud. Es el equivalente a la Oficina del Cirujano General de los Estados Unidos, y le corresponde la definición de la política y la coordinación estratégica de la atención a la salud pública (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola & Frenk, 2011).

El Consejo Nacional de Salud es el responsable de acreditar los centros de salud, mientras que la Comisión Conjunta Internacional se encarga de armonizar las normas del sistema

de acreditación mexicano con las Normas de la Comisión Mixta, buscando la acreditación de la ISQua.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) mexicano está integrado por el sector público, el sector privado y las organizaciones no lucrativas, y busca establecer una política nacional única de calidad en la salud. De acuerdo con la Secretaría de Salud (s.f.), la calidad se sitúa en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud con la institucionalización de la calidad como parte de la arquitectura organizacional mediante el desarrollo del Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad).

El proyecto de Sicalidad cuenta con una serie de normas establecidas por la federación que deben acatar los estados, los municipios y el sector privado. Es un sistema de monitoreo y de seguimiento integrado con la instrumentación de tres mecanismos para fomentar la cultura de calidad en el país: 1) financiamiento de proyectos de capacitación de calidad; 2) Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal en Salud, y 3) acuerdos de colaboración con las asociaciones académicas para la inclusión de la currícula de calidad en los programas de formación de profesionales de la salud.

Cada vez hay más interés y actividad, a escala nacional e internacional, en torno al desarrollo de la fuerza laboral de la salud para satisfacer mejor las necesidades presentes y futuras gracias a la aceleración de los avances e innovaciones tecnológicas y a los nuevos modelos de prestación de servicios y de financiación (Nolte, Fry, Winpenny & Brereton, 2011).

La educación y la formación son consideradas componentes básicos de la planificación y un medio para asegurar el futuro suministro y la evaluación sistemática internacional de la calidad con que se imparte la educación. Pero la capacitación de la fuerza laboral de la salud es escasa.

El reto es ir más allá de la conceptualización, asegurar la oferta y satisfacer la necesidad de desarrollo profesional continuo.

La OCDE inició recientemente un nuevo esfuerzo para la planificación del personal de salud con el que explora aspectos

relacionados con los requisitos de formación en el sector. Además evalúa los instrumentos políticos en la educación y contratación (OECDa, 2011a). Se enfoca en la estrategia del desarrollo y la optimización de las habilidades de la fuerza de trabajo en general; es decir, se centra en la calidad y eficiencia en la provisión de aprendizaje, en asegurar que "los conocimientos adecuados se adquieren en el momento correcto, el lugar correcto y en el modo más eficaz" (OECDa, 2011a, p. 3). En los casos de México y de otros países subdesarrollados el gran reto de lograr la eficiencia y calidad en el aprendizaje de los servicios médicos de tercer nivel o alta especialidad radica en la ausencia de parámetros que legitimen o den validez al entrenamiento médico a través de hospitales escuela, por ejemplo; el modelo de provisión de recursos humanos en México se centra más en legitimar "educandos" que en el "entrenamiento" médico. Es el gobierno mexicano, a través de las secretarías de Salud y de Educación Pública, junto con organizaciones civiles profesionales como la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) y el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), el que avala los procesos de certificación de médicos en el país.

La calidad del sistema de transmisión de la educación en el sector salud se enfoca en los centros de enseñanza que ofrecen títulos profesionales de medicina, enfermería o de salud pública.

La legitimación formal de una institución que otorga grados, para la concesión de licencias y la certificación de la práctica profesional, se considera un medio para garantizar la calidad y otorgar fuertes incentivos para la mejora y reforma. Desafortunadamente no existen estándares mundiales de este tipo de educación bien desarrollados, aunque la Federación Mundial de Educación Médica (WFME, por sus siglas en inglés) dio a conocer una iniciativa al respecto en 2004. Sin embargo, de acuerdo con Frenk, Bhutta, Cohen, Crisp, Evans, Fineberg y otros (2010), en general, los criterios de acreditación y evalua-

ción son poco frecuentes y al parecer las métricas se utilizan en raras ocasiones.

En 2004, la WFME publicó los estándares globales para la educación médica de pregrado y posgrado y de desarrollo profesional continuo, con la finalidad de desarrollar una "Base de datos mundial de educación para la salud y las instituciones de formación, sobre la base de indicadores de calidad y la información acerca de la acreditación". En este caso se abordan sólo indirectamente los parámetros de formación como la "proporción de alumnos por docente" —un indicador de la capacidad de supervisión— o la tasa de deserción de instructores —como indicador de rotación de personal (Nolte, Fry, Winpenny & Brereton, 2011).

En el caso de Canadá, el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada General Standards of Accreditation provee los estándares a las universidades y sitios afiliados. Se consideran como indicadores de su desempeño cuestiones relacionadas con la supervisión de seguridad, cuyo principio es incrementar la responsabilidad profesional en la educación de residencia (Nolte, Fry, Winpenny & Brereton, 2011). En la Facultad de Posgrado, el Comité de Educación Médica debe garantizar la existencia de directrices adecuadas de la supervisión de los residentes, como incluir mecanismos de divulgación, de que los residentes están involucrados con el cuidado de la salud del paciente y el consentimiento de éste; garantía de competencia progresiva y responsabilidad del residente de tener un desempeño independiente, y políticas que avalen la presencia física del médico tratante durante actos o procedimientos realizados por el residente, entre otras (Nolte, Fry, Winpenny & Brereton, 2011).

Historia de la calidad de la salud en México

La validación de la práctica médica institucional, en el caso de México, data de medio siglo atrás en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Las iniciativas para la instrumentación de mecanismos de calidad en la atención a la salud en México han

sido ocho desde entonces, de acuerdo con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud federal (Secretaría de Salud, 2012, p. 12):

1. Auditorías médicas (IMSS, años cincuenta).
2. Círculos de calidad (Instituto Nacional de Perinatología, 1985).
3. Evaluación de la calidad de la atención médica (IMSS, 1987).
4. Financiamiento de proyectos de mejora continua (PASPA, 1994).
5. Programa Integrado de Calidad (IMSS, 1997).
6. Programa de Mejora Continua de la Calidad de Atención Médica (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1997-2000).
7. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (Secretaría de Salud, 2001-2012).
8. Sistema Integral de Calidad en la Salud (Secretaría de Salud, 2007-2012).

En 1999 dio inicio el sistema de acreditación de los hospitales y otros centros de atención de la salud en México. En 2000 inició la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención, para instrumentar 17 indicadores de calidad técnica e interpersonal. A finales de 2006, la mitad de las unidades de salud del sector público en México y algunos hospitales privados presentaron informes de estos indicadores mediante un sistema común de información pública.

En 2001 se lanzó en México la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud con los objetivos de promover un trato digno de los usuarios de ellos, mejorar los aspectos técnicos de la atención y garantizar el abasto oportuno de medicamentos. También se propuso recuperar la confianza de la población en las instituciones mediante un mecanismo que facultó a ciertos grupos y organizaciones de la sociedad civil para visitar las unidades de atención a la salud y avalar las ac-

ciones a favor del trato digno y la mejora de su calidad. El "aval ciudadano", como se dio a conocer, da cuenta de la realidad institucional y hace recomendaciones.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) mide la satisfacción de los usuarios con los servicios ambulatorios y hospitalarios en México mediante encuestas. En cuanto a calidad, el sector público destaca, por ejemplo, por el tiempo promedio de espera. En las instituciones de salud pública en México el tiempo promedio de espera es mayor que en los hospitales privados: 90 versus 30 minutos. Sin embargo, en cuanto a la percepción de la calidad de atención, en general, ocurre lo contrario: el 81.7 por ciento de los entrevistados señala que el sistema de salud pública tiene "Muy buena calidad de atención", y opina lo mismo el 78.5 por ciento sobre los sistemas de salud privados (Ensanut 2006).

La regulación del sector salud en México

El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, tiene como principal tarea la rectoría del sector, que incluye su planeación estratégica, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Desarrolla tareas como la regulación de la atención a la salud en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil.

En México, la regulación de la atención a la salud cuenta con mecanismos para la acreditación de escuelas y facultades de medicina y de enfermería; la titulación y certificación de médicos y enfermeras; la acreditación y certificación de unidades de atención, e instancias de conciliación y arbitraje, así como judiciales para lidiar con las controversias que pudieran surgir entre usuarios y proveedores de atención a la salud.

En el país hay alrededor de 80 escuelas y facultades de medicina, de las cuales 74 están afiliadas a la ANFEM. De estas últimas, 44 están acreditadas ante el Consejo Mexica-

no para la Acreditación de la Educación Médica, reconocido por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES).

La acreditación de la enseñanza de enfermería está en manos del Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de la Enfermería (COMACE), también reconocido por el COPAES. En México existen alrededor de 600 programas de capacitación en enfermería, muy pocos de ellos acreditados.

La certificación de recursos humanos para la salud está a cargo de instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Los médicos deben contar con el título expedido por una institución educativa y con una cédula que emite la Dirección General de Profesiones. Los especialistas son certificados por consejos de las diversas especialidades médicas, coordinados por la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía.

Respecto a la calidad de los servicios médicos internacionales, se puede concluir que el papel del gobierno en su desarrollo es importante, y la búsqueda de la certificación o acreditación de los hospitales privados se debe colocar en los primeros lugares de su agenda.

Seguros de salud privados y tratamientos en el extranjero

El mercado de los seguros de salud de los países miembros de la OCDE es operado por diferentes tipos de aseguradoras. De acuerdo con Colombo y Tapay (2004), en Estados Unidos existe un gran número y variedad de compañías de seguros, con y sin fines de lucro, y la movilidad de los asegurados es mínima. En Canadá y en México las aseguradoras que dominan el mercado son las comerciales no especializadas, mientras que en Europa el predominio corresponde en general a las mutualidades de previsión social y sin ánimo de lucro.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos reporta que cerca de 750 mil estadou-

nidenses salen de su país cada año en busca de asistencia médica (Center for Disease Control and Prevention, s.f.). Este alto número de turistas médicos es reconocido por la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés), que en 2008 emitió nueve principios rectores nuevos para garantizar la seguridad de ellos. Uno de estos principios enfatiza que los incentivos financieros del turista médico deben ser utilizados para la atención sólo en instituciones acreditadas por organismos acreditadores reconocidos a escala internacional (como la JCI y la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud). La AMA admite el aumento del turismo médico a escala mundial, la inversión estadounidense en hospitales fuera del país y la afiliación de éstos a universidades de Estados Unidos o a los sistemas de atención médica, incluyendo las clínicas de Cleveland y Mayo (Caffarini, 2008).

Woodman (2008) señala que cerca de 150 mil estadounidenses recibieron tratamiento en otros países, de los cuales la mitad eran necesarios. Ante este panorama, la AMA busca sobre todo que leyes o reglamentos impidan a las compañías de seguros, empleadores y otras entidades proporcionar incentivos como playas y hoteles de cinco estrellas.

De acuerdo con Kirchner, Carroll y Nious (2013), existen en Puerto Vallarta, México, hospitales que tienen entre su personal médicos estadounidenses con credenciales mexicanas, que el 70 por ciento de sus turistas médicos viajan de Estados Unidos y Canadá en busca de costos más bajos en los tratamientos quirúrgicos. Las oportunidades de negocios médicos en México se deben a que uno de cada diez tiene en Estados Unidos seguro con malas prácticas. Ante un comercio internacional de servicios de salud en expansión, estos autores señalan también la presencia de actores relacionados como la compañía 360 Global Health de Los Ángeles, que ha impulsado esta industria mediante la conexión de los pacientes con médicos de todo el mundo.

Limitaciones de los seguros de salud privados y tratamientos en el extranjero

Hoy en día las aseguradoras, a través de sus planes de seguros médicos privados, discriminan explícita o implícitamente los tratamientos en el extranjero (Mattoo & Rathindran, 2006). Esta discriminación se practica por motivos proteccionistas en la mayoría de los casos y no porque existan restricciones políticas. Esta situación se refleja en el hecho de que las aseguradoras de países desarrollados con atención médica costosa se niegan a cubrir los costos de tratamientos no urgentes en lugar de alentar a los pacientes a que busquen atención en el extranjero. Es decir, existe un sesgo en los planes de salud con posible tratamiento en el extranjero debido a las grandes ganancias del comercio en servicios de salud en dichos países.

Los planes actuales de los seguros privados de salud que no están sesgados tomarían en cuenta una cobertura neutral en cuanto a la ubicación del proveedor e incluirían en el reembolso los gastos de viaje. Mattoo y Rathindran (2006) proponen la posibilidad de modificar el copago del tratamiento recibido en el extranjero mediante la inclusión de paquetes, o primas más bajas, para los consumidores dispuestos a salir de sus países por un conjunto predeterminado de tratamientos. Otra finalidad de esto es incentivar la comercialización internacional de los servicios médicos mediante la mejora de los planes de los seguros privados de salud. Estas posibilidades de apertura y mejora en los planes de seguros generarían un ahorro de 1.4 miles de millones de dólares anuales para Estados Unidos, por ejemplo, tomando en cuenta que uno de cada diez pacientes estadounidenses opta por someterse a un tratamiento en el extranjero.

Tipos de seguros de salud en Estados Unidos

Una organización de mantenimiento de salud (HMO, por sus siglas en inglés) normalmente es la opción de menor costo y a menudo tiene pequeños copagos y cobertura del 100 por ciento

en muchos de los servicios que se proporcionan en la red. El *point of service* (POS) es un punto de venta semejante a una HMO; la diferencia entre ambos es la probabilidad de que se tenga la opción de salir de la red para recibir atención, pero con adelantos, pagos más altos y copagos. Las primas son más altas en un POS que en una HMO.

En un plan de indemnización se paga una prima mensual, a cambio de la cual se puede acudir a cualquier médico o instalación de cualquier servicio de salud que se desea recibir. Este plan probablemente pague el 80, 90 y hasta el 100 por ciento de la atención después de que se ha cubierto un deducible (healthharbor.com).

Seguros médicos privados en la frontera Estados Unidos-México

La medicina privada es considerada en México una de las actividades económicas más rentables. De acuerdo con Arredondo (1998), los mejores hospitales y clínicas se concentran en las 12 ciudades más grandes del país, entre ellas Guadalajara y Monterrey.

Este mismo autor considera diversos factores por los que algunas empresas aseguradoras de Estados Unidos han desarrollado planes de salud dirigidos especialmente a su población hispana, a la que ofrecen una cobertura de hasta el 100 por ciento si los servicios médicos se reciben en México, debido principalmente a que en el país los salarios son más bajos. Los sueldos de los médicos mexicanos varían de acuerdo con la ciudad donde se encuentren y su especialidad o práctica médica, aunque se puede inferir que ganan entre 100 mil y 150 mil dólares al año.

Otro factor que respalda la existencia de planes de salud privados de Estados Unidos con cobertura médica en México es la creciente importación al país de equipos médicos, influida por la proximidad y presencia de proveedores estadounidenses de los mismos, que pueden ser nuevos o restaurados. Otros dos

factores son el suministro de productos farmacéuticos mexicanos de bajo costo y que las empresas aseguradoras privadas establecen relaciones con las industrias de apoyo asociadas.

Las nuevas organizaciones de proveedores preferidos (*preferred provider organizations*, PPO) y las mencionadas HMO establecen contacto directo con los proveedores de salud de México. Es el caso, por ejemplo, de Sistemas Médicos Nacionales (SIMNSA).

Entre las limitantes de los servicios médicos en el extranjero —particularmente en México— que pueden presentarse se encuentran el reembolso de los costos del tratamiento por parte de compañías de seguros, la negligencia que pudiera haber en establecimientos mexicanos o de los proveedores de servicios médicos individuales. La mayoría de las compañías de seguros de salud de Estados Unidos no aceptan el seguro médico en el extranjero o pagan cantidades menores.

Redes de proveedores de seguros privados Estados Unidos-México

Existen redes de hospitales y proveedores de seguros médicos privados en Estados Unidos que ofrecen programas de salud a empresas que emplean a residentes mexicanos o cuyos empleados tiene dependientes que viven en México. Algunos casos destacados son: 1) Asociación de Productores de Occidente (Western Growers Association); 2) servicios salud en la frontera, proporcionados por Aetna Estados Unidos; 3) Sistemas Médicos Nacionales; 4) Anthem Blue Cross, Blue Shield y United Group Programs, y 5) Health Net. En el primer caso se trata de una PPO que promueve planes de cuidado de la salud en México; en el segundo, de una compañía de seguros con sede en Portland, Oregon, aliada con hospitales y médicos de México para ofrecer programas de salud a autoasegurados.

Aetna Estados Unidos tiene una alianza con tres aseguradoras —Seguros Monterrey, Aetna y Meximed— para comercializar la cobertura como HMO en California que proporciona be-

neficios en México. Esta alianza vende a grupos de empleadores la cobertura y asegura a los dependientes de los empleados que viven en México. Meximed se encarga de administrar el plan (Warner, 1999).

El caso de SIMNSA es un plan de salud grupal que proporciona atención médica de calidad para empleados en Estados Unidos y de preferencia recibe su cobertura de atención médica en México. SIMNSA es uno de los principales programas de HMO del norte de México y la primera de las HMO mexicanas en ser autorizada como un plan de servicios de salud por el estado de California. La red atiende las ciudades fronterizas de Tijuana, Tecate y Mexicali.

Anthem Blue Cross, Blue Shield y United Group Programs han explorado la idea del turismo médico como parte de su cobertura. La primera ofrece el seguro hasta a 50 millas (80 kilómetros) de la frontera. Los proveedores de servicios médicos de México se sujetan a las normas médicas con una instancia que coordinará todas las medidas de salud, incluyendo la programación y el servicio de viajes de conserjería.

Por su parte, Health Net ofrece seguro médico de grupo dentro de las 50 millas que ofrece sus servicios a empresas estadounidenses con un alto porcentaje de empleados hispanos. Health Net de California es una organización de mantenimiento de la salud del condado de Los Ángeles que ofrece seguros privados y permite el acceso a una atención a la salud de calidad y asequible para los hispanos y sus familias que radican en California, al otro lado de la frontera en México, con copagos. Mediante la red de proveedores (HMO) de California o de la red de proveedores en México por medio de SIMNSA. Esta red cuenta con cerca de 49,000 médicos, 400 hospitales y 4,400 farmacias (Health Net, 2001).

¿Qué beneficios proporciona un seguro grupal con atención en México? Éstos comienzan con los costos; por ejemplo, una prima de grupo de una familia de cuatro personas puede costar 1,000 dólares al mes. La prima de SIMNSA cuesta alrede-

dor de 400 dólares, sin deducible y en la mayoría de los casos ni copago.

Otras alternativas son los planes de prepago de atención médica (HCPP, por sus siglas en inglés) y los planes médicos competitivos (CMP, por su siglas en inglés). Los HCPP establecen un contrato de costo entre la Health Care Financing Administration (HCFA) y un grupo médico para proporcionar servicios profesionales, entre ellos algunos básicos, incluyendo salud en el hogar y el cuidado de la salud mental.

Si una HMO busca proporcionar los beneficios del Medicare en México debe definir cómo va a garantizar la calidad de la atención y la satisfacción de los beneficiarios, así como el cumplimiento de los proveedores seleccionados. Un proveedor destacado de Medicare en México se encuentra en Rosarito, Baja California; se llama Clínica de Cuidado de la Familia y sus médicos y personal tienen altos estándares educativos. Además ofrece una gran variedad de servicios especializados (GAO, 1997).

La contratación de proveedores de servicios médicos se produce de manera regular mediante contactos personales. Proméxico (2013) reconoce las aseguradoras internacionales que han trabajado con hospitales mexicanos: Aetna, BCBS, Conventry Health Care, Humana, Kaiser, Unicare, United Health, Allianz, RBC, AXA y Bupa. Una de las preocupaciones en la zona fronteriza es la falta de médicos que hablen inglés (Tran, 2008).

Origen del financiamiento de los seguros privados por país

Los países con la mayor proporción de seguros privados obtienen mayores ingresos de acuerdo con el PIB per cápita. Sin embargo, en países como Luxemburgo y Canadá, cuyos habitantes tienen un PIB per cápita alto, sus gastos de seguro privado médico no son ni la cuarta parte de los gastos del seguro privado que pagan los estadounidenses.

Como se observa en el cuadro 3.8, en Estados Unidos el seguro de salud voluntario representa el principal financiamiento de la salud y es el sistema de cobertura para la mayoría

Cuadro 3.8
Distribución porcentual de agentes de financiamiento para la cobertura de salud de Estados Unidos y México

Año	Gasto del gobierno en salud		Seguro privado		Gasto de bolsillo por hogares		Gasto de instituciones no lucrativas por hogares		Otros seguros privados	
	Estados Unidos	México	Estados Unidos	México	Estados Unidos	México	Estados Unidos	México	Estados Unidos	México
2003	43.8	44.2	35.4	3.0	13.6	52.9	3.7	n.d.	3.6	n.d.
2004	44.1	45.2	35.5	2.9	13.3	51.9	3.5	n.d.	3.6	n.d.
2005	44.2	45.0	35.4	3.3	13.2	51.7	3.5	n.d.	3.6	n.d.
2006	45.0	45.2	35.0	3.5	12.8	51.3	3.6	n.d.	3.6	n.d.
2007	45.2	45.4	34.5	3.7	12.7	50.9	3.8	n.d.	3.8	n.d.
2008	46.0	46.9	34.3	3.8	12.4	49.3	3.4	n.d.	3.9	n.d.
2009	46.0	48.3	34.3	4.0	12.4	47.8	3.4	n.d.	3.9	n.d.
2010	47.6	47.3	33.9	3.7	11.7	49.0	3.6	n.d.	3.2	n.d.
2011	47.8	n.d.	33.8	n.d.	11.6	n.d.	3.6	n.d.	3.1	n.d.

n.d. = no disponible.
Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (2013a).

de la población estadounidense, pues representaba el 35 por ciento del gasto total en salud en 2000.

El gasto per cápita en seguro privado más alto lo tiene Estados Unidos con 2,451.80 dólares al año, seguido por Canadá con 466.5, mientras que México gasta 29.4 dólares por persona al año (cuadro 3.9).

Cuadro 3.9
Gasto de seguro privado per cápita en 2008
a precio de paridad de compra (dólares)

País	Gasto al 2008
Bélgica	137.46
Canadá	466.50
Estonia	59.15
Francia	450.02
Japón	65.61
Corea del Sur	73.28
Luxemburgo	78.77
México	29.40
Países Bajos	201.65
Polonia	6.51
Eslovenia	280.20
Estados Unidos	2,451.80

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (2009).

De acuerdo con lo visto en esta sección del capítulo, se puede concluir que los hogares mexicanos gastan más dinero de su bolsillo en salud que los estadounidenses. El sistema de salud de Estados Unidos es cubierto en casi 40 por ciento mediante seguros privados. Puesto que los seguros grupales benefician la economía de los estadounidenses, una mayor cobertura a través de HMO y PPO seleccionan médicos con ciertos estándares de calidad, y la satisfacción depende de las relaciones e inspecciones de las aseguradoras y de sus credenciales e historial en las unidades hospitalarias al tomar su decisión. Posiblemente los hospitales más grandes o los que cuentan con inversión extranjera no tengan problemas con ciertas aseguradoras, lo cual no

ocurre con la mayoría de los hospitales privados pequeños. Un reto que se vislumbra es la escasa movilidad de los asegurados de las compañías que dominan el mercado; las cuotas de los que se aventuren a incursionar en el turismo médico serán para las aseguradoras con capital invertido en el sector en el extranjero, ya sea en filiales de universidades o sucursales.

Las oportunidades del turismo médico se vislumbran cuando surge la posibilidad de que exista la portabilidad del Medicare en Estados Unidos o de que la cobertura de seguro de salud privado sea transfronteriza o internacional (OMS, 2010).

RECURSOS HUMANOS EN LOS HOSPITALES

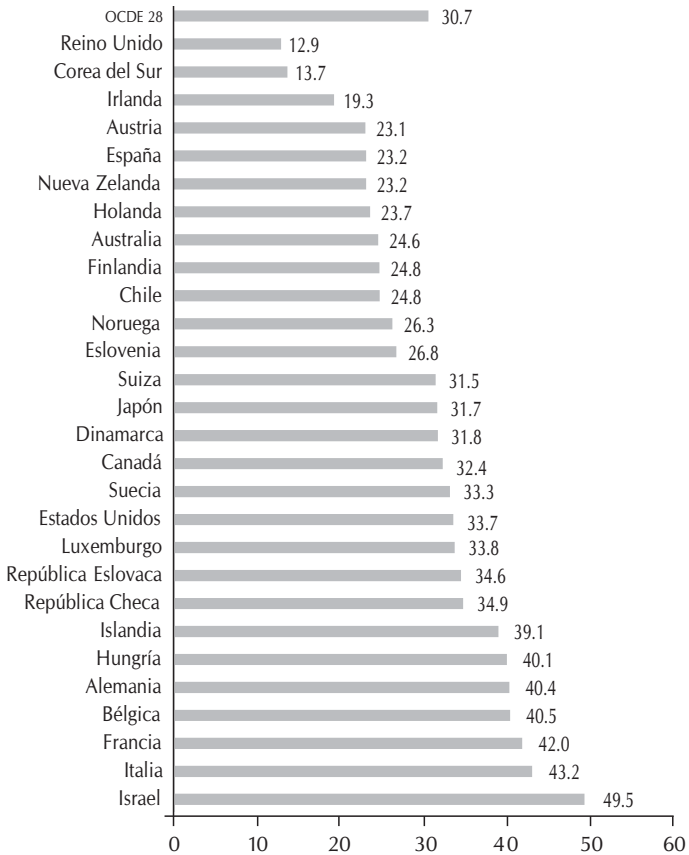
La planta de médicos es un indicador de la capacidad futura. Es importante observar cómo evoluciona su comportamiento debido a la jubilación de éstos y la inversión, la formación de nuevos médicos o la contratación de aquellos formados en el extranjero (gráfica 3.2).

Un tercio del personal médico de Estados Unidos y Canadá en 2011 era mayor de 55 años. En la gráfica 3.3 se muestra cómo evoluciona el número de médicos de los países miembros de la OCDE. Estados Unidos presenta un mayor aumento que México y se coloca muy por arriba de Canadá. Es notorio el bajo crecimiento en la cifra de Japón, que es la más baja de los países seleccionados.

Los médicos graduados son un buen indicador de la viabilidad de los recursos humanos, tomando en cuenta que su preparación requiere alrededor de diez años de estudios. Si existe escasez de ellos, la demanda sólo se puede satisfacer mediante la contratación de médicos calificados del extranjero, si no los hay desempleados en el país. De acuerdo con la gráfica 3.4, México ocupa el primer lugar en médicos graduados con 55 por cada mil; el promedio de la OCDE es de 33, Estados Unidos cuenta con 26.66 y Canadá con 30.04.

El porcentaje de los especialistas entre el total de médicos es un buen indicador para conocer los avances en entrenamien-

Gráfica 3.2
Participación de médicos mayores de 55 años por país, 2011 o año más reciente

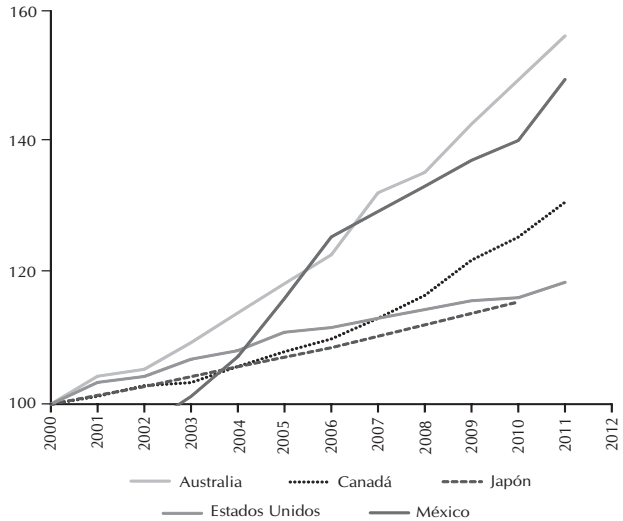


Fuente: Elaboración propia con datos de OECD (2013).

to y educación de pediatras, ginecoobstetras, psiquiatras, cirujanos y de otras especialidades. México ocupa el lugar número 12 (63.88 por ciento de especialistas de todos los médicos), por arriba del promedio de la OCDE. Estados Unidos es el primero

con el 87.9 por ciento de especialistas del total de médicos, mientras que Canadá cuenta con 53.

Gráfica 3.3
Evolución en el número de médicos en países miembros de la OCDE seleccionados, 2000-2012 o el año más cercano



Fuente: Elaboración propia con datos de OECD (2013a).

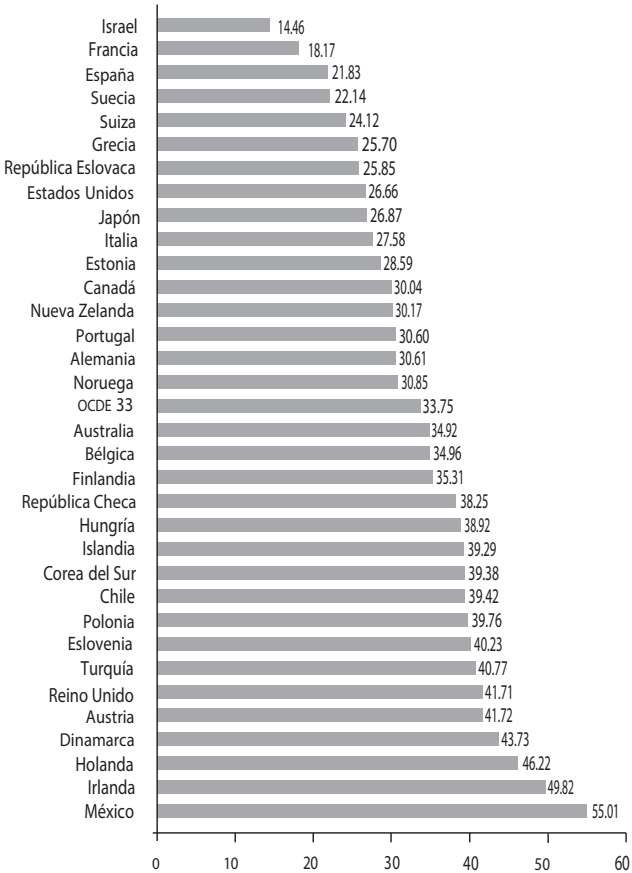
El promedio de nuevos médicos por cada 100 mil habitantes de los paíes miembros de la OCDE se observa en el cuadro 3.10.

Comparado con la proporción de médicos de que se dispone —que es una medida de la tasa de reemplazo—, el número de nuevos médicos en 2011 fue más alto en México, Irlanda, los Países Bajos y Dinamarca. Los más pequeños fueron el de Israel y el de Francia. México ocupa el noveno lugar.

La OCDE muestra en sus estadísticas la escasez de enfermeras actual o en el futuro. Una de las causas de ello es su envejecimiento y un mayor número de enfermos jubilados que atender.

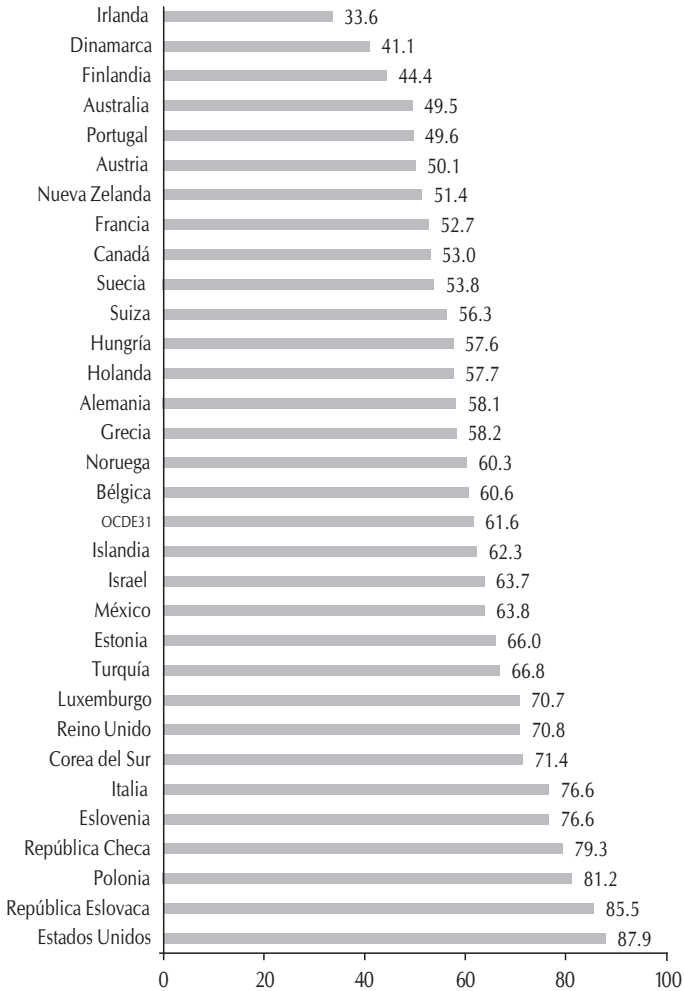
El promedio de la OCDE en 2013 son 42.86 enfermeras recién graduadas por cada 100 mil habitantes. El número es mayor en Corea del Sur y Eslovenia y más bajo en México e Israel (OCDE, 2013a).

Gráfica 3.4
Graduaciones médicas por cada mil médicos existentes, 2011 o año más reciente



Fuente: Elaboración propia con datos de OECD (2013).

Gráfica 3.5
Porcentaje de especialistas del total de médicos, 2011
o año más reciente



Fuente: Elaboración propia con datos de OECD (2013a).

Cuadro 3.10
Promedio de nuevos médicos por cada 100 mil habitantes, 2011 o años más reciente

País	2011	Año más reciente
Austria	19.94	2010
Dinamarca	16.82	
Irlanda	16.13	
Holanda	14.53	
Grecia	14.29	2007
República Checa	13.91	
Islandia	13.79	
Portugal	12.19	
México	12.11	
Australia	12.06	2010
Alemania	11.76	
Reino Unido	11.71	
Finlandia	11.53	
Hungría	11.49	
Noruega	11.47	
Italia	11.03	
OCDE 33	10.56	
Bélgica	10.18	
Eslovenia	10.04	
Suiza	9.40	
Estonia	9.33	
España	8.96	
Polonia	8.69	
Suecia	8.55	2010
República Eslovaca	8.49	2009
Corea del Sur	8.02	
Nueva Zelanda	7.97	
Canadá	7.35	
Turquía	6.93	
Estados Unidos	6.57	
Chile	6.24	
Francia	6.02	2007
Japón	5.97	
Israel	4.86	

Fuente: Elaboración propia con datos de OECD (2013a).

En general, el panorama de los recursos humanos en el área médica en México es alentador, sobre todo si se aprovecha el bono de los médicos generales egresados.

En el capítulo 4 de este libro se complementan las nociones de qué es turismo médico desde la perspectiva de los servicios médicos internacionales. Con tal análisis también se ilustra quiénes conforman el mercado del turismo médico y en qué circunstancias eligen los pacientes el país de destino y el hospital.

Llaman la atención los temas que se abordan sobre la capacidad turística, las nuevas agencias comerciales y de publicidad (sitios *web*) en el mercado, los productos financieros, los seguros médicos, la ética, la cultura y la autorregulación.

Cuadro 3.11
Graduados de enfermería por cada 100 mil habitantes, 2011 o año más reciente

País	2011	Año más reciente
Corea del Sur	94.87	
Eslovenia	81.80	
Canadá	54.69	
OCDE	42.86	
Bélgica	41.59	2010
Chile	39.43	2012
Japón	38.68	
Holanda	38.64	
Suecia	38.05	2010
Francia	35.47	
Reino Unido	34.98	
Alemania	27.76	
Hungría	25.46	
España	22.41	
Luxemburgo	19.92	2010
Italia	18.76	
Turquía	17.84	
República Checa	17.36	
México	10.52	

Fuente: Elaboración propia con datos de OECD (2013a).

El turismo médico está lleno de complejidades, incluso de equidad y distribución de ingresos. En este contexto, el gasto público en salud del gobierno beneficia a los proveedores de servicios médicos privados debido a las "fallas del mercado".

Es preciso hacer hincapié en los esfuerzos que deben hacer los destinos médico-turísticos y reconocer sus potencialidades y los riesgos a que están expuestos.

Como individuo, el paciente médico debe elegir el hospital de destino de acuerdo con su calidad, la cobertura de los seguros médicos internacionales y la capacidad de los recursos humanos. También debe estar atento a cuestiones como entrenamiento y habilidades de los médicos y los enfermeros, y saber si el hospital cuenta con una buena reputación.

En lo que corresponde al país, el paciente médico debe tomar en cuenta sus condiciones económicas y sociales; los estándares de regulación (por ejemplo, si están permitidos ciertos procedimientos, como el cambio de sexo) y si es un destino turístico atractivo para hacer distintas actividades; si está cerca de su propio país, y si la cultura es afín a la suya y son bajos los costos de sus servicios.

Además de los requerimientos ya expuestos, que el turista médico considera básicos, debe buscar servicios de apoyo durante su recuperación y de acompañamiento en el periodo preoperatorio.

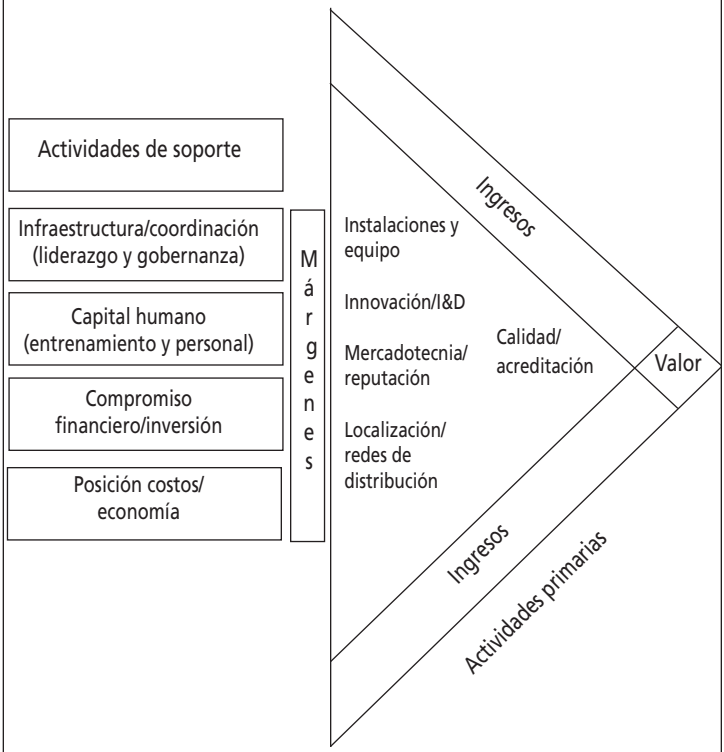
Cadena de valor y partes interesadas en el turismo médico

Empresas y gobierno trabajan en integrar la cadena de servicios que necesita el paciente extranjero. Los principales retos que reconocen las autoridades mexicanas de los sectores turístico y médico son las certificaciones, el idioma y la competencia de otros países de América Latina.

El concepto de cadena de valor se debe a Michael Porter (1990) y se utiliza para describir de qué manera el valor del cliente se acumula a lo largo de una cadena de actividades que dan lugar a un producto o servicio final. Porter señala que la

cadena de valor de una empresa es un proceso interno o de actividades que desempeña la compañía para diseñar, producir, comercializar, entregar y apoyar su producto o servicio, y que es el resultado de su historia, su estrategia y de la ejecución de ella, así como de las actividades económicas que subyacen a sus propias actividades.

Figura 3.2
Partes interesadas en la cadena de valor del turismo médico



Fuente: Vequist (s.f.).

Vequist (s.f.) adapta el modelo de la cadena de valor de Porter (1990) para mostrar a los agentes del turismo médico có-

mo crear márgenes, obtener ingresos y ofrecer valor a quienes viajan por motivos médicos.

En la industria del turismo médico se requieren servicios como publicidad, sitios de internet, actores relacionados, productos financieros, aseguradoras, servicios de viajes y hotel (Lunt *et al.*, 2014). También se necesita la participación de las instituciones públicas en la promoción económica y un marco legal favorable.

El modelo de cadena de valor muestra las múltiples interacciones de las partes interesadas (figura 3.2). En él se reflejan los puntos donde se requiere una mayor eficienciencia y los actores locales deben aumentar su participación en el total del valor generado.

Las partes interesadas en la cadena de valor del turismo médico son los proveedores médicos (hospitales, clínicas y médicos), turísticos, logísticos (facilitadores), instituciones públicas, organizaciones (clústeres, asociaciones, universidades, aseguradoras) y acreditadoras (como JCI) que desarrollan las actividades primarias y de apoyo (figura 3.3).

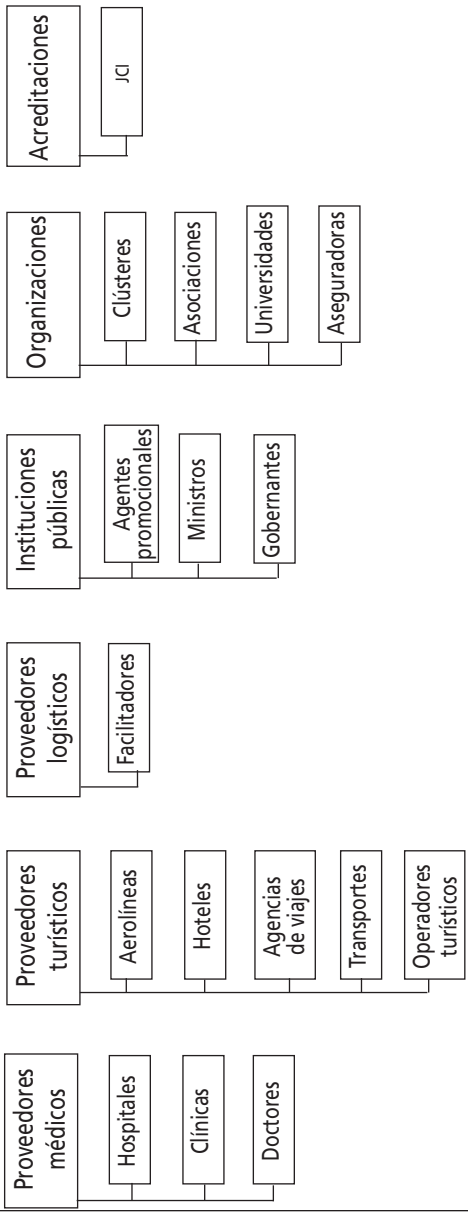
Actividades primarias

De acuerdo con la figura 3.2, las actividades primarias en la industria del turismo médico son las siguientes:

Instalaciones y equipo. En este eslabón de la cadena el gobierno de Jalisco enfrenta problemas de infraestructura que dificultan el crecimiento de la industria del turismo médico, pero sobre todo requiere una política integral (Alcántara, 2014). Guadalajara y Puerto Vallarta cuentan con una gran cantidad de hoteles de lujo a precios asequibles. De acuerdo con Blanke, Chiesa y Trujillo-Herrera (2011), el costo promedio de los hoteles de primera en México es de 103 dólares.[4]

[4] Para comprender mejor los recursos materiales por entidad federativa, véase el anexo 13.

Figura 3.3
Partes interesadas en el turismo médico



Fuente: Medical Tourism Association (MTA).

En México existen 1,244 unidades con hospitalización en el sector público (INEGI, 2012). En 2010, el país contaba con 43,774 camas en hospitales privados y 86,625 camas en el sector público, en ambos casos en el área de hospitalización (INEGI, 2012). El país dispone de 1.86 camas censables por cada mil habitantes en 2011, cifra por debajo del promedio de la OCDE, que es de 4.86 camas (OCDE, 2013a).

La industria de turismo médico de Jalisco cuenta con 1,057 unidades de salud pública y 7,356 médicos en establecimientos particulares (INEGI, 2012), que representan el 10.3 por ciento del total nacional.

La mayoría de los hospitales de Jalisco cuentan con una habitación, un sofá o cama para familiares y amigos. La infraestructura del estado consta de lo siguiente: 214 establecimientos particulares de salud, 431 salas de quirófanos, 25 escáneres de tomografía axial computarizada, 14 unidades de resonancia magnética y 3,063 camas censables; en este aspecto ocupa el tercer lugar nacional (INEGI, 2013).

La Confederación Patronal de la República Mexicana desarrolla el proyecto Turismo Médico Coparmex con los Hoteles Misión, asesorados por la Global Health Quest (Alcántara, 2014).

Mercadotecnia y reputación. La mayoría de los productos de turismo médico se venden a través de actores relacionados para facilitar los procedimientos de viaje y servicios de apoyo. En algunos casos los propios sitios de internet de los hospitales proporcionan un panorama de los servicios, el tipo de alojamiento durante la recuperación e información de la zona.

La Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud señala que México no es reconocido por su calidad y oportunidad, ni por tener una política integral.

Existen diferentes sitios de internet de proveedores de salud, operadores turísticos y agentes de viajes. La mayoría de ellos se encuentran en Estados Unidos y Canadá, y también son sitios de comunidades de turismo médico internacional.

La industria del turismo médico en México tiene el menor costo y la mejor ubicación geográfica de todos los destinos de turismo médico gracias al mercado estadounidense; sin embargo, la imagen general de inseguridad puede tener consecuencias negativas para la atracción de turistas que buscan también servicios médicos.

Calidad/acreditación. En Jalisco existen nueve hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General de México y ocho homologados. El estado ocupa el cuarto lugar entre las entidades del país, por debajo de Distrito Federal (con 35 y 34), Estado de México (11 y 10) y Nuevo León (11 y 10). Se podría pensar en hacer extensivas las certificaciones a bancos de sangre y centros de diagnóstico.

Localización/redes de distribución. México es promovido en el mercado internacional por algunos intermediarios. Varios de ellos son virtuales, como las empresas estadounidenses HealthNet.com, con sede en Boston, Massachusetts; Medjourneys.com, de Nueva York; Planet-Hospital.com, de California, así como la empresa facilitadora canadiense MedBrick, Amerimexsolutions del Distrito Federal y el Mexico Bariatric Center de California.

Los servicios médicos y de apoyo, según la Comisión Nacional de Turismo de la Coparmex, "aún no están vinculados con un canal de comercialización, y es necesaria la integración de prestadores de servicios con los hoteles, hospitales y gobiernos federales y locales".

Innovación y desarrollo. En Jalisco se cuenta con investigación biomédica y la presencia de instituciones de investigación como la Universidad de Guadalajara (UdeG), el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), el Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO) y el Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado

de Jalisco (CIATEJ) (Seproe, 2011). Muchas compañías de tecnología médica están presentes en Guadalajara, entre ellas Siemens Instrumentos y Aguas Médicos.

E-Salud es un motor clave en temas del turismo médico. Puesto que la salud es algo personal y en ella se basa la información, los consumidores se sienten cómodos con la tecnología.

Actividades de soporte

Infraestructura/coordinación (liderazgo y gobernanza). Jalisco cuenta con 1,047 unidades médicas del sector público, con un presupuesto de 26,600 millones de pesos. El gobierno y grupos hospitalarios privados están comprometidos con el objetivo de detonar la industria (INEGI, 2012). El gobierno federal busca establecer acuerdos con instituciones internacionales que les permitan a los hospitales mexicanos obtener la certificación nacional e internacional. Por su parte, el gobierno federal, a través de la Secretaría de Turismo, pretende invertir 1,025 millones de dólares para el desarrollo de infraestructura y la integración hospitalaria; como iniciativa federal, se ofrece entrenamiento bilingüe a enfermeras y las acciones regionales están centradas en destinos culturales, negocios e infraestructura, productos de lujo, servicios y cocina, con asesoría en Estados Unidos (Transparency Market Research, 2013).

El gobierno federal creó en 2010 una política pública de turismo médico en la cual participan ocho secretarías de Estado. El mercado clave es la población de Estados Unidos en sus dos fases principales: la primera, del año uno al cinco, se enfoca en la población no asegurada y en grupos específicos que cuentan con seguro privado, con énfasis en la población hispana en tratamientos de ortopedia, corazón y cáncer en los niveles básico e intermedio, así como de odontología, oftalmología y cirugía estética. La otra fase, del año seis al diez, considera los servicios médicos avanzados y se enfoca en atraer a la población no asegurada y a aquella con seguro privado en general.

El avance en materia de regulación en la industria de la salud es la creación de la Norma Mexicana de Spas, llamada Requisitos Básicos de Calidad en el Servicio e Instalaciones (NMXTT-009). Por su parte, la Secretaría de Turismo cuenta con el apoyo del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación (IMNC).

En la caracterización jurídica internacional se encuentran:

1. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).
2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).
3. Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
4. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, que converge con los lineamientos internacionales que le competen en orientación mediante las leyes fundamentales o constituciones internacionales.
5. Ley General de Salud, que establece los lineamientos de financiamiento en la prestación del servicio de salud y la protección social como parte del programa general de Sistema Nacional de Salud. Se complementa con los siguientes reglamentos de disposición financiera y organizacional:
   a) Reglamento en Materia de Protección Social en Salud.
   b) Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud.
   c) Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
   d) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
   e) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
   f) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
   g) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
   h) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

i) Reglamento Interno del Consejo Nacional de Trasplantes.
j) Reglamento Interno de la Comisión Nacional Médica (Conamed).
k) Reglamento sobre Consumo de Tabaco.
l) Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
m) Reglamento de Mercados.
n) Reglas para la Operación del Ramo de Salud.
o) Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.

Capital humano (entrenamiento y personal). Los hospitales corporativos del Clúster Turismo Médico Jalisco tienen un gran número de camas, 668 (turismo médico jalisco.com), para prestar una atención individualizada. La iniciativa privada cuenta con 6,629 especialistas, 780 médicos generales y 3,392 enfermeras (INEGI, 2013). Los especialistas más demandados son los ginecoobstetras, cirujanos y pediatras, no así otros como los geriatras, que hoy en día se requieren debido a los cambios demográficos y los nuevos estilos de vida.

De acuerdo con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), los egresados de licenciaturas relacionadas con ciencias de la salud durante el ciclo 2010-2011 en Jalisco fueron 3,819, que representan el 10.77 por ciento de la participación del país. A nivel nacional, los egresados de técnico superior universitario (TSU) en ciencias de la salud del ciclo 2010-2011 fueron 413, es decir, el 27.3 por ciento del total del país.

La mayoría de los médicos que trabajan en los hospitales participantes en el turismo médico están certificados por instancias internacionales. Las enfermeras están altamente calificadas, así como los paramédicos.

Muchos de los médicos altamente capacitados trabajaban, se graduaron o fueron entrenados en escuelas de medicina de Estados Unidos o Europa. Numerosos médicos mexicanos reciben formación de posgrado en Europa, Estados Unidos o Canadá y hablan inglés. El personal de enfermería suele hablar un inglés menos fluido.

5. Conclusiones y recomendaciones

La política económica actual del país reconoce que el turismo genera importantes ingresos. Por ello ha apostado a la especialización en seis tipos del mismo, y uno de ellos es el turismo de salud.

El turismo médico

Esta investigación proporciona un panorama del mercado global del turismo médico y del uso del término desde su concepción hasta la actualidad. De acuerdo con el monto de las exportaciones en servicios de salud por parte de Estados Unidos, éstas rondan los 11.7 miles de millones de dólares. El turismo médico es una alternativa para cubrir las necesidades de tratamientos de bajo costo (esenciales o electivos), con calidad y menores tiempos de espera. Puede ser definido de acuerdo con los motivos del paciente médico, el tipo de tratamiento, el tipo de turismo e incluso por el tipo de situación migratoria.

Al mismo tiempo, en esta investigación se elabora un marco de referencia para facilitar el estudio del turismo médico, que es distinto del turismo de bienestar y el turismo de salud. Este marco incluye el estudio de distintas áreas, como economía de la salud, economía política de la salud, administración de la salud, política económica de salud y microeconomía de la competitividad. El estudio emplea principalmente dos de ellas: la política económica de la salud y la microeconomía de la competitividad.

La política económica de la salud permite comparar los niveles de exportación de servicios médicos con los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE, entre ellos México, y dentro del país, el de Jalisco. En todos los casos, su desempeño es el reflejo del desarrollo económico, la productividad y la competitividad. México destaca en las exportaciones de los gastos de los viajes relacionados con servicios de salud por sus 289 millones de dólares en 2009. En el último año perdió 1.3 por ciento de su cuota. La participación en las exportaciones de México a nivel global fue del 2.46 por ciento en 2010. Transparency Market Research (2013) estima que el mercado del turismo médico por tratamiento en el mundo es de 10,515 millones de dólares en 2012, de los cuales la participación de México es de 10.3 millones. Esto lo coloca por encima de países del continente asiático como la India, Taiwán y Singapur, mientras que Brasil, con sus 722.4 millones, supera a Tailandia, Turquía, Malasia y Corea del Sur.

En número de pacientes, México ocupa el décimo lugar, por arriba de Brasil; se estima que 10 mil estadounidenses estuvieron en clínicas mexicanas (Parsiyar, 2009; Medical Tourism Climate Survey International 2013). De acuerdo con la Organización Mundial del Turismo (WTO, 2011), México percibe poco más de 11,870 millones de dólares —10 por ciento de lo que percibe Estados Unidos— por concepto de turismo internacional. En cuanto a la competitividad de viajes y turismo, México ocupa el lugar 44 de 139 países (para una participación del 12.5 por ciento del PIB) y Estados Unidos el sexto sitio (WTTC, 2014).

México presenta deficiencias en su sistema de salud y de financiamiento, aunque ha tenido avances como la cobertura universal mediante el Seguro Popular. La mayoría de los hospitales privados son pequeños y no están certificados. Las pequeñas empresas del sector tienen mayor dinamismo en la exportación que el sector manufacturero. En México hay dos médicos por cada mil habitantes y 16 camas por cada 10 mil.

El país ocupa el segundo lugar entre los países con potencial de turismo médico, de acuerdo con la Economist Intelligence Unit (EIU) de *The Economist*, sobre todo por sus bajos costos y medianamente por su sistema de salud, que es ponderado en cuanto al gasto en salud privado. Se considera que su problema es el ambiente de negocios y de riesgo.

Estrategias de desarrollo del clúster

La industria del turismo médico de México tiene varias desventajas claras en las que debe adoptar estrategias de acción: carece de agencias especiales de turismo médico y de facilitadores de viajes, tiene tasas de crecimiento económico modestas, inestabilidad política y escaso financiamiento. Por su parte, los servicios de salud en Jalisco representan aproximadamente el 6.2 por ciento del PIB, por lo que difícilmente será uno de los detonantes del desarrollo económico. Sin embargo, podrían existir subregistros o pudiera ser que no todos los establecimientos hayan sido visitados durante el levantamiento de los Censos Económicos. Entre sus ventajas destacan el bajo costo de la vida, la facilidad de acceso al país por tierra o por aire.

Para establecer el nicho de mercado se analiza el estado en que se encuentra la cobertura de salud y la situación económica de los expatriados, así como el mercado de los jubilados estadounidenses que viven en México —aunque en sentido estricto los jubilados se consideran ellos mismos "pacientes internacionales" y no turistas médicos, como sí lo serían los trabajadores de compañías multinacionales—. Son 6.2 millones los inmigrantes mexicanos que residen en Estados Unidos y 2.8 millones los nacidos en ese país de origen mexicano que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica. Sin embargo, uno de los hallazgos de esta investigación a partir de las entrevistas semiestructuradas es el cambio de estrategia a corto plazo del CTMJ, que mira al sur del continente y al Caribe como demanda potencial porque no se ha logrado superar la barrera del idioma, por lo cual se debe explorar este mercado. Cada

segmento del mercado tiene sus peculiaridades, y oportunidades externas como el fenómeno mundial del envejecimiento de la población, las enfermedades crónico-degenerativas, la recurrencia a cirugías estéticas y ambulatorias y las altas primas de seguros de los países desarrollados.

En el análisis utilizando el modelo de competitividad de Porter destacan la décima posición de México en el turismo mundial y la afluencia de 23.4 millones de turistas estadounidenses al país, posiblemente como resultado del esfuerzo del sector turístico y de las ventajas comparativas inigualables que le brinda su ubicación geográfica. Aunque el constante aumento en el flujo de compatriotas que viven en Estados Unidos es otra realidad del turismo, en 2012 arribaron 977 mil turistas a México por vía aérea, 230 mil (23 por ciento) de ellos por el aeropuerto internacional de Guadalajara. Además, no se descartan otros mercados de habla hispana por explorar, como Centroamérica y el Caribe.

A la competitividad que representa contar con precios de los tratamientos hasta 70 por ciento menores se suma la relacionada con la contigüidad entre México y Estados Unidos. Sin embargo, los mayores esfuerzos y estrategias del CTMJ deben centrarse en la búsqueda de una mayor coinversión del gobierno, la iniciativa privada y el capital extranjero, apoyos o subvenciones gubernamentales, la promoción de los servicios médicos en la búsqueda de segmentos de mercado viables, la instrumentación de modelos de calidad en los servicios médicos internacionales y de modelos de negocios sostenibles que incluyan paquetes atractivos de los seguros médicos respaldados por facilitadores, sitios *web* y eventos internacionales. También se deben redoblar los esfuerzos por incrementar la formación y el entrenamiento internacional, mejorar los servicios administrativos y fortalecer la reputación de los hospitales.

Se debe reconocer que el desarrollo del clúster depende de las circunstancias y los eventos que lo favorezcan, pero en mayor medida de los insumos y la demanda local. Los servi-

cios médicos de alta especialidad favorecen a grandes ciudades mexicanas como la zona metropolitana de Guadalajara por su alta concentración del sistema de salud en el estado, sus avances tecnológicos y las especializaciones médicas, lo que facilita la regulación del sector y genera un ambiente de trabajo atractivo por el aprovechamiento de los talentos médicos locales.

Un reto del clúster es que tenga la voluntad de acercarse a los hospitales privados para establecer con ellos una planeación estratégica de corto y largo plazo, despertar el interés de los profesionales de este mercado y lograr la presencia de industrias de apoyo clave en el estado de Jalisco.

A partir de la información obtenida mediante las entrevistas se comprueba que existen limitaciones en los hospitales del CTMJ y que para superarlas es necesario echar mano de diferentes estrategias. Para que logren alcanzar la competitividad se requieren las siguientes:

1. Enfrentar los retos que tienen los clústeres emergentes para comenzar su desarrollo, como definir estrategias basadas en una entrada al mercado oportuna y la sustitución de servicios, pero sobre todo basarse en una buena calidad, construir o renovar alianzas con sus proveedores, los gobiernos de los tres niveles y agencias de seguros.
2. Aunque la capacidad de los recursos humanos del sector médico es una limitante para ofrecer mejores servicios de salud, hay una reserva de egresados de carreras de medicina general que coloca al estado de Jalisco en un buen sitio y a México entre los primeros lugares de los países miembros de la OCDE. Este bono de personal médico, si es bien dirigido, puede potenciarse hasta que se tenga el nivel requerido en el plano internacional. Pero se necesita el apoyo gubernamental para el entrenamiento de los recién egresados en hospitales privados con programas enfocados en la adquisición de habilidades directivas y culturales, el dominio de otros idiomas y el uso de aparatos médicos de vanguardia.

Las estrategias de competitividad de los hospitales privados del CTMJ, además enfocarse en los atributos de calidad, educación y convenios de los hospitales con las aseguradoras, se pueden ver desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, para reconocer la dimensión global que tienen las acciones locales en materia de salud.

Se necesita comparar las propuestas de competitividad de los hospitales privados con acciones de las autoridades que incorporen en sus proyectos de inversión y de política pública las prácticas médicas internacionales. Es aquí donde las universidades que enseñan medicina en Jalisco necesitan adaptar su currículo a las necesidades actuales y a los cambios tecnológicos.

Considerando lo anterior, la calidad de la educación y el entrenamiento, así como la transferencia del conocimiento, son estrategias clave para el desarrollo del personal médico local y del sector del turismo médico, a lo que se debe sumar el financiamiento principalmente a través de seguros médicos privados. En muchos casos los médicos entrenados en Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido suelen ser un indicador importante de la competencia profesional (Turner, 2007) y es común resaltar sus perfiles en las páginas *web* de médicos.

La prestación de servicios médicos de tercer nivel podrá avanzar en la medida en que sea posible entrenar a los médicos de manera que se puedan alternar en situaciones de rutina y mejorar su desempeño en la atención médica. Además se puede legitimar su entrenamiento si las instituciones de salud donde trabajan adoptan parámetros de comparación de perfiles; más que "educandos", se requieren "entrenandos" (por ejemplo en universidades-hospital).

Otra estrategia para atraer turistas médicos son las alianzas de hospitales con universidades de reconocido prestigio a nivel mundial, y con aseguradoras que demandan altos estándares de calidad en los servicios médicos.

Como reflexión final, se puede argumentar que el turismo médico hoy en día es casi exclusivamente de la iniciativa priva-

da. Pese a ello, paradójicamente, es un sector que depende en buena medida del gobierno. Además es posible que no sólo tenga impactos en términos económicos para la propia industria, sino que también traiga beneficios al sistema de salud nacional y de Jalisco, e incluso podría convertirse en un tema de política binacional.

En futuras investigaciones sería interesante conocer si aumentará el número de mexicanos radicados en Estados Unidos que busquen atención médica en su país de origen, sobre todo en el caso de los millones de jubilados que en los próximos años pudieran retornar a México, y particularmente muchos de ellos al estado de Jalisco.

En nuevos trabajos se podría analizar el comportamiento de las compañías aseguradoras en Estados Unidos para conocer si en su agenda está presente la oferta de paquetes en que sus ciudadanos puedan elegir entre proveedores médicos estadounidenses, de otras naciones o mexicanos.

También se puede abundar en el tema del funcionamiento vital de los servicios médicos que es la mercadotecnia, enfocada en el mercado de mexicanos radicados en el vecino país del norte. Éstos podrían optar por los servicios médicos ofrecidos en México por afinidad cultural con el médico mexicano y el bajo costo de vida.

Así mismo, es posible también realizar estudios de caso para, con base en sus resultados, proponer un marco legal estandarizado que permita la integración de programas de cobertura de salud privada internacionales.

Es importante, en futuras investigaciones, avanzar en el estudio de las propuestas de reforma migratoria en relación con las problemáticas de salud de los connacionales indocumentados, puesto que la salud es un derecho humano protegido por instancias internacionales. Esto sobre todo porque muchas personas aplazan sus revisiones e intervenciones médicas debido a su condición migratoria en Estados Unidos.

En futuras investigaciones será importante aportar al debate sobre las cadenas mundiales de valor para encarar los desafíos de la participación de los proveedores locales de servicios de turismo médico, partiendo del enfoque de política pública. Ello considerando que a partir de los años dos mil crecieron servicios "incomercializables" como la contabilidad, los centros de llamadas y, desde luego, los procedimientos médicos.

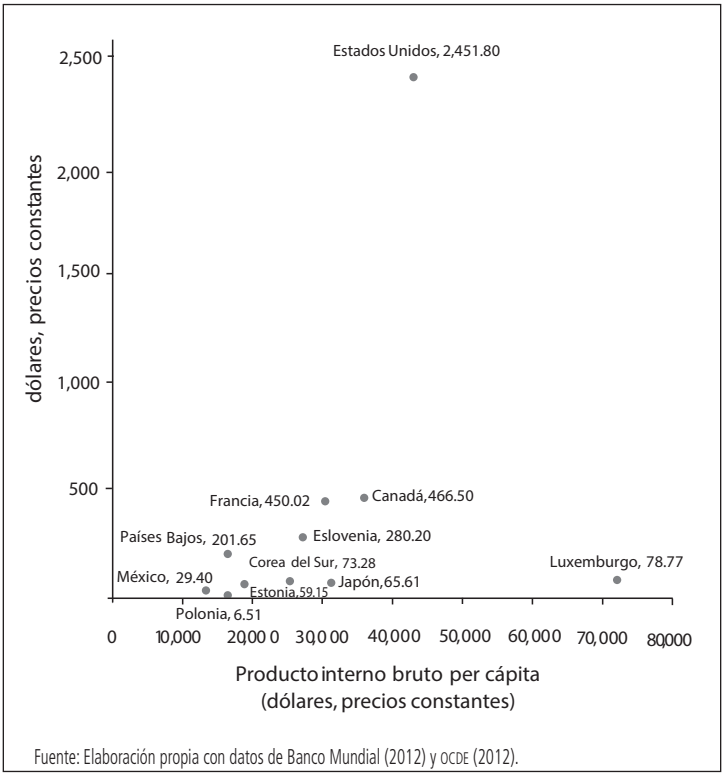
El panorama de la comercialización de servicios médicos es hoy en día más visible, pues el valor agregado de los servicios representó en 2010 el 70 por ciento del PIB mundial, y los servicios transfronterizos del ramo son la quinta parte del total del comercio internacional (WTO, 2012).

Desafortunadamente cuando las relaciones comerciales se dan entre países desarrollados y naciones en desarrollo, del valor añadido de los insumos intermedios sólo una fracción es para estos últimos porque la mayor parte de los beneficios son para las potencias económicas mundiales. Si el mercado nacional es grande, ello disfraza los pobres resultados de su comercio internacional. Ante esto, los países en desarrollo tienen la opción de apoyarse en los servicios que presten los líderes en tecnología de la información, procesos de conocimiento y procesos de negocios para obtener mayores ganancias (Gereffi y Fernández-Stark, 2010). Por ello es posible mirar hacia un mercado entre países en desarrollo y fomentar el turismo médico interno.

En particular, en otras investigaciones se podría proponer el análisis del papel que desempeña la cadena de servicios médicos turísticos. Específicamente, cómo responden los hospitales locales y los prestadores de servicios turísticos ante los procesos socioeconómicos, los avances tecnológicos y la deslocalización de los recursos humanos, laborales y financieros.

Anexos

1. Gastos de seguro privado per cápita *versus* PIB per cápita, 2008 (países seleccionados)



Fuente: Elaboración propia con datos de Banco Mundial (2012) y OCDE (2012).

2. GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

La siguiente guía de preguntas es parte del trabajo de investigación del proyecto FOMIX CONACYT-COECYT-COECYTJAL 2012-08-190662, a cargo de la Universidad de Guadalajara y del programa de Doctorado en Desarrollo Económico y Sectorial Estratégico de la Universidad Popular del Estado de Puebla.

El propósito principal de esta investigación es definir el contexto en el cual se formulan estrategias competitivas, a partir de los factores internos de la compañía como calidad internacional de los hospitales que conforman el Clúster Turismo Médico Jalisco, el desarrollo de las redes de seguros médicos internacionales y la articulación con las universidades locales.

1. ¿Conoce usted el porcentaje de pacientes extranjeros mexicanos y de origen diferente al mexicano que requirieron servicios médicos este año y el año pasado? ¿Qué servicios médicos consumieron?
2. ¿Cree que la infraestructura del CTMJ es adecuada para atender una posible demanda futura de turistas médicos?
3. ¿Existen proveedores importantes de equipo médico, de la industria farmacéutica y de servicios complementarios a los servicios médicos, como laboratorio de análisis, rayos X, etcétera?
4. ¿Cómo han apoyado los gobiernos federal y estatal el desarrollo del turismo médico?
5. ¿Considera que el CTMJ tiene la experiencia y los recursos para hacer frente a turistas médicos de diferentes países?
6. ¿Requiere el personal del CTMJ capacitación especial y específica?
7. ¿Cuenta el CTMJ con las instalaciones y atracciones para atender las necesidades de los turistas médicos?
8. ¿Es la falta de convenios con aseguradoras internacionales una barrera para el desarrollo del CTMJ?
9. ¿Conoce el modelo de SIMNSA y Meximed como Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) en México con licencia para vender seguros de grupo en California?

10. ¿Existen relaciones con clínicas y hospitales en Estados Unidos y con compañías aseguradoras (HMO o PPO)?
11. ¿Existe comunicación, intercambio de información o con los pacientes, hospitales y aseguradoras?
12. ¿Cuáles son los indicadores de calidad del hospital más sobresalientes en el último año?
13. ¿En su hospital, se toma en cuenta que la acreditación de la JCI y USMLE de los proveedores extranjeros es una estrategia para unirse a la red de proveedores de una compañía de seguros de países industrializados? (Sí o No) ¿Por qué?
14. ¿Considera que la tecnología médica es apropiada para atender una demanda de turistas médicos en el futuro?
15. ¿Considera eficientes los programas de residencia e intercambios al extranjero para dotar de recurso humano especializado a los hospitales privados?
16. ¿Cuál es el rol que juegan los facilitadores de turismo médico y sus acompañantes para el desarrollo del CTMJ?
17. ¿Cuáles son sus estrategias actuales como hospital dentro del CTMJ?

3. COMPARATIVO DE PRECIOS DEL CTMJ DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR ESPECIALIDAD (PORCENTAJE)

Procedimiento/ hospital	Lomas Providencia	San Javier	Bernardette	Real San José	México Americano	Puerta de Hierro Norte	Ángeles del Carmen
Lasik (ambos ojos)	---	---	---	---	---	1,610	---
Cirugía con Gamma Knife (neurocirugía)	---	n.d.	---	---	---	---	---
Mamoplastía (incluye implantes)	3,642	---	---	---	---	---	---
Aumento de senos (incluye implantes)	---	---	---	6,254	---	---	---
Reemplazo total de cadera (incluye prótesis)	---	---	---	13,656	---	10,000	---
Reemplazo total de rodilla (incluye prótesis	---	---	---	10,400	---	11,000	---
Implantación de válvula aórtica	---	---	---	---	21,000	---	---
Tratamiento del cáncer de próstata sin cirugía	---	---	---	---	---	17,250	---
Cirugía del corazón con bomba *bypass*	---	---	---	---	---	---	25,600

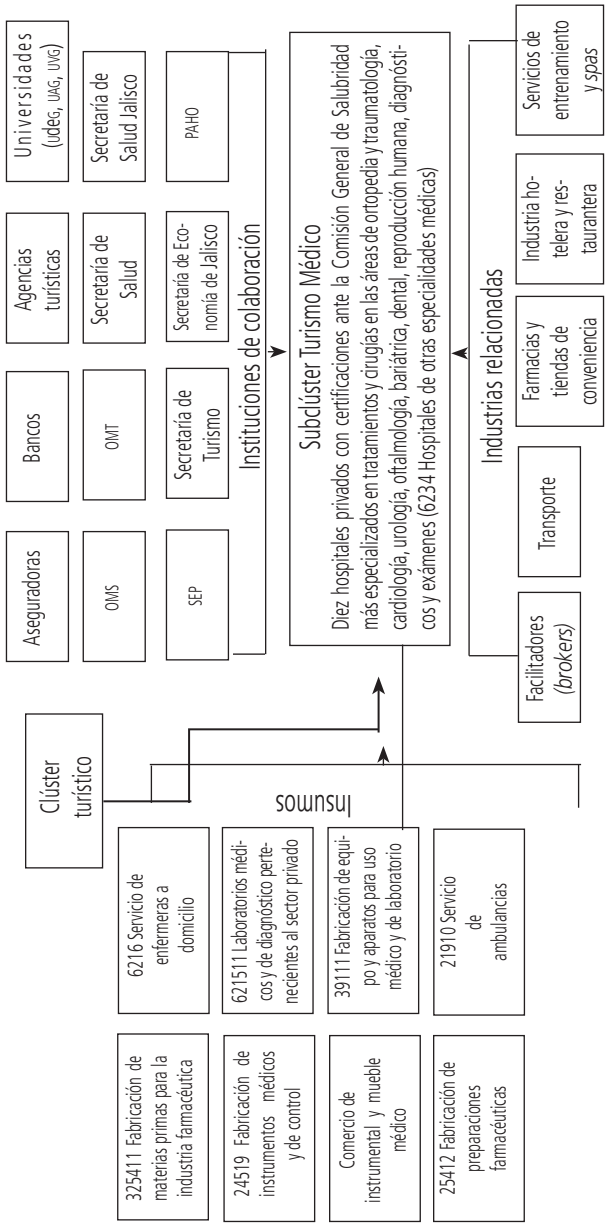
Fuente: http://www.medicaltourismjalisco.com (mayo de 2012).

4. Precios publicados en turismo médico de países seleccionados
(dólares de julio de 2011)

Procedimiento	México	Estados Unidos	Reino Unido	Singapur	India	Polonia	Tailandia
Corazón *bypass* (CABG)	3,250	113,000	13,921	20,000	10,000	13,000	3,250
Reemplazo de válvula	18,000	150,000		13,000	9,500	11,000	18,000
Angioplastia	15,000	47,000	8,000	13,000	11,000	7,300	10,000
Reemplazo de cadera	17,300	47,000	12,000	11,000	9,000	6,120	12,000
Reemplazo de rodilla	14,650	48,000	10,162	13,000	8,500	6,375	10,000
Bypass gástrico	8,000	35,000	---	20,000	11,000	11,069	15,000
Estiramiento facial	12,500	47,000	---	12,000	8,250	7,905	10,000
Implantes de mama	2,500	6,000	4,350	8,000	2,200	5,243	2,600
Rinoplastia	3,200	4,500	3,500	4,375	2,000	1,700	2,500
Implante dental	950	1,188	1,600	1,500	1,100	953	1,429

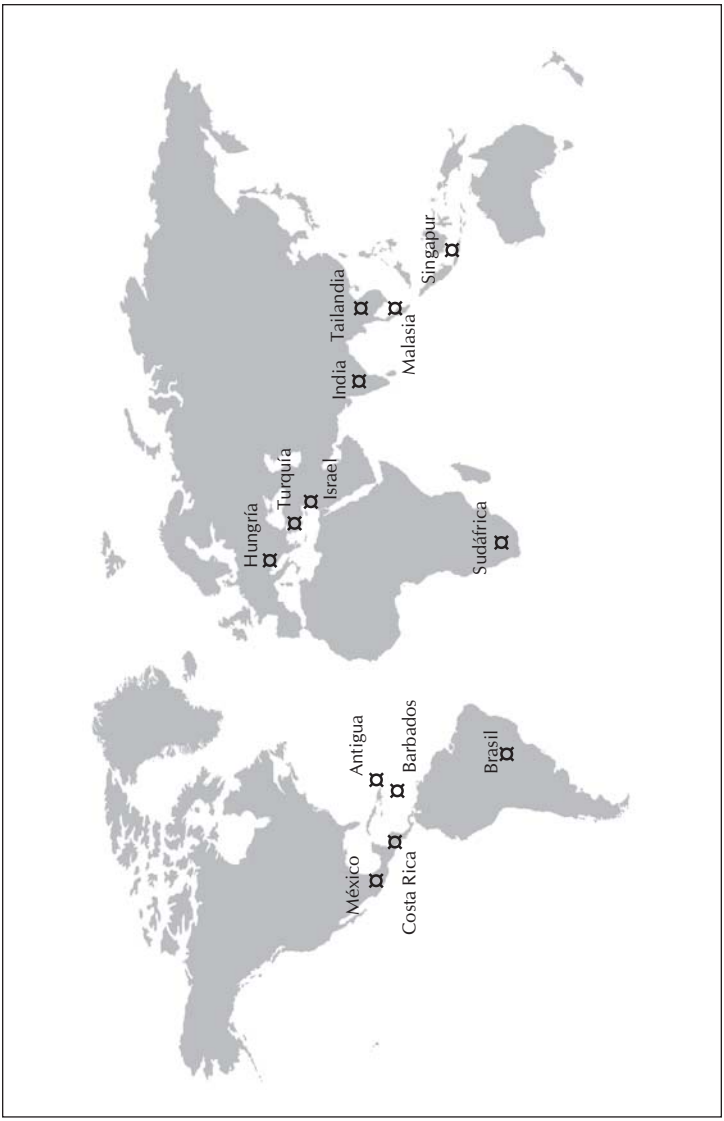
Fuente: Lunt *et al.* (2013).

5. MAPA DEL SUBCLÚSTER TURISMO MÉDICO JALISCO



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y http://www.medicaltourismjalisco.com

6. Mapa de los destinos turísticos del mundo



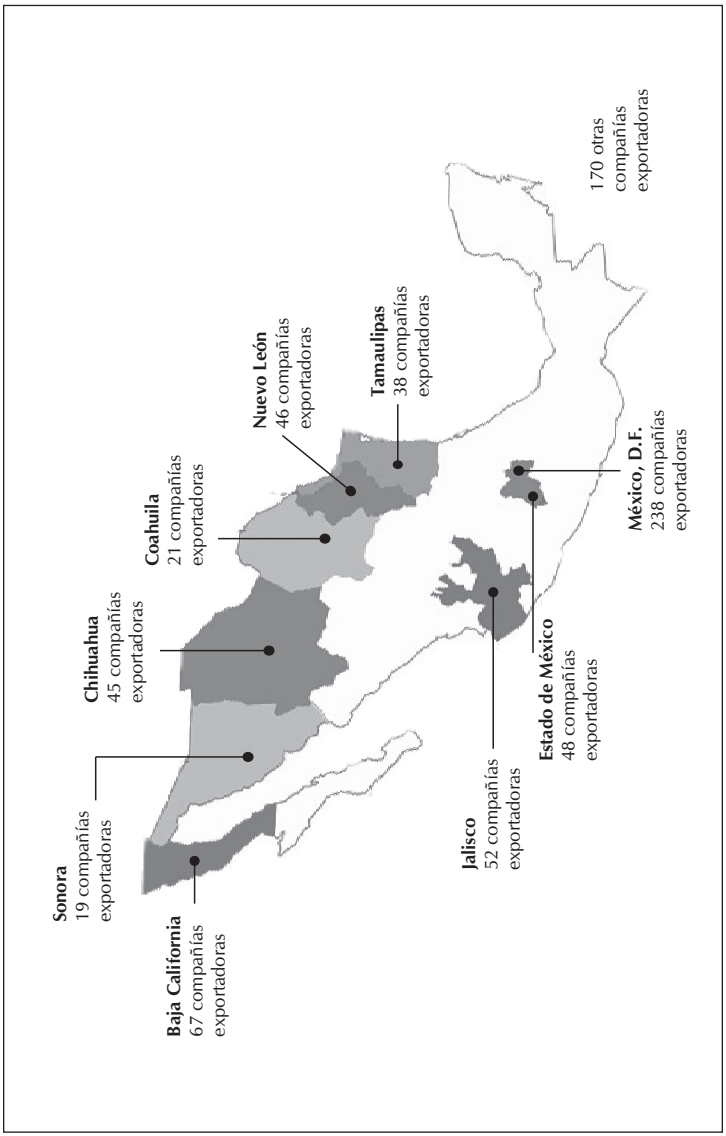
Fuentes: Onlinemedicaltourism.com http://ww1.prweb.com/prfiles/2014/04/06/11739228/omt_infographics.jpg

7. CLASIFICACIÓN DE PAÍSES ESTIMANDO EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ESTÉTICOS Y COSMÉTICOS, 2013

País	Párpado	%	Cirugía de nariz	%	Estiramiento facial	%	Posbariátrica	%	Aumento de senos	%	Abdomi-noplastía	%	Total procedimientos quirúrgicos	%
Estados Unidos	124,684	9	45,998	5	83,102	14	53,786	18	313,703	18	119,961	14	1,452,356	13
Brasil	116,849	8	77,224	8	78,045	13	50,461	17	226,090	13	129,601	15	1,491,721	13
México	44,454	3	50,437	5	27,900	5	7,735	3	57,691	3	47,120	6	486,499	4
Alemania	48,675	4	30,872	3	16,867	3	8,213	3	55,160	3	19,554	2	343,479	3
España	21,242	2	10,946	1	8,666	1	4,964	2	38,820	2	13,141	2	213,297	2
Colombia	24,396	2	24,919	3	11,305	2	5,976	2	44,403	3	28,215	3	291,954	3
Italia	27,952	2	15,200	2	8,472	1	7,104	2	26,520	1	9,760	1	182,680	2
Venezuela	21,322	2	14919	2	8,853	2	5,930	2	38,500	2	20,668	2	231,742	2
Argentina	9,667	1	9,549	1	7,346	1	1,381	0	19,678	1	11,118	1	120,652	1
Irán	7,571	1	37,423	4	3,032	1	1,140	0	8,630	0	7,954	1	118,079	1
Total mundial	1,379,263		954,423		581,193		292,442		1,773,584		838,864		11,599,336	

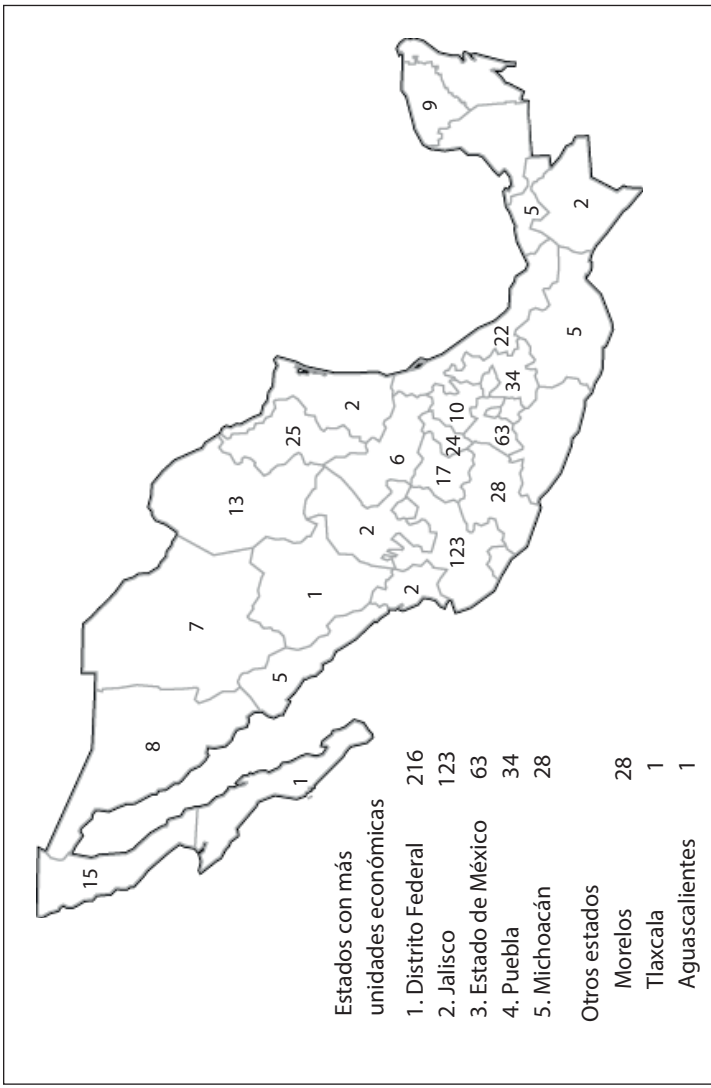
Fuente: International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2013).

8. Manufacturas en México de aparatos médicos



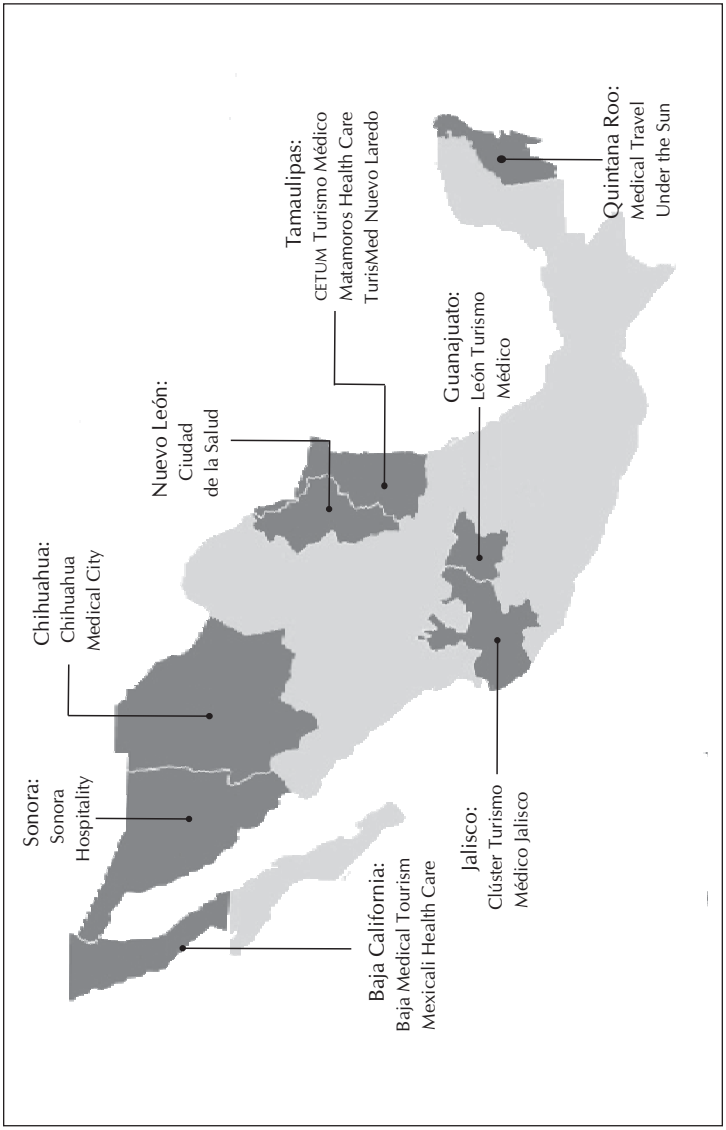
Fuente: Secretaría de Economía. Véase http://geo-mexico.com/?tag=tourism&paged=2

9. UNIDADES ECONÓMICAS DE MÉXICO ESPECIALIZADAS EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Fuente: Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE).

10. Clústeres de salud en México



Fuente: Consejo de Promoción Turística de México.

11. HOSPITALES DE LOS PRINCIPALES CLÚSTERES

Tijuana, Baja California
SIMNSA
Centro Médico Excel
Hospital Ángeles de Tijuana
Codet Vision Institute
Vita Spa Tijuana
Protegencell
Cosmed
Serena Senior Care
Hospital y Centro Médico del Prado

Mexicali, Baja California
Almater
Hospital de la Familia
Hospital Hispano Americano
Hospital de la Mujer

Chihuahua, Chihuahua
CIMA Chihuahua
Clínica Cumbres
Centro Oncológico de Chihuahua

Ciudad Juárez, Chihuahua
Hospital Ángeles Ciudad Juárez
Star Médica Ciudad Juárez

México, Distrito Federal
Médica Sur
Centro Médico ABC
Hospital Ángeles del Pedregal
Hospital Español

León, Guanajuato
Clínica Cer
Hospital Siena
Grupo V.O
Hospital Ángeles León
Hospital Aranda de la Parra
Hospital de la Luz
Quality Dent
Médica Campestre

Monterrey, Nuevo León
CIMA Monterrey
Hospital San José Tec Salud
Grupo Christus Muguerza
Hospital Ginequito
OCA Hospital
Hospital Universitario de Nuevo León
Clínica Cuauhtémoc y Famosa (CCYF) (FEMSA)
Doctors Hospital
Servicios Integrales Nova de Monterrey

San Pedro Garza García, Nuevo León
Hospital Zambrano Hellion

Montemorelos, Nuevo León
Hospital La Carlota

Cancún, Quintana Roo
Hospital Galenia
Hospiten
Costamed
Amerimed Hospital Cancún

Hermosillo, Sonora
Sonora Hospitality

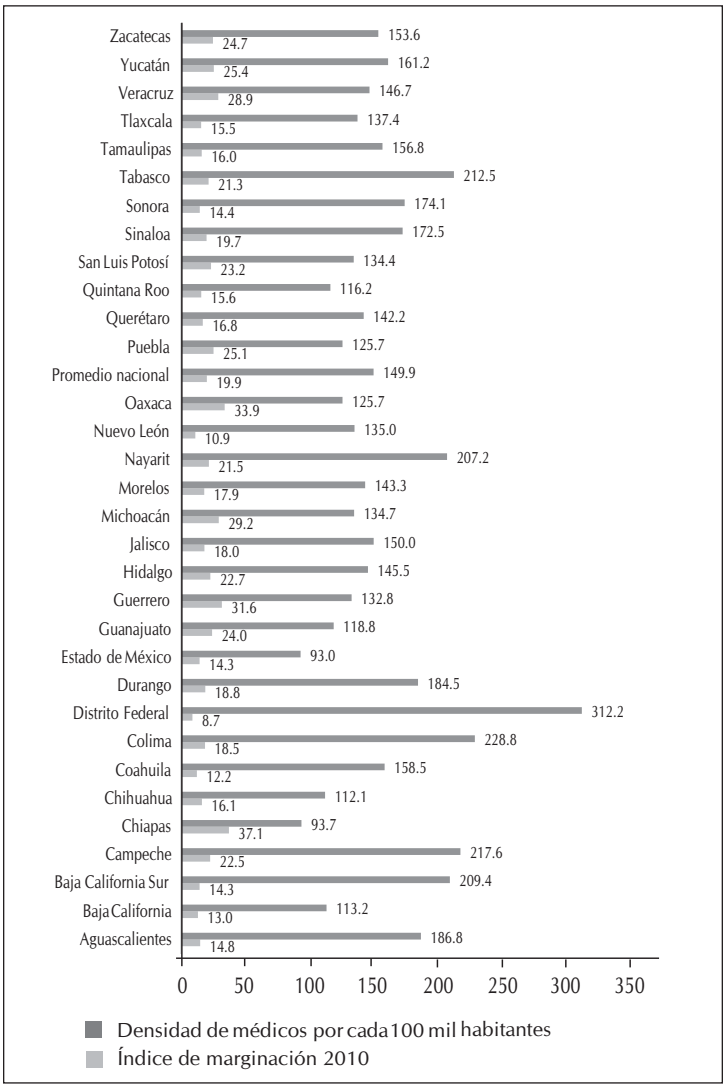
Matamoros, Tamaulipas
Hospital San Charbel Matamoros
Hospital Centro de Especialidades Médico Quirúrgicas
Hospital del Valle Matamoros
Centro Médico Internacional

Reynosa, Tamaulipas
Hospital Regional del Río

Nuevo Laredo, Tamaulipas
Hospital Santander
Hospital de Especialidades
San Ángel Hospital
Hospital México Americano
Clínica Maternidad La Fe
Hospital San José Nuevo Laredo

Fuente: Portales de internet.

12. Índice de marginación (2010) y densidad de médicos por cada 100 mil habitantes (2008 y 2010) por entidad



Fuente: Elaboración propia con datos del Conapo y de los censos nacionales de población y vivenda de 2000 y 2010.

13. INDICADORES DE RECURSOS MATERIALES POR ENTIDAD FEDERATIVA, ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES, 2013

Entidad federativa	Quirófanos (salas)	Escáneres tomografía axial computarizada	Unidades de imagen resonancia magnética	Consultorios	Camas censables	Camas no censables	Equipos de rayos X (móvil o fijo)	Equipos de radioterapia
Estado de México	630	26	11	2 017	4 002	712	167	11
Distrito Federal	599	44	23	1 996	4 869	1 454	253	11
Jalisco	431	25	14	725	3 063	957	151	2
Baja California	258	6	4	479	1 382	535	50	4
Puebla	249	14	14	513	1 945	445	73	3
Nuevo León	243	28	22	660	2 069	1 002	192	11
Michoacán	226	11	5	543	1 748	252	104	4
Veracruz	206	10	5	439	1 369	339	72	3
Guerrero	134	4	2	408	800	151	33	1
Oaxaca	132	3	1	411	776	74	34	1
Hidalgo	129	5	1	339	759	179	36	0
Chihuahua	126	7	11	611	1 118	449	66	4
Querétaro	116	6	5	427	774	413	21	1
Sinaloa	109	7	3	175	646	214	34	1
Tamaulipas	102	11	3	292	737	189	51	1
Sonora	90	7	3	188	602	202	47	1
Chiapas	89	1	2	195	631	153	15	0
San Luis Potosí	87	8	5	182	675	314	44	3
Morelos	85	3	0	174	442	141	22	0

Coahuila	71	9	5	488	650	273	45	0
Tabasco	71	1	2	205	433	88	25	0
Tlaxcala	60	1	---	120	267	78	14	0
Aguascalientes	56	3	2	93	387	130	28	0
Durango	54	3	1	76	303	30	16	0
Quintana Roo	54	9	33	199	316	137	31	0
Yucatán	50	2	3	97	407	204	19	0
Zacatecas	49	2	4	205	413	79	21	0
Colima	27	3	0	74	157	30	12	0
Nayarit	18	2	1	48	108	22	5	0
Baja California Sur	17	3	4	62	90	47	14	0
Campeche	15	---	1	104	103	14	11	0

Fuente: INEGI, Estadística de establecimientos particulares de salud 2013.

14. GASTO EN SALUD PÚBLICA POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2011

Entidad federativa	Gasto público total en salud (miles de pesos)	Porcentaje gasto público en salud		Porcentaje gasto federal en salud	Porcentaje gasto estatal en salud	Gasto público en salud per cápita (miles de pesos)	Participación porcentual del gasto público en salud del PIB
		Con seguridad	Sin seguridad				
México	436,946,934.40	56	44	38	6	4	3.00
Distrito Federal	84,781,416.00	72	28	22	6	9.58	3.60
Estado de México	41,849,617.30	42	58	50	7	2.75	3.20
Jalisco	26,645,935.90	64	36	29	7	3.74	3.10
Veracruz	25,855,180.60	50	50	42	7	3.54	4.00
Nuevo León	18,139,966.70	79	21	19	2	3.98	1.70
Guanajuato	16,798,990.10	46	54	49	5	3.3	3.10
Puebla	15,386,022.70	47	53	51	2	2.67	3.30
Chiapas	13,617,143.50	23	77	72	5	2.96	5.30
Chihuahua	13,577,948.70	61	39	29	10	3.93	3.30
Tamaulipas	13,371,138.90	59	41	35	6	4.09	3.20
Baja California	12,711,143.00	65	35	23	12	3.81	3.40
Michoacán	11,788,510.60	47	53	51	2	3	3.60
Oaxaca	11,507,998.90	27	73	68	5	3.25	5.30
Tabasco	10,729,502.70	38	62	41	21	5.18	2.10
Sinaloa	10,556,827.40	61	39	33	6	3.97	3.60
Coahuila	10,446,577.30	76	24	21	3	3.9	2.50
Sonora	10,252,129.00	65	35	27	7	4.01	2.90

Guerrero	10,238,396.90	36	64	62	3	3.27	5.00
Yucatán	8,496,858.20	60	40	36	3	4.31	4.40
San Luis Potosí	8,408,657.90	47	53	47	6	3.36	3.30
Hidalgo	7,964,142.60	38	62	60	1	3.26	3.70
Durango	6,726,465.70	57	43	41	2	4.31	3.90
Morelos	6,186,851.60	56	44	41	4	3.64	4.10
Querétaro	5,552,722.80	52	48	44	4	3.12	2.20
Quintana Roo	5,442,360.90	59	41	32	10	3.86	2.80
Zacatecas	5,028,048.60	42	58	54	4	3.66	4.00
Aguascalientes	4,972,673.60	61	39	35	4	4.23	3.40
Campeche	4,545,574.20	47	53	39	14	5.58	0.60
Nayarit	4,206,419.30	49	51	46	5	4.32	5.10
Tlaxcala	4,162,090.10	37	63	56	7	3.57	5.70
Baja California Sur	3,903,685.20	66	34	26	8	6.58	4.80
Colima	3,095,937.40	55	45	44	0	5.03	4.00

Fuente: INEGI, Anuario de estadísticas por entidad federativa (2012).

15. INDICADORES DEL GASTO EN SALUD, REGIONES Y PAÍSES, 2011

Región/país	Gasto en salud				
	Per cápita (dólares)	Gasto público como porcentaje del PIB	Porcentaje gasto público	Porcentaje gasto de bolsillo	Porcentaje mayores de 65 años
Asia Oriental y el Pacífico	336	6.8	67.6	72.9	8.6
Europa y Asia Central	2,370	9.6	75.4	74.8	14.5
Unión Europea	3,551	10.2	50.3	70.9	17.6
América Latina y el Caribe	730	7.6	59.3	74.4	7.0
Miembros de la OCDE	4,607	12.3	61.4	62.8	14.9
África al Sur del Sahara	95	6.5	45.1	67.0	3.2
México	620	6.2	49.4	92.0	6.5
Estados Unidos	8,608	17.9	45.9	20.9	13.3

Fuente: Elaboración propia con datos de Banco Mundial (2012) y de la OCDE (2013a).

Referencias

African Development Bank (2013). The growth of international trade in health services: Export prospects in North Africa. Economic brief. Recuperado de http://www.afdb.org

Albo, A. & Ordaz, H. (2011). La migración mexicana hacia los Estados Unidos: una breve radiografía. BBVA Research. Documentos de trabajo, 11/05, 1-15. Recuperado de http://www.bbvaresearch.com/KETD/fbin/mult/WP_1105_Mexico_tcm346-246701.pdf?ts=1212012

Alkhenizan, A. & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine,* 31(4), 407-416. doi: 10.4103/0256-4947.83204.

American Community Survey (ACS) (2010). Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS). University of Minnesota.

Amin, I. (2008). *Retiring in a foreign land: Health care issues of US retirees in Mexico.* Ph.D. dissertation, University of North Texas. Recuperado de http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc9801/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf

Andersen, R., Yu, H., Wyn, R., Davidson, P., Brown, E. & Teleki, S. (2002). Access to medical care for low-income persons: How do communities make a difference? *Medical Care Research and Review,* 59(4), 384–411.

Angel, R. & Angel, J. (2007). The health care safety net for hispanics (263-279). En Angel, R. & Angel, J. (eds.), *The health of aging hispanics. The Mexican-origin population.* New York: Spring Street.

Arredondo, J. (1998). The case of the Mexico-United States border area. En UNCTAD-WHO joint publication international trade in health services. A development perspective. Geneva: UNCTAD-WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/unctad_itcd_tsb_5_partII.pdf

Arredondo, J. (1999). *The use of Mexican private medical services by American nationals in the border city of Tijuana: An appraisal of Mexico's comparative advantages over the United States of America.* Ph.D. Dissertation, University of London.

Ascencio, M. (2013, 29 de julio). Frenan certificación de turismo médico. *Tribuna de la Bahía.* Recuperado de http://www.tribunadelabahia.com.mx/noticiasdepuertovallarta/index.cfm?op=por2&recordID=63874&seccion=Cash&tit=Frenan%20certificación%20en%20turismo%20médico

Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) (2013). ASEAN mutual recognition arrangement. Recuperado de http://www.asean.org/

Balluz, L. S., Okoro, C. A. & Strine, T. W. (2004). Access to healthcare and preventive services among hispanics and non-hispanic-United States, 2001-2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), 64(2).

Banco Mundial (2012). Indicadores del desarrollo mundial. Recuperado de http://databank.bancomundial.org/data

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.

Basu, P. (2004). My own island home. The Orkney homecoming. *Journal of Material Culture*, 9, 27-42.

Bekele, G. & Jackson, R. (2006). Theoretical perspectives on

industry clusters. Morgan Town: Regional Research Institute, West Virginia University. Research paper 2006-5.

Bergad, L. & Klein, H. (2010). *Hispanics in the United States: A demographic, social, and economic history 1980-2005.* Cambridge: Cambridge University Press.

Bitektine, A. (2008). *Prospective case studies qualitative method and deductive theory.* Montreal: McGill University.

Bizberg, I. (2010). Las transformaciones de las políticas de salud en el área de América del Norte. En Torres, B., *La integración de Norte América.* México: El Colegio de México, UNAM.

Black, T. (2008). Mexico gets medical tourists as health net sends U.S. patients. Bloomberg. Recuperado de http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=newsarchive&sid=aFXAEi5eek5I&refer=asia

Blanke, J., Chiesa, T. & Trujillo, E. (2011). The travel and tourism competitiveness report 2011. Beyond the downturn, World Economic Forum. Recuperado de http://www.google.com.mxl?gws_rd=ss|#q=the+travel+and+tourism+competitiveness+report+2011

Bloomberg (2014). Most efficient health care 2014: Countries. Bloomberg Visual data: Bloomberg Best (worst). Recuperado de http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries

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.), I*nternational trade in health services and the* GATS. Washington, D.C.: The World Bank.

Bookman, M. & Bookman, K. (2007). *Medical tourism in developing countries.* Basingstoke: Palgrave Macmillan. Recuperado de http://staff.guilan.ac.ir/staff/users/babaee/fckeditor_repo/file/Medical%20Tourism%20In%20Developing%20Countries.pdf

Brachet-Márquez, V. (2010). Seguridad social y desigualdad, 1910-2010 (181-209). En Cortés, F. y Oliveira, O. de (coords.), *Los grandes problemas de México.* México: El Colegio de México.

Brown, A. & Patten, E. (2011). Hispanics of Mexican origin in the United States. Statistical profile. Pew Hispanic Center. Recuperado de http://www.pewhispanic.org/files/2013/06/MexicanFactsheet.pdf

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.

Caffarini, K. (2008, 7 de julio). AMA: Guidelines target safety of medical tourists. Recuperado de http://www.amednews.com/article/20080707/profession/307079957/7/

Carrera, P. & Bridges, J. (2006). Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6, 447-454.

Center for Disease Control and Prevention (s.f.). Medical tourism —Getting medical care in another country. Recuperado de http://www.cdc.gov/Features/MedicalTourism/

Centro de Estudios Migratorios-Secretaría de Gobernación (2013). Unidad de Política Migratoria, Segob, con base en información del INM registrada en los puntos de internación a México.

Chavez, L., Cornelius, W. & Jones, O. (1985). Mexican immigrants and the utilization of U.S. health services: The case of San Diego. *Social Science & Medicine,* 21(1), 93-102.

Chee, H. (2010). Medical tourism and the statein Malaysia and Singapore. *Global Social Policy,* 10(3), 336–357. Recuperado de http://www.academia.edu/3841655/Medical_tourism_and_the_state_in_Malaysia_and_Singapore

Chelliah, S., Krishnan, T. & Saravanan, M. (2013). Medical tourism research: The direction for future researchers.

Proceedings of International Conference on Business Management & IS, North America. Recuperado de http://www.newhealth.in/ojs/index.php/ICBMIS/article/view/74

Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. *GSBejournal.* En línea.

Coles, T. & Timothy, D. (2004). My field is the world. En Coles, T. & Timothy, D. (eds.), *Tourism, diasporas and space* (1-29). London: Routledge.

Colombo, F. & Tapay, N. (2004). Private health insurances in OECD countries. OECD Health Working Papers. Recuperado de http://www.oecd.org/els/health-systems/3369043.pdf

Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management,* 27, 1093-1100.

Connell, J. (2011). *Medical tourism.* Wallingford: CABI.

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management,* 34, 1-13.

Consejo Estatal de Población (Coepo) (2012). Jalisco en el lugar decimotercero del índice de intensidad migratoria. Recuperado de http://coepojalisco.blogspot.mx/2012/01/jalisco-en-el-lugar-decimotercero-del.html

Consejo Nacional de Población (Conapo) (2010). *Índice de intensidad migratoria México-Estados Unidos, 2010.* México: Conapo.

Cory, M. & Mathiesen, S. (2006). The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *Journal Immigrant Health,* 9, 125-136, doi: 10.1007/s10903-006-9017-7.

Crooks, V., Kingsbury, P., Snyder, J. & Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research,* 10, 266.

Cruz, A. (2008, 7 de junio). Plantean la creación de seguro médico para migrantes en EU. *La Jornada.* Recuperado de

http://www.jornada.unam.mx/2008/06/07/index.php?section=sociedad&article=032n1soc

Daley, E. (2007). Medicare in Mexico: Innovating for fairness and cost savings. Survey findings. En Warner, D. (coord.), *Policy Research Project.* Report number 156. Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, Austin, Texas.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D. & Schoen, C. (2014). *Mirror, mirror on the wall. How the performance of the U.S. health care system compares internationally.* The Commonwealth Fund.

Deloitte Center for Health Solutions (2009). Medical tourism: Update and implications. Recuperado de http://www.deloitte.com/assets/Dcom-united-States/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy(3).pdf

Deloitte Center for Health Solutions (2011). 2011 Survey of Health Care Consumers in Mexico. Key findings, strategic implications. Recuperado de http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/life-sciences-health-care/mx%28es-mx%29Mexico2011HelathCareSurvey.pdf

Deloitte Center for Health Solutions (2014). *2014 Global health care outlook shared challenges, shared opportunities.* Recuperado de https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf

DeNavas-Walt, C., Bernadette, D. & Smith, J. (2010). *Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2009.* Census Bureau, current population reports, 60-238. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Dirección General de Evaluación del Desempeño-Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los SESA (2008). *Reporte situacional 2008.* México: DGED-Secretaría de Salud.

DuBard, C. A. & Massing, M. W. (2007). Trends in emergency Medicaid expenditures for recent undocumented immigrants. *JAMA*, 297(10), 1085-1092.

Economist Intelligence Unit (2011). *Traveling for health. The potential for medical tourism.* London: Economics Intelligence Unit.

Edelheit, J. (2008). Defining medical tourism or not? *Medical Tourism Magazine,* 5, 9-10.

Ehrbeck, T., Guevara, C. & Mango, P. (2008). Mapping the market for medical travel. McKinsey & Company. *The McKinsey Quarterly,* May, pp. 4-5.

Ellis, S., Johnston, K., Puczkó, L. & Smith, M. (2011). Wellness tourism and medical tourism: Where do spas fit? Global Spa Summit LLC. Recuperado de http://www.globalspaandwellnesssummit.org/images/stories/pdf/spas_wellness_medical_tourism_report_final.pdf

Elms, D. & Low, P. (2013). Low global value chains in a changing world. Fung Global Institute (FGI), Nanyang Technological University (NTU), World Trade Organization (WTO). Recuperado de http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/aid4tradeglobalvalue13_intro_e.pdf

Enderwick, P. & Nagar, S. (2011). The competitive challenge of emerging markets: The case of medical tourism. *International Journal of Emerging Markets,* 6(4), 329-350.

Escobar, M. (2013). *Diálogo binacional sobre migrantes mexicanos en Estados Unidos y México.* México: CIESAS, Georgetown University.

Express Health Care (s.f.). Apollo pulls up an ACE. Recuperado de http://healthcare.financialexpress.com/201009/strategy01.shtml

Firman, A. & Wang, Y. (2011). A strategic planning to develop medical travel industry in Indonesia. Recuperado de http://www.wbiconpro.com/447-Afrizal.pdf

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa.* Madrid: Sage.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberb, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S.,

Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet,* 376, 1923-1958.

Gakidou, E., Lozano, R., Gonzalez-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J., Bryson-Cahn, C., Feehan, D., Lee, D., Hernandez-Llamas H. & Murray, C. (2006). Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: An interim report card. *The Lancet,* 368, 1920-1935.

Gan, N. & Oviedo, L. (2013). *Medical tourism: A SWOT analysis of Mexico and the Philippines.* Department of Economics, Finance, and Decision Sciences, The University of North Caroline at Pembroque.

García, A. (2011, 20 de mayo). Crean en Jalisco clúster de turismo médico para atraer extranjeros. *El Informador.* Recuperado de http://www.informador.com.mx/jalisco/2011/293895/6/crean-en-jalisco-cluster-de-turismo-medico-para-atraer-extranjeros.htm

Gereffi, G. & Fernadez-Stark, K. (2010). The offshore services global value chain. Mimeo.

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research.* Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Glinos, I., Baeten, R., Helbe, M. & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), 1145-1155.

Goldman, N., Kimbro, R., Turra, C. & Pebley, A. (2006). Socioeconomic gradients in health for white and Mexican-origin populations. *American Journal of Public Health*, 96(12), 2186-2193.

Gómez, O., Sesma, S., Becerril, S., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública México,* 53(2), 220-232. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625

Gonzalez-Barrera, A., Lopez, M., Passel, J. & Taylor, P. (2013).

A demographic portrait of Mexican-origin hispanics in the United States. Washington, DC: Pew Hispanic Center.

Gonzalez-Barrera, A., Passel, J. & Taylor, P. (2013). *The path not taken: Two-thirds of legal Mexican immigrants are not U.S. citizens.* Washington, DC: Pew Hispanic Center.

González, S. (2014, 31 de agosto). El primer semestre, el peor en 14 años en captar nuevas inversiones. *La Jornada.* Recuperado de http://www.jornada.unam.mx/2014/08/31/economia/023n1eco

Government Accountability Office (GAO) (1997). Medicare: Fewer and lower cost beneficiaries with chronic conditions enroll in HMOs. Letter Report, 08/18/97, GAO/HEHS-97-160. Recuperado de http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/GAOREPORTS-HEHS-97-160/html/GAOREPORTS-HEHS-97-160.htm

Gubernskaya, Z. (2012). Nativity, age at migration and self-rated health trajectories after age 50: Evidence from the HRS. Recuperado de http://paa2013.princeton.edu/papers/132557

Hall, M. (2013). Medical and health tourism. The development and implications of medical mobility. En Hall, M. (ed.), M*edical tourism. The ethics, regulation, and marketing of health mobility* (4-27). London, New York: Routledge.

Harryono, M., Huang, Y. F., Miyazawa, K. & Sethaput, V. (2006). Thailand medical tourism cluster. Students Projects. Harvard Business School.

Health Harbor (s.f.). Health insurance types: HMO, POS, PPO. Recuperado de http://healthharbor.com/health-insurance-101/plan-types

Health Metrics and Evaluation (IHME) (2013, julio). The state of US health: Innovations, insights, and recommendations from the global burden of disease study. *The Journal of the American Medical Association.* Recuperado de http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/fi-

les/policy_report/2013/IHME_GBD_US_FINAL_PRINTED%20070513.pdf

Health Metrics and Evaluation (IHME) (2012). The global burden of disease study 2010. Recuperado de www.healthmetricsandevaluation.org/gbd

Health Net (2001, 5 de abril). Health net of California expands initiative to increase Latino access to health care. Recuperado de http://newsroom.healthnet.com/press-release/health-net-california-expands-initiative-increase-latino-access-health-care

Heavey, S. (2013, 29 de mayo). Immigrants are net contributors to U.S. Medicare program: Study. Reuters. Recuperado de http://www.reuters.com/article/2013/05/29/us-usa-immigration-health-idUSBRE94S1GB20130529

Heung, V., Kucukusta, D. & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing,* 27(3), 236-251.

Heung, V., Kucukusta, D. & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32(5), 995-1005.

Holahan, J. & Chen, V. (2011). *Changes in health insurance in the great recession, 2007-2010* (1-19). The Urban Institute. USA: Kaiser Family Foundation. Recuperado de http://www.kff.org/uninsured/upload/8264.pdf.

Homedes, N. & Ugalde, A. (2003). Globalization and health at the United States–Mexico border. *American Journal of Public Health*, 93(12), 2016-2022.

Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V. & Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31, 185-198.

Horowitz, M., Rosensweig, J. & Jones, C. (2007). Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33-42.

Horton, S. & Cole, S. (2011). Medical returns: Seeking health

care in Mexico. *Social Science & Medicine*, 72(11), 1846-1852.

Hsieh, F., Lee, C. & Ho, J. (2012). Strategy and process of value creation and appropriation in service clusters. *Technovation,* 32, 430-439. Recuperado de http://www.econbiz.de/Record/strategy-and-process-of-value-creation-and-appropriation-in-service-clusters-hsieh-feng/10009983686

Hubbard, G., Cogan, J. F. & Kessler, D. P. (2005). *Healthy, and wise: Five steps to a better health care system.* Washington: AEI Press, Hoover Institution.

Idler, E. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior,* 38, 21-37.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm.* Washington, D.C.: National Academy Press.

Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). Índice de Competitividad Estatal 2012. Recuperado de http://imco.org.mx/indice_de_competitividad_estatal_2012/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2009). *Anuario de estadísticas por entidad federativa 2009.* Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2009/aepef09.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2011). *Anuario de estadísticas por entidad federativa 2011.* Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2012/Aepef2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012a). *Anuario de estadísticas por entidad federativa 2012.* Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2012/Aepef2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012b). *Estadísticas de salud en establecimientos particulares.* Recu-

perado de http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabtema.aspx?s=est&c=28915

Instituto Nacional de Migración (INM) (2011). Series históricas. Recuperado de http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Series_Historicas

International Medical Travel Exhibition and Conference (IMTEC) (2013). Medical Tourism Climate Survey 2013. Recuperado de www.imtj.com

International Medical Travel Journal (IMTJ) (2011). Mexico: Mixed messages on Mexican medical tourism. Recuperado de http://www.imtj.com/news/?EntryId82=292842

International Medical Travel Journal (IMTJ) (2014). Alemania: ventas de turismo de la salud por delante. Recuperado de http://www.imtj.com/news/?entryid82=437561#sthash.6rS0PU0v.dpuf

International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) (2013). Procedures performed in 2013. Recuperado de http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf

IPK International & ITB Berlin World Travel Monitor (2011). *ITB world travel trends report 2012/2013*. Recuperado de http://sete.gr/_fileuploads/entries/Online%20library/GR/121213_ITB%20World%20Travel%20Trends%20Report%202012_2013.pdf

Jackson Healthcare, LLC (2012a). *A tough time for physicians: 2012 medical practice & attitude report*. Recuperado de http://www.jacksonhealthcare.com

Jackson Healthcare, LLC (2012b). Survey finds one-third of doctors to leave medicine within next decade. *Medical Tourism Magazine Newsletter*, 85. Recuperado de www.medicaltourismmag.com

Jacob, S. (2013). Why international medical tourism is growing? *D Magazine*. Recuperado de http://www.dmagazine.com/publications/d-magazine/2013/special-report-collin-

county-medical-directory/why-international-medical-tourism-is-growing

Jagyasi, P. (2008). Defining medical tourism. Another approach. *Medical Tourism Magazine,* 6, 9-11.

Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R. & Smith, J. P. (2004). Immigrant health: Selectivity and acculturation. En Anderson, N. B., Bulatao, R. A. & Cohen, B. (eds.), *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life* (227-266). Washington, D.C.: The National Academies Press.

Jenner, E. (2008). Unsettled borders of care: Medical tourism as a new dimension in America's health care crisis. *Research in the Sociology of Health Care,* 26, 235-249.

Johnston, R., Crooks, V., Snyder, J., Adams, K. M. & Kingsbury, P. (2011). An industry perspective on Canadian patients' involvement in medical tourism: Implications for public health. *BMC Public Health,* 11, 146.

Johnston, R., Crooks, V., Snyder, J. & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9, 24.

Jones, R. (2006). *Managing and leading in the allied health professions (Allied health professions - Essential guides).* Oxford: Radcliffe Publishing.

Kangas, B. (2007). Hope from abroad in the international medical travel of Yemeni patients. *Anthropology and Medicine,* 14, 293-305.

Kangas, B. (2010). Traveling for medical care in a global world. *Medical Anthropology,* 29, 344-362.

Kaplinsky, R. & Farooki, F. (2011). What are the implications for global value chains when the market shifts from the North to the South. En Staritz, C., Gereffi, G. & Cattaneo, O. (eds.), *Shifting end markets and upgrading prospects in global value chains. Special issue, International Journal of Technological Learning, Innovation and Development,*

4(1/2/3), 13-38. Recuperado de http://www.inderscience.com/info/inarticletoc.php?jcode=ijtlid&year=2011&vol=4&issue=1/2/3

Keogh Hoss, M. & Steenhuis, H. (2008). A model for the discussion of medical tourism. Recuperado de http://www.irma-international.org/viewtitle/13026/

Kirchner, E., Carroll, J. & Nious, K. (2013, 4 de diciembre). US insurance companies expanding medical tourism coverage. Recuperado de http://www.nbcbayarea.com/news/local/Medical-Tourism-The-Future-of-Healthcare-233414371.html

Kiy, R. & McEnany, A. (2010a). Health care and Americans retiring in Mexico. U.S. retirement in Mexico research series. International Community Foundation. Recuperado de http://www.icfdn.org/publications/healthcare/RRA-2-FINAL.pdf

Kiy, R. & McEnany, A. (2010b). Tendencias sobre la jubilación de estadounidenses en las comunidades costeras de México. Datos demográficos y prioridades en los estilos de vida. Recuperado de http://www.icfdn.org/publications/retireeresearch/RETIRE_SP.pdf

Kozak, M. (2004). *Destination benchmarking: Concepts, practices and operations.* Boston: Cabi Publishing.

KPMG International (2011). Issues monitor. Sharing knowledge on topical issues in the healthcare sector. Recuperado de http://www.kpmg.com/CH/en/Library/Articles-Publications/Documents/Sectors/pub-20120207-issues-monitor-healthcare-medical-tourism-en.pdf

Lam, C., Cros, H. du & Vong, T. (2011). Macao's potential for developing regional Chinese medical tourism. *Tourism Review,* 66(1-2), 68–82.

Lancaster, J. (2004, 21 de octubre). Surgeries, side trips for medical tourists. *Washington Post.*

Laugesen, M. & Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobi-

lity framework that travels: European and United States Mexican comparisons. *Health Policy,* 97, 225-231.

Lizárraga, O. (s.f.). La movilidad placentera de larga estancia de origen estadounidense hacia México. Quinto Congreso Latinoamericano de Investigación Turística. Recuperado de http://gtci.com.br/congressos/congresso/2012/pdf/eixo10/Morales.pdf

Lozano, R., Soliz, P., Gakidou, E., Abbott-Klafter, J., Feehan, D., Vidal, C., Ortiz, J. & Murray, C. (2006). Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *The Lancet,* 368, 1729-1741.

Lunt, N. & Carrera, P. (2010). Review medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66, 27-32.

Lunt, N., Green, S., Mannion, R. & Horsfall, D. (2013). Quality, safety and risk in medical tourism. En Hall, C. M. (ed.), *Medical tourism. The ethics, regulation, and marketing of health mobility* (4-27). London: Routledge.

Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S., Horsfall, D. & Mannion, R. (2011). *Medical tourism: Treatments, markets and health system implications. A scoping review.* Paris: OECD. Recuperado de http://www.oecd.org/datoecd/51/11/48723982.pdf

Lunt, N., Smith, R., Mannion, R., Green, S., Exworthy, M., Hanefeld, J., Horsfall, D., Machin, L. & King, H. (2014). *Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: A policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches.* United Kingdom: National Institute for Health Research. Recuperado de http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0018/104067/FullReport-hsdr02020.pdf

Macias, E. & Morales, L. (2001). Crossing the border for health care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved,* 12, 77-87.

Madrid, E. de la (2013, 26 de febrero). Turismo médico: potencial

para el desarrollo. *El Universal.* Recuperado de http://www.eluniversalmas.com.mx/editoriales/2013/02/63197.php

Maguire, R. (2004). SIMNSA and salud con Health Net. En Warner, D. y Schneider, P. (dirs.), *Cross border health insurance: Options for Texas.* U.S. Mexican Policy Series, Policy Report No. 12, LBJ School of Public Affairs, University of Texas at Austin.

Mattoo, A. & Rathindran, R. (2006). How health insurance inhibits trade in health care. *Health Affairs,* 25, 358–368, doi: 10.1377/hlthaff.25.2.358. Recuperado de http://content.healthaffairs.org/content/25/2/358.full

McKinsey & Company (2008). Mapping the market for medical travel. *The McKinsey Quarterly.* Recuperado de http://cureandcareindia.com/writereaddata/McKinsey-9547270771.pdf

Mead, L., Cartwright-Smith, L., Jones, K., Ramos, C. & Siegel, B. (2008). Racial and ethnic disparities in U.S. health care: A chartbook. Recuperado de http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/mead_racialethnicdisparities_chartbook_1111.pdf

Morais, R. (2009, 4 de septiembre). Medicare in Mexico. Recuperado de http://www.forbes.com/2009/09/04/mexico-medicare-retirees-personal-finance-health-care.html

Morris, M., Schindehutte, M. & Allen, J. (2005). The entrepreneur's business model: Toward a unified perspective. *Journal of Business Research* 58(6), 726-735.

Moser, L. (2005, 6 de diciembre). The medical tourist. How my shoulder sent me to China. *Slate.*

Ngamsangchaikit, W. (2012, 12 de noviembre). Medical tourism revenue rises. *TTR Weekly.* Recuperado de http://www.ttrweekly.com/site/2012/11/medical-tourism-revenue-rises/#more-50004

Nolte, E., Fry, C. V., Winpenny, E. & Brereton, L. (2011). Use of outcome metrics to measure quality in education and

training of healthcare professionals. A scoping review of international experiences. RAND Europe working paper series.

Nyberg, N. (2007). An introduction. En Nyberg, N., *Living across worlds: Diaspora, development and transnational engagement.* Geneva: International Organization for Migration.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.* Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) & Eurostat (2010). Trade in Services Database. [Archivo de datos] doi: 10.1787/tis-data-en.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2010). *OECD Factbook 2009-2010.* Doi: 10.1787/18147364.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2011a). *New skills for new jobs in health: Health workforce planning and management in OECD countries.* Paris: OECD.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2011b). *OECD Factbook 2010-2011.* Doi: 10.1787/18147364.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2011c). *Towards an OECD skills strategy.* Paris: OECD.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2011d). *Testing student and university performance globally: OECDs AHELO.* Recuperado de http://www.oecd.org/document/22/0,3746,en_2649_35961291_40624662_1_1_1_1,00.html

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2012). *OECD Factbook 2011-2012.* Doi: 10.1787/18147364.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2013). *OECD statistics on international trade in services.* Volume 2013, issue 2. Paris: OECD.

Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/es/

Organización Mundial del Turismo (OMT) (2013). Panorama OMT del turismo internacional. Recuperado de http://dtxtq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_highlights13_sp_hr_0.pdf

Organización Mundial del Turismo (OMT) (2014). 2013 international tourism results and prospects for 2014 UNWTO World Tourism Barometer. Recuperado de http://dtxtq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_fitur_2014_hq_jk_1pp_0.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2010.* Washington, DC: OPS.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) (2013). *OECD Fact-book 2012-2011.* Doi: 10.1787/18147364.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2011). *Estudios económicos de la OCDE*: México: OCDE.

Paffhausen, A., Pegüero, C. & Roche-Villarreal, L. (2010). Medical tourism: A survey. Washington, D.C.: ECLAC. Recuperado de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/39397/Medical_Tourism_A_Survey_L111_final.pdf

Palloni, A. & Arias, E. (2004). Paradox lost: Explaining the Hispanic adult mortality advantage. *Demography*, 41(3), 385-415.

Pan American Health Organization (PAHO) (1998). Health situation analysis and trends summary: Country chapter summary from health in the Americas. Country Health Profiles/

Mexico. Recuperado de http://www.paho.org/english/sha/prflmex.htm

Parsiyar, A. (2009). Medical tourism: The commodification of health care in Latin America. *Law and Business Review of the Americas,* 15(2), 379-404.

Passel, J. S., Cohn, D´V. & Gonzalez Barrera, A. (2012). Net migration from Mexico falls to zero—and perhaps less. Pew Hispanic Center. Recuperado de http://www.pewhispanic.org/files/2012/04/Mexican-migrants-reports-final.pdf

Patton, M. (2000). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Peabody, J., Taguiwalo, M., Robalino, D. & Frenk, J. (2006). Improving the quality of care in developing countries. En Breman, A., Measham, A., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. E., Jha, P., Mills, A. & Musgrove, P. (eds.), D*isease control priorities in developing countries* (2nd ed.). Washington, D.C.: World Bank.

Peacock, L. (2013). Medical tourism in Asia, Smart Travel Asia. Recuperado de www.smarttravelasia.com/Medica/Tourism.htm

Pew Hispanic Center (2010). Mexican immigrants in the United States. Fact Sheet, 1-5. Recuperado de http://pewhispanic.org/files/factsheets/47.pdf

Piazolo, M. & Albayrak, N. (2011). Medical tourism — A case study for the USA and India, Germany and Hungary. *Acta Polytechnica Hungarica,* 8(1), 137-160. Recuperado de http://www.uni-obuda.hu/journal/Piazolo_Zanca_27.pdf

Picazo, O. (2013). Health-enhancing holidays: Challenges in expanding medical tourism in the Philippines. Policy notes. Philippine Institute for Development Studies. Recuperado de http://dirp4.pids.gov.ph/webportal/CDN/PUBLICATIONS/pidspn1311.pdf

Pocock, N. & Phua, K. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: A conceptual framework from

a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7, 1-12.

Porter, M. (1980). *Competitive strategy: Techniques for analyzing industries and companies.* New York: Free Press.

Porter, M. (1985). *The competitive advantage: creating and sustaining superior performance.* New York: Free Press.

Porter, M. (1990). *The competitive advantage of nations.* New York: Free Press.

Porter, M. (2008). *On competition.* Boston: Harvard Business School Publishing.

Price Warehouse Cooper (PwC) (2013). Megashifts. Impulso al sector salud. Doing business in Mexico. PwC México. Recuperado de http://www.pwc.com/mx/es/industrias/archivo/2013-09-db-salud.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011). *Informe sobre desarrollo humano México 2011.* Recuperado de http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico_NHDR_2011.pdf

Proméxico (2013). Turismo de salud. Recuperado de http://embamex.sre.gob.mx/canada/images/2013/turismo_de_salud_esp.pdf

Quimbo, S. A., Peabody, J. W., Shimkhada, R., Woo, K. & Solon, O. (2008). How much confidence should we have if a provider is accredited? *Social Science and Medicine*, 67(4), 505-510.

Quinn, K. (2000). *Working without benefits: The health insurance crisis confronting Hispanic Americans.* New York: The Commonwealth Fund.

Ramirez de Arellano, A. (2006). Patients without borders: The emergence of medical tourism. *Public Citizen Health Research Group*, 22(7), 1-3.

Reinhardt, U., Hussey, P. & Anderson, G. (2004). U.S. health care spending in an international context. *Health Affairs*, 23(3), 10-25.

Riosmena, F., Wong, R. & Palloni, A. (2013). Migration selection,

protection, and acculturation in health: A binational perspective on older adults, *Demography*, 50(3), 1039-1064, doi: 10.1007/s13524-012-0178-9.

Ruggles, S., Sobek, M., Alexander, T., Fitch, C., Goeken, R., Hall, P. X., King, P. & Ronnander, C. (2004). Integrated Public Use Microdata Series: Version 3.0. Minneapolis: Minesota Population Center.

Sanmartin, C., Berthelot, J., Ng, E., Murphy, K., Blackwell, D., Gentleman, J., Martinez, M. & Simile, C. (2006). Comparing health and health care use in Canada and the United States. *Health Affairs*, 25(4), 1133-1142.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M., Bishop, M., Peugh, G. & Murukutla, N. (2007). Toward higher-performance health systems: Adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*, 26(6), 717-734.

Schur, C. & Feldman, J. (2001). *Running in place: How job characteristics, immigrant status, and family structure keep Hispanics uninsured.* New York: Commonwealth Fund.

Secretaría de Gobernación & Consejo Nacional de Población (2012). Migración y salud. Jóvenes inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Migracion_y_Salud_Jovenes_inmigrantes_mexicanos_en_Estados_Unidos

Secretaría de Salud (s.f.). *Programa de Acción Específico 2007-2012.* Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad). Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf

Secretaría de Salud (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia.* México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Turismo (Sectur) (2002). *Estudio estratégico de viabilidad del segmento de turismo de retirados.* México: Centro de Estudios Superiores en Turismo (Cestur).

Sen, A. (1999). *Development and freedom.* New York: Anchor Books.

Shaw, C. (2003). How can hospital performance be measured and monitored? WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http: //www.euro.who.int/document/e82975.pdf

Shaw, C. D. (2004). Toolkit for accreditation programmes. Some issues in the design and redesign of external assessment and improvement systems. International Society for Quality in Healthcare. World Bank. Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/AccreditationToolkit.pdf

Shufeldt, M. (2012). Medical tourism between the United States and Mexico: A discussion on the benefits and risks of receiving healthcare treatment. Recuperado de http://next.eller.arizona.edu/courses/24hourKnowledgefactory/Spring2012/student_papers/finalmichaelshufeldt.pdf

Siciliani, L., Borowitz, M. & Moran, V. (2013). Waiting time policies in the health sector. What works? OECD Health Policy Studies. Recuperado de http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en

Sinha, K. & Kohnke, E. (2009). Health care supply chain design: Toward linking the development and delivery of care globally. *Decision Sciences,* 40(2), 197-212.

Sistema Integral de Información de Mercados Turísticos (SIIMT) (2014). Reporte de flujos turísticos a México, divisas y gasto medio. [Archivo de datos]. Recuperado de http://www.siimt.com/en/siimt/siim_flujos_mensuales

Sistema Nacional de Información en Salud (2013). Recursos físicos y materiales. Recuperado de www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html

Smith, M. & Puczkó, L. (2009). *Health and wellness tourism.* Oxford: Elsevier.

Smith, P. & Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research,* 9(3), 19-30.

Smith, R., Lee, K. & Drager, N. (2009). Trade and health: An agenda for action. *The Lancet,* 373(9665), 768-773, doi: 10.1016/S0140-6736(08)61780-8.

Snyder, J., Crooks, V., Johnston, R. & Kingsbury, P. (2011). What do we know about Canadian involvement in medical tourism? A scoping review. *Open Medicine,* 5(3), 1-14.

Squires, D. (2011). The U.S. health system in perspective: A comparison of twelve industrialized nations. *Issues in International Health Policy,* 16, 1-14.

Stephano, R. (2011). Medical tourism: Global challenges and opportunities. Presentación Power Point en el Global Business Forum. Recuperado de https://www.bus.miami.edu/_assets/files/gbf-2011/Stephano.pdf

Stokes, B. (2007, 5 de mayo). Bedside India. *National Journal.*

Sunil, T. S., Rojas, V. & Bradley, D. E. (2007). United States international retirement migration: The reasons for retiring to the environs of lake Chapala, Mexico. *Ageing and Society,* 27, 489-510.

Su, D. & Wang, D. (2012). Acculturation and cross-border utilization of health services. *Journal Immigrant Minority Health,* 14, 563-569, doi 10.1007/s10903-011-9518-x.

Théret, B. (2002). *Protection sociale et fédéralisme. L'Europe dans le miroir de l'Amérique du Nord.* Montréal: Presse de l'Université de Montréal, Peter Lang.

Todd, M. (2012). *Handbook of medical tourism program development: Developing globally integrated health systems.* Florida: CR Press.

Todd, M. (2014, 30 de marzo). 30 findings from medical tourism. Benchmarking Research. Recuperado de http://mercuryadvisorygroup.com/30-key-findings-from-medical-tourism-benchmarking-research/

Tran, L. (2008). Sick and tired of the knox-keene act: The equal protection right of non-Mexican Californians to enroll in Mexico-based HMO plans. *Southwestern Journal of Law and Trade in the Americas,* 14. Recuperado de https://

litigationessentials.lexisnexis.com/webcd/app?action=DocumentDisplay&crawlid=1&srctype=smi&srcid=3B15&doctype=cite&docid=14+Sw.+J.L.+%26+Trade+Am.+357&key=9de1192e80653aae9d75e2cb9d94d2a3

Transparency Market Research (2013). Medical tourism market (India, Thailand, Singapore, Malaysia, Taiwan, Turkey, Brazil, Mexico, South Korea and others). Global industry analysis, size, share, growth, trends and forecast, 2013-2019. Transparency Market Research.

Turner, L. (2007). First world health care at third world prices: Globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2, 303–325, doi: 10.1017/S1745855207005765.

U.S. Census Bureau (2002). *Annual demographic supplement and unpublished tabulations for hispanic subgroup.* Washington, D.C.: U.S. Census Bureau.

Unidad de Política Migratoria-Secretaría de Gobernación (2013). Flujo de entradas por condición de estancia, 1991-2013 [archivo de datos]. Recuperado de http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Series_Historicas

Valdez, J. & Posada, R. de (2006). Strategies for improving latino healthcare in America. Report of the Latino Healthcare Taskforce (LHTF). Recuperado de http://www.borderhealth.org/files/res_642.pdf

Vequist, D. (s.f.). How does retirement tourism fit into global healthcare? Center Medical Tourism Research. Recuperado de www.meditourexpo.net/wp-content/themes/meditour/pdf/3.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=us

Voigt, C., Brown, G. & Howat, G. (2011). Journey into parenthood: Commodification of reproduction as a new tourism niche market. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27(3), 252-268.

Voigt, C., Laing, J., Wray, M., Brown, G., Howat, G., Weiler, B. & Trembath, R. (2010). *Health tourism in Australia: Supply, demand and opportunities.* Gold Coast, Queensland: CRC for Sustainable Tourism.

Wagle, S. (2013). Web-based medical facilitators in medical tourism: The third party in decision-making. *Indian Journal of Medical Ethics*, 10(1), 28-33.

Wallace, S. & Castañeda, X. (2008). Demographic profile of Mexicans in the United States. Health Initiative of the Americas. Recuperado de http://agcenter.ucdavis.edu/AgDoc/demographicprofile.pdf

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.

Wallace, S. & Smith, S. (2009). Half a million older Californians living alone unable to make ends meet. UCLA Center for Health Policy Research.

Warner, D. (1999). *Getting what you paid for: Extending medicare to eligible beneficiaries in Mexico.* U.S.-Mexican Policy Report No. 10. Lyndon B. Johnson School of Public Affairs-The University of Texas at Austin. Recuperado de http://uts.cc.utexas.edu/~healthp/Medicare_files/US-Mexico_PRP_98-99.pdf

Warner, D. (2007). Cross border health insurance and aging Mexicans and Mexican and Mexican Americans. En Angel, J. L. & Whitfield, K. E. (eds.), *The health of aging Hispanics: The Mexican-origin population.* Estados Unidos: Springer.

Warner, D. (2010). *Extending Medicare to Mexico: Impact on Mexican-born beneficiaries.* Policy Research Project. Report 168. Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, Austin, Texas.

Warner, D. (2012). Access to health services for immigrants in the USA: From the great society to the 2010 health reform act and after. *Ethnic and Racial Studies*, 35(1), 40-55.

Warner, D. & Jahnke, L. (2010). *U.S.-Mexico mode 2 imports and exports of health services.* Marseille: Organization for Economic Cooperation and Development. Recuperado de http://warnerprp2009.wikispaces.com/file/view/

OECD+Report-+Warner-+Final+3-3-101%5B1%5D.pdf

Wendt, K. (2012). *Medical tourism: Trends and opportunities.* MBA/MSc. Thesis, University of Nevada, Las Vegas, Nevada.

Whittaker, A. (2009). Global technologies and transnational reproduction in Thailand. *Asian Studies Review*, 33, 319-332.

Wolvaardt, G. (1998). Opportunities and challenges for developing countries in the health sector. En United Nations Conference on Trade and Development and World Health Organization, *International trade in health services: A development perspective* (63-71). Geneva: UNCTAD, WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/unctad_itcd_tsb_5_partI.pdf

Woodman, J. (2008). *Patients beyond borders: Everybody's guide to affordable world-class medical travel* (2nd ed.). USA & Hong Kong: Healthy Travel Media.

World Economic Forum (2013). *The global competitiveness report 2012-2013.* Geneva: World Economic Forum.

World Economic Forum (2013). *The travel & tourism competitiveness report 2013. Reducing barriers to economic growth and job creation.* Geneva: World Economic Forum. Recuperado de http://www3.weforum.org/docs/WEF_TT_Competitiveness_Report_2013.pdf

World Health Organization (WHO) (2011a). Global Health Observatory: Medical Equipment (density per 1,000,000 population). Recuperado de http://www.who.int/gho/health_technologies/medical_devices/medical_equipment/en/index.html

World Health Organization (WHO) (2011b). Health workforce: Total density of physicians per 1000 population: Latest available year. Recuperado de http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html

World Health Organization (WHO) (2011c). World health statistics 2011: Part II Global health indicator tables and

footnotes. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html

World Trade Organization (WTO) (2011). Tourism highlights. Recuperado de http://mkt.unwto.org/sites/all/files/docpdf/unwtohighlights11enhr_1.pdf

World Trade Organization (WTO) (2012). International trade statistics 2012. Recuperado de http://www.wto.org/english/res_e/statis_e/its2012_e/its2012_e.pdf

World Travel & Tourism Council (WTTC) (2000). *World health report. Health systems: Improving performance.* Geneva: WHO.

World Travel & Tourism Council (WTTC) (2012). Global leaders for tourism. Recuperado de http://www.wttc.org/site_media/uploads/downloads/The_Global_Leaders_for_Tourism_campaign_book.pdf

World Travel & Tourism Council (WTTC) (2014). Economic data search tool. [Archivo de datos.] Recuperado de http://www.wttc.org/focus/research-for-action/economic-data-search-tool/

Ye, B., Qiu, H. & Yuen, P. (2011). An assessment of medical tourism development potential in mainland China. *Public Administration and Policy,* 17(1), 32-40.

Yeung, O., Johnston, K. & Chan, N. (2013). *2013 The global wellness tourism economy report.* Global Spa & Wellness Summit (GSWS). Recuperado de http://www.sri.com/sites/default/files/publications/gss_sri_spasandwellnessreport_rev_82010.pdf

Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.) (2011). México: Estudios Económicos de la OCDE.

Youngman, I. (2012). Medical tourism: Facts and figures 2012. *International Travel Journal.*

Youngman I. (2014). Medical tourism: Facts and figures 2014. *International Travel Journal.*

Internacionalización de los servicios de salud.
Turismo médico en México y Jalisco
se terminó de imprimir en junio de 2015
en Imprenta Juan Pablos, S.A.
2a. Cerrada de Belisario Domínguez 19,
Colonia del Carmen, Delegación Coyoacán
México, D.F.

Se tiraron 1,000 ejemplares
más sobrantes para reposición

Cuidado de la edición y diagramación:
J. David Rodríguez Álvarez
Adriana Patricia López Velazco

Diseño de la portada:
Elba L. Padilla

Fotografía de portada:
Autorretrato. *El tiempo vuela* de Frida Kahlo
D.R. © 2015 Banco de México,
Fiduciario en el Fideicomiso relativo a los Museos Diego
Rivera y Frida Kahlo, Av. 5 de mayo No. 2,
Col. Centro, Del. Cuauhtémoc 06059, México, D.F.
Reproducción autorizada por el Instituto Nacional de
Bellas Artes y Literatura, 2015

Elaboración de negativos:
Juan Roberto Beas Rizo

SERIE CICLOS Y TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE MÉXICO

Dirigida por:
James W. Wilkie (1990—)
Jesús Arroyo Alejandre (1998—)
Sergio de la Peña† (1990-1998)

Coordinadores de publicación de la serie:
Adriana P. López Velazco
J. David Rodríguez Álvarez

La serie Ciclos y Tendencias en el Desarrollo de México es un esfuerzo de PROFMEX (Worldwide Consortium for Research on Mexico), en colaboración con la Universidad de California en Los Ángeles y el Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad de Guadalajara, para el estudio de los procesos de cambio en México y su lugar en el mundo. Publicada bajo la coordinación de la Universidad de Guadalajara, la serie consta de 45 títulos hasta la fecha (2015).

Esta serie está dedicada a Clint E. Smith, quien la apoyó desde la Fundación William and Flora Hewlett. Su respaldo también contribuyó de alguna manera a la formación de investigadores sobre problemas de México en varias universidades del país, principalmente en la Universidad de Guadalajara.

1. *Industria y trabajo en México.* James W. Wilkie y Jesús Reyes Heroles González Garza (eds.) (México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1990).

2. *The rise of the professions in twentieth-century Mexico: University graduates and occupational change since 1929.* David E. Lorey (Los Ángeles: UCLA Latin American Center Publications, 1992; corregida y aumentada en 1994).
3. *La frontera que desaparece: las relaciones México-Estados Unidos hasta los noventa.* Clint E. Smith (México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco y UCLA Program on Mexico, 1993). *Este tomo está interrelacionado con el número 9.*
4. *Impactos regionales de la apertura comercial: perspectivas del Tratado de Libre Comercio en Jalisco.* Jesús Arroyo Alejandre y David E. Lorey (comps.) (Guadalajara: Universidad de Guadalajara y UCLA Program on Mexico, 1993).
5. *La estadística económica en México. Los orígenes.* Sergio de la Peña y James W. Wilkie (México: Siglo XXI y Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1994).
6. *Estado y agricultura en México: antecedentes e implicaciones de las reformas salinistas.* Enrique C. Ochoa y David E. Lorey (eds.) (México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1994).
7. *Transiciones financieras y TLC.* Antonio Gutiérrez Pérez y Celso Garrido Noguera (eds.) (México: Ariel Económica, Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1994).
8. *Ahorro y sistema financiero en México.* Celso Garrido y Tomás Peñaloza Webb (eds.) (México: Editorial Grijalbo y Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1996).
9. *México ante los Estados Unidos: historia de una convergencia.* Clint E. Smith (México: Editorial Grijalbo y Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1995). *Este tomo está interrelacionado con el número 3.*
10. *Crisis y cambio de la educación superior en México.* David E. Lorey y Sylvia Ortega Salazar (eds.) (México: Limusa-Noriega Editores y Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1997).

11. *Ajustes y desajustes regionales: el caso de Jalisco a fines del sexenio salinista.* Jesús Arroyo Alejandre y David E. Lorey (eds.) (Guadalajara: Universidad de Guadalajara y UCLA Program on Mexico, 1995).
12. *Integrating cities and regions: North America faces globalization.* James W. Wilkie y Clint E. Smith (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, Guanajuato: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, CILACE-Centro Internacional "Lucas Alamán" para el Crecimiento Económico, 1998).
13. *Realidades de la utopía: demografía, trabajo y municipio en el occidente de México.* David E. Lorey y Basilio Verduzco Chávez (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Juan Pablos Editor, 1997).
14. *La internacionalización de la economía jalisciense.* Jesús Arroyo Alejandre y Adrián de León Arias (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Juan Pablos Editor, 1997).
15. *Descentralización e iniciativas locales de desarrollo.* María Luisa García Bátiz, Sergio M. González Rodríguez, Antonio Sánchez Bernal y Basilio Verduzco Chávez (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Juan Pablos Editor, 1998).
16. *México frente a la modernización de China.* Óscar M. González Cuevas (ed.) (México: Limusa-Noriega y Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1998).
17. *La reforma agraria en México desde 1853: sus tres ciclos legales.* Rosario Varo Berra (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX y Juan Pablos Editor, 2002).
18. *Mercados regionales de trabajo y empresa.* Rubén A. Chavarín Rodríguez, Víctor M. Castillo Girón y Gerardo Ríos Almodóvar (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Juan Pablos Editor, 1999).

19. *Globalidad y región: algunas dimensiones de la reestructuración en Jalisco.* Graciela López Méndez y Ana Rosa Moreno Pérez (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Juan Pablos Editor, 2000).
20. *México en la economía global: tecnología, espacio e instituciones.* Miguel Ángel Rivera Ríos (México: Universidad Nacional Autónoma de México, UCLA Program on Mexico y Editorial Jus, 2000).
21. *El renacimiento de las regiones: descentralización y desarrollo regional en Alemania (Brandenburgo) y México (Jalisco).* Jesús Arroyo Alejandre, Karl-Dieter Keim y James Scott (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Juan Pablos Editor, 2001).
22. *México y Estados Unidos: 180 años de relaciones ineludibles.* Clint E. Smith (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX y Juan Pablos Editor, 2001).
23. *La regionalización: nuevos horizontes para la gestión pública.* Guillermo Woo Gómez (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico y Centro Lindavista, 2002).
24. *El norte de todos: migración y trabajo en tiempos de globalización.* Jesús Arroyo Alejandre, Alejandro I. Canales Cerón y Patricia Noemí Vargas Becerra (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX y Juan Pablos Editor, 2002).
25. *Competitividad: implicaciones para empresas y regiones.* Jesús Arroyo Alejandre y Salvador Berumen Sandoval (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX y Juan Pablos Editor, 2003).
26. *Globalización y cambio tecnológico: México en el nuevo ciclo industrial mundial.* Alejandro Dabat, Miguel Án-

gel Rivera Ríos y James W. Wilkie (eds.) (Guadalajara, México, Los Ángeles: Universidad de Guadalajara, Universidad Nacional Autónoma de México, UCLA Program on Mexico, PROFMEX y Juan Pablos Editor, 2004).

27. *Los dólares de la migración.* Jean Papail y Jesús Arroyo Alejandre (Guadalajara, París, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, Institut de Recherche pour le Développement, PROFMEX y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2004).
28. *Diez mil millas de música norteña: memorias de Julián Garza.* Guillermo E. Hernández (Culiacán, Los Ángeles: Universidad Autónoma de Sinaloa y UCLA Program on Mexico, 2003).
29. *El futuro del agua en México.* Boris Graizbord y Jesús Arroyo Alejandre (comps.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2004).
30. *Intermediarios y comercializadores. Canales de distribución de frutas y hortalizas mexicanas en Estados Unidos.* Margarita Calleja Pinedo (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2007).
31. *Capitalismo informático, cambio tecnológico y desarrollo nacional.* Miguel Ángel Rivera Ríos (México, Guadalajara, Los Ángeles: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2005).
32. *Globalización en Guadalajara. Economía formal y trabajo informal.* Salvador Carrillo Regalado (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2005).
33. *Productividad de la industria eléctrica en México. División Centro Occidente.* José César Lenin Navarro

Chávez, Óscar Hugo Pedraza Rendón (Guadalajara, Los Ángeles, Morelia, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, PROFMEX/World, 2007).

34. *Migración y remesas en Michoacán.* Óscar Hugo Pedraza Rendón, José Odón García García, Enrique Armas Arévalos, Francisco Ayvar Campos (Guadalajara, Los Ángeles, Morelia, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, PROFMEX/World, 2008).
35. *La globalización se descentraliza. Libre mercado, fundaciones, Sociedad Cívica y gobierno civil en las regiones del mundo.* Olga Magdalena Lazín (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2007). *Este tomo está interrelacionado con el número 36.*
36. *La globalización se amplía. Claroscuros de los nexos globales*. James W. Wilkie y Olga Magdalena Lazín (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2011). *Este tomo está interrelacionado con el número 35.*
37. *El oro rojo de Sinaloa. El desarrollo de la agricultura del tomate para la exportación.* Eduardo Frías Sarmiento (Guadalajara, Los Ángeles, Culiacán, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Universidad Autónoma de Sinaloa y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2008).
38. *Migración a Estados Unidos y autoempleo. Doce ciudades pequeñas de la región Centro-Occidente de México.* Jean Papail y Jesús Arroyo Alejandre (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2009).
39. *Cognados y falsos cognados. Su uso en la enseñanza del*

inglés. Socorro Montaño Rodríguez (Guadalajara, Los Ángeles, Mexicali, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Universidad Autónoma de Baja California y Casa Juan Pablos Centro Cultural, 2009).

40. *Regiones en desarrollo insostenible.* Jesús Arroyo Alejandre e Isabel Corvera Valenzuela (comps.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Juan Pablos Editor, 2010).
41. *El posgrado en México. El caso de Quintana Roo.* Efraín Villanueva Arcos y Alfonso J. Galindo Rodríguez (eds.) (Chetumal, Guadalajara, Los Ángeles, Culiacán, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Instituto de Administración Pública del Estado de Quintana Roo, A.C. y Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011).
42. *Desarrollo insostenible. Gobernanza, agua y turismo***.** Jesús Arroyo Alejandre e Isabel Corvera Valenzuela (comps.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Juan Pablos Editor, 2011).
43. *Referentes teóricos del turismo alternativo. Enfoque en comunidades rurales.* Mónica Velarde Valdez, Ana Virginia del Carmen Maldonado Alcudia y Salvador Gómez Nieves (coords.) Guadalajara, Los Mochis, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, Universidad de Occidente, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Juan Pablos Editor, 2015).
44. *El TLCAN en el sector agrícola de Michoacán y la región Costa Sur de Jalisco.* J. Abelino Torres Montes de Oca, José César Lenin Navarro Chávez y José Odón García García (coords.) (Guadalajara, Morelia, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/world y Juan Pablos Editor, 2015).

45. *Internacionalización de los servicios de salud. Turismo médico en México y Jalisco.* Julieta Guzmán Flores (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World y Juan Pablos Editor).

SERIE
MIGRACIÓN Y DESARROLLO URBANO-REGIONAL

El proceso multidimensional del desarrollo está profundamente ligado a la migración entre países, regiones o localidades. Producto de la desigualdad, la migración se genera en los espacios que enfrentan dificultades e incluso la imposibilidad de desarrollarse y se dirige hacia aquellos que concentran la riqueza. La Serie Migración y Desarrollo Urbano-Regional, impulsada por la Universidad de Guadalajara, el Programa para México de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) y el PROFMEX (Consorcio Internacional de Investigación sobre México) difunde diversos puntos de vista y perspectivas de análisis académico que tienen como eje estas complejas relaciones.

Dirigen esta serie y coordinan su comité editorial James W. Wilkie de UCLA y presidente de PROFMEX, y Jesús Arroyo Alejandre, miembro de este Consorcio y profesor del Departamento de Estudios Regionales-Ineser del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad de Guadalajara. Los volúmenes publicados en ella son distribuidos por las editoriales que colaboran en su edición y en línea a través de una página *web* que ofrece también los volúmenes de la Serie Ciclos y Tendencias en el Desarrollo de México, dirigida asimismo por los profesores Wilkie y Arroyo.

1. *Principios de estudio regional. Espacios concluidos en red y regiones sin límites.* Margarita Camarena Luhrs y Teodoro Aguilar Ortega (coords.) (Guadalajara, Los Ángeles, Méxi-

co: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Juan Pablos Editor, 2009).

2. *Shrinking cities South/North.* Ivonne Audirac y Jesús Arroyo Alejandre (eds.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Florida State University, University of Guadalajara, UCLA, 2011).
3. *Impactos del TLCAN en el sector agropecuario de Jalisco.* Jesús Arroyo Alejandre (coord.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Jalisco, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Juan Pablos Editor, 2012).
4. *Migración, remesas y distribución del ingreso en México y Michoacán.* José César Lenin Navarro, Francisco Javier Ayvar Campos y Óscar Hugo Pedraza Rendón (Morelia, Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Juan Pablos Editor, 2013).
5. *Relaciones México-Japón en el contexto del Acuerdo de Asociación Económica.* Taku Okabe y Salvador Carrillo Regalado (coords.) (Tokio, Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Seijo, Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Juan Pablos Editor, 2014).
6. *Migración y desarrollo regional. Movilidad poblacional interna y a Estados Unidos en la dinámica urbana de México.* Jesús Arroyo Alejandre y David Rodríguez Álvarez (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Juan Pablos Editor, 2014).
7. *Ángulos novedosos del estudio de la migración México-Estados Unidos.* Jesús Arroyo Alejandre e Isabel Corvera Valenzuela (coords.) (Guadalajara, Los Ángeles, México: Universidad de Guadalajara, UCLA Program on Mexico, PROFMEX/World, Juan Pablos Editor, 2015).