



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ECONOMÍA

*EL TURISMO MÉDICO EN  
MERCADOS EMERGENTES:  
EL CASO MEXICANO*

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**L I C E N C I A D O E N E C O N O M Í A**

P R E S E N T A:

**ELISA NINETTE NAVA PRUDENTE**

ASESOR: DR. ISAAC MINIAN LANIADO



Ciudad Universitaria, Agosto 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres,*

*todo lo que soy y algún día seré es gracias a ustedes que  
nunca dejaron de creer en mí. Mi amor admiración por  
ustedes son como los granos de arena en la playa que no se  
pueden contar.*

*“El gran economista debe poseer una rara combinación de dotes. Tiene que llegar a mucho en diversas direcciones, y debe combinar facultades naturales que no siempre se encuentran reunidas en un mismo individuo. Debe ser matemático, historiador, estadista y filósofo (en cierto grado).*

*Debe comprender los símbolos y hablar con palabras corrientes. Debe contemplar lo particular en términos de lo general y tocar lo abstracto y lo concreto con el mismo vuelo del pensamiento. Debe estudiar el presente a la luz del pasado y con vista al futuro. Ninguna parte de la naturaleza del hombre o de sus instituciones debe quedar por completo fuera de su consideración.*

*Debe ser simultáneamente desinteresado y utilitario; tan fuera de la realidad y tan incorruptible como un artista, y sin embargo, en algunas ocasiones, tan cerca de la tierra como el político.”*

*John Maynard Keynes*

## **Agradecimientos**

*La realización de esta tesina no habría sido posible sin el apoyo brindado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN300117, “Manufactura flexible: implicaciones sobre la industrialización en México y países emergentes”.*

Agradezco a Dios las múltiples bendiciones que ha derramado sobre mí y que me han permitido llegar hasta este punto de mi vida.

A mis padres; mamá, gracias por estar al otro lado de la línea telefónica en los finales de semestre en los que sólo te llamaba para gritar y llorar de frustración. Gracias por siempre tener las palabras correctas para consolarme incluso a kilómetros de distancia. Papá, gracias por la confianza y por creer en mí incluso cuando yo no lo hacía. Todo lo que soy y algún día seré es gracias a ustedes.

A mi familia, hermanos, abuelos, tíos, primos, sobrinos; gracias por siempre recibirme en casa con la sonrisa y el abrazo que me impulsaban a volver a la ciudad y emprender un nuevo semestre con fuerzas renovadas. Gracias a mi abuelo que no pudo acompañarme en este logro, pero que hasta el último de sus días fue un ejemplo de fortaleza y valentía.

A mis amigos, la familia que escogí. A algunos de ustedes los conocí muchos años antes de entrar a la universidad, a algunos los conocí durante la misma y a otros en la recta final. Gracias por levantarme cuando no me quedaban fuerzas para seguir, por creer en mí y por recordarme la verdadera razón por la que estaba persiguiendo mis sueños. Qué triste sería mi vida sin ustedes en ella.

Al equipo del Instituto de Investigaciones Económicas, el Dr. Isaac Minian, el Mtro. Ángel Martínez y la Lic. Denhy Rodríguez, quienes estuvieron ahí en todo momento para resolver mis dudas e impulsarme a seguir adelante investigando un tema tan importante y tan poco abordado. Gracias por creer en este proyecto.

A mi familia en Zigo Capital, gracias por creer en mí cuando más lo necesitaba y abrirme la primera puerta. En ustedes he encontrado inspiración constante para seguir formándome como una profesional. Espero algún día ser la mitad de lo que ustedes son.

Finalmente, a la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de la Nación. Gracias por ser mi hogar por cinco años, el lugar que me vio reír, llorar, intentar, fallar y volverme a levantar. Han sido las alas que me han permitido emprender el vuelo y nunca existirán las suficientes palabras para agradecer todo lo que me han dado. Sigamos formando profesionistas que hagan de este país y de este mundo un lugar mejor. ¡México, Pumas, Universidad! ¡Goya!

## Índice

Introducción.....	8
I. Contexto general .....	11
A) El turismo médico en la actualidad .....	11
B) Marco teórico .....	14
1. Definiciones y conceptualización .....	14
II. Países importadores .....	20
A) Estados Unidos .....	20
1. Problemática.....	20
2. Turismo médico .....	25
B) Canadá, Australia, Japón y algunos países europeos.....	26
1. Cuidados primarios y hospitalización .....	26
2. Intervención gubernamental .....	27
3. Tiempos de espera.....	28
III. Países exportadores .....	32
A) Países asiáticos.....	32
1. India .....	32
2. Tailandia .....	35
3. Otros países asiáticos .....	37
B) Países latinoamericanos .....	41
IV. México como destino de turismo médico.....	43
A) Recopilación de datos.....	45
B) Estudios principales .....	45
1. Estudio de Dejun Su, et. al. (2008) .....	45
2. Estudio de Byrd y Law (2009) .....	47

3.	Estudio de Brown III, et. al. (2009) .....	49
4.	Estudio de Wallace, et. al. (2009) .....	50
V.	Las condiciones actuales y futuras del turismo médico en México .....	53
A)	Infraestructura.....	53
1.	Certificaciones de la <i>Joint Commission International</i> .....	53
2.	Infraestructura en México .....	56
3.	Tecnología en México .....	61
B)	Capital humano.....	64
1.	Capital humano actual .....	65
2.	Capital humano para el futuro.....	70
C)	Plan de crecimiento.....	75
D)	Análisis comparativo .....	77
E)	México e India.....	82
	Conclusiones .....	88
	Anexos.....	93
	Anexo 1. Marco histórico .....	93
1.1.	Los griegos .....	93
1.2.	Los romanos .....	93
1.3.	Los indios .....	94
1.4.	Los mayas.....	95
1.5.	El cristianismo.....	96
1.6.	Siglo XIX y finales del siglo XX .....	98
	Anexo 2. Costos comparativos de las principales cirugías, precios a febrero del 2017.	101
	Anexo 3. Precio de turismo médico en países seleccionados a 2011.....	102

Anexo 4. Uso de servicios médicos en México por residentes de la frontera texana (%).	103
.....	
Anexo 5. Personal médico en establecimientos públicos (por año de registro).....	104
Anexo 6. Análisis de costos partiendo del Aeropuerto Internacional de Los Ángeles. .	105
Anexo 7. Análisis de costos partiendo del Aeropuerto Internacional John F. Kennedy.	
.....	107
Bibliografía.....	111

## **Introducción**

El turismo es una actividad de suma importancia para el país, en 2017 aportó el 8.7% del PIB (precios básicos) (INEGI, 2019); sin embargo, no basta con el turismo tradicional como es el recreacional, cultural o ecológico. México, al igual que otros mercados emergentes, tiene la capacidad de innovar en el sector, impulsando un área poco conocida como es el turismo médico. El turismo médico es una actividad que ha existido desde la Antigua Grecia y que ha permanecido hasta tiempos actuales siendo poco estudiado por la ciencia económica. Hasta el momento se sabe que este sector tiene una gran afluencia de pacientes internacionales que buscan ser atendidos en mercados emergentes como es el caso de India (850,000 pacientes internacionales en 2016), Tailandia (1'800,000 pacientes internacionales en 2016) y México (3'000,000 pacientes internacionales en 2016) (Woodman, 2017).

Esta demanda ha incentivado a los países exportadores de servicios médicos a mejorar en aspectos tecnológicos (Lunt, 2011) para aprovechar su ventaja competitiva en cuestión de costos. De esta manera, los pacientes son capaces de recibir atención médica especializada con tecnología de punta y a un precio menor del que pagarían en sus países de residencia, debido principalmente a la ventaja salarial de los países en vías de desarrollo (International Trade Center, 2014). Por su naturaleza, esta actividad requiere de generación de empleo calificado, donde los futuros médicos que atiendan a pacientes internacionales conozcan de las prácticas especializadas más recurrentes en países desarrollados, como es el caso de la India, donde los estudiantes de medicina buscan prepararse en universidades estadounidenses y británicas (International Trade Center, 2014) o el caso de México que tiene a múltiples estudiantes de ciencias de la salud en Estados Unidos, Alemania, entre otros (OCDE, 2018).

Sin embargo, ¿qué ha incentivado el crecimiento de esta actividad y por qué no ha sido lo suficientemente estudiado por la academia económica? A lo largo de la historia, el mercado del turismo médico ha recibido diversos impulsos de las naciones desarrolladas, como es el caso de Estados Unidos y la baja cobertura de su población en seguros médicos, lo cual ha forzado a su población a buscar opciones fuera de sus fronteras; durante el segundo capítulo de la tesina, se estudia el turismo médico en la actualidad y los factores

que han favorecido su crecimiento. Por otro lado, el problema más importante de la falta de conocimiento sobre la actividad es que no se ha logrado definir el mercado como tal. A grandes rasgos se podría decir que el turismo médico consiste en el desplazamiento de pacientes a través de fronteras internacionales para recibir atención médica especializada (Lunt, 2011), sin embargo, existen discusiones sobre qué línea divide el “turismo médico” y el “turismo de salud”. Las principales definiciones y aproximaciones teóricas al mercado del turismo médico son abordadas en el tercer capítulo de la tesina: “Marco teórico: definiciones y conceptualización”. Hasta el momento se tiene conocimiento de dos tipos de desplazamientos en turismo médico, sin embargo, es posible que existan otros aún sin explorar. Éstos son:

- 1) El desplazamiento desde países en vías de desarrollo hacia países desarrollados en busca de procesos más sofisticados y tecnológicos.
- 2) El desplazamiento desde países desarrollados hacia países en vías de desarrollo en busca de menores costos y tiempos de espera.

El propósito de esta tesina es explorar la segunda corriente, por lo cual se han dividido a los países del análisis en países importadores (Capítulo 4) y países exportadores (Capítulo 5). En el Capítulo 4 se busca entender la estructura del sistema de salud en países desarrollados y los principales problemas que estos enfrentan para atender a la demanda de atención médica por parte de su población. Posteriormente, en el capítulo 5 se busca entender qué es lo que los países en vías de desarrollo pueden ofrecer para satisfacer la demanda internacional de servicios de salud, cuál es la estructura de sus sistemas sanitarios y cuáles son los principales retos que enfrentan para posicionarse como países exportadores de servicios médicos. En este mismo capítulo se abordan los programas que ha emprendido el gobierno de cada uno de estos países para fortalecer e incentivar el crecimiento del sector y el encadenamiento de servicios que esta actividad conlleva en materia de alojamiento y transportación. Cabe mencionar que en este apartado no se habla sobre el caso mexicano.

El caso de México se estudia hasta el capítulo 6, haciendo un análisis del mercado de turismo médico en la frontera con Estados Unidos y los datos recopilados en diversos artículos de investigación. Hasta este momento se sabe que los principales factores que impulsan el crecimiento del turismo médico en el país son los vínculos lingüísticos y

culturales entre las personas que habitan en la frontera y los médicos del norte del país; así como el hecho de que varios de los residentes hispanos no cuentan con seguros médicos y el costo de la atención médica es gasto de su bolsillo, lo cual les incentiva a buscar opciones de atención a menores costos.

En el capítulo 7 se hace un análisis de las condiciones actuales del mercado del turismo médico en México, en aspectos como: infraestructura, capital humano y las acciones que ha propuesto el sector público para incentivar esta actividad. Durante el gobierno de Enrique Peña Nieto se comenzó a reconocer al turismo médico como una actividad ya existente que podría beneficiar el crecimiento económico del país, por lo que se creó una comisión especializada de este mercado como parte de la Secretaría de Turismo a nivel nacional. Si bien la comisión ha realizado aproximaciones teóricas al mercado, la agenda que manejan aún no ha logrado detectar a profundidad los elementos que otorgan al país una ventaja competitiva con respecto al resto de los actores del mercado. Razón por la cual en este mismo apartado se ofrece un análisis de costos de elaboración propia que compara a México y a la India, el principal país asiático que exporta servicios de salud, intentando entender dónde están las áreas de fortaleza y las áreas de oportunidad del mercado mexicano.

Finalmente, se ofrece una serie de conclusiones con los hallazgos principales derivados de esta investigación y una serie de anexos que incluye un marco histórico del mercado de turismo médico (desde la Antigua Grecia hasta los principales descubrimientos del siglo XIX y finales del siglo XX) y gráficas de soporte a la información presentada a lo largo de esta investigación.

El objetivo de esta investigación es mostrar la existencia de esta actividad en varios mercados emergentes y la poca exploración académica que se ha realizado sobre esta. Hasta el momento las aproximaciones estadísticas y la promoción de la actividad se ha realizado, en su mayor parte, por la iniciativa privada; sin embargo, un mayor análisis y apoyo por parte del sector público al mercado del turismo médico podría ser un impulso relevante para la economía mexicana.

## **I. Contexto general**

### **A) El turismo médico en la actualidad**

Las tendencias actuales de turismo médico están enfocadas hacia la búsqueda de servicios médicos a bajos costos en países en vías de desarrollo (Adams, et. al., 2017). Esta tendencia se generó por dos factores principales: el aumento de costos en los servicios de salud estadounidense y la globalización.

Desde 1966 y hasta 1982, en Estados Unidos hubo un incremento en gasto de salud que estuvo dirigido a la cobertura médica de la población. Este gasto –que tuvo un crecimiento anual promedio del 13% en términos nominales– fue absorbido por el mercado de bienes y servicios, viéndose reflejado en presiones inflacionarias a mediados de los 70 e inicios de los 80 (Catlin & Cowan, 2015). El plan de acción estadounidense se basó en tres pilares: 1) proporcionar un seguro obligatorio a la población mayor de 65 años que cubriera sólo los servicios hospitalarios y el cuidado en un hogar de ancianos y que se financiaría por los impuestos sobre la nómina, 2) un programa de seguro voluntario que cubriera consultas médicas y otros servicios y que fuera financiado por las primas de afiliación subsidiadas por fondos federales, y 3) un seguro médico privado subsidiado para personas de bajos recursos que ampliara la asistencia estatal y federal que ya existía en ese momento. Estos tres pilares fueron los fundamentos para la creación del programa *Medicare* en 1966 (Catlin & Cowan, 2015).

El aumento acelerado de los precios en servicios de salud causó que la población estadounidense comenzara a buscar alternativas para procedimientos médicos sencillos, especialmente para aquellos que no eran cubiertos por sus seguros, como los dentales. El principal país beneficiado durante estas décadas fue Costa Rica, siendo el favorito de los estadounidenses por la cercanía a su país y los bajos costos de los procedimientos (Pickert, 2008).

Muchos médicos estadounidenses consideraban que los costos en los países de Centroamérica eran “peligrosamente baratos” (Pickert, 2008). Sin embargo, mientras los médicos estadounidenses consideraban esta nueva tendencia de servicios como un peligro, países como Cuba lo tomaban como una oportunidad. La estrategia de Cuba para atraer pacientes tuvo dos vertientes: la primera estuvo relacionada a un esfuerzo del

gobierno para incentivar a personas de Latinoamérica y otras islas del Caribe a recibir atención médica de calidad en Cuba; y la segunda estuvo relacionada con las agencias turísticas cubanas como INTUR y Cubanacan, que se dedicaron a promocionar ampliamente el turismo de bienestar en la isla, haciendo especial énfasis en las formaciones de agua mineral y spas médicos (Goodrich, 1993). Tras la tensión política-económica entre Cuba y Estados Unidos, el turismo médico se convirtió en la mejor alternativa para la atracción de divisas en la isla, siendo receptor de aproximadamente 2000 pacientes de turismo médico en 1990 (Pickert, 2008).

Por otro lado, Tailandia se convirtió en un pionero en las cirugías de reajuste de sexo, realizando la primera en 1975. En 1997, tras el colapso de la moneda tailandesa, el país asiático siguió el ejemplo caribeño al impulsar el turismo médico como una manera de atraer divisas para reestablecer su economía y el gobierno vertió sus esfuerzos en promover a Tailandia como un destino de cirugía plástica, convirtiéndose en poco tiempo en el lugar predilecto para las cirugías de cambio de sexo a bajo costo (Pickert, 2008). Además de los bajos costos, las principales razones por las cuales las personas viajaban hasta Tailandia para realizar este tipo de cirugías eran religiosas y sociales. El budismo acepta la noción de la transexualidad, por lo que no existían el tipo de prejuicios que se podían encontrar en países cristianos o musulmanes (Chokrungravanont, 2014). Junto con Tailandia, otros destinos de turismo médico surgieron en Asia, como India y Malasia (International Trade Center, 2014).

Para regular los mercados emergentes de turismo de salud, en esta misma década se fundó la *Joint Commission International* (JCI), una organización que hasta la fecha se encarga de evaluar y certificar centros de salud alrededor del mundo. La JCI provee los criterios internacionales para asegurarse de que los hospitales cumplan con los parámetros necesarios para prestar servicios médicos a pacientes extranjeros (Joint Commission International, 2018); estos son: 1) metas para la seguridad del paciente internacional, 2) liderazgo y gestión de programas, 3) facilitación de atención clínica, 4) apoyo a la autogestión, 5) gestión de la información clínica, y 6) medición y mejora del desempeño (Joint Commission International, 2014).

Con la entrada del nuevo milenio, el turismo médico tuvo un aumento significativo: países como Tailandia, Singapur e India se convirtieron en auténticos destinos de turismo médico, atrayendo pacientes de Estados Unidos y Reino Unido, principalmente (International Trade Center, 2014). Asimismo, factores geográficos, culturales, económicos y lingüísticos generaron el surgimiento de otros destinos de turismo médico alrededor del mundo, destacándose los casos de Brasil y México en América Latina. En la actualidad, países como Hungría, Polonia, Singapur, Hong Kong, Malta, Chipre, Sudáfrica, Dubai y Jordania se han incorporado al mercado de turismo médico, aunque la mayor parte de los servicios se encuentran concentrados en los países asiáticos y latinoamericanos (Lunt, Hardey, & Mannion, 2010). Ante los flujos de pacientes que recibían atención médica en el extranjero, algunas compañías de seguros de Estados Unidos comenzaron a promover pólizas que cubrían algunos de sus gastos fuera del país. (Pickert, 2008).

A pesar del crecimiento que ha tenido el turismo médico en el mundo, hasta este momento los datos siguen siendo escasos e imprecisos. Uno de los obstáculos para la obtención de datos es la falta de una definición clara sobre lo que es turismo médico, pues existen autores que lo definen por el lado de la demanda y otros por el lado de la oferta, unos que incluyen servicios dentales o de cirugía estética y otros que lo limitan a intervenciones quirúrgicas. Si bien los acuerdos internacionales de la Organización Mundial del Comercio –como es el Acuerdo General Sobre Comercio de Servicios–, nos permiten darnos una idea del tipo de servicio que es el turismo médico (International Trade Center, 2014), aún no existen registros nacionales que permitan avanzar hacia una contabilización precisa de la actividad (European Hospital and Healthcare Federation, 2015). Existen instituciones como Patients Beyond Borders que realizan conteos que nos permiten hacernos una idea del tamaño del mercado de turismo médico. Acorde a sus registros en 2017 se estimaron entre 14 y 16 millones de pacientes internacionales, los cuales generan un gasto global de entre \$45 y \$72 miles de millones de dólares al año (Woodman J. , 2017).

Por otro lado, en los últimos diez años se ha dado una expansión de páginas de información en internet para los pacientes interesados, ofreciendo servicios de diagnóstico, auto-diagnóstico, cuidados posteriores y apoyo psicológico. Así pues, el

turismo médico se está viendo incentivado por los mismos pacientes buscando alternativas a los tratamientos ofrecidos en su país de origen (Lunt, Hardey, & Mannion, 2010).

Es así que se agrega una tendencia de turismo médico que favorece a los países en vías de desarrollo, pues la mayor parte de los pacientes que viajan al extranjero para recibir servicios de salud provienen de países desarrollados.

## **B) Marco teórico**

### *1. Definiciones y conceptualización*

Una de las razones por la cual existe una escasez de datos sobre turismo médico es porque los estudiosos de este concepto aún no alcanzan un común acuerdo respecto a su definición (European Hospital and Healthcare Federation, 2015). Algunos definen el turismo médico por el lado de la oferta, otros por el lado de la demanda, otros por el tipo de servicio que se adquiere y otro por la duración de los mismos. A continuación se agrupan las definiciones más recurrentes de turismo médico traducidas del informe de la Federación Europea de Hospitales y Cuidado de la Salud (European Hospital and Healthcare Federation, 2015):

#### **1) Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2011.**

*“Cuando los consumidores eligen viajar a través de las fronteras internacionales para recibir algún tipo de tratamiento médico, que puede abarcar toda la gama de servicios médicos (por lo general, incluye la atención dental y la cirugía estética, cirugía electiva y tratamiento de fertilidad). Establecer los límites de lo que es la “salud” y lo que cuenta como turismo médico a efectos de las cuentas comerciales no es sencillo. Dentro de este rango de tratamiento, no todos se incluirían en el comercio sanitario. La cirugía estética por razones estéticas en lugar de reconstructivas, por ejemplo, se consideraría fuera de los límites de la “salud””. (Lunt, 2011).*

#### **2) McKinsey and company, 2008.**

*“Cuando una persona, cuyo propósito principal y explícito al viajar es obtener tratamiento médico en el extranjero, excluyendo: turistas de emergencia, turistas de bienestar, expatriados que buscan atención en su país de residencia, pacientes que viajan a regiones vecinas para recibir la atención más cercana disponible.” (McKinsey, 2008)*

#### **3) Deloitte, 2008.**

*“En términos generales, es el acto de viajar para obtener atención médica. Existen tres categorías de servicios de turismo médico: saliente, entrante e intrarregional (nacional)”. (Deloitte, 2008)*

**4) Diccionario Médico de Segel, 2012.**

*“Término acuñado por las agencias de viajes y los medios de comunicación para referirse a la práctica de viajar a través de las fronteras nacionales para obtener atención médica. También se refiere a la práctica de los proveedores sanitarios que viajan al extranjero para prestar asistencia sanitaria, que es tanto peyorativa como menos común.” (Segel's Medical Dictionary, 2012)*

**5) Asociación de Turismo Médico, 2011.**

*“Cuando las personas que viven en un país viajan a otro país para recibir atención médica, dental y quirúrgica al mismo tiempo que reciben una atención igual o superior a la que tendrían en su propio país. Viajan para recibir atención médica debido a la asequibilidad, un mejor acceso a la atención o un mayor nivel de calidad de la atención. El "Turismo Médico Doméstico" es cuando las personas que viven en un país viajan a otra ciudad, región o estado para recibir atención médica, dental y quirúrgica, mientras que al mismo tiempo reciben igual o mayor atención de lo que tendrían en su propia ciudad natal. Viajan para recibir atención médica debido a la asequibilidad, un mejor acceso a la atención o un mayor nivel de calidad de la atención.” (Medical Tourism Association, 2011)*

**6) Crooks, et. al., 2010.**

*“Cuando los pacientes abandonan intencionadamente su país de residencia fuera de los acuerdos de asistencia transfronteriza establecidos para realizar intervenciones médicas que no son de emergencia (es decir, cirugías) en el extranjero que suelen ser pagadas de su bolsillo.” (Crooks, 2010)*

**7) Lubowiecki – Vikuk, 2012.**

*“Actividad consciente, en la cual un viajero (un turista médico) busca recibir servicios de salud - en su propio país o en el extranjero - para preservar (o adquirir) una mejor condición de salud, y/o la apariencia estética de su propio cuerpo, a veces combinada con la relajación, la regeneración de la fuerza física y mental, visitas turísticas y entretenimiento.” (Lubowiecki-Vikuk, 2012)*

**8) Reporte de Investigación de la Cumbre Global de Spas, 2011.**

*“Involucra a personas que viajan a un lugar diferente para recibir tratamiento para una enfermedad, una dolencia o una afección, o para someterse a un procedimiento estético, y que buscan un menor costo de atención, una mayor calidad de atención, un mejor acceso a la atención o una atención diferente a la que podrían recibir en casa. Turista médico generalmente enfermo o que busca procedimientos quirúrgicos cosméticos/dentales o mejoras.” (Global Spa Summit Research Report, 2011)*

**9) K. Pollard, Revista Internacional de Turismo Médico, 2011.**

*“Un turista médico es alguien que viaja fuera de su propio país para someterse a una cirugía o a un tratamiento electivo de una afección médica. Si aplicamos esta definición estricta, NO incluimos a: los turistas dentales, los turistas de cirugía estética, los viajeros de spa y bienestar, los turistas médicos "accidentales" (viajeros de negocios y veraneantes que se enferman en el extranjero y son admitidos en un hospital), los expatriados que acceden a la asistencia sanitaria en un país extranjero.” (Pollard, 2011)*

Para el propósito de esta investigación, se empleará la definición de turismo médico ofrecida por Lunt (2011) en el informe publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico:

*“Definimos turismo médico como cuando los consumidores eligen cruzar fronteras internacionales con la intención de recibir algún tipo de tratamiento médico.”*

El término “tratamiento médico” puede abarcar un gran número de intervenciones específicas, sin embargo, se refiere en su mayor parte a intervenciones quirúrgicas (cirugía electiva), cuidado dental, cirugía cosmética, tratamientos para control de peso o tratamientos de fertilidad. Esta definición no incluye tratamientos de bienestar como podrían ser spas o procedimientos de medicina alternativa.

Asimismo, se tomará como “pacientes internacionales” a todos aquellos que se desplacen a través de una frontera internacional para recibir atención médica, sin importar su nacionalidad. Es decir, si un mexicano que es residente estadounidense cruza la frontera con México para recibir atención médica en éste último, esta actividad sí se considera turismo médico. Sin embargo, si en este mismo ejemplo el paciente decide atenderse en Estados Unidos, no se considera turismo médico aunque el paciente sea un extranjero atendándose en un país ajeno al suyo. El determinante en esta situación es el lugar de residencia y no el lugar de nacimiento.

Otras situaciones de pacientes internacionales que no son consideradas turismo médico con las siguientes:

- 1. Visitantes temporales:** se refiere a los turistas que requieren atención médica de emergencia a causa de un accidente o enfermedad repentina.
- 2. Residentes de larga estancia:** se refiere a las personas que deciden mudarse de su lugar de origen y se convierten en residentes de un país extranjero. Si reciben atención en el país extranjero, esto ya no se considera turismo médico.
- 3. Fronteras comunes:** si existen uniones de países que tengan planes de salud en conjunto, es decir, que incluya la atención transfronteriza, esto no se considera turismo médico porque es parte de un mismo esquema de atención.

Existen dos teorías principales que explican el turismo médico:

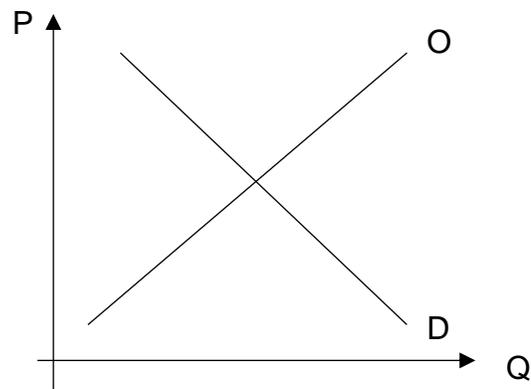
- 1) *De países pobres a países ricos:* históricamente, las personas se transportaban de una ciudad a otra para recibir atención médica pues estaban en busca de tratamientos y tecnología a los que no podían acceder en sus países de origen. Esto se debía principalmente a las diferencias en el desarrollo tecnológico entre naciones, que favorecía a aquellos con mayores recursos económicos y limitaba el acceso a servicios de salud de calidad para las personas con la capacidad económica para costearlo. Actualmente esta tendencia se ha revertido y es más común ver que las personas de países desarrollados se mueven hacia países en vías de desarrollo para recibir atención médica, como se explica en la siguiente teoría:
- 2) *De países ricos a países pobres:* varios investigadores (Horowitz & Rosensweig, 2007; Martinez, Chanda, & Smith, 2011; Loh, 2014) atribuyen esta teoría a la globalización por la que el mundo transcurrió en los últimos años, la cual ha permitido que países en vías de desarrollo accedan a tecnologías que anteriormente eran exclusivas de los países desarrollados. De esta manera, la calidad de sus servicios de salud son equiparables a las que se encuentran en países desarrollados pero a un costo menor por factores salariales. Además de esto, las personas que deciden buscar atención médica en países en vías de desarrollo son impulsados por factores de identidad (expatriados que residen en un nuevo país), listas de espera o legalidad de tratamientos (como pueden ser algunos tratamientos de fertilidad y cambio de sexo).

Los principales factores que han propiciado el turismo médico son (Horowitz & Rosensweig, 2007; Byrd & Law, 2009; International Trade Center, 2014; European Hospital and Healthcare Federation, 2015):

- **Menores costos:** tomando en cuenta que la mayor parte de los pacientes internacionales hacen gastos “*out of pocket*” (costeados por sí mismos), éstos experimentan mayor sensibilidad a los costos de los procedimientos quirúrgicos. En este sentido, los países en vías de desarrollo tienen una ventaja sobre los países desarrollados, pues sus esquemas salariales les permite cobrar menos por los mismos procedimientos con una calidad equiparable.

- **Competencia en calidad:** viajando fuera de su lugar de origen, los pacientes están pagando menos por una calidad que es similar a la que obtienen en sus países de residencia y por un costo significativamente menor. La calidad en procedimientos es algo que se ha vuelto más fácil de comparar gracias a las certificaciones de la *Joint Commission International*, que mide con los mismos estándares a hospitales provenientes de varios países y permite a los pacientes internacionales tener una idea más certera de la calidad de los procedimientos en el exterior.
- **Servicio al consumidor:** en el caso específico de Estados Unidos, los doctores tienen una afluencia de pacientes tan elevada que es poco el tiempo que pueden invertir a cada uno de ellos. Esto genera una mala experiencia de usuario en los pacientes, que prefieren pagar por médicos en el exterior que les prestarán más atención y les darán un trato más personalizado.
- **Menores tiempos de espera:** países como Canadá y Reino Unido sufren de largas listas de espera para intervenciones quirúrgicas, lo cual puede llegar a agudizar el malestar del paciente antes de poder recibir la atención requerida. Algunos de los pacientes provenientes de estos países prefieren salir de su cobertura médica y hacer un gasto de bolsillo para costear sus procedimientos en el extranjero y evitar las largas listas de espera que existen en sus países de origen.
- **Marco legal:** los marcos legales para procedimientos médicos en países desarrollados pueden llegar a ser más estrictos que en algunos países en vías de desarrollo, como es el caso de los países en el Sureste Asiático y la India. Específicamente en los procedimientos de fertilidad y de cambio de sexo, los países asiáticos son más laxos que Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, por mencionar algunos, lo cual permite mayor flexibilidad en la realización de estos tratamientos.
- **Razones de identidad social:** dentro de este rubro se encuentran razones sociales que permiten a los pacientes sentir mayor comodidad de lo que sienten en sus países de residencia. Los principales factores que influyen en este motivo son el idioma, la raza y las tradiciones, como es el caso de las diásporas mexicanas y coreanas que residen en Estados Unidos y viajan hasta sus países de origen para ser atendidos por médicos nacionales.

Así pues, el turismo médico es un mercado que se rige por la oferta y demanda de servicios de salud. Esto se puede ver reflejado de la siguiente manera:



En la cual, los consumidores, en este caso los pacientes internacionales, aumentarán la demanda de servicios médicos en el extranjero cuando el costo sea menor que en su país de origen. Por otro lado, los oferentes de servicios de salud buscarán ofrecer una mayor cantidad de opciones en tratamientos médicos al notar que los pacientes internacionales están dispuestos a pagar más dinero de lo que pagaría usualmente un paciente nacional.

## **II. Países importadores**

Existen dos tendencias de turismo médico que coexisten en la actualidad:

- 1) El desplazamiento de personas de ingresos altos que habitan en países en vías de desarrollo hacia países desarrollados en busca de mejor calidad en los servicios médicos, y
- 2) El desplazamiento de personas de ingresos medios que habitan en países desarrollados hacia países en vías de desarrollo en busca de menores costos y menores tiempos de espera para la realización de un procedimiento médico.

Al estudiar la segunda tendencia, podemos hacer una separación entre los países importadores y exportadores de servicios de salud. Los países importadores usualmente son países desarrollados con problemas de costos, falta de cobertura en servicios de salud o largas listas a la espera de un procedimiento en específico. Por otro lado, los países exportadores regularmente son países en vías de desarrollo –con sus contadas excepciones–, que tienen tratamientos médicos a menor costo, una calidad en el servicio equiparable a la que se puede encontrar en los países desarrollados y vínculos lingüísticos, sociales o culturales con sectores de la población que habita en países desarrollados.

### **A) Estados Unidos**

#### *1. Problemática*

En Estados Unidos, el 88% de los hospitales cuentan con certificaciones de la JCI (The Joint Commission, 2017); sin embargo, el acceso a los servicios de salud para los estadounidenses es limitada por dos razones principales:

1. El número de personas no aseguradas.
2. Los altos costos en los servicios de salud.

Estas dos razones se encuentran íntimamente ligadas desde la entrada en vigor del programa de cobertura de salud estadounidense a mediados de los años sesenta, empero, es un problema que –hasta la fecha– no se ha podido resolver en su totalidad (Catlin & Cowan, 2015).

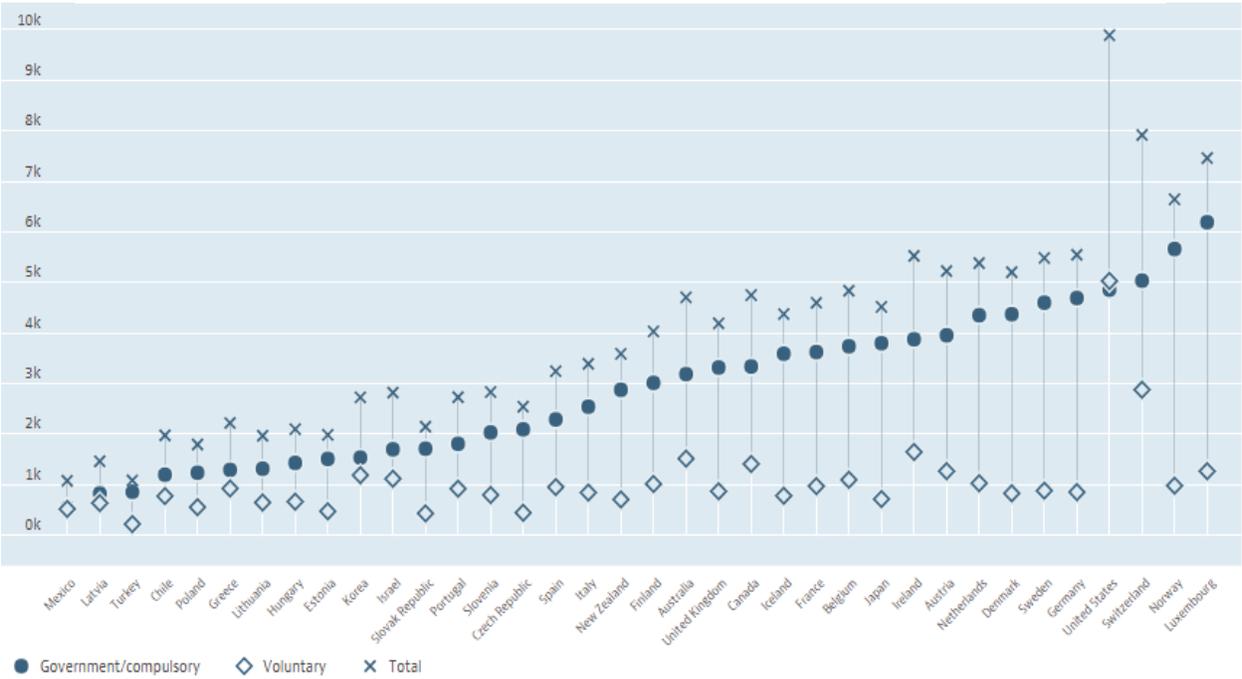
Durante la década de 1960 y el inicio de la década de 1970, el crecimiento del gasto en salud se vio destinado a expandir la cobertura de la población, lo cual se reflejó en un fuerte crecimiento del uso de bienes y servicios médicos. El plan de acción estadounidense se basó en tres pilares: 1) proporcionar un seguro obligatorio a la población mayor de 65 años que cubriera sólo los servicios hospitalarios y el cuidado en un hogar de ancianos y que se financiaría por los impuestos sobre la nómina, 2) un programa de seguro voluntario que cubriera consultas médicas y otros servicios y que fuera financiado por las primas de afiliación subsidiadas por fondos federales, y 3) un seguro médico privado subsidiado para personas de bajos recursos que ampliara la asistencia estatal y federal que ya existía en ese momento. Estos tres pilares fueron los fundamentos para la creación del programa *Medicare* en 1966 (Catlin & Cowan, 2015). Al mismo tiempo, el sector salud estaba experimentando avances significativos en tecnología y procedimientos para tratar a los pacientes.

Desde 1960 y hasta mediados de 1970, la expansión del gasto en salud estuvo dominada por factores no relacionados con los precios, pues la expansión de la cobertura médica llevó a un uso intensivo de los bienes y servicios destinados a este sector. Esto aceleró el ritmo de crecimiento de los precios en la segunda mitad de la década de los 70 y principios de los 80, aunándose a las tendencias crecientes de inflación. A mediados y finales de la década de los 90, los factores no relacionados con los precios representaron una vez más la mayor parte del crecimiento del gasto en salud, pues los planes de atención médica aprovecharon los descuentos en los precios de los proveedores y cambiaron a los usuarios de entornos más costosos a alternativas de menor costo (Catlin & Cowan, 2015).

A pesar de los esfuerzos estadounidenses para lograr la cobertura médica universal, entre 1998 y el 2007, el porcentaje de personas no aseguradas menores a 65 años permaneció alrededor del 16% (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2017), aumentando por encima del 18% durante la crisis inmobiliaria del 2008. Con la entrada en vigor de las primeras provisiones del *Affordable Care Act* (ACA), -también conocida como *Obamacare*-, en 2010, la tasa de personas no aseguradas comenzó a caer, alcanzando el 10.3% en 2016, la tasa más baja de la historia (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2017). Sin embargo, este avance se podría ver amenazado por los recortes en gastos de salud que ha promulgado la nueva administración de Donald Trump (Pear, 2017).

En la actualidad, Estados Unidos es el país de la OCDE que mayor gasto de salud realiza. En el siguiente cuadro comparativo (Gráfico 2.1) observamos el Gasto de salud per cápita anual a 2016; en esta aparecen tres tipos de gastos: el gasto subsidiado por el gobierno (el círculo); el gasto voluntario (el rombo), es decir, el gasto de bolsillo, de las organizaciones no gubernamentales y de corporaciones privadas; y el total (la equis), es decir, la unión de las dos categorías previas.

**Gráfico 2.1. Gasto de salud a 2016. (USD/Per cápita)**



Fuente: OCDE Data.

Estados Unidos se posiciona como el país con mayor gasto total y voluntario entre los analizados, siendo el único en el cual los gastos voluntarios exceden el gasto de gobierno en servicios de salud. Esto quiere decir que la mayor parte de los estadounidenses deben costear sus tratamientos médicos con sus propios recursos, lo cual podría ser un incentivo a buscar alternativas donde el costo del servicio médico solicitado sea la mitad de lo que cuesta en su país de origen.

Para el año 2016, el número de personas sin cobertura médica era menor a 28 millones de personas, 16 millones menos que en el año 2013, cuando la cifra ascendía a los 44 millones (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2017). Las principales razones por las cuales las personas no contaban con un seguro médico en Estados Unidos eran las siguientes:

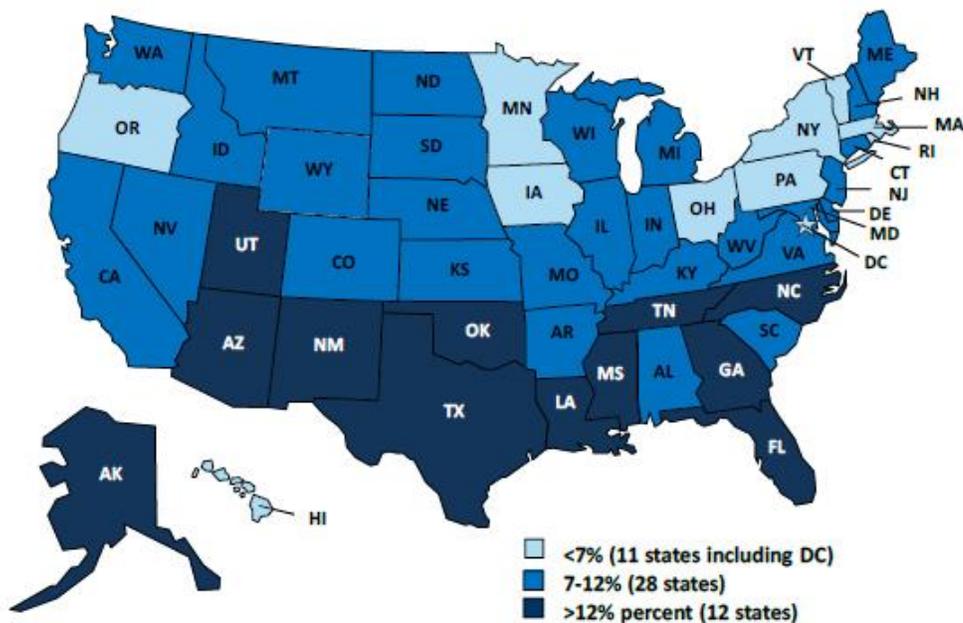
- **El costo del seguro médico es muy alto.** Según la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos (NHIS), en 2016 el 45% de los adultos<sup>1</sup> no contaban con seguro médico porque el costo era demasiado alto. Aunado a esto, algunos de los no asegurados que eran candidatos a financiamiento y apoyo gubernamental no lo sabían o presentaban obstáculos para su inscripción (Di Julio, 2015).
- **Pérdida de empleo o cambio de empleador.** Según la encuesta anteriormente citada, el 23% de los adultos no contaban con seguro médico porque el derechohabiente que extendía éste a la familia había cambiado de puesto o había perdido su empleo. Asimismo, el 9% de los encuestados había perdido el seguro médico por la pérdida del derechohabiente, fuera por divorcio, orfandad o viudez.
- **Otros factores** eran la conclusión de estudios (9% de los encuestados), incremento salarial o cese de beneficios tras alumbramiento (12%). (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2017)

La distribución geográfica de los no asegurados se concentra en el sur del país, siendo 12 estados los que tienen más del 12% de su población sin un seguro médico. Los estados con los menores índices de personas sin asegurar se encuentran, en su mayoría, en el noroeste del país, siendo Oregon el único de la costa oeste, como se puede apreciar en la siguiente figura.

---

<sup>1</sup> La encuesta hace la especificación de que los “adultos” no incluyen a la población de la tercera edad.

**Gráfico 2.2. Porcentaje de personas no aseguradas por estado, 2016**



NOTES: Includes nonelderly individuals ages 0-64.

SOURCE: Kaiser Family Foundation analysis of the March 2017 Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement.



*Fuente: The Henry J. Kaiser Family Foundation.*

La cercanía de estos estados a la frontera norte mexicana resulta un incentivo negativo a asegurarse para aquellas personas que viven sin protección médica. En cuestión de precios es más conveniente para ellos el cruzar la frontera y atenderse en México que pagar de su bolsillo los altos costos de los procedimientos médicos en Estados Unidos (Shelton, 2009). Por otro lado, estudios revelaron que tener un seguro médico en la frontera resulta inconveniente, pues la calidad de los servicios médicos es inferior en comparación al resto del país (Pauly & Pagán, 2007). La relación de México con Estados Unidos en cuestión de turismo médico será abordada a mayor profundidad en capítulos posteriores, sin embargo, es importante notar la diferencia de precios que existe entre Estados Unidos y varios países en vías de desarrollo.

En los anexos 2 y 3 se realiza un promedio de los costos por procedimiento médico en los principales hospitales de Estados Unidos y de otros países exportadores de turismo médico, como es el caso de India, Malasia, Tailandia, Corea del Sur y México. Los datos en la tabla fueron recabados por *Patients Beyond Borders*, un medio de contacto entre

pacientes y hospitales que practican turismo médico. La institución fue fundada por Josef Woodman en 2007 y hasta la fecha ha publicado más de 10 libros que ofrecen a los pacientes toda la información que necesitan sobre las ciudades que pueden visitar para recibir servicios médicos (Woodman J. , 2014).

En esta tabla se puede observar la diferencia de precios entre Estados Unidos y otros países destinos de turismo médico. El nivel de ahorro llega hasta un 90% de descuento en algunos procedimientos realizados en la India y del 40-45% de descuento máximo en países desarrollados como Singapur y Corea del Sur. Este tipo de comparativos se han realizado en años anteriores por organizaciones como la OCDE (Anexo 2), donde es posible notar que el Bypass de corazón tiene un costo de 113,000 USD en Estados Unidos, y en México, el mismo procedimiento tiene un costo de 3,250 USD (Lunt e. , 2011).

## *2. Turismo médico*

En un inicio, los estadounidenses que viajaban fuera del país para recibir atención médica lo hacían porque no encontraban los tratamientos que buscaban dentro de sus fronteras o porque éste no era cubierto por su seguro médico (incluyendo algunas cirugías estéticas y dentales). Sin embargo, con la entrada del nuevo milenio, los pacientes estadounidenses comenzaron a tratarse en el extranjero como parte de paquetes turísticos impulsados a aumentar el turismo médico, siendo aproximadamente 500,000 americanos los que viajaron en esta modalidad (AMA-OMSS, 2007). Aunado a esto, el aumento de precios en Estados Unidos motivó a los pacientes a buscar alternativas a cirugías más elaboradas en el extranjero, como cirugía de corazón, remplazo de rodilla o restauración de cadera (AMA-OMSS, 2007).

En junio del 2006, el Senador Gordon Smith propuso el turismo médico como una alternativa a los problemas de cobertura de salud en Estados Unidos (U.S. Senate, 2006), mencionando que sería menos costoso el que algunos estadounidenses se trataran fuera del país que realizar esos procedimientos en Estados Unidos. Asimismo, la empresa de recursos humanos “Mercer” se dedicó a desarrollar programas para algunas de las compañías pertenecientes al grupo *Fortune 500*, ofreciéndoles alternativas para enviar a sus trabajadores a realizarse cirugías específicas fuera de los Estados Unidos (AMA-OMSS, 2007). En California varias compañías privadas de seguro han desarrollado planes

de seguro médico binacional entre Estados Unidos y México desde el año 2000, lo cual había cubierto a un estimado de 150,000 trabajadores californianos en 2009 (Wallace, 2009); asimismo compañías como BlueCross, BlueShield, Aetna, entre otras, han desarrollado pólizas que permiten a sus clientes recibir tratamiento en otros países (Proméxico, 2013).

No obstante, la búsqueda de alternativas en servicios de salud fuera de Estados Unidos no está limitada a aquellos que no cuentan con un seguro médico (AMA-OMSS, 2007), algunas otras razones por las cuales los estadounidenses deciden salir de su país para recibir atención médica son la disminución de costos, la equiparable calidad que encuentran en el extranjero, el atractivo turístico, los procedimientos que no se encuentran dentro del marco legal estadounidense y la atención al cliente (AMA-OMSS, 2007).

### **B) Canadá, Australia, Japón y algunos países europeos**

La mayor parte de los países desarrollados cuentan con sectores de salud de alta calidad financiados por el gobierno. En 2016, *The Commonwealth Fund* publicó un análisis de 18 países<sup>2</sup> desarrollados<sup>3</sup> en el cual se realizó un comparativo de distintos rubros a considerar, como el papel de los seguros públicos y privados, el diseño del sistema de salud y la participación del gobierno en este. Asimismo, se examinaron algunos indicadores referentes al sector salud, como el gasto total realizado, el personal hospitalario, la tecnología empleada, los riesgos de salud en la población, el acceso a los servicios de salud y la opinión pública. A continuación se presenta un resumen de los principales rubros analizados (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Sarnak, 2016).

#### *1. Cuidados primarios y hospitalización*

Los cuidados primarios se refiere al “cuidado proveído por médicos preparados para un primer contacto y cuidado continuo de las pacientes con síntomas sin diagnosticar o preocupaciones de salud” (AAFP, 2018). En su mayoría, los países analizados tienen proveedores privados de cuidados primarios, a excepción de China que tiene una mezcla

---

<sup>2</sup> Alemania, Australia, Canadá, China, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, India, Inglaterra, Israel, Italia, Japón, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Singapur, Suecia y Suiza.

<sup>3</sup> En este informe también fue incluido China, un país de economía emergente.

de servicios públicos y privados; de Inglaterra que cuenta con algunas clínicas públicas donde el gobierno cubre los salarios de los médicos generales; de India, donde la mayoría es público y sólo existen algunas clínicas privadas en las zonas urbanas; de Singapur que tiene casi todo privado, pero cuenta con algunas clínicas públicas para la población de bajos ingresos; de Suecia que tiene una división casi equitativa de los servicios (40% privado, 60% público); y Noruega y Japón, donde la mayoría de los servicios son privados pero cuentan con un pequeño porcentaje de clínicas públicas.

Por otro lado, la hospitalización o atención secundaria se compone de servicios especializados ambulatorios y hospitalarios, con una densidad tecnológica intermedia entre la atención primaria y terciaria, que incluye procedimientos de mediana complejidad, servicios médicos especializados, servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico y servicios de emergencia (Lorenzini, 2013). En este rubro, todos los países tienen una proporción de instituciones públicas y otra de instituciones privadas (en su mayoría sin fines de lucro). En algunos lugares esta proporción varía por la región o el tipo de población, como en China donde la mayoría de los hospitales públicos se encuentran en las zonas rurales y los hospitales privados en las zonas urbanas. En Japón y los Países Bajos la proporción se inclina hacia el sector privado, teniendo sólo una pequeña proporción de hospitales públicos.

## *2. Intervención gubernamental*

En todos los países estudiados, el gobierno juega un papel activo e importante en la provisión de cuidados médicos a la población. En países como Australia, Canadá, Dinamarca, Israel, Italia y Suecia, el gobierno financia los sistemas de salud nacionales, mientras que en Singapur financia la infraestructura de los complejos de salud. En los Países Bajos, Singapur, Suiza y Estados Unidos<sup>4</sup>, el gobierno es el encargado de financiar mediante subsidios a los seguros médicos de la población. En países como los que componen el Reino Unido, así como Francia, Alemania, Japón, Países Bajos, Noruega y Suiza, los seguros médicos son reglamentarios y la mayor parte de ellos supervisados por el gobierno local o nacional.

---

<sup>4</sup> En el caso de Estados Unidos, el gobierno financia acorde a los ingresos de la población, dando prioridad a aquellos que son incapaces de costear un seguro médico por su cuenta.

Por otro lado, en algunos países los seguros médicos a la población son reglamentarios, por lo que es obligación del gobierno asegurarse de que todos cuenten con acceso a los servicios médicos que necesiten; este es el caso de Inglaterra, Francia, Alemania, Japón, los Países Bajos, Noruega y Suiza. Algunas otras intervenciones gubernamentales que se pueden llegar a presentar son los controles sobre los precios en centros de salud privados (Japón).

### *3. Tiempos de espera*

Los tiempos de espera para una intervención hospitalaria pueden llegar a representar un problema para algunos países con cobertura universal de salud (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013). Ante la necesidad de priorizar las intervenciones respecto al riesgo que estas representan para la vida de los pacientes o la incapacidad de suplir la demanda inmediata, algunos países sufren de largas listas de espera que impulsa a los pacientes a buscar atención fuera de sus fronteras (Loh, 2015)<sup>5</sup>. Los tiempos de espera para cirugías no electivas, como son la intervención por cataratas, el reemplazo de rodilla o el reemplazo de cadera generan gran insatisfacción por parte de los pacientes, porque los beneficios de la cirugía son postergados hasta que se abre un espacio para ellos, mientras que el dolor y la molestia permanece (OCDE, 2017).

En su informe de 2017, la OCDE hace énfasis en la necesidad de proponer reformas que reduzcan el tiempo de espera para poder acceder a estar cirugías. Se citan dos posibilidades: 1) que los proveedores de servicios de salud establezcan tiempos de espera máximos y se ajusten a estos, 2) permitir que los pacientes busquen proveedores de servicios de salud fuera de los programas nacionales (Siciliani, et. al., 2013). Si los países tomaran en consideración la segunda opción, los pacientes no tendrían por qué estar limitados a proveedores nacionales, lo que abriría una posibilidad al turismo médico, ayudando a los gobiernos a reducir estos tiempos de espera (Purdy & Fam, 2011). Esto se puede ver a continuación:

---

<sup>5</sup> Análisis realizado en Canadá.

**Gráfico 2.3. Tiempo de espera en cirugía de cataratas, promedio y tendencias selectas, 2015.**



Fuente: Estadísticas de Salud, OCDE, 2017.

**Gráfico 2.4. Tiempo de espera en reemplazo de cadera, promedio y tendencias selectas, 2015.**



Fuente: Estadísticas de Salud, OCDE, 2017.

## Gráfico 2.5. Tiempo de espera en reemplazo de rodilla, promedio y tendencias selectas, 2015.



Fuente: Estadísticas de Salud, OCDE, 2017.

Algunos de los países que tienen mayores tiempos de espera promedio en cirugías no electivas son Israel (132 días), Estonia (253 días) y Polonia (464 días) en cirugía de cataratas; Estonia (290 días), Polonia (405 días) y Chile (410 días) en reemplazo de cadera; y Hungría (226 días), Estonia (393 días) y Polonia (541 días) en reemplazo de rodilla. Algunos de los países conocidos anteriormente por tener largas listas de espera eran aquellos pertenecientes a la Mancomunidad de las Naciones: Australia, Inglaterra, Nueva Zelanda y Canadá. Sin embargo, en las gráficas anteriormente referidas se puede notar que los tiempos de espera han disminuido en alguno de ellos con el paso del tiempo.

Canadá resulta de suma importancia para este análisis por la cercanía que tiene con México (Snyder, Crooks, & Johnston, 2012), lo cual lo coloca como un mercado potencial en caso de que las personas decidan buscar tratamiento en el extranjero. En 2015 fue publicado un análisis de las tendencias de turismo médico presentado por canadienses buscando servicios médicos en el extranjero. Los resultados fueron limitados por la falta de datos, pero algunos de los puntos más importantes fueron los siguientes (Loh, 2015):

- Se encontró una relación positiva entre el PIB per cápita y el gasto en servicios de salud, lo cual sugiere que el turismo médico aumenta al aumentar el ingreso de las personas.

- La demanda de turismo médico incrementa cuando las opciones de servicios de salud privados aumentan sus precios.
- El turismo médico ha ido de estacional a estar presente todo el año. Esta conclusión se alcanza gracias a una falta de separación entre turismo médico y turismo de bienestar en el análisis. El autor justifica el cambio de temporalidad al decir que anteriormente la gente programaba visitas a spas y cirugía plástica cerca de las vacaciones, pero que ahora la gente realiza otras intervenciones quirúrgicas, como reemplazo de cadera, trasplante de órganos o bypass de corazón, las cuales no se pueden programar junto a vacaciones de placer. Sin embargo, lo primero (spas) es parte del turismo de bienestar, lo cual sí se puede programar entorno a las vacaciones y lo segundo (cirugía plástica) es parte del turismo médico, lo cual obedece a las necesidades del paciente.

Por otra parte, se tienen registros de agencias de viajes especializadas en turismo médico en Canadá que buscaban proponer opciones para aquellas personas que estaban considerando atención médica en el extranjero y que promovían a México como uno de los principales destinos de turismo médico. Sin embargo, se dice que muchas de estas agencias quebraron por diversas razones ajenas a los países que estaban promoviendo (Turner, 2012).

### **III. Países exportadores**

Acorde al modelo planteado en esta investigación, los países exportadores son aquellos que ofrecen servicios médicos a los pacientes que se desplazan entre fronteras internacionales. Históricamente los países exportadores eran los países desarrollados, pues contaban con nuevos instrumentos tecnológicos y procedimientos que no se encontraban disponibles en países emergentes. Con el modelo actual de turismo médico, la mayor parte de los países exportadores son países emergentes, pues presentan ventajas comparativas en cuestión de costos e identidad cultural y lingüística con grupos poblacionales de países desarrollados.

#### **A) Países asiáticos**

Existen antecedentes de turismo médico registrado en el continente asiático, gracias principalmente a dos países: India y Tailandia. Como ya se mencionó en el marco histórico, las prácticas medicinales de Ayurveda han atraído pacientes a India, provenientes de varias regiones del mundo desde hace más de cinco mil años, ganando especial relevancia con las tendencias *new age*<sup>6</sup> de mediados del siglo XX. Actualmente India es uno de los países más relevantes en cuestión de turismo médico, con especial afluencia de pacientes británicos y estadounidenses. Por otro lado, Tailandia fue uno de los primeros países en impulsar la industria de turismo médico con miras en aumentar el crecimiento económico del país tras la crisis asiática de finales del siglo XX. Tailandia se promovió a sí mismo como un país que ofrecía más opciones de las que se encontraban vigentes dentro de los países occidentales, especialmente en intervenciones de cambio de sexo.

Junto con India y Tailandia, otros países asiáticos con una importante industria de turismo médico son Malasia y las Filipinas. A continuación se plantean los puntos más importantes de los mercados de turismo médico en cada uno de estos países:

##### *1. India*

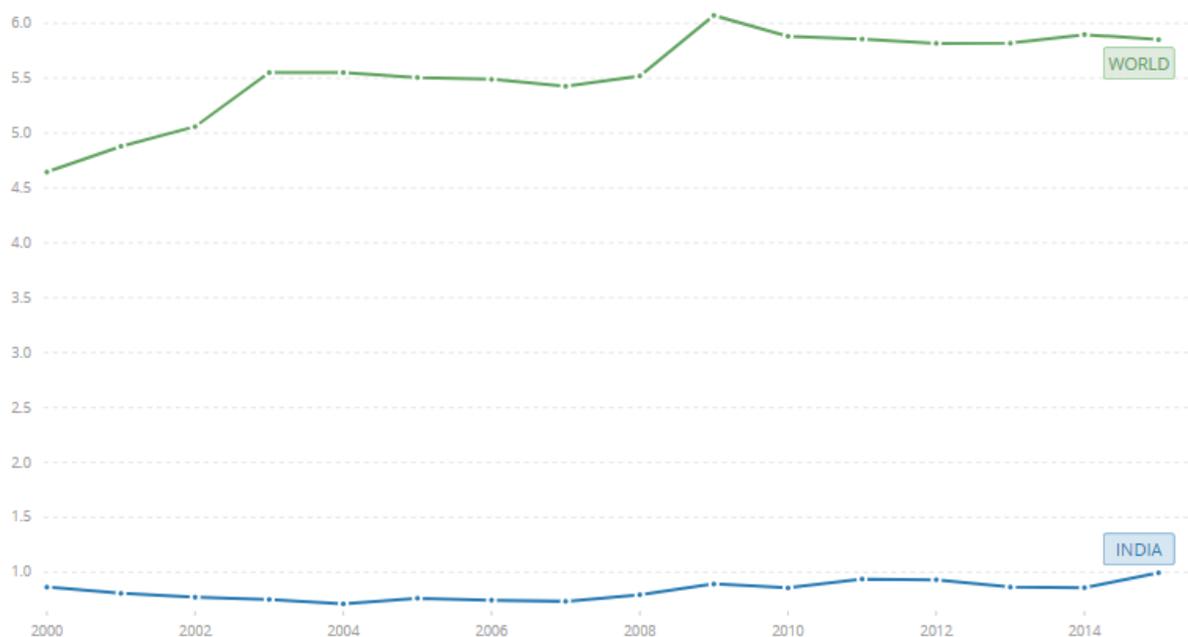
El sistema de salud en India es sumamente desigual. Desde finales del siglo XX se instauraron políticas neoliberales en el país que promovieron la creación de centros

---

<sup>6</sup> Para mayor información revisar Anexo 1.

privados de salud, disminuyendo así el porcentaje de inversión pública en ese sector. De 1991 a 2000 la inversión gubernamental en salud disminuyó de 1.3%<sup>7</sup> a 0.86%<sup>8</sup> como porcentaje del PIB, estando muy por debajo del promedio global.

**Gráfico 3.1. Gasto en salud de las administraciones públicas nacionales de la India (% de PIB), 2000 a 2014.**



Fuente: Banco Mundial, 2018. (Banco Mundial, 2018)

A lo largo de los años la inversión india en este sector ha oscilado entre el 0.7% y el 0.9%, manteniéndose siempre por debajo del 1% con un porcentaje de 0.995% a 2015. Por otro lado, el promedio global de inversión en salud por parte del sector público ha oscilado entre el 4% y 6% anual, registrando el porcentaje más alto en 2009 con 6.07% y teniendo un nivel de 5.85% a 2015.

Este panorama ha generado una concentración del ingreso que segmenta a la población en dos: la élite que se vio beneficiada por las políticas neoliberales y que son las personas

<sup>7</sup> Datos de Sen Gupta, A. (2008) "Medical tourism in India: winners and losers". *Indian Journal of Medical Ethics*, Vol V, Núm. 1. Enero – Marzo.

<sup>8</sup> Datos del Banco Mundial, consultado 04/05/2018. Recuperado de: [https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=IN&year\\_low\\_desc=false](https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=IN&year_low_desc=false)

que se pueden costear atención médica privada, y las personas de bajos recursos que deben atenderse en clínicas públicas de muy baja calidad. Acorde al Banco Mundial, para que una persona en pobreza pueda pagar el uso de servicios médicos privados, el 40% de ellas debe solicitar préstamos o vender activos, y el 25% de ellas cae por debajo de la línea de la pobreza a causa de esto (International Trade Center, 2014).

La inversión privada que se ha registrado en el sector salud ha permitido que India goce de instrumentos tecnológicos vanguardistas que, combinados con los bajos salarios, han hecho del país uno de los principales destinos de turismo médico gracias a un acceso tecnológico a bajo costo. Aunado a esto, India cuenta con personal médico anglófono de alta calidad, pues muchos de los médicos que residen en el país se educaron en Estados Unidos o el Reino Unido; así como con vastos destinos turísticos que funcionan como una atracción extra para los pacientes internacionales (Sen Gupta, 2008). Se especializan principalmente en procedimientos cardiacos, ortopédicos, neurológicos, cirugías espinales y cirugías cosméticas (International Trade Center, 2014).

Los principales pacientes internacionales que llegan a India provienen del Reino Unido y de los países asiáticos colindantes, razón por la cual los hospitales indios han optado por obtener certificaciones inglesas, intentando dar mayor certidumbre a los pacientes británicos (Sen Gupta, 2008). El gobierno juega un rol importante en el mercado de turismo médico indio. Además de las políticas económicas anteriormente mencionadas, la administración pública ha realizado promoción de los hospitales en el extranjero, otorgamiento de visas especiales para pacientes internacionales y sus acompañantes, financiamiento de certificaciones a hospitales para asegurar su calidad e incentivos fiscales (International Trade Center, 2014).

Estos incentivos son promovidos bajo el acuerdo de que los hospitales privados deben reservar cierto número de camas para atender a pacientes locales de bajos recursos sin costo alguno, sin embargo, se han detectado casos en los cuales los pacientes son rechazados, generándose un incumplimiento del acuerdo público-privado entre gobierno y hospitales. Hasta el momento estos casos han quedado impunes, por lo que se han realizado sugerencias al gobierno indio de un reforzamiento de medidas regulatorias para con el sector (Sen Gupta, 2008).

Por otro lado, la facilidad de entrada al mercado de servicios médicos privados ha generado una sobreoferta de hospitales en India que no logra suplirse con la demanda doméstica a causa de los altos costos anteriormente mencionados. Una de las razones por las cuales el gobierno ha buscado incentivar el turismo médico en la región es porque los pacientes internacionales funcionan como una vía de salir a la sobreoferta de servicios médicos particulares (Sen Gupta, 2008).

## *2. Tailandia*

Tailandia alcanzó la cobertura médica universal en 2002 mediante tres esquemas de seguros: el Esquema de Beneficios Médicos para Funcionarios Públicos (CSMBS, por sus siglas en inglés), el Esquema de Seguro Médico Social (SHI) para los empleados del sector privado, y el Esquema de Cobertura Universal (UCS) para el resto de la población (Tangcharoensathien, et. al., 2015). Sin embargo, los servicios de salud se encuentran concentrados en las zonas urbanas del país, existiendo escasez de médicos en las zonas rurales.

El turismo médico en Tailandia comenzó desde los años setenta (Tangcharoensathien, et. al., 2015). Siendo uno de los pioneros en la industria, Tailandia comenzó ofreciendo procedimientos que no se encontraban disponibles en el resto del mundo. Un ejemplo de esto fue la cirugía de reajuste de sexo, que se realizó por primera vez en 1975. Esto logró atraer pacientes de todas las regiones, especialmente de países desarrollados. A finales del siglo XX, al estallar la crisis monetaria en 1997, el gobierno vertió sus esfuerzos en promover a Tailandia como un destino de cirugía plástica a bajo costo (Pickert, 2008). En la actualidad el gobierno apoya a la industria del turismo médico mediante facilidades migratorias que permiten a los pacientes tener una visa de 90 días para atenderse en los hospitales del país. Además de esto, algunas de las principales razones por las cuales Tailandia se posiciona como uno de los principales destinos de turismo médico es porque ofrece un tratamiento integral que incluye atención médica en hospitales de alta calidad y recuperación en centros de bienestar (spas y centros de masaje tailandés); asimismo, envía a sus doctores a prepararse a universidades británicas y estadounidenses, por lo que conocen los procedimientos occidentales y no presentan problemas de idioma al atender a pacientes internacionales. Finalmente, Tailandia fue uno de los primeros países en buscar la certificación médica internacional otorgada por la Joint Commission

International (JCI), siendo uno de los países con mayor número de hospitales certificados (64 al 2018), la mayor parte de estos ubicados en Bangkok.

Tailandia es uno de los países que más se aproxima a la medición empírica de turismo médico, pues divide la atención hospitalaria en dos: la proporcionada a nacionales thais y la proporcionada a extranjeros. Sin embargo, la medición aún no es dividida entre extranjeros residentes y extranjeros visitantes, lo que hace de la medición de turismo médico un dato inexacto. NaRanong y NaRanong (2011) realizaron un estudio sobre los efectos del turismo médico en Tailandia mediante la exploración de esta base de datos, de la cual lograron deducir las siguientes conclusiones:

- En 2008, el ingreso por concepto de atención médica a pacientes extranjeros fue de 46 a 52 miles de millones de bat tailandeses (entre 1.3 y 1.5 millones de dólares al tipo de cambio del día de hoy). Sin embargo, al sumar los gastos relacionados con turismo médico (como podrían ser alojamiento, gastos de transportación y alimentación), el ingreso por turismo médico en total fue de entre 58 y 65 miles de millones de bat tailandeses (entre 1.75 y 1.96 millones de dólares).
- De los pacientes internacionales que llegan a Tailandia, aquellos que viajan con el sólo propósito de recibir atención médica provienen, en su mayoría, de países asiáticos, principalmente de los Emiratos Árabes Unidos. Existen otros pacientes que deciden recibir atención médica en Tailandia como parte de sus planes vacacionales, la mayoría de estos provienen de Estados Unidos.
- En 2002 se dio una fuerte concentración de médicos en zonas urbanas, ocasionado principalmente por la diferencia de salarios que existía entre los hospitales de las zonas rurales y las zonas urbanas. Esto disminuía la disponibilidad de médicos de buena calidad en las localidades pequeñas. Para evitar esta concentración de empleos, en 2008 el gobierno tailandés decidió incrementar al doble los salarios del personal hospitalario en las zonas conurbadas, lo cual incrementó el gasto nacional en salud. El gobierno emprendió esta medida con el propósito de no frenar el turismo médico para que las entradas de divisas por concepto de este cubrieran los gastos adicionales en salud. Hasta este momento no se tienen cálculos precisos para saber si el resultado fue el esperado por el gobierno tailandés.

En conclusión, los efectos del turismo médico en Tailandia aún son imprecisos, pues han tenido repercusiones positivas y negativas. Por el aspecto positivo, a 2008 el turismo médico otorgaba un valor agregado que representaba el 0.4% del PIB tailandés. Por el lado negativo, existe escasez de médicos para atender a los nacionales, por lo que el gobierno tailandés se vio en la necesidad de aumentar su gasto de salud para no perjudicar a su población.

### *3. Otros países asiáticos*

Otros países asiáticos que han incursionado en el mercado de turismo médico son Filipinas, Malasia y Singapur. Al ser un mercado emergente en estos países, la información que se tiene sobre la industria del turismo médico es poca, pero son constantemente mencionados en la literatura sobre el tema (Loh, 2014).

#### *Filipinas*

El sistema de salud en Filipinas es una combinación de servicios públicos y privados. El sistema público es financiado por el gobierno y tiene centros de salud a lo largo del país, incluidas las zonas periféricas; esto con la intención de proveer al país con cobertura médica universal. El sistema de salud privado está basado en el modelo norteamericano, con hospitales independientes que tienen sus propios esquemas administrativos y que dan servicios a aquellos que puedan pagarlos, atendiendo a un 30% de la población (aproximadamente). (Allianz World, 2018)

La incursión de Filipinas en el turismo médico es relativamente reciente, siendo promovida en 2004 por el presidente Arroyo, quien puso en marcha un programa público-privado que favorecía a los pacientes internacionales que buscaban atención médica en el país asiático. La metodología actual no permite calcular el impacto que esto tuvo en la afluencia de pacientes internacionales, pero lo cierto es que el número de hospitales privados creció a partir de las políticas implementadas (ITC).

A diferencia de otros países asiáticos, el enfoque gubernamental para incentivar el turismo médico se basó más en la experiencia turística que en la calidad hospitalaria, por lo que buscó que sus instalaciones fueran llamativas y lujosas. Ejemplo de esto es que Filipinas es el país asiático con menor número de hospitales certificados del sureste

asiático con sólo 5 centros de salud enlistados en la *Joint Commission International* en 2018. En cambio, cuenta con 454 Departamentos de Turismo con agencias de viaje acreditadas y numerosos hoteles, hostales y pensiones para turistas con todo tipo de presupuesto.

Algunos de los incentivos que el gobierno implementó fue exención de impuestos y disminución de tarifas arancelarias en la importación de material médico (International Trade Center, 2014). El apoyo que el gobierno muestra a la industria del turismo médico tiene dos intereses principales: el crecimiento de este mercado emergente y frenar la fuga de cerebros que se da en el sector médico en Filipinas, pues muchos recién egresados del área de la salud emigran a países con mejores condiciones salariales como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Singapur.

### *Malasia*

El sistema de salud en Malasia es una combinación público - privada parcialmente financiada por el gobierno. El sector público atiende a la mayor parte de la población (alrededor del 65%), pero cuenta con sólo el 45% de los doctores en el país (y con el 25-30% de los especialistas). Hasta el momento el gobierno malasio no ha decidido el rumbo a tomar en cuestión de salud, pues existe una ambivalencia entre la idea de instaurar un sistema de salud universal (inspirado en el NHS inglés) o permitir el libre mercado con menor intervención gubernamental.

Los centros de salud privados en Malasia han crecido exponencialmente en los últimos 25 años (Quek, 2009) favoreciendo el crecimiento de la industria del turismo médico. En 2008, Deloitte calculó un aproximado de 300 mil pacientes internacionales visitando Malasia en 2006, con este número creciendo a 583 mil pacientes en 2011 (Deloitte Center for Health Solutions, 2008). Sin embargo, la aproximación de Deloitte es impreciso, pues la recopilación de datos del gobierno Malasio no distingue a viajeros internacionales de residentes internacionales. Así pues, los “pacientes internacionales” recibiendo atención médica en el país asiático bien podrían ser expatriados que residen ahí de manera permanente y que no viajaron con el propósito exclusivo de recibir atención médica.

Uno de los rasgos más atractivos de los servicios de salud que ofrece Malasia es la dualidad entre procedimientos occidentales y procedimientos tradicionales (que incluyen ayurveda, siddha, unani y medicina tradicional china). El país se especializa en procedimientos de cancerología, cardiología, tratamientos de fertilidad, ortopedia y rehabilitación médica. La mayoría de los pacientes visitantes provienen de los países vecinos: Indonesia y Singapur; así como algunos países de Medio Oriente.

El gobierno malasio identificó al turismo médico como un mercado potencial, por lo estableció el Comité Nacional para la Promoción del Turismo de Salud. Este comité incluye aerolíneas, hospitales, agencias de viaje y la Autoridad Malasia de Desarrollo Industrial; el cual busca atender asuntos relacionados a la promoción del turismo médico, los incentivos fiscales, los impuestos al servicio y la acreditación de los hospitales. Hasta el momento se han establecido call-centers especializados en brindar información a pacientes internacionales, así como diferentes agencias de promoción en ciudades cercanas (Dhaka, Hong Kong y Jakarta). Asimismo se favoreció el aceleramiento de trámites migratorios para otorgar visas a pacientes internacionales. En materia de acreditación, Malasia cuenta con una acreditación a nivel nacional que había certificado a 72 de 253 hospitales para atender a pacientes internacionales en 2014; apoyando también a aquellos hospitales que decidieran buscar la acreditación internacional mediante incentivos fiscales. Actualmente, Malasia cuenta con 13 hospitales certificados por la Joint Comission International (2018).

### *Singapur*

El sistema de salud de Singapur es manejado completamente por el gobierno, el cual administra los seguros públicos y privados para proveer a sus ciudadanos de cobertura universal. El financiamiento del programa es una combinación de subsidios gubernamentales, esquemas de salud con diferentes niveles y los ahorros privados de los individuos; todos administrados a nivel nacional y presupuestado anualmente. Cuenta con tres programas de seguro médico gubernamental: MediSave (un seguro que es pagado parcialmente por empleados y parcialmente por empleadores; cubre cuidados primarios de salud), MediShield (lo tienen todos que están asegurados en MediSave y funciona para

cubrir gastos inesperados de hospitalización y cuidados avanzados), y MediFund (pagado completamente por el gobierno para ayudar a los indigentes).

Este esquema de salud ha favorecido a la privatización y corporatización de las instituciones de salud. Su objetivo es atraer 1 millón de pacientes internacionales al año, sin embargo a 2012 sólo se tenían registro de 850 mil. Sin embargo, esta contabilización ha sido ampliamente criticada por instituciones de turismo médico, pues no hay una diferenciación entre pacientes y acompañantes, por lo que el número podría ser menor al reportado. La mayoría de las personas contabilizadas provenían de Indonesia y Malasia.

En aras de incentivar la industria del turismo médico, el gobierno de Singapur estableció *Singapore Medicine* (Medicina Singapur), una alianza industrial - gubernamental que tenían como objetivo posicionar al país como un cluster de turismo médico internacional con tecnología de alta calidad y certificación médica en todas sus instituciones. Esta alianza se instauró en 2003, pero hasta el momento no se ha definido un plan de acción para lograr su objetivo. La principal razón por la cual el gobierno de Singapur redujo su atención a incentivar la industria fue porque comenzó a haber escasez de espacios para los locales en los hospitales, lo cual generó inconformidad en la población. A 2018, Singapur cuenta con 23 hospitales certificados por la Joint Commission International y toda su población habla inglés, por lo que, de incursionar de lleno en el mercado de turismo médico, podría ser un fuerte competidor de India y Tailandia (International Trade Center, 2014).

## **B) Países latinoamericanos**

A lo largo de los años ha habido registros periodísticos de turismo médico en algunos países de Latinoamérica, sin embargo, no se han mostrado datos estadísticos que comprueben la afluencia de pacientes internacionales en estos lugares (a excepción de México). Con el conocimiento que se tiene hasta este momento, los países que reciben pacientes internacionales en sus hospitales son Brasil y Costa Rica. Algunos artículos mencionan la existencia de turismo médico en Colombia, Cuba y Argentina, pero la información que se tiene es escasa o desactualizada.

### *Brasil*

Brasil cuenta con un sistema de salud llamado “Sistema Único de Salud” (SUS), el cual es público, universal y gratuito que es financiado por los impuestos de los ciudadanos. Éste está integrado por el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud estatales y locales. La atención médica se otorga mediante hospitales públicos y privados, contando con planes o seguros de salud médica (Sobral de Carvalho & Schubert, 2013).

Es poca la información que se tiene sobre turismo médico en Brasil, a excepción de los registros periodísticos que mencionan la actividad. En 2016 Patients Beyond Borders hizo un análisis de los tratamientos más recurrentes buscados en este país y estos fueron la cirugía cosmética, las cirugías para pérdida de peso y los trasplantes de hígado y corazón (Woodman J. , 2017); sin embargo, menciona que de los países de Latinoamérica, Brasil es el que menos nivel de ahorro ofrece al paciente internacional en cuestión de costos (Global Health Intelligence, 2017). Al día de hoy Brasil es uno de los países con mejor calidad hospitalaria, contando con 35 hospitales certificados por la JCI.

### *Costa Rica*

El sistema de salud de Costa Rica es provisto por un solo comprador-proveedor que es financiado por fondos públicos, llamado la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Los fondos públicos están conformados por aportaciones gubernamentales y salariales de la población trabajadora y a 2017 tenía una cobertura del 90% de la población nacional. Sin embargo, a últimas fechas el financiamiento de este sistema ha resultado problemático, pues gran parte de la población se encuentra en el sistema informal y el

país se está enfrentando al envejecimiento de las generaciones que más aportan a este sistema.

Costa Rica ha sido de los pocos países que han invertido esfuerzos en intentar registrar la afluencia de pacientes internacionales en sus hospitales, reportando que en 2016 recibieron aproximadamente 70 mil pacientes. Lamentablemente no han explicado la fórmula de su medición y estos datos no son públicos para el uso académico. Los cálculos de Patients Beyond Borders en 2016 son consistentes con la cifra arrojada por el Banco Central de Costa Rica, reportando que los principales tratamientos fueron dentales, de cirugía cosmética y ortopédicos (Woodman J. , 2017). En calidad, Costa Rica es de los países con menor número de hospitales certificados, contando con sólo dos certificaciones de la JCI.

#### *Otros países*

Adicional a estos dos países, en algunos artículos se han mencionado servicios de turismo médico existentes en Cuba<sup>9</sup>, Colombia y Argentina, los cuales han atraído pacientes internacionales por sus ventajas comparativas en costos y calidad de sus servicios (Global Health Intelligence, 2017). Sin embargo, la información que se tiene sobre estos es poca o no está actualizada, por lo que no se ahondará en detalles de los mismos.

---

<sup>9</sup> Se sabe que Cuba es uno de los principales países que ofrece servicios médicos a pacientes extranjeros, sin embargo, la información actual es nula o restringida por políticas nacionales.

#### IV. México como destino de turismo médico

México es un país que figura entre los principales destinos de turismo médico por sus bajos costos en tratamiento, la cercanía geográfica con Estados Unidos y Canadá, y los vínculos culturales y lingüísticos con las diásporas de la frontera México – Estadounidense. (Proméxico, 2013)

Actualmente en México no existe un sistema de medición que contabilice el turismo médico. Las primeras aproximaciones estadísticas que se tienen del país son gracias a organizaciones externas, como Patients Beyond Borders y la Joint Commission International. Acorde a la primera, en 2012 México estaba atrayendo a más de un millón de pacientes extranjeros anualmente, los cuales provenían de los estados de la frontera sur estadounidense: California, Arizona y Texas (Proméxico, 2013). Dentro de los cálculos de Proméxico se hizo una aproximación de los ingresos percibidos en el país

por concepto de turismo médico, el cual se muestra a continuación:

**Tabla 4.1. Turismo médico en México (serie histórica: 2006 – 2010; en millones de dólares).**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Turismo médico</b>	1544	1813	1822	1800	1907	2437	2588	2847	3084	3302	3514
<b>Spas</b>	874	1036	1101	1136	1122	1204	1265	1321	1369	1420	1471
<b>Otros</b>	18	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29
<b>Total</b>	2436	2872	2947	2960	3054	3667	3880	4196	4751	4751	5014

*Fuente: Proméxico (2013)*

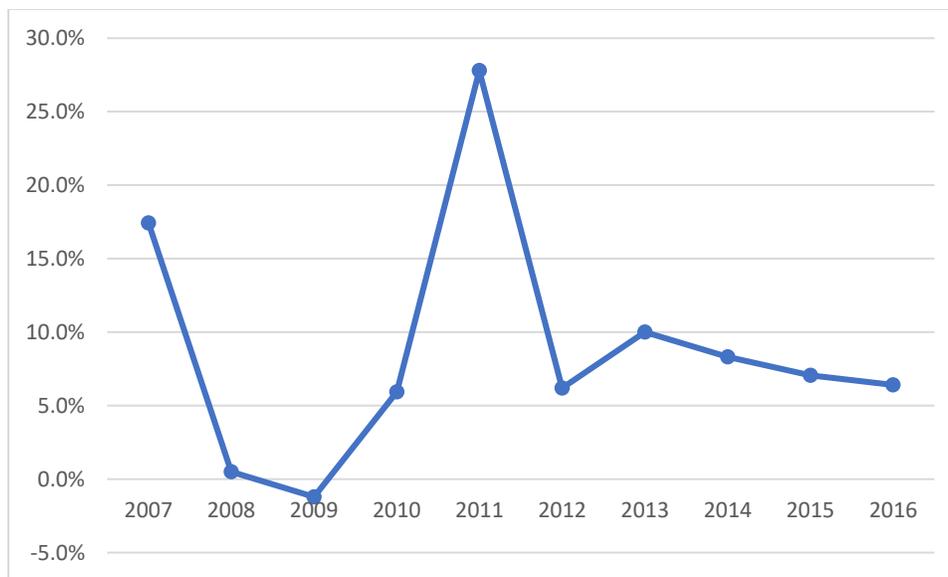
*Nota: Los datos de 2014 a 2016 son aproximaciones del autor.*

Acorde a esto, el turismo médico en México ha mantenido un comportamiento irregular a lo largo del tiempo, mostrando un decremento importante en 2008 y 2009, lo cual puede atribuirse a la contracción del gasto en el mundo a causa de la crisis inmobiliaria iniciada en Estados Unidos. Tomando en cuenta que Estados Unidos es el principal origen de pacientes internacionales que se atienden en México, es probable que la crisis haya contraído la actividad del turismo médico en la frontera, pues el ingreso de los residentes estadounidenses disminuyó. Posteriormente, durante 2010 y 2011 se ve un aumento considerable de la actividad el cual podría atribuirse (parcialmente) a la recuperación

económica del país del norte y al hecho de que muchos residentes estadounidenses no tenían seguro médico, por lo que buscaban optimizar su ingreso atendiéndose donde el costo de la atención médica fuera menor. Asimismo, la economía global ya comenzaba a recuperarse de la crisis financiera. En 2012 cae la tasa de crecimiento y se mantiene estable hasta el 2013 con variaciones de entre el 5 y 10%, lo cual podría atribuirse parcialmente a que se popularizó el “ObamaCare” a lo largo de Estados Unidos, por lo que muchos residentes ya tenían acceso a servicios de salud sin tener que salir del país. De 2014 a 2016 los analistas que recabaron esta información pronosticaron que el crecimiento se mantendría en una banda de entre el 5 y 10%.

Esto es notorio en la siguiente gráfica:

**Gráfico 4.1. Variaciones en el turismo médico en México**



*Fuente: de elaboración propia con datos de Proméxico.*

Se sabe que el turismo médico existe en México por los estudios que se han realizado del comercio de servicios médicos transfronterizos entre México y Estados Unidos, su principal importador. En este apartado se analizarán cuatro estudios conducidos por universidades estadounidenses sobre el uso de estos servicios. Tres de ellos fueron realizados en Texas (Shelton, 2009; Byrd & Law, 2009; Su, et. al., 2011), específicamente en los condados que colindan o están cerca de Chihuahua; y el otro fue realizado en California (Wallace, et.al., 2009).

## **A) Recopilación de datos**

El estudio de Dejun Su, et. al. (2011) y el de Byrd y Law (2009) fueron basados en encuestas telefónicas levantadas de manera aleatoria en los condados cercanos a la frontera de México (el último se centró específicamente en El Paso); mientras que el de Shelton (2009) se basó en los datos levantados por el *Border Epidemiologic Study on Aging*, una encuesta realizada durante el periodo de 2005 – 2006 en la región del sur de Texas donde predominan los México-Americanos.

El estudio de Wallace, et. al. (2009) centrado en California sustentó sus resultados mediante la *California Health Interview Survey* de 2001, una encuesta telefónica a nivel estatal conducida por la Universidad de California, Los Ángeles; donde se cuestionó a los entrevistados sobre la cantidad de veces que habían utilizado servicios médicos en el extranjero.

Hasta el momento no existe un registro sistemático de las entradas y salidas de americanos por motivos de salud por parte del gobierno estadounidense o el gobierno mexicano, por lo que las únicas aproximaciones de turismo médico trasfronterizo se han alcanzado gracias a las encuestas realizadas por las universidades cercanas a la frontera (como es el caso de UCLA y la Universidad de Texas). Aun así, estas aproximaciones tienen algunas limitantes que coinciden en los cuatro artículos analizados, como son la falta de respuesta de algunas personas que podrían haber aportado respuestas importantes a la recopilación de datos (dos encuestas reportan haber tenido menos del 30% de respuesta) o la discriminación realizada a personas que no utilizan teléfonos fijos, sólo teléfonos móviles.

## **B) Estudios principales**

### *1. Estudio de Dejun Su, et. al. (2008)*

Se entrevistó a 1,405 personas, de las cuales el 82% podía hablar español de manera fluida (lo que podría sugerir que son latinos de primera o segunda generación); alrededor del 50% reportó ingresos menores a \$20,000 USD por año; 47% dijo no contar con cobertura médica y el 10% dijo no sentirse satisfecho con los servicios médicos recibidos en el lado americano de la frontera.

El uso de servicios médicos por parte de la población entrevistada se registró en cinco rubros: 1) compra de medicamento, 2) visita a un médico, 3) visita a un dentista, 4) hospitalización, 5) al menos uno de los cuatro servicios anteriores; en dos temporalidades: a) que alguna vez utilizaron los servicios mencionados y b) la utilización de estos servicios en los últimos 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. (Anexo 4)

Tras correr diversas pruebas estadísticas y econométricas, los principales hallazgos son los siguientes:

- Las personas adultas tenían una mayor probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención dental.
- Las mujeres tenían una mayor probabilidad de cruzar la frontera para recibir servicios médicos en general.
- Las personas divorciadas tenían una mayor probabilidad de comprar medicamentos o visitar un dentista en México.
- La afinidad cultural estuvo asociada a un aumento probabilístico significativo en el uso de servicios médicos en México, influenciada principalmente por mexicanos residiendo en Estados Unidos o personas que son fluidas en español.
- La falta de cobertura médica en Estados Unidos estuvo asociada a una mayor probabilidad de uso de servicios médicos en México.
- Con respecto al nivel académico de los entrevistados, las personas con grados de estudio por encima de la educación preparatoria mostraron un 225% de probabilidad de utilizar servicios de hospitalización en México.
- Finalmente, aquellas personas que se encontraban insatisfechas con la calidad de los servicios médicos estadounidenses presentaron 369% de probabilidad de cruzar la frontera hacia México para obtenerlos.

Lo cual nos permite plantearnos algunas preguntas, como: ¿el uso de servicios médicos en la frontera mexicana por parte de aquellas personas con mayores grados académicos se refiere a un juicio de valor informado o a la disponibilidad del ingreso?, y ¿el mercado potencial se limita a la diáspora mexicana en Estados Unidos o hay una manera de atraer

a otros grupos raciales (especialmente considerando la calidad en servicios de salud que se expuso en el último hallazgo)?

## 2. *Estudio de Byrd y Law (2009)*

Durante octubre y noviembre del 2007 se realizaron 2560 encuestas telefónicas en inglés y español a habitantes de El Paso, Texas para determinar su utilización de servicios médicos en México, con un índice de respuesta del 22.6%. Entre los entrevistados, el 68.8% eran mujeres y la edad promedio de los entrevistados fue de 67 años. El 70% de ellos tenían ascendencia hispana y más del 50% hablaba español; poco más del 60% habían nacido en Estados Unidos y el 67.4% de ellos contaba con seguro médico. Asimismo, la mayoría de ellos (66.3%) presentaban ingresos mayores a los \$20,000 dólares anuales y del total de los entrevistados, una tercera parte reportó haber vivido en Ciudad Juarez alguna vez, mientras que el 37.1% mencionó que aún tenía familia viviendo en México.

Se preguntó a los encuestados si habían cruzado la frontera en los últimos dos años para recibir algún tipo de servicio médico como podría ser cuidado primario, servicios hospitalarios, servicios dentales o compra de farmacéuticos. Sólo el 27.1% de la muestra reportó haber cruzado la frontera y la mayoría de ellos (62.2%) se atendió con un médico privado. El 63% de los encuestados mencionó haber recibido atención dental, mientras que el 82.0% reportó haber acudido a una farmacia para la compra de medicamentos.

Los principales resultados que arrojó este análisis se presentan a continuación:

- Más de la mitad (53.4%) de las personas que reportaron haber cruzado la frontera para recibir atención médica mencionó tener a un proveedor de servicios médicos en Estados Unidos; de los cuales el 6.6% de los pacientes recibió una recomendación por parte de su médico estadounidense para atenderse en México.
- Entre las razones brindadas por las personas que recibieron servicios médicos (excluyendo servicios dentales y farmacéuticos) en México se encuentran: a) los bajos costos (91.9%), b) facilidad para obtener una cita (84.5%), c) el idioma (80%), d) la familiaridad con el médico (60%), e) los médicos son mejores (46.4%), f) el cuidado es mejor (40.9%), g) la medicina es más fuerte (58.4%).

- Entre las razones brindadas por las personas que recibieron servicios dentales en México se encuentran: a) los bajos costos (94.6%), b) facilidad para obtener una cita (82.5%), c) el idioma (79.6%), d) la conveniencia (77%), e) la familiaridad con el dentista (60%), f) los dentistas son mejores (36.7%), g) el cuidado es mejor (44.9%), h) la medicina es más fuerte (40.4%).
- Entre las razones brindadas por las personas que compraron farmacéuticos en México se encuentran: a) los bajos costos (86.5%), b) la conveniencia (77.1%), c) prescripción de un médico mexicano (69%), d) que no necesitan una prescripción para comprar medicamentos (55.4%), e) el medicamento es más fuerte (51.8%), f) el medicamento es de mejor calidad (42.5%), g) un farmaceuta en México recomendó el medicamento (45%), h) siempre han acudido al mismo farmacéutico (41.8%), i) el medicamento no se encontraba disponible en Estados Unidos (30.2%).
- Aquellos que reportaron haber vivido en Ciudad Juárez tenían una mayor probabilidad de cruzar la frontera para obtener servicios médicos.
- Los adultos mayores tenían una menor probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención médica (a excepción de servicios dentales).
- Aquellos con un ingreso entre los \$10,000 y \$25,000 tenían una mayor probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención médica (específicamente atención médica, pues los valores no resultaron ser estadísticamente significativos en cuestión de dentistas o compra de fármacos). El estudio cataloga a este grupo de la población como de ingreso intermedio y atribuye su uso de servicios médicos en México por una cuestión de seguro médico. El programa de *Medicaid* cubre a los de ingresos bajos, pero no a los de ingresos intermedios.
- Según un estudio de 1996, los fármacos que más se declararon en la frontera México – Estados Unidos fueron: medicamentos para la ansiedad, sedativos, estimulantes para la pérdida de peso y narcóticos para inhibir el dolor.
- El uso de servicios dentales no presentó una correlación con la etnicidad, el ingreso, la cobertura médica, la edad o el haber habitado en México. El estudio explica el uso de servicios dentales con que, de manera nacional, la mayor parte de

la población no cuenta con seguros médicos que incluyan los procedimientos dentales.

Este estudio contradice al citado anteriormente (Su, et. al., 2008), pues menciona que los adultos mayores tienen una menor probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención médica, mientras que el estudio anterior dice lo contrario. Esto se puede deber a la diferencia de condados en los cuales las encuestas fueron aplicadas o al índice de respuesta limitado que ambos presentan.

### 3. *Estudio de Brown III, et. al. (2009)*

El estudio de Brown III utilizó el *Border Epidemiologic Study on Aging*, una base de datos privada construida por la Universidad de Texas-Pan American y financiado por la el Instituto Nacional de la Salud en Estados Unidos (NIH por sus siglas en inglés). Esta base de datos incluye información sobre el uso de servicios de salud en México que tienen los adultos residiendo en Estados Unidos, datos socioeconómicos y estado de salud del entrevistado. El análisis econométrico lo realizaron mediante un modelo probit bivariado en el que consideraron el estado de salud, el ingreso, la educación y el tener un médico de cabecera en México, para encontrar la correlación y causalidad entre el tener un seguro médico en Estados Unidos y utilizar servicios de salud en México.

Los principales resultados de este análisis se enlistan a continuación:

- Tener un médico de cabecera en México reduce la probabilidad de tener un seguro de salud público en 76% y de tener un seguro de salud privado en 16.3%.
- Los subsidios que se han dado para incentivar a las personas a tener un seguro médico deberán ser mayores en la frontera para alcanzar las metas propuestas por el gobierno de Estados Unidos.
- Los costos en servicios de salud y las tasas de seguridad social están relacionados, por lo que, si el gobierno estadounidense tuviera un control de precios en servicios de salud en la frontera, los índices de afiliación serían mayores sin necesidad de una política adicional.

- Las personas aseguradas que viven en zonas de bajos índices de afiliación reciben servicios de salud de menor calidad. Esto se debe a que la cercanía con la frontera hace poco atractivo el mercado para los proveedores de servicios médicos.

Si bien este es un análisis que explota la captación de datos econométricos, éstos no se encuentran disponibles para uso público, por lo que es difícil comprobar que las mediciones son correctas.

#### 4. *Estudio de Wallace, et. al. (2009)*

Para la realización de este estudio se empleó la *California Health Interview Survey* en su edición 2001, una base de datos compuesta por las respuestas de 55,000 hogares y una muestra equiparable a la que presenta el censo poblacional estadounidense. La recopilación de datos fue un trabajo de la Universidad de California Los Angeles (UCLA) y aprobado por su Junta de Revisión Institucional.

Los entrevistados fueron cuestionados respecto a su uso de servicios médicos en México o algún otro país extranjero, sus necesidades de servicio médico, su disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios. Asimismo, se tomó en cuenta el tipo de servicio que estaban recibiendo (cuidado médico, cuidado dental o compra de fármacos), su estado de salud, enfermedades crónicas, malestar psicológico y la cantidad de veces que visitaron a un médico en el último año. Para entender la correlación entre el uso de servicios médicos en México y otras variables independientes se corrieron una serie de pruebas econométricas. Los principales resultados de la misma se enlistan a continuación:

- Los inmigrantes mexicanos constituyen el 15% de la población en California, representando el 80% de los adultos que obtuvieron servicio médico al sur de la frontera y el 51% de los que obtuvieron cualquier tipo de servicio de salud (incluyendo compra de fármacos y servicios dentales).
- Los servicios dentales fueron los más frecuentados por los inmigrantes; mientras que los nativos estadounidenses con ascendencia latina y los nativos estadounidenses blancos cruzaron la frontera para la compra de medicamentos.

- Un estado de salud pobre redujo la probabilidad de obtener servicios médicos o prescripciones médicas en México, mientras que la existencia de enfermedades crónicas y las visitas a un médico general (respectivamente) incrementaron dicha probabilidad.
- El incremento de edad mostró asociación con cruzar la frontera para cuidado dental y compra de medicamentos, pero no para atención médica.
- La distancia con respecto a la frontera tuvo un impacto representativo en el estudio. Los inmigrantes que vivían a más de 15 millas del borde de la frontera disminuyeron su probabilidad de cruzar la frontera para atención médica y compra de medicamentos; y aquellos que vivían a más de 100 millas disminuyeron su probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención dental.
- La falta de seguro médico incrementó la probabilidad de ir a México para recibir cualquiera de los tres servicios.
- Los bajos ingresos redujeron la probabilidad de utilizar servicios dentales en México.
- El no tener un proveedor habitual de servicios médicos redujo la probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención médica, pero aumentó la probabilidad de cruzar la frontera para comprar medicamentos.
- Los inmigrantes que reportaron retrasos en obtener atención médica o medicamentos presentaron mayores probabilidades de cruzar la frontera para obtenerlos en México.
- Aquellos con menor índice de escolaridad presentaron una menor probabilidad de cruzar la frontera para recibir cualquier tipo de servicio.
- Los inmigrantes sin ciudadanía presentaron mayor probabilidad de cruzar la frontera para recibir servicios médicos en México.
- Las personas que presentaron dificultades para hablar inglés presentaron una mayor probabilidad de cruzar la frontera para recibir atención médica en México.
- Se estima que medio millón de inmigrantes mexicanos viviendo en California viajaron a México para recibir atención médica, de los cuales, la mitad viajó más de 120 millas hacia la frontera.

Si bien la base de datos representa una herramienta útil y certera para la medición de turismo médico en la frontera México – Estados Unidos, los datos podrían haber cambiado significativamente desde 2001, especialmente con la implementación de políticas públicas que incentivaron a los estadounidenses a contratar un seguro médico.

## V. Las condiciones actuales y futuras del turismo médico en México

Actualmente el turismo médico en México está creciendo sin regulación y sin un sistema de recopilación de datos certero. Sin embargo, como se mostró en el capítulo anterior, existen registros de su existencia en la frontera norte del país a causa de la relación con Estados Unidos y las diásporas mexicanas en dicho país.

El propósito de este capítulo es analizar si las condiciones actuales del país son suficientes para hacer crecer el turismo médico y de qué manera se podrían incentivar para que este sector se volviera en una opción de crecimiento económico para nuestro país.

### A) Infraestructura

#### 1. *Certificaciones de la Joint Commission International*

Los países que actualmente se consideran destinos de turismo médico se caracterizan por tener un gran número de hospitales con certificaciones internacionales de calidad. La certificación más relevante es la de la *Joint Comission International (JCI)*, que actualmente se posiciona como la organización con más experiencia en acreditación sanitaria del mundo. A la fecha esta comisión ha evaluado cerca de 20,000 organizaciones a nivel mundial, utilizando la información recabada para actualizar los estándares de calidad y adecuarlos a las necesidades del mercado de salud (Joint Commission International, 2018).

Hay ocho tipo de acreditaciones que otorga la JCI:

- 1. Centro médico académico:** un hospital que está integrado con una escuela de medicina para recibir estudiantes o residentes y que además conduce investigación clínica.
- 2. Centro de atención ambulatoria:** un centro de atención médica con instalaciones médicas, dentales y quirúrgicas independientes que también puede ofrecer cuidados intensivos a aquellos que lo necesiten.
- 3. Centro de atención domiciliaria:** se refieren a los centros que aseguran las mejores prácticas para la atención en el hogar del paciente, incluida la atención al final de la vida.

4. **Centro de cuidado a largo plazo:** se refieren a instalaciones de vivienda asistida, centros de rehabilitación y centros de cuidados crónicos.
5. **Organización de transporte médico:** hace referencia a las compañías de transporte de emergencia y no emergencia de pacientes que están asociadas a hospitales. Estos pueden incluir: ambulancias públicas y privadas, transporte de medicamentos por aire y agua, y servicios de emergencia del cuerpo de bomberos.
6. **Centro de atención primaria:** esta certificación se enfoca en los centros que garantizan la integración a la comunidad, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los servicios médicos de primer contacto.
7. **Certificación a laboratorios:** evalúa que se estén alcanzando los estándares de mejores prácticas en un formato reconocido y que se estén cumpliendo los requisitos de los sistemas de gestión de calidad.
8. **Certificación a hospitales:** para esta certificación se evalúa la atención al paciente desde su llegada a la organización hasta el momento del alta, la cultura de seguridad al paciente para reducir riesgos en los procesos clínicos y asistenciales, y la gestión administrativa enfocada en la planificación estratégica.

De éstas la más importante es la certificación a hospitales, pues da a los pacientes la certeza de que los procedimientos que se puedan realizar ahí cumplirán con los mayores estándares de calidad de la industria. Actualmente los países con mayor número de certificaciones hospitalarias son los siguientes:

**Tabla 5.1. Hospitales con acreditación de la JCI según su localización a 2018.**

<b>País</b>	<b>Hospitales certificados</b>
Costa Rica	2
India	34
Malasia	10
México	5
Singapur	10
Corea del Sur	5
Taiwán	5
Tailandia	45

*Fuente: Elaboración propia con datos de la Joint Commission International, 2018.*

En esta tabla es posible ver que los países exportadores de turismo médico en Asia lideran el mercado con el mayor número de hospitales certificados en el mundo, convirtiéndolos en un atractivo destino de turismo médico (Joint Commission International, 2018).

En México, los cinco hospitales certificados al día de hoy son:

- Hospital Galenia – Quintana Roo.
- Médica Sur – Ciudad de México.
- The American British Cowdray Medical Center IAP (Observatorio) – Ciudad de México.
- The American British Cowdray Medical Center IAP (Santa Fe) – Ciudad de México.
- Hospital Amerimed Cancun – Quintana Roo.

Sin embargo, el número de hospitales certificados ha disminuido a lo largo de los años<sup>10</sup>, pues en 2013 se tenía reporte de 9 hospitales mexicanos acreditados por la JCI. Adicional a los ya mencionados se encuentran:

- Hospital CIMA – Chihuahua.
- Clínica CIMA – Sonora.
- Hospital CIMA – Nuevo León.
- Hospital México-Americano – Jalisco.
- Hospital y clínica OCA – Nuevo León.
- Hospital Ángeles Valle Oriente – Ciudad de México.

Hasta el momento se desconocen los motivos por los cuales se dejó de perseguir esta acreditación, sin embargo estudios afirman que uno de los principales motivos por los cuales los hospitales dejan de renovar su certificación es por la inversión monetaria que ésta implica. El costo de la certificación se calcula con base en el tamaño del hospital. En los documentos disponibles en línea, la Joint Commission International menciona que

---

<sup>10</sup> Con el propósito de saber por qué muchos hospitales no renovaron su certificación, se buscó realizar entrevistas telefónicas con los hospitales privados que habían ostentado una certificación en algún momento, sin embargo, éstos se negaron a brindar información.

para la mayor parte de los hospitales es suficiente con sólo tres personas para evaluar su estatus, pero que en caso de requerir más, el pago se ajusta a estas condiciones.

Sin embargo, existen varios incentivos para buscar una acreditación sanitaria. La más importante de ellas es la manera en que se presentan a los pacientes, pues una certificación de la JCI asegura:

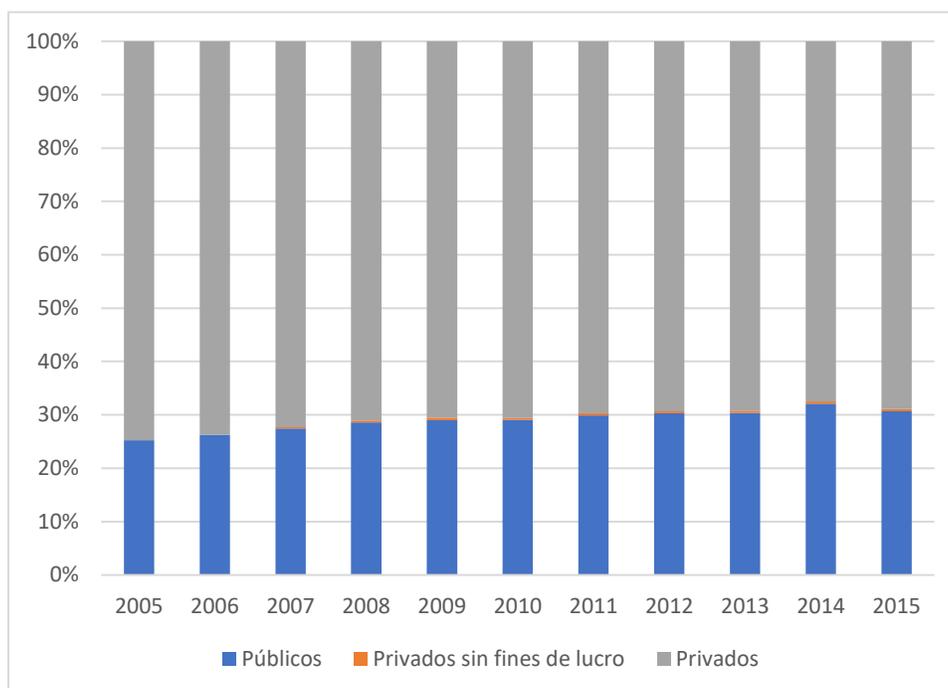
1. Un profundo compromiso con el cuidado de alta calidad.
2. Una cultura de seguridad para los pacientes, los visitantes y el personal.
3. La voluntad de someterse a una preparación rigurosa y a una encuesta.
4. Prestación de cuidados basada en prácticas innovadoras y basadas en la evidencia.
5. Liderazgo en el cumplimiento continuo de las normas más exigentes.

Lo cual resulta de suma importancia cuando un paciente tiene la posibilidad de elegir la institución en la cual quiere recibir atención médica, como es el caso del turismo médico (Joint Commission International, 2018).

## *2. Infraestructura en México*

Actualmente en México existen 4,456 hospitales, de los cuales el 30.7% son públicos, el 68.9% son privados y el 0.4% son privados sin fines de lucro. A lo largo de los años, el número de hospitales privados en México siempre ha representado un número mayoritario con respecto a los hospitales públicos, como se puede ver en el siguiente gráfico:

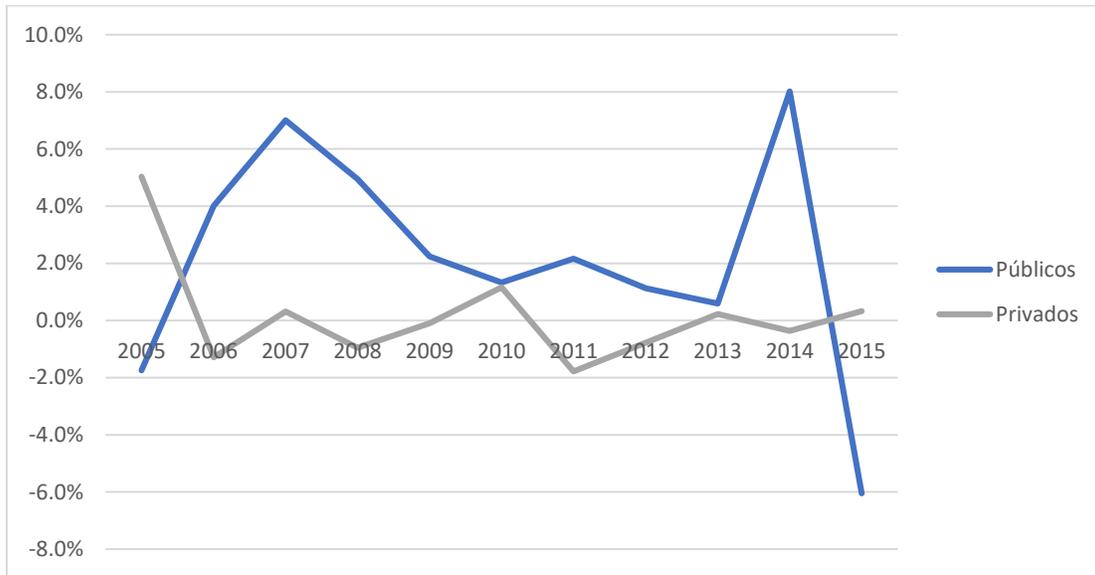
**Gráfico 5.1. Hospitales en México, 2005 – 2015. (Número de hospitales)**



*Fuente: Elaboración propia con datos de la biblioteca de la OCDE, 2018.*

Si bien ambos han crecido a lo largo de los años, los hospitales públicos han sufrido de índices de crecimiento más variables que los de los hospitales privados, que se han mantenido en su mayor parte en un rango de +/- 2% de crecimiento anual. Los hospitales privados tuvieron un decrecimiento importante al inicio del periodo, en contraposición a los hospitales públicos que durante los siguientes años alcanzaron una expansión de poco más del 7%. En 2010 se requirieron ajustes presupuestales por la recesión que vino tras la crisis inmobiliaria de 2008, lo cual se vio reflejado en el número de hospitales públicos, que mostró una tasa de crecimiento negativa, en contraposición al número de hospitales privados que volvieron a crecer. Tras el repunte de 2014, los hospitales públicos volvieron a caer, presentando una tasa de crecimiento por debajo del -6%, mientras que los hospitales privados presentaron una tasa positiva cercana al 1%.

**Gráfico 5.2. Índice de crecimiento de hospitales públicos y privados en México de 2005 a 2015**



*Fuente: Elaboración propia con datos de la biblioteca de la OCDE, 2018.*

La tendencia en los países exportadores de turismo médico es que los hospitales privados sean los proveedores de servicios a extranjeros (véase Capítulo 5). Esto genera un desequilibrio en dichos países por el esquema de salud que tienen, una mezcla público-privado, lo cual puede generar que muchos lugares en los hospitales que deberían ser exclusivamente de nacionales los ocupen los pacientes internacionales.

En el caso de México el riesgo de que eso suceda es menor por el tipo de esquema que se tiene para la provisión de servicios de salud. El Sistema de Salud en México fue creado en 1943 y está conformado por una serie de instituciones públicas y privadas que garantizan el acceso a la salud a una gran parte de la población mexicana. Dentro del sector público se encuentran las siguientes instituciones:

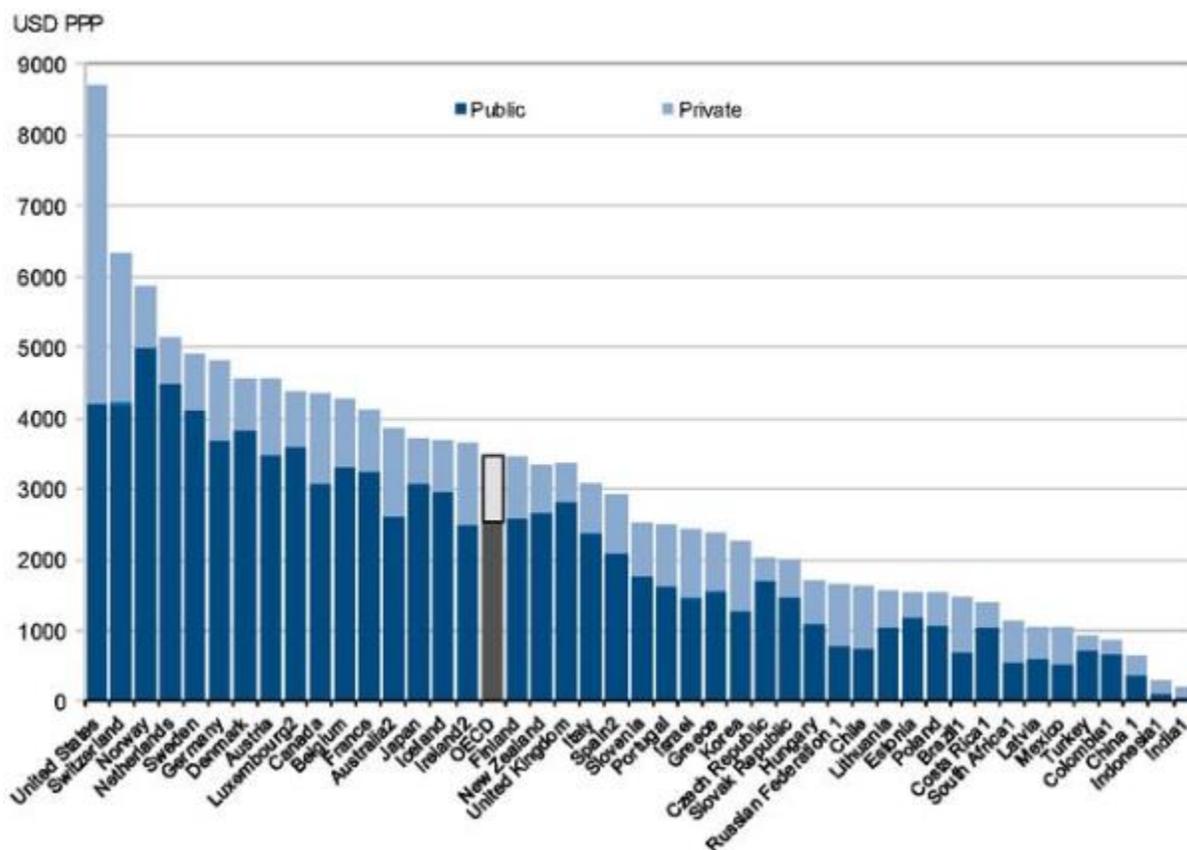
- Instituciones de Seguridad Social
  - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
  - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
  - Petróleos Mexicanos (PEMEX)
  - Secretaría de la Defensa (SEDENA)
  - Secretaría de Marina (SEMAR)

- Entre otros...
- Instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social
  - Secretaría de Salud (SSa)
  - Servicios Estatales de Salud (SESA)
  - Programa IMSS – Oportunidades (IMSS-O)
  - Seguro Popular (SP)

El primer sector se encarga de brindar servicios de salud a trabajadores asalariados y sus familias, mientras que el segundo sector ofrece servicios temporales a las personas que no tengan acceso a éstos por su condición laboral. Adicionalmente, existe el sector privado, el cual comprende a las aseguradoras, hospitales privados, clínicas, farmacias y consultorios a los cuales se puede acceder pagando por los servicios que en ellos se ofrezcan.

El financiamiento de las instituciones de salud pública en México es tripartita, existiendo contribuciones por parte de los trabajadores, los empleadores y el Gobierno Federal, el cual asigna una parte del presupuesto anual al mantenimiento del sector y su mejora. Sin embargo, los recursos que se destinan al sector salud en México son muy bajos en comparación a otros países de la OCDE, como se muestra en la siguiente gráfica:

**Gráfico 5.3. Gasto en salud per cápita, USD PPP 2013 (o año más cercano)**



Notas: El gasto no incluye inversión, a menos que se especifique de esa manera.

(1) Incluye inversión

(2) Los datos son de 2012.

Fuente: Revisiones del Sector Salud: México. OCDE, 2017.

En esta gráfica es posible notar que México es el sexto país que menos invierte en el sector salud, sólo superado por Turquía, Colombia, China, Indonesia e India (dos países que también figuran como exportadores de turismo médico). En 2013, el gasto que se realizaba en el sector salud en México era del 6.2% del PIB, del cual sólo el 51% provenía del sector público. Esto es un nivel de inversión muy bajo en comparación a los países de la OCDE, sólo precedido por Chile y Estados Unidos, países en los cuales el gasto del sector público representa el 46% y el 48% del gasto total en salud respectivamente.

En fechas recientes se ha mencionado en algunos medios de difusión la existencia de clústeres de turismo médico gracias a las medidas que Trump ha tomado en lo respectivo

al *Obamacare*. Deloitte menciona que los principales estados receptores de pacientes internacionales son Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Yucatán (Deloitte Center for Health Solutions, 2008).

### 3. Tecnología en México

Una de las principales condiciones que debe cumplir un país que provea de servicios médicos al extranjero es el tener tecnología de punta que permita acceder a los mismos servicios que podría brindar un país desarrollado, pero a un menor costo. En México, el nivel de tecnología que se tiene en el sector salud es bajo a comparación de países desarrollados, por lo que, uno de las principales inversiones en los años venideros deberá ser en el aspecto tecnológico del sector salud. En un desglose de los instrumentos tecnológicos con los que se cuenta actualmente en hospitales públicos y privados del país, se puede ver que el crecimiento es bajo o casi nulo:

**Tabla 5.2. Tecnología disponible en el sector salud en México, 2010 – 2015.**  
(Número de aparatos)

<b>Tipo de Tecnología</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Escáneres de tomografía computarizados	536	523	596	629	706	..
Unidades de resonancia magnética	217	225	254	244	269	288
Escáneres de tomografía de emisión de positrones	..	..	7	7	8	7
Cámaras gamma	..	..	55	56	57	55
Angiografía de sustracción digital	..	..	72	75	76	84
Mamógrafos	802	808	1062	1094	1129	1203
Equipo para terapia de radiación	167	166	206	203	..	..
Litotriptores	160	153	174	193	203	177

*Fuente: Biblioteca de datos de la OCDE, 2018.*

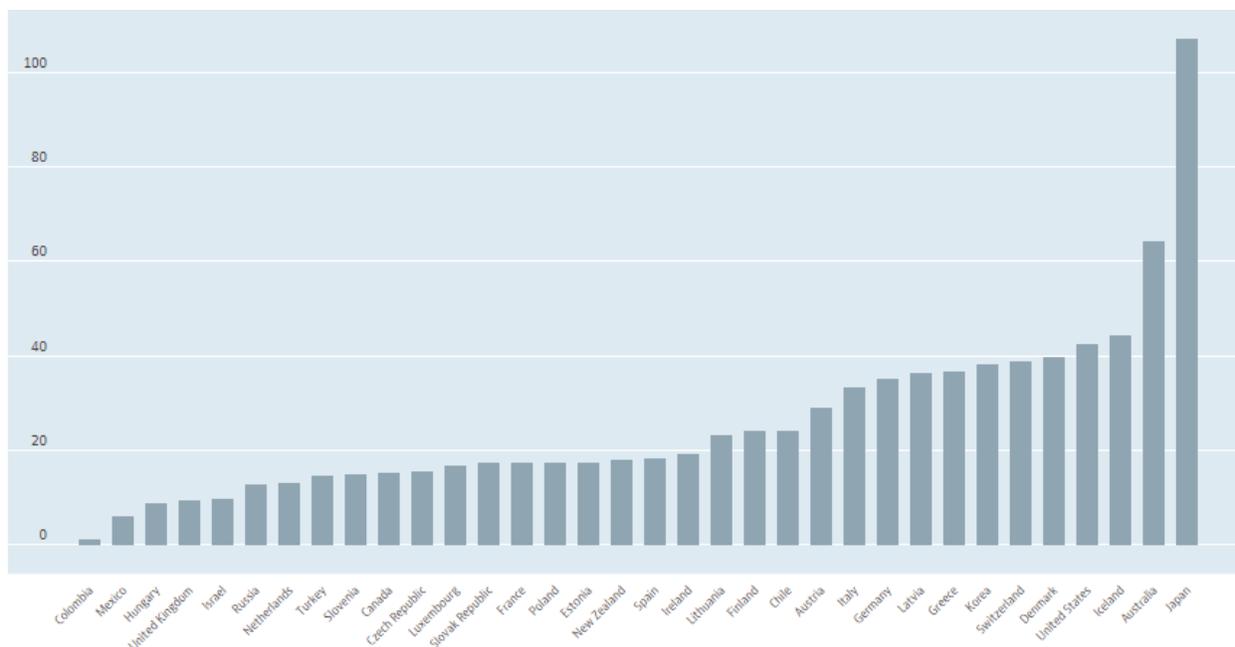
Al compararse con otros países de la OCDE en instrumentos tecnológicos específicos, vemos que el número de instrumentos en México es muy bajo. A continuación se presentarán una serie de gráficos de unidades tecnológicas específicas y su comparación con otros países de la organización o invitados (como es el caso de Colombia). Dentro de

los datos disponibles no se especifica la localización de estos equipos, por lo que no hay manera de saber si se encuentran en hospitales públicos o privados y su posible disponibilidad para la industria del turismo médico.

#### *Escáneres de tomografía computarizadas (TC)*

Un escáner de tomografía computarizada (TC) es una máquina de rayos X que combina muchas imágenes de rayos X con la ayuda de una computadora para generar vistas transversales y, si es necesario, imágenes tridimensionales de los órganos y estructuras internas del cuerpo. Ayudan a los médicos a diagnosticar una variedad de afecciones al producir imágenes de los órganos internos y las estructuras del cuerpo. Este indicador se mide en número de equipos por cada mil habitantes. Se presenta como un total y desglosado entre los hospitales (principalmente instalaciones para pacientes hospitalizados) y los proveedores de atención ambulatoria (principalmente instalaciones para pacientes ambulatorios). (OCDE, 2018)

**Gráfico 5.4. Escáneres de tomografía computarizados por cada mil habitantes, 2017 o último año disponible.**

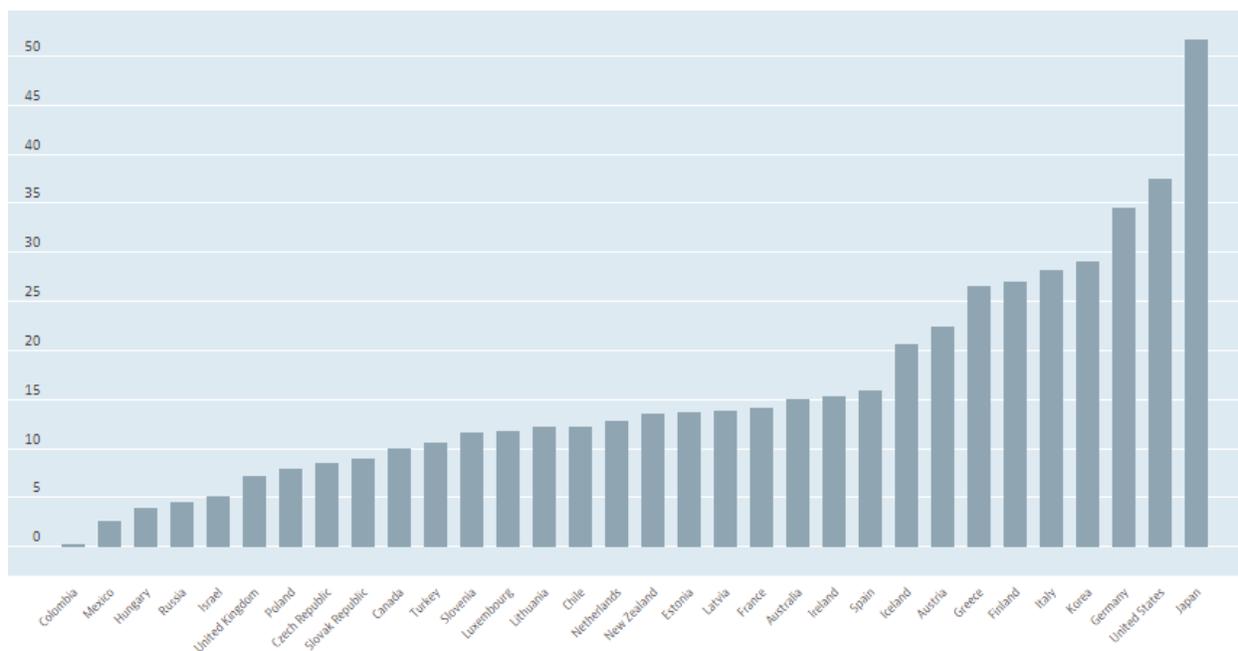


*Fuente: Biblioteca de datos de la OCDE, 2018.*

### *Unidades de resonancia magnética (RMN)*

La resonancia magnética (IRM) es una técnica de imágenes diseñada para visualizar las estructuras internas del cuerpo utilizando campos magnéticos y electromagnéticos que inducen un efecto de resonancia de los átomos de hidrógeno. La emisión electromagnética creada por estos átomos es registrada y procesada por una computadora dedicada para producir las imágenes de las estructuras del cuerpo. Las unidades de RMN ayudan a los médicos a diagnosticar una variedad de afecciones al producir imágenes de los órganos internos y las estructuras del cuerpo. A diferencia de la radiografía convencional y la exploración por TAC, los exámenes de RMN no exponen a los pacientes a la radiación ionizante. Este indicador se mide en número de equipos por cada mil habitantes. (OCDE, 2018)

**Gráfico 5.5. Unidades de resonancia magnética por cada mil habitantes, 2017 o último año disponible.**



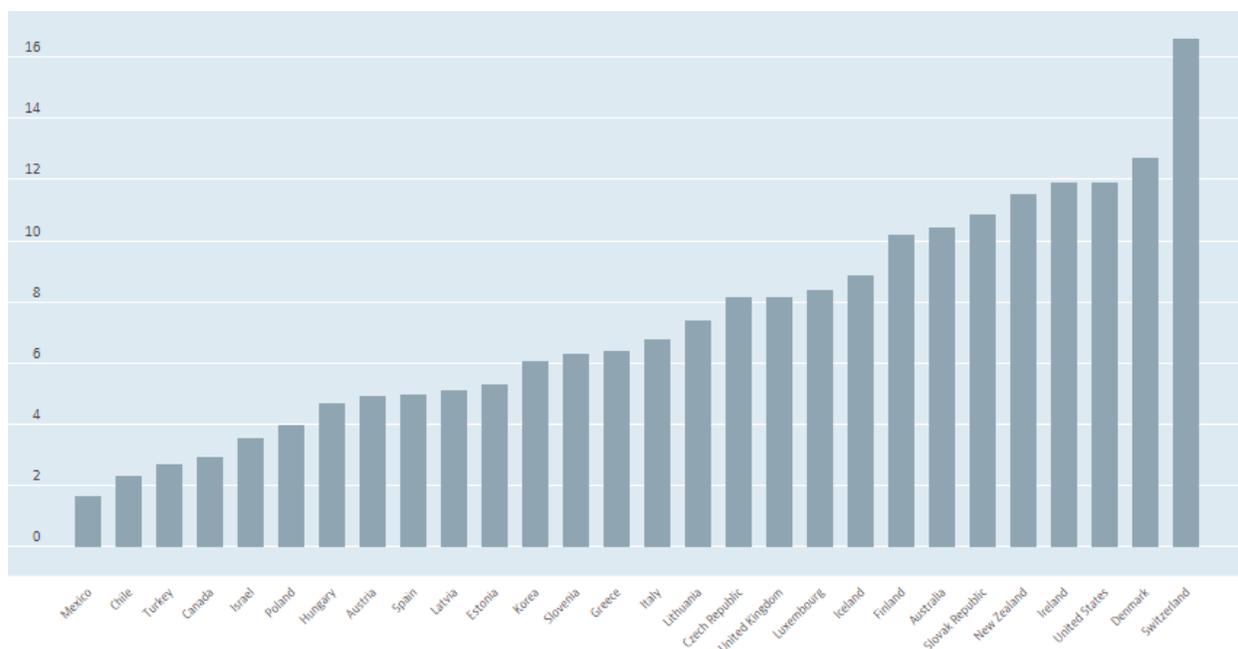
*Fuente: Biblioteca de datos de la OCDE, 2018.*

### *Equipo de radioterapia*

Este indicador presenta el número de máquinas utilizadas para el tratamiento con rayos X o radionúclidos. Los equipos de radioterapia incluyen aceleradores lineales, unidades

de Cobalto 60, unidades de terapia de Cesio 137, unidades de rayos X de bajo a ortovoltaje, unidades de braquiterapia de dosis alta y baja tasa de dosis y unidades de braquiterapia convencionales. (OCDE, 2018)

**Gráfico 5.6. Equipo de radioterapia por cada mil habitantes, 2017 o último año disponible.**



*Fuente: Biblioteca de datos de la OCDE, 2018.*

Como es posible notar en todos los instrumentos tecnológicos analizados, el número de unidades en México es muy bajo con respecto al resto de los países de la OCDE. Esto es particularmente preocupante, porque la mayor parte de los países que conforman esta organización son países desarrollados, por lo que, bajo las condiciones necesarias, podrían ser importadores de turismo médico. Para poder capturar ese mercado, los países exportadores de servicios médicos deben contar con tecnología que equipare la que se encuentra en sus países de origen, ofreciendo servicios de calidad pero a un menor precio.

## **B) Capital humano**

Para que un país pueda ser considerado como destino de turismo médico, debe contar con doctores para atender la demanda nacional e internacional que pueda llegar con pacientes del extranjero. Para esto no sólo es importante la existencia actual de médicos,

sino los médicos en formación que puedan cubrir con la demanda futura de servicios de salud.

Acorde al análisis realizado por Proméxico en 2013, las especialidades de turismo médico en la que México se especializa son: cardiocirugía, cirugía plástica, oftalmología, oncología, odontología, gastrocirugía, biología de la reproducción, traumatología, ginecología, entre otros (Proméxico, 2013).

### 1. Capital humano actual

#### *Médicos*

En el año 2015 existían 82,029 médicos trabajando en hospitales privados a lo largo del país. Entre ellos existían médicos generales y médicos especialistas en distintas áreas, como se puede ver en la siguiente tabla (INEGI, 2018):

**Tabla 5.3. Personal médico en establecimientos particulares, por año de registro.**

Puesto	2011		2015	
	Personal	Porcentaje	Personal	Porcentaje
Médicos generales	10 211	14%	10 485	13%
Especialistas	57 865	81%	67 531	82%
<i>Gineco-obstetras</i>	9 676	17%	10 442	15%
<i>Pediatras</i>	7 591	13%	8 308	12%
<i>Cirujanos</i>	8 385	14%	9 306	14%
<i>Internistas</i>	4 320	7%	5 189	8%
<i>Anestesiólogos</i>	8 315	14%	10 949	16%
<i>Otros especialistas</i>	19 578	34%	23 337	35%
Odontólogos	995	1%	1 002	1%
Residentes	1 362	2%	1 627	2%
Pasantes	522	1%	522	1%
Médicos en otras labores	762	1%	862	1%
<b>Total</b>	<b>71 717</b>		<b>82 029</b>	

Fuente: INEGI. Estadísticas de salud en establecimientos particulares, 2018.

La clasificación proveída por la INEGI nos impide saber si el capital humano actual es suficiente para cumplir con las especializaciones por las que México destaca en la industria del turismo médico. Las únicas excepciones son el número de gineco-obstetras,

los cuales representan el 15% del total de médicos en establecimientos particulares; y los odontólogos, los cuales representan el 1% del personal médico en total.

La mayoría de estos médicos se encontraban concentrados en algunos estados de la República, como son Nuevo León, Jalisco y el Estado de México, como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 5.4. Personal médico en establecimientos particulares, por estado de la República.**

<b>Estado</b>	<b>Numero de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Nuevo León	20662	25.2%
Jalisco	9477	11.6%
México	8048	9.8%
Ciudad de México	7577	9.2%
Guanajuato	3531	4.3%
Chihuahua	3435	4.2%
Puebla	2605	3.2%
Baja California	2534	3.1%
Michoacán de Ocampo	2473	3.0%
Resto del país	21687	26.4%
<b>Total</b>	<b>82,029</b>	<b>100.0%</b>

*Fuente: INEGI. Estadísticas de salud en establecimientos particulares, 2018.*

Los estados en los que se encuentran concentrados el mayor número de médicos en instituciones privadas coincide con los estados en los que se encuentran localizados la mayor parte de los hospitales privados certificados ante la Joint Commission International (revisar apartado “Infraestructura” en Capítulo V), que son Nuevo León, Jalisco, Ciudad de México y Chihuahua.

Por otro lado, en el sector de salud pública la recopilación de datos fue más complicada, pues se registraron de distintas maneras y los datos que se pudieron homologar fueron pocos. Lo que se sabe con certeza es que en 2014 existían 193,000 médicos trabajando en el sector público, los cuales incluían médicos generales, médicos especialistas (excluyendo odontólogos) y médicos en adiestramiento. Esto se puede ver reflejado en la siguiente tabla:

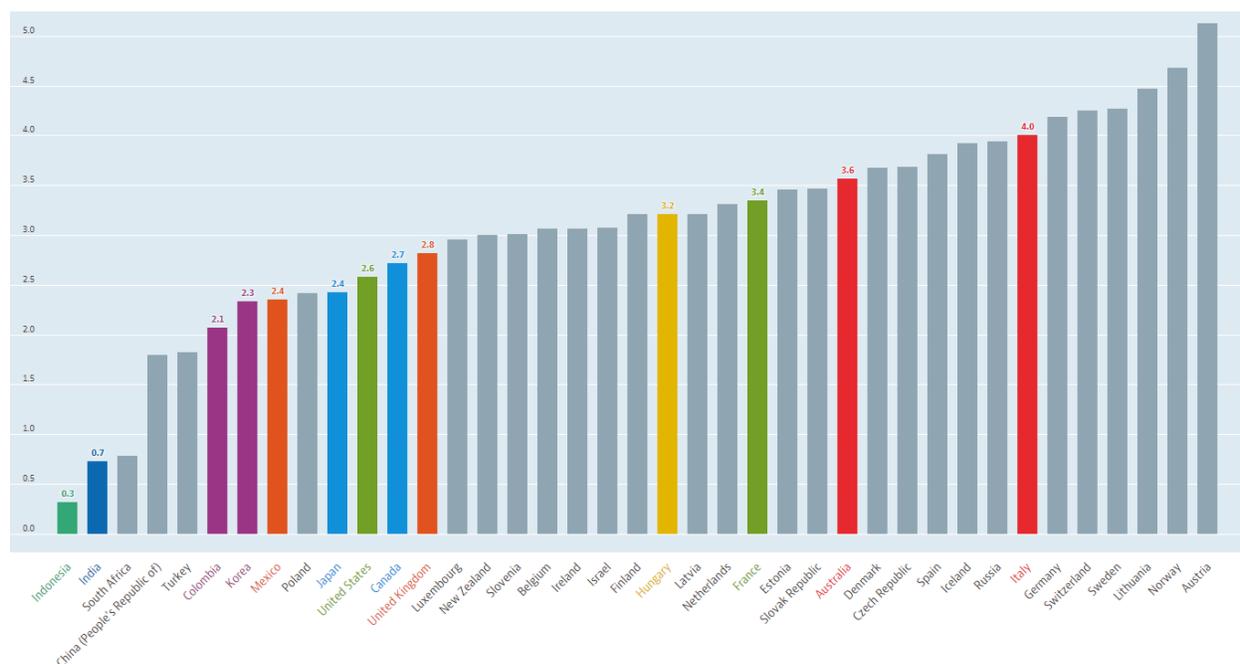
**Tabla 5.6. Personal médico en establecimientos públicos, por año de registro.**

Año	2011		2014	
<b>Médicos<sup>a</sup></b>	170565	-	193000	-
<b>Odontólogos</b>	12456	-	11485	-
<b>Pediatras</b>	9966	5.8%	10698	5.5%
<b>Gineco- obstetras</b>	9102	5.3%	10234	5.3%

Fuente: SSA, 2011

En comparación a otros países, el número de médicos en México es bajo. En el siguiente gráfico se ven reflejados el número de doctores en cada país, donde México aparece como uno de los países con menor proporción, existiendo 2.4 médicos por cada mil habitantes.

**Gráfico 5.7. Número de médicos por cada mil habitantes en países seleccionados, 2017 (o último año disponible).**



Fuente: Biblioteca de datos, OCDE, 2018.

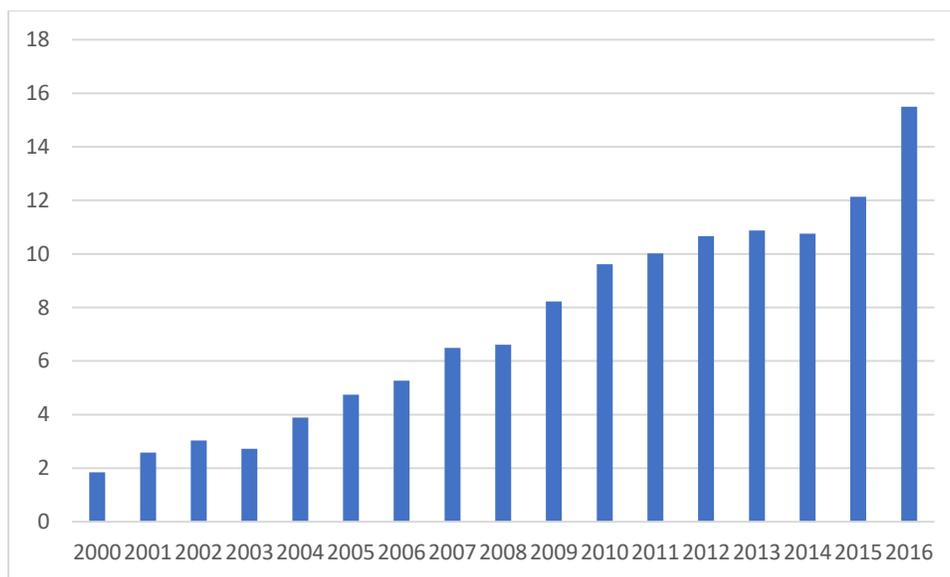
En la gráfica están resaltados algunos de los países exportadores e importadores de turismo médico, donde vemos que México presenta cierta ventaja con respecto a Indonesia e India donde la proporción es de 0.3 y 0.7 médicos por cada mil habitantes

respectivamente. Cercanos a México se encuentran Colombia y Corea del Sur con proporciones del 2.1 y 2.3 respectivamente; y por encima de México se encuentra Hungría con 3.2 médicos. En cuestión de países importadores de servicios médicos, Japón, Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Francia, Australia e Italia se encuentran por encima de México, siendo los tres primeros los de proporción más cercana a la nacional con 2.4, 2.6 y 2.7 respectivamente.

### *Enfermeras*

En el año 2016 existían 18,671 enfermeras en México, existiendo 15.37 enfermeras por cada cien mil habitantes. Este número ha ido aumentando a lo largo de los años, multiplicando la cantidad de enfermeras en ocho unidades aproximadamente, como se puede ver en el siguiente gráfico:

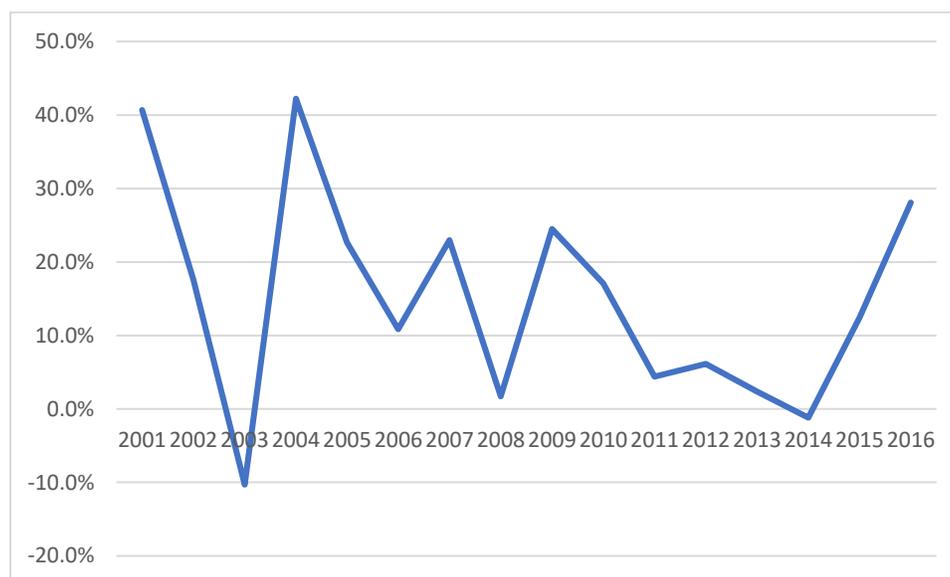
**Gráfico 5.8. Proporción de enfermeras en México por cada mil habitantes, 2000 a 2016.**



*Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE, 2018.*

El crecimiento del número de enfermeras en el país ha sido muy variable, logrando sólo un crecimiento sostenido de 2014 a 2016, como se puede ver en la siguiente gráfica:

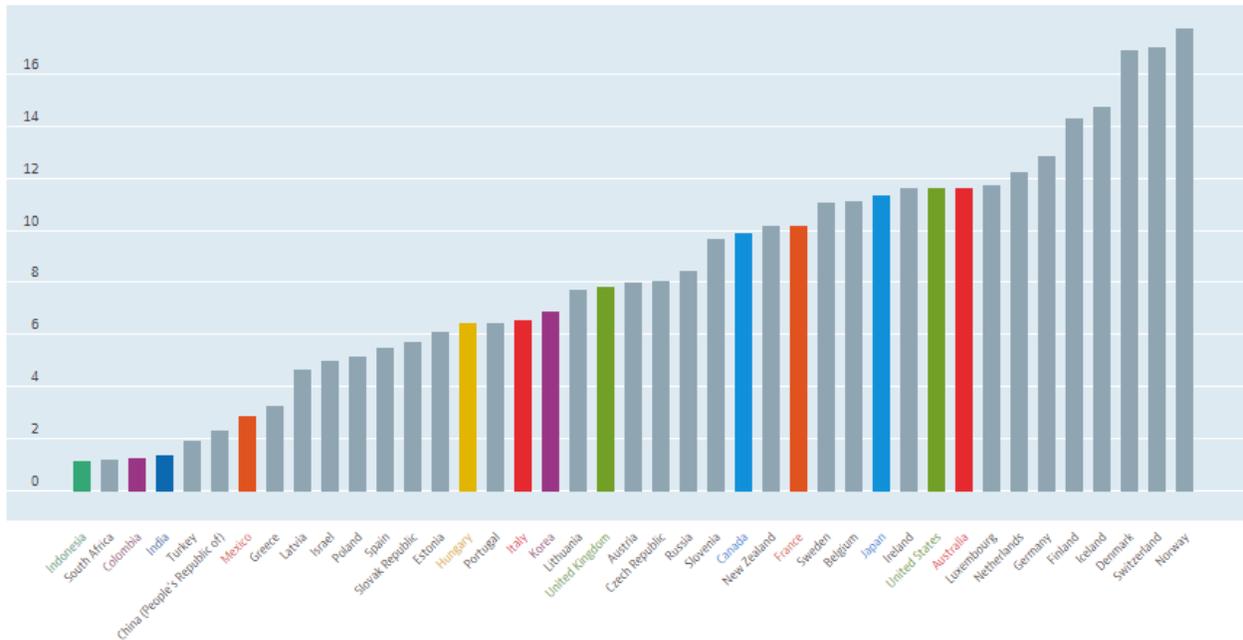
**Gráfico 5.9. Variaciones en el número de enfermeras, 2001 a 2016.**



*Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE, 2018.*

En una comparativa internacional, México es uno de los países con el menor número de enfermeras. La siguiente gráfica muestra el número de enfermeras por cada mil habitantes, mostrando en diferentes colores algunos de los países exportadores e importadores de turismo médico. En cuestión de países exportadores, México (2.9) se encuentra por encima de Indonesia (1.2), Colombia (1.3) e India (1.4); pero por debajo de Hungría (6.4) y Corea del Sur (6.9) por más del doble. En lo que respecta a países importadores, todos se encuentran por encima de México por proporciones que duplican o triplican las de México, siendo los más próximos Italia (6.5), el Reino Unido (7.9), Canadá (9.9) y Francia (10.2).

**Gráfico 5.10. Número de enfermeras por cada mil habitantes en países seleccionados, año 2017 o más reciente.**

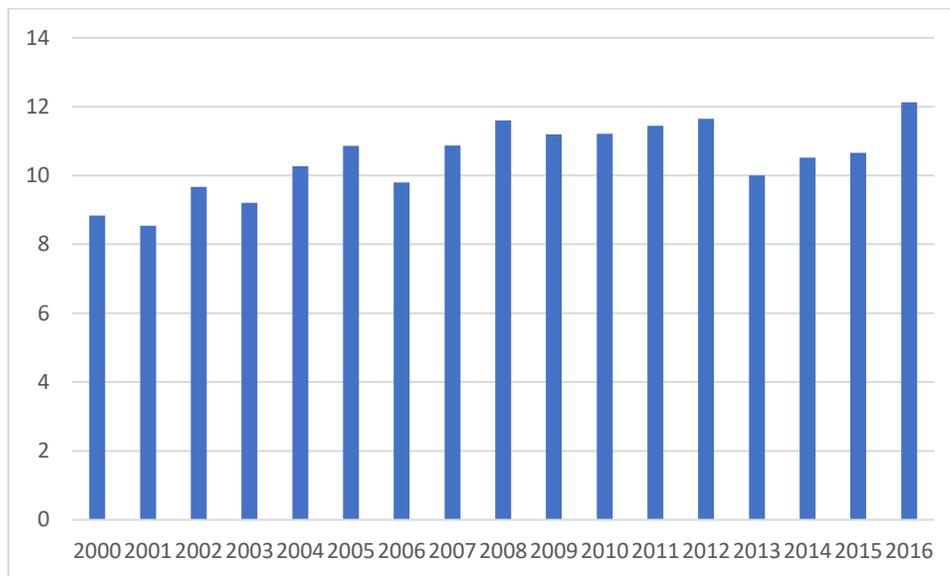


*Fuente: Biblioteca de datos de la OCDE, 2018.*

## 2. Capital humano para el futuro

Para que el turismo médico sea sostenible a mediano plazo en México, deberá existir capital humano capacitado para afrontar las necesidades de la industria. Para medir esto se tomarán en cuenta el número de médicos graduados por cada cien mil habitantes, puesto que el número de estudiantes de medicina sería un dato impreciso a causa de la deserción. En 2016 existían 12.13 médicos graduados por cada cien mil habitantes, como se puede ver en la siguiente gráfica:

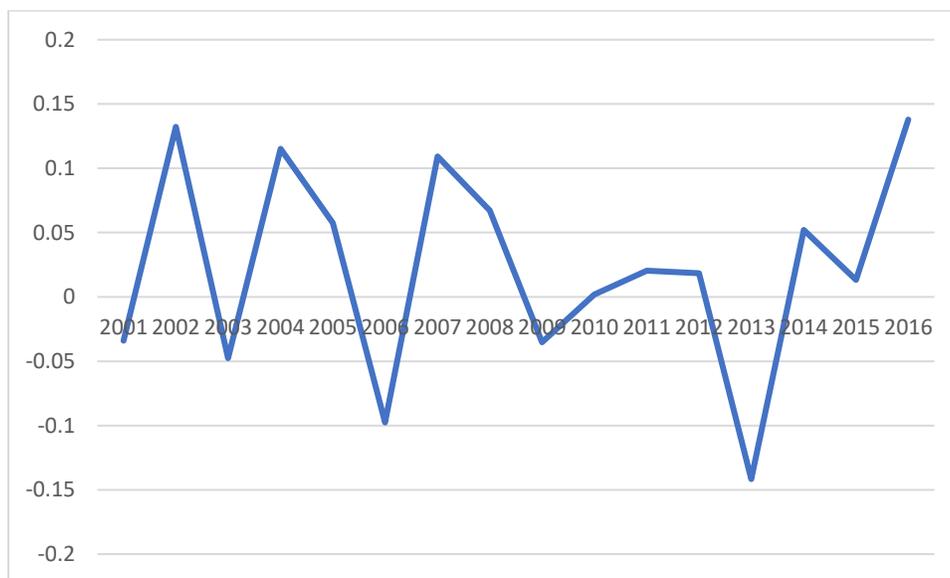
**Gráfico 5.11. Médicos graduados por cada cien mil habitantes en México, 2000 a 2016.**



*Fuente: De elaboración propia con datos de la OCDE, 2018.*

Este número ha variado considerablemente en los años de estudio, siendo el año 2016 en el que se tiene un registro mayor de médicos graduados y manteniendo una tendencia creciente a partir del año 2013. Similar a 2016 fue 2012 y 2008 donde existían alrededor de 11 médicos graduados por cada cien mil habitantes en México. Esto se puede notar en la siguiente gráfica:

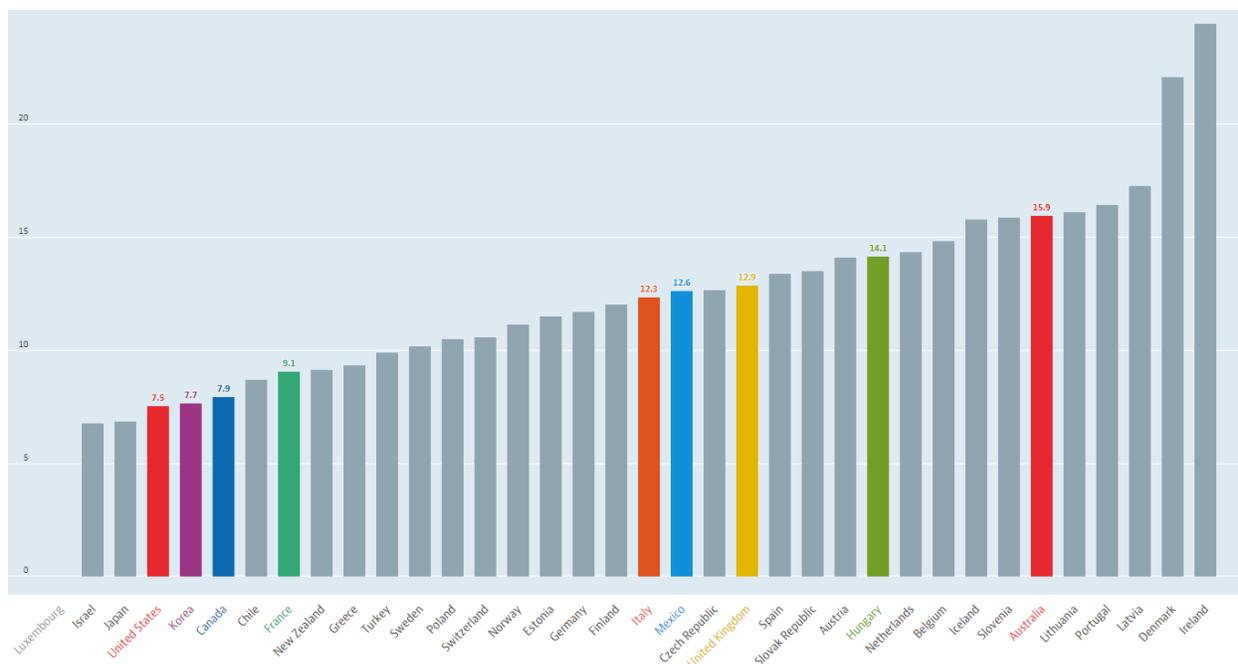
**Gráfico 5.12. Variación en el número de médicos graduados por cada cien mil habitantes en México, 2000 a 2016.**



*Fuente: De elaboración propia con datos de la OCDE. Consultado 22/10/2018.*

Cuando este índice se compara a otros países del mundo, específicamente a aquellos analizados por la OCDE, es notable como México se encuentra mejor posicionado que varios países desarrollados, teniendo un mayor número de médicos graduados que Japón, Estados Unidos, Canadá, Francia e Italia. También está por encima de dos países en vías de desarrollo como son Corea del Sur y Chile. Esto es de suma importancia para la industria del turismo médico, porque significa que México está bien posicionado en la generación de nuevos médicos que se están integrando o están próximos a integrarse al mercado laboral, abriendo la posibilidad de tener un mayor número de médicos que podrían atender a pacientes internacionales.

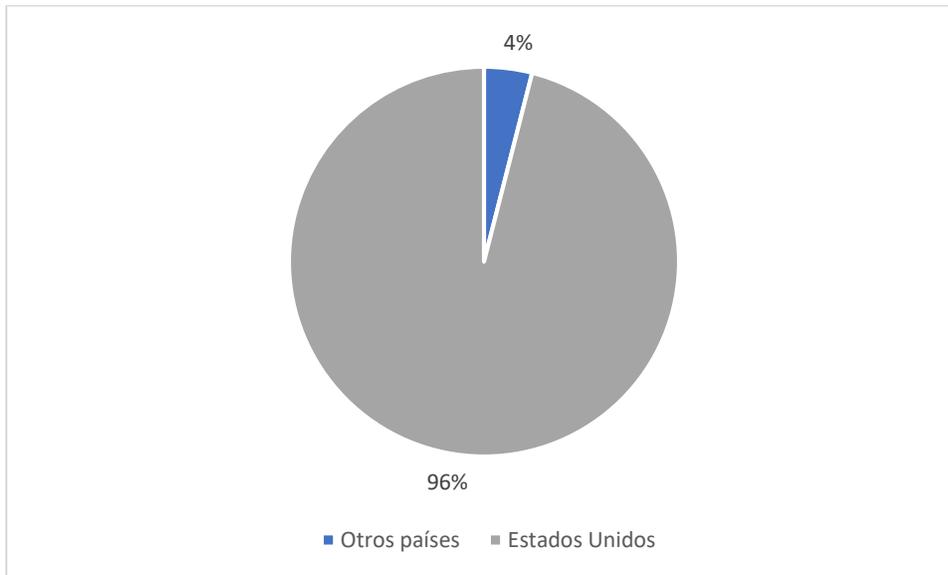
**Gráfico 5.13. Médicos graduados por cada cien mil habitantes en países seleccionados, 2017 o último año disponible**



*Fuente: Biblioteca de datos de la OCDE, 2018.*

Algunas de las universidades que destacan por su enseñanza en medicina son la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), Universidad Anahuac, Instituto Politécnico Nacional (IPN), Universidad Panamericana (UP) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) (Top Universities, 2018). Adicionalmente, una parte de los médicos graduados ha hecho estudios en el extranjero, destacando países como Canadá, Chile, Alemania, Israel, Reino Unido y, sobre todo, Estados Unidos de América. Un 96% de los médicos mexicanos formados en el extranjero realizaron sus estudios en universidades estadounidenses, como se puede ver en la siguiente gráfica:

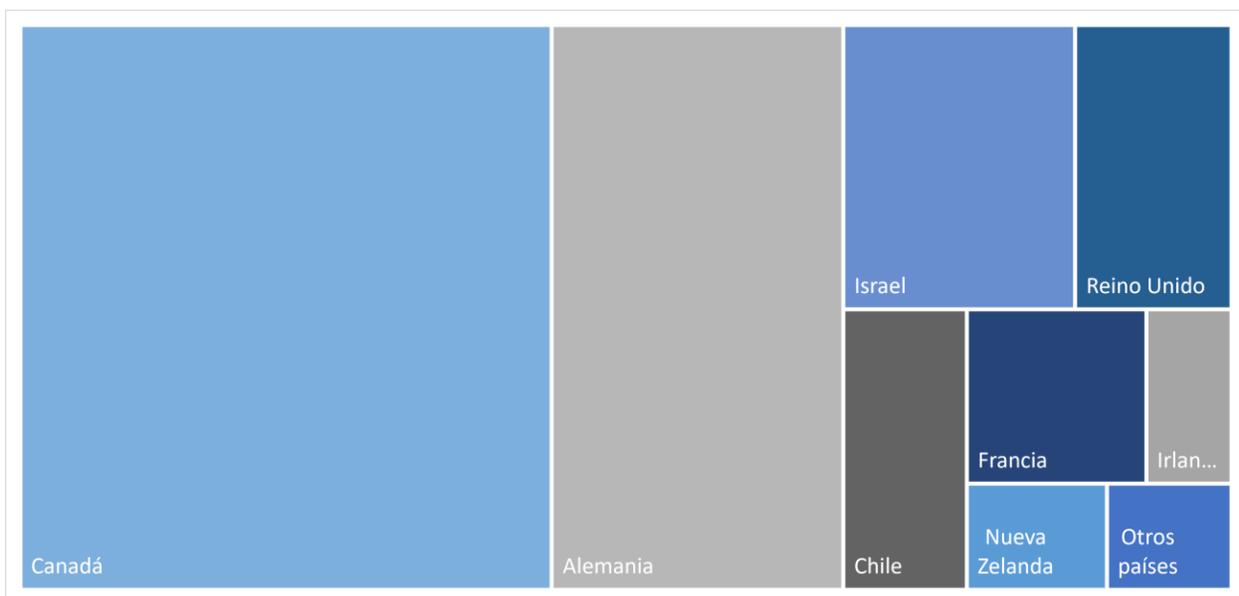
**Gráfica 5.14. Médicos mexicanos formados en el extranjero por país de formación.**



*Fuente: elaboración propia con datos de la OCDE, 2018.*

Después de Estados Unidos, el segundo país que más recibe mexicanos para estudiar medicina es Canadá, seguido de Alemania e Israel. Esta distribución se puede ver en la siguiente gráfica:

**Gráfico 5.15. Médicos mexicanos formados en el extranjero por país de formación (exceptuando Estados Unidos).**



*Fuente: elaboración propia con datos de la OCDE, 2018.*

### **C) Plan de crecimiento**

Actualmente ya se han dado los primeros pasos hacia la formalización del turismo médico en México mediante la formación del Consejo Consultivo de Turismo Médico (CCTM en adelante). Su primera sesión fue en 2018 y el acta de la misma se publicó el 24 de mayo de dicho año. En esta primera sesión se aclararon términos como qué es el turismo médico, qué *no* es el turismo médico, los objetivos del consejo, su estrategia y su plan de trabajo para el 2018. Acorde al acta:

“El Consejo Consultivo de Turismo Médico es un órgano colegiado como mecanismo de consulta, que permite la comunicación y participación activa, constante y directa de grupos estratégicos de los sectores público, privado y social en materia de turismo médico para fortalecer y hacer más plural la toma de decisiones del Grupo 8 del Gabinete Turístico”. (Consejo Consultivo de Turismo Médico, 2018)

Según el acuerdo de creación, el CCTM tendrá como objetivo recoger las demandas y propuestas del sector público, privado y sociedad civil que vayan encaminadas a mejorar la competitividad del país en materia de turismo médico. Hasta el momento el CCTM ha planteado una estrategia que divide a los pacientes de la siguiente manera:

1. Pacientes sin cobertura de seguros médicos.
2. Mercado corporativo.
3. Oferta de retiro y vida asistida.

Adicionalmente, el CCTM está trabajando en conjunto con el Instituto Politécnico Nacional y sus incubadoras para preparar mejor a sus profesionistas mediante diplomados y especialidades (Consejo Consultivo de Turismo Médico, 2018).

Estas primeras aproximaciones del CCTM al mercado de turismo médico en México son buenas, sin embargo, aún faltará evaluar la implementación y resultado de estas estrategias. Asimismo, otros planes de acción que podría emprender el gobierno para fortalecer el mercado de turismo médico en México son las siguientes:

- **Incentivos económicos:** algunos países de Asia han implementado programas gubernamentales que exentan a los hospitales privados de algunos impuestos para compensar el gasto que realizan en certificaciones internacionales. De esta manera, más hospitales tendrán incentivos para obtener certificaciones y colocarse como instituciones receptoras de pacientes internacionales.
- **Regulaciones migratorias:** países como India han creado visas especiales para las personas que van a recibir tratamientos médicos. Estas visas requieren menos trámites burocráticos para los interesados y permite al país receptor tener un mayor control del flujo de personas que salen y entran por razones médicas, así como prevenir epidemias al detectar tempranamente enfermedades que pudieran resultar contagiosas, pues se piden análisis clínicos previos a la obtención de la visa.
- **Promoción en el extranjero:** una vez detectados las principales ciudades de las cuales provienen los pacientes internacionales, se podrían colocar agencias que provean de mayor información a los interesados, generan alianzas con corporativos y aseguradoras y se encarguen de promocionar los clústeres mexicanos de turismo médico. Asimismo, mediante alianzas entre hospitales, los médicos de los países importadores de turismo médico podrían enviar los expedientes clínicos, asegurándose del correcto tratamiento del paciente internacional.
- **Alianzas con el sector privado y la academia:** se podrían generar alianzas entre universidades públicas y privadas y las instituciones médicas que promuevan el turismo médico. De esta manera los médicos recién egresados podrán entrar a la industria para comprender el manejo de la misma mediante servicios sociales o prácticas profesionales. Asimismo, el gobierno deberá asegurarse de que se esté formando a personal capacitado integralmente para atender la demanda de esta industria en crecimiento, instruyéndolos en idioma inglés para atender a los pacientes internacionales en su lengua de origen (Consejo Consultivo de Turismo Médico, 2018).

## **D) Análisis comparativo**

Para entender las fortalezas del mercado del turismo médico en México es necesario compararlo con los principales países que ofrecen este tipo de servicios (revisar capítulo 5: Países Exportadores). Por lo cual a continuación se propone un análisis de los costos en los que incurriría un paciente internacional para recibir atención médica en uno de estos países. El país del que más evidencia se tiene de importación de turismo médico es Estados Unidos (revisar apartado 4.1: Países Importadores: Estados Unidos), por lo que para fines prácticos se tomará a pacientes provenientes de ese país para este análisis. Para lograr este ejercicio se proponen los siguientes supuestos:

1. Se trata de dos distintos pacientes estadounidenses que parten de dos de las principales ciudades del país: Los Ángeles y Nueva York. La razón por la que se adopta este supuesto es para representar la costa este y oeste, así como una proporción del norte y el sur del país.
2. Para los cálculos de transportación y hospedaje se toman en cuenta dos personas adultas (tomando en cuenta al paciente y a la persona que lo acompañe).
3. Se parte de que los pacientes analizados no tienen seguros médicos en Estados Unidos, por lo que todo el gasto en el que incurran para sus cuidados proviene de gastos *out of pocket*. (Es decir, son costeados enteramente por ellos). Asimismo, no cuentan con seguros externos que pudieran mitigar parte de los gastos internacionales.
4. No hay barreras y/o preferencias culturales, migratorias o de idioma.
5. Se toma en cuenta el transporte directo a la capital del país en cuestión. Esto se hace para eliminar el sesgo que podría existir entre la cercanía de Los Ángeles y la frontera mexicana, donde también se puede recibir atención médica para pacientes internacionales.
6. El medio de transporte será avión en todos los casos, omitiendo transportes alternativos como autobús, automóvil o medios marítimos. Se cotizarán vuelos del 5 al 15 de enero de 2019, suponiendo que 10 días sean suficientes para la intervención y recuperación del paciente. El precio a tomar será la mediana de los once vuelos más económicos en clase turista para dos personas.

7. En cuestión de hospedaje, se tomará el precio que represente la mediana en once opciones disponibles de una habitación doble de hotel 3 estrellas en la ciudad. No se tomará en cuenta la transportación del hotel al hospital y se descartarán las opciones de hostales. Todos los hoteles seleccionados incluyen desayuno. Se omitieron “ofertas de tiempo limitado” que se encontraron en la página para evitar sesgos.
8. No se tomarán en cuenta gastos adicionales que se pudieran generar durante la estadía en el hospital ni gastos de alimentación, transportación dentro del país o turismo.
9. Se toman en cuenta los procedimientos más recurrentes en Estados Unidos sobre los cuales se tiene información.
10. Las ciudades a tomar en cuenta para los países exportadores serán: Nueva Delhi, India; Ciudad de México, México; Bangkok, Tailandia; Kuala Lumpur, Malasia; y Singapur, Singapur.

A continuación se mencionan los principales procedimientos quirúrgicos en Estados Unidos al año 2012.

**Tabla 5.7. Principales intervenciones quirúrgicas en Estados Unidos a 2012.**

Puesto	Procedimiento	Intervenciones quirúrgicas	Ratio por 100 000 personas
<b>Total</b>		<b>7 958 700</b>	<b>2 535.7</b>
1	Artroplastia de rodilla	700 100	223
2	Angioplastia coronaria percutánea	534 600	170.3
3	Laminectomía, escisión del disco intervertebral	468 200	149.1
4	Reemplazo de cadera, total y parcial	468 000	149.1
5	Fusión espinal	450 900	143.6
6	Colecistectomía y exploración de conductos comunes	406 300	129.4
7	Escisión parcial del hueso	338 000	107.7
8	Histerectomía abdominal y vaginal	312 100	99.4
9	Resección colorrectal	305 900	97.4
10	Adherencias peritoneales de escisión y lisis	305 800	97.4
11	Apendicectomía	293 000	93.3
12	Tratamiento, fractura o luxación de cadera y fémur	276 400	88
13	Ooforectomía unilateral y bilateral	223 800	71.3
14	Bypass coronario (CABG)	202 900	64.6
15	Tratamiento, fractura o dislocación de la extremidad inferior	188 900	60.2

*Fuente: Health Cost and Utilization Project. (US Government, 2016)*

Cabe mencionar que esta tabla sólo contempla las intervenciones quirúrgicas más comúnmente realizadas. Sin embargo, tomando en cuenta que el turismo médico considera las cirugías estéticas, los cuidados dentales y los procedimientos de control de peso como parte de los procedimientos más buscados por pacientes internacionales, estos se agregaron al análisis comparativo. Asimismo se agregaron los procedimientos de planificación familiar como es el tratamiento in vitro y la histerectomía. Así pues, los procedimientos se agrupan de la siguiente manera:

- **Intervenciones quirúrgicas:** bypass de corazón, angioplastia, reemplazo de válvula del corazón, reemplazo de cadera, revestimiento de cadera, reemplazo de rodilla, fusión espinal.
- **Cuidados dentales:** implante dental.
- **Procedimientos de control de peso:** banda gástrica, manga gástrica, bypass gástrico.
- **Cirugías estéticas:** implante de senos, rinoplastia, levantamiento de rostro, liposucción, abdominoplastía, cirugía laser en ambos ojos, cirugía de cornea<sup>11</sup>, cirugía de catarata.
- **Planificación familiar:** tratamiento in vitro, histerectomía.

A continuación se presentan los resultados agregados, encontrándose disponible en los Anexos 6 y 7 las tablas desglosadas de este mismo análisis.

### ***Partiendo de Los Ángeles***

Para este análisis se supone que el paciente estadounidense sale del Aeropuerto Internacional de Los Ángeles (LAX) y toma un avión<sup>12</sup> a la capital del país analizado. A continuación se muestran los resultados y se destaca en color verde los países en los que se haya alcanzado el mayor nivel de ahorro:

---

<sup>11</sup> Esta cirugía en particular puede ser considerada intervención quirúrgica o cirugía estética, la diferencia reside en la gravedad del paciente al momento de la intervención. Si la cornea se encuentra inflamada, es necesaria la intervención quirúrgica, sin embargo, si esta se encuentra en niveles normales, la intervención sólo se realiza para mejorar la apariencia del paciente.

<sup>12</sup> Varias ciudades no tienen vuelos directos desde el punto de partida, por lo que se establecieron en un rango de vuelos directos o vuelos de una escala o menos.

**Tabla 5.8. Análisis comparativo: nivel de ahorro para un paciente estadounidense partiendo del Aeropuerto Internacional de Los Ángeles en diferentes procedimientos médicos.**

Procedimiento	Estados Unidos	India		México		Tailandia		Malasia		Singapur	
		Total	Nivel de ahorro								
Bypass de corazón	\$ 123,000	\$ 10,735	<b>91%</b>	\$ 28,609	77%	\$ 17,603	<b>86%</b>	\$ 15,000	<b>88%</b>	\$ 20,490	<b>83%</b>
Angioplastia	\$ 28,200	\$ 8,535	<b>70%</b>	\$ 12,009	57%	\$ 6,803	<b>76%</b>	\$ 10,900	<b>61%</b>	\$ 16,690	<b>41%</b>
Reemplazo de válvula del corazón	\$ 170,000	\$ 12,335	<b>93%</b>	\$ 29,809	<b>82%</b>	\$ 19,803	<b>88%</b>	\$ 16,400	<b>90%</b>	\$ 20,190	<b>88%</b>
Reemplazo de cadera	\$ 40,364	\$ 10,035	<b>75%</b>	\$ 15,109	<b>63%</b>	\$ 19,603	<b>51%</b>	\$ 10,900	<b>73%</b>	\$ 17,190	<b>57%</b>
Revestimiento de cadera	\$ 28,000	\$ 12,535	<b>55%</b>	\$ 14,109	<b>50%</b>	\$ 16,103	<b>42%</b>	\$ 15,400	<b>45%</b>	\$ 19,640	<b>30%</b>
Reemplazo de rodilla	\$ 35,000	\$ 9,435	<b>73%</b>	\$ 14,509	<b>59%</b>	\$ 16,603	<b>53%</b>	\$ 10,600	<b>70%</b>	\$ 19,290	<b>45%</b>
Fusión espinal	\$ 110,000	\$ 13,135	<b>88%</b>	\$ 17,009	<b>85%</b>	\$ 12,103	<b>89%</b>	\$ 8,900	<b>92%</b>	\$ 16,090	<b>85%</b>
Implante dental	\$ 2,500	\$ 3,735	<b>-49%</b>	\$ 2,509	<b>0%</b>	\$ 4,323	<b>-73%</b>	\$ 4,400	<b>-76%</b>	\$ 5,990	<b>-140%</b>
Banda gástrica	\$ 14,000	\$ 10,135	<b>28%</b>	\$ 8,109	<b>42%</b>	\$ 14,103	<b>-1%</b>	\$ 11,050	<b>21%</b>	\$ 12,490	<b>11%</b>
Manga gástrica	\$ 16,500	\$ 8,835	<b>46%</b>	\$ 10,509	<b>36%</b>	\$ 12,503	<b>24%</b>	\$ 11,300	<b>32%</b>	\$ 14,790	<b>10%</b>
Bypass gástrico	\$ 25,000	\$ 9,835	<b>61%</b>	\$ 13,109	<b>48%</b>	\$ 19,403	<b>22%</b>	\$ 12,800	<b>49%</b>	\$ 16,990	<b>32%</b>
Histerectomía	\$ 15,400	\$ 6,035	<b>61%</b>	\$ 6,109	<b>60%</b>	\$ 6,253	<b>59%</b>	\$ 7,100	<b>54%</b>	\$ 13,690	<b>11%</b>
Implante de senos	\$ 6,400	\$ 5,835	<b>9%</b>	\$ 5,409	<b>15%</b>	\$ 6,103	<b>5%</b>	\$ 6,700	<b>-5%</b>	\$ 11,690	<b>-83%</b>
Rinoplastia	\$ 6,500	\$ 5,235	<b>19%</b>	\$ 5,409	<b>17%</b>	\$ 5,903	<b>9%</b>	\$ 5,100	<b>22%</b>	\$ 5,490	<b>16%</b>
Levantamiento de rostro	\$ 11,000	\$ 6,335	<b>42%</b>	\$ 6,509	<b>41%</b>	\$ 6,553	<b>40%</b>	\$ 6,450	<b>41%</b>	\$ 3,730	<b>66%</b>
Liposucción	\$ 5,500	\$ 5,635	<b>-2%</b>	\$ 4,609	<b>16%</b>	\$ 5,103	<b>7%</b>	\$ 5,400	<b>2%</b>	\$ 6,190	<b>-13%</b>
Abdominoplastia	\$ 8,000	\$ 6,335	<b>21%</b>	\$ 6,109	<b>24%</b>	\$ 7,903	<b>1%</b>	\$ 6,800	<b>15%</b>	\$ 7,940	<b>1%</b>
Cirugía laser en ambos ojos	\$ 4,000	\$ 3,835	<b>4%</b>	\$ 3,509	<b>12%</b>	\$ 4,913	<b>-23%</b>	\$ 6,350	<b>-59%</b>	\$ 7,090	<b>-77%</b>
Cirugía de córnea (por ojo)	\$ 17,500	\$ 5,635	<b>68%</b>	\$ 1,609	<b>N/A</b>	\$ 6,203	<b>65%</b>	\$ 2,900	<b>N/A</b>	\$ 12,290	<b>30%</b>
Cirugía de catarata (por ojo)	\$ 3,500	\$ 4,335	<b>-24%</b>	\$ 3,709	<b>-6%</b>	\$ 4,403	<b>-26%</b>	\$ 5,900	<b>-69%</b>	\$ 6,540	<b>-87%</b>
Tratamiento in vitro	\$ 12,400	\$ 5,335	<b>57%</b>	\$ 6,609	<b>47%</b>	\$ 6,703	<b>46%</b>	\$ 9,800	<b>21%</b>	\$ 18,190	<b>-47%</b>

Fuentes: de elaboración propia con datos de Medical Tourism Association (2016), Google Flights (2018) y Booking (2018).

Acorde a los resultados alcanzados en este análisis comparativo, los países exportadores más competitivos en el sector de turismo médico son México y la India, representando el mayor nivel de ahorro en 7 y 9 de 21 procedimientos respectivamente. Sin embargo, sus área de especialización muestran una gran diferencia, pues mientras India se especializa

en intervenciones quirúrgicas y procedimientos de planificación familiar, México tiene un mayor nivel de ahorro en procedimientos estéticos y dentales. El otro gran grupo de procedimientos es el de control de peso, sin embargo, el ahorro de estos procedimientos se encuentran distribuidos entre India, México y Malasia.

Cabe mencionar que desde este origen de turismo médico México tiene dos ventajas que no fueron contabilizadas en este análisis de costos: su cercanía a Los Ángeles y las diásporas mexicanas distribuidas a lo largo del estado de California. Estos dos factores se omitieron para evitar un sesgo de la información.

### ***Partiendo de Nueva York***

Para este análisis se supone que el paciente estadounidense sale del Aeropuerto Internacional de Los Ángeles (LAX) y toma un avión<sup>13</sup> a la capital del país analizado. A continuación se muestran los resultados y se destaca en color verde los países en los que se haya alcanzado el mayor nivel de ahorro:

**Tabla 5.9. Análisis comparativo: nivel de ahorro para un paciente estadounidense partiendo del Aeropuerto Internacional John F. Kennedy en diferentes procedimientos médicos.**

Procedimiento	Estados Unidos	India		México		Tailandia		Malasia		Singapur	
		Total	Nivel de ahorro								
Bypass de corazón	\$ 123,000	\$ 10,411	<b>92%</b>	\$ 28,518	77%	\$ 17,658	<b>86%</b>	\$ 14,778	<b>88%</b>	\$ 20,488	<b>83%</b>
Angioplastia	\$ 28,200	\$ 8,211	71%	\$ 11,918	<b>58%</b>	\$ 6,858	<b>76%</b>	\$ 10,678	<b>62%</b>	\$ 16,688	<b>41%</b>
Reemplazo de válvula del corazón	\$ 170,000	\$ 12,011	<b>93%</b>	\$ 29,718	<b>83%</b>	\$ 19,858	<b>88%</b>	\$ 16,178	<b>90%</b>	\$ 20,188	<b>88%</b>
Reemplazo de cadera	\$ 40,364	\$ 9,711	<b>76%</b>	\$ 15,018	<b>63%</b>	\$ 19,658	<b>51%</b>	\$ 10,678	<b>74%</b>	\$ 17,188	<b>57%</b>
Revestimiento de cadera	\$ 28,000	\$ 12,211	<b>56%</b>	\$ 14,018	<b>50%</b>	\$ 16,158	<b>42%</b>	\$ 15,178	<b>46%</b>	\$ 19,638	<b>30%</b>
Reemplazo de rodilla	\$ 35,000	\$ 9,111	<b>74%</b>	\$ 14,418	<b>59%</b>	\$ 16,658	<b>52%</b>	\$ 10,378	<b>70%</b>	\$ 19,288	<b>45%</b>
Fusión espinal	\$ 110,000	\$ 12,811	<b>88%</b>	\$ 16,918	<b>85%</b>	\$ 12,158	<b>89%</b>	\$ 8,678	<b>92%</b>	\$ 16,088	<b>85%</b>
Implante dental	\$ 2,500	\$ 3,411	<b>-36%</b>	\$ 2,418	<b>3%</b>	\$ 4,378	<b>-75%</b>	\$ 4,178	<b>-67%</b>	\$ 5,988	<b>-140%</b>
Banda gástrica	\$ 14,000	\$ 9,811	<b>30%</b>	\$ 8,018	<b>43%</b>	\$ 14,158	<b>-1%</b>	\$ 10,828	<b>23%</b>	\$ 12,488	<b>11%</b>
Manga gástrica	\$ 16,500	\$ 8,511	<b>48%</b>	\$ 10,418	<b>37%</b>	\$ 12,558	<b>24%</b>	\$ 11,078	<b>33%</b>	\$ 14,788	<b>10%</b>

<sup>13</sup> Varias ciudades no tienen vuelos directos desde el punto de partida, por lo que se establecieron en un rango de vuelos directos o vuelos de una escala o menos.

Bypass gástrico	\$ 25,000	\$ 9,511	<b>62%</b>	\$ 13,018	<b>48%</b>	\$ 19,458	<b>22%</b>	\$ 12,578	<b>50%</b>	\$ 16,988	<b>32%</b>
Histerectomía	\$ 15,400	\$ 5,711	<b>63%</b>	\$ 6,018	<b>61%</b>	\$ 6,308	<b>59%</b>	\$ 6,878	<b>55%</b>	\$ 13,688	<b>11%</b>
Implante de senos	\$ 6,400	\$ 5,511	<b>14%</b>	\$ 5,318	<b>17%</b>	\$ 6,158	<b>4%</b>	\$ 6,478	<b>-1%</b>	\$ 11,688	<b>-83%</b>
Rinoplastia	\$ 6,500	\$ 4,911	<b>24%</b>	\$ 5,318	<b>18%</b>	\$ 5,958	<b>8%</b>	\$ 4,878	<b>25%</b>	\$ 5,488	<b>16%</b>
Levantamiento de rostro	\$ 11,000	\$ 6,011	<b>45%</b>	\$ 6,418	<b>42%</b>	\$ 6,608	<b>40%</b>	\$ 6,228	<b>43%</b>	\$ 3,728	<b>66%</b>
Liposucción	\$ 5,500	\$ 5,311	<b>3%</b>	\$ 4,518	<b>18%</b>	\$ 5,158	<b>6%</b>	\$ 5,178	<b>6%</b>	\$ 6,188	<b>-13%</b>
Abdominoplastia	\$ 8,000	\$ 6,011	<b>25%</b>	\$ 6,018	<b>25%</b>	\$ 7,958	<b>1%</b>	\$ 6,578	<b>18%</b>	\$ 7,938	<b>1%</b>
Cirugía laser en ambos ojos	\$ 4,000	\$ 3,511	<b>12%</b>	\$ 3,418	<b>15%</b>	\$ 4,968	<b>-24%</b>	\$ 6,128	<b>-53%</b>	\$ 7,088	<b>-77%</b>
Cirugía de córnea (por ojo)	\$ 17,500	\$ 5,311	<b>70%</b>	\$ 1,518	<i>N/A</i>	\$ 6,258	<b>64%</b>	\$ 2,678	<i>N/A</i>	\$ 12,288	<b>30%</b>
Cirugía de catarata (por ojo)	\$ 3,500	\$ 4,011	<b>-15%</b>	\$ 3,618	<b>-3%</b>	\$ 4,458	<b>-27%</b>	\$ 5,678	<b>-62%</b>	\$ 6,538	<b>-87%</b>
Tratamiento in vitro	\$ 12,400	\$ 5,011	<b>60%</b>	\$ 6,518	<b>47%</b>	\$ 6,758	<b>46%</b>	\$ 9,578	<b>23%</b>	\$ 18,188	<b>-47%</b>

Fuente: de elaboración propia con datos de Medical Tourism (2016), Google Flights (2018) y Booking.com (2018).

En este análisis los principales competidores son México y la India, presentando mayor nivel de ahorro en 7 y 11 de los 21 procedimientos respectivamente. En este origen de turismo médico, India presenta mayor ahorro en dos procedimientos más que si se partiera de Los Ángeles, destacando en las intervenciones quirúrgicas, la mayoría de los procedimientos de control de peso y los de planificación familiar. Por otro lado, México sigue presentando mayor ahorro en procedimientos dentales y cirugías estéticas, al igual que en el escenario de Los Ángeles. Malasia pierde competitividad con respecto al escenario anterior, presentando mayor ahorro en sólo 2 de 21 procedimientos.

Con este análisis es posible identificar el principal competidor para el mercado mexicano: la India. A continuación se presenta un análisis comparativo entre las políticas públicas enfocadas al turismo médico que se han desarrollado en India y las que se han desarrollado en México.

### E) México e India

El turismo médico en la India ha existido desde tiempos remotos mediante medicina alternativa como el Ayurveda y posteriormente con la llegada de la medicina occidental durante la ocupación británica. La principal fortaleza del mercado indio son los bajos costos de los procedimientos quirúrgicos, la calidad de sus hospitales (al ser uno de los países con el mayor número de institutos de salud certificados) y la calidad de sus médicos, pues muchos de ellos tienen formación académica en Estados Unidos y el Reino

Unido; sin mencionar los planes de apoyo gubernamental ya existentes en su administración nacional.

Por otro lado, el turismo médico en México es una actividad reciente que se ha dado principalmente en la frontera que colinda con Estados Unidos de América a causa de las diásporas mexicanas localizadas en esta zona. Los expatriados mexicanos buscan médicos que los puedan atender en su mismo idioma con procedimientos que se habitúen a su cultura y sean costeables acorde a su presupuesto. Así pues, las principales fortalezas del mercado mexicano son su localización geográfica, las similitudes culturales y lingüísticas en la frontera estadounidense y los bajos costos de sus procedimientos médicos.

A continuación un análisis comparativo de estos dos países:

**Tabla 5.10. Análisis comparativo entre México e India**

	<b>INDIA</b>	<b>MÉXICO</b>
<b>Número de pacientes internacionales<sup>14</sup></b>	850,000 (2016) <sup>15</sup>	1'400,000 – 3'000,000 (2016). <sup>16</sup>
<b>Principales especialidades médicas</b>	Ortopédicos (principalmente reemplazo y rejuvenecimiento de cadera), cardiología, optometría. <sup>17</sup>	Dentales, cirugía cosmética, pérdida de peso. <sup>18</sup>
<b>Hospitales certificados por la JCI</b>	35	5
<b>Principal mercado</b>	Reino Unido, Estados Unidos, Bangladesh, Pakistán y China.	Estados Unidos, Canadá y algunos países de Centroamérica.
<b>Instituciones que participan en el turismo médico</b>	<b>Junta Nacional de Acreditación para Hospitales y Proveedores de Servicios de Salud (NABH):</b> se encargan de certificar a los hospitales a nivel nacional y ver que cumplan con todas las normas sanitarias antes de la certificación internacional.  <b>Ministerio de Turismo de la India:</b> se encarga de promocionar a	<b>Secretaría de Salud:</b> Es la entidad del Gobierno Federal que, entre otras cosas, se encarga de conducir las medidas de salubridad en general.  <b>Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS):</b> Está vinculada al Departamento de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud y se encarga de regular, controlar y comentar

<sup>14</sup> Cabe mencionar que todas estas son estimaciones de Woodman (2017) con base al flujo de personas ingresando por fronteras internacionales y el registro de pacientes internacionales en hospitales privados de dichos países; sin embargo, no hay manera de discriminar entre pacientes internacionales y residentes extranjeros de dichos países. Ninguno de estos dos países ha desarrollado una metodología estadística que permita saber con certeza el flujo de pacientes internacionales que reciben año con año

<sup>15</sup> Woodman (2017).

<sup>16</sup> Ídem.

<sup>17</sup> Ídem.

<sup>18</sup> Ídem.

	<p>los hospitales indios en el extranjero mediante un programa de política pública que permite que los hospitales costeen mercadotecnia y promoción en el extranjero. Asimismo, cubre parte de los gastos de alojamiento y transporte para que representantes de los hospitales certificados puedan presentar sus servicios en ferias y convenciones extranjeras.</p> <p><b>Confederación de la Industria India (CII):</b> Generó un análisis del mercado del turismo médico en 2002 con McKinsey para buscar el apoyo gubernamental en pos del turismo médico.</p>	<p>el sanitario de fármacos, dispositivos médicos, órganos, productos biológicos, sustancias químicas, entre otros.</p> <p><b>Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED):</b> Es una institución pública que ofrece mediación para la solución de controversias entre prestadores y usuarios de servicios médicos y contribuye con la seguridad de los pacientes.<sup>19</sup></p> <p><b>Consejo Consultivo de Turismo Médico (CCTM):</b> es parte de la Secretaría de Turismo y tiene como objetivo recoger las demandas y propuestas del sector público, privado y sociedad civil que vayan encaminadas a mejorar la competitividad del país en materia de turismo médico.</p> <p><b>Secretaría de Turismo:</b> promoción y planificación de estrategias encaminadas al turismo médico mediante el Consejo Consultivo de Turismo Médico.</p>
<b>Apoyo de infraestructura</b>	Mediante alianzas público-privadas el gobierno ha mejorado la infraestructura de aeropuertos para hacer más cómoda la llegada de pacientes internacionales al país.	No se tiene registro de programas que mejoren la infraestructura de hospitales o aeropuertos para incentivar la industria del turismo médico.
<b>Políticas migratorias</b>	<p><b>Visas especiales M:</b> son visas especiales para pacientes internacionales que tienen una duración mayor de la que otorgan a un turista tradicional.</p> <p><b>Visas especiales MX:</b> destinadas a los acompañantes de los pacientes internacionales. Se les otorga por el mismo tiempo que a los pacientes a los que acompañan.</p>	No se tiene registro de políticas migratorias que favorezcan al mercado del turismo médico.
<b>Avances educativos</b>	<p>Actualmente en varias universidades de India se ofrecen grados, diplomados y cursos que se dedican al estudio del turismo médico y que preparan a los futuros profesionales de la salud para tratar a pacientes internacionales. A continuación una lista de las universidades y los títulos/cursos que ofrecen (WebIndia 123, 2019):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>NBA School of Health Care Management</i> – Diplomado en gestión de salud, gestión</li> </ol>	El CCTM está trabajando en conjunto con el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y sus incubadoras para preparar mejor a sus profesionistas mediante diplomados y especialidades. Aún no se tiene registro de la primera generación de estudiantes que se especialicen en turismo médico.

<sup>19</sup> (Proméxico, 2016)

	<p>de la operación hospitalaria y turismo médico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. <i>NBA School of Health Care Management</i> – Posgrado en gestión de salud, gestión de la operación hospitalaria y turismo médico.</li> <li>3. <i>Bharat Institute of Paramedical and Management Technology</i> – Certificación en turismo médico.</li> <li>4. <i>Agra College of Management and Technology (ACMT)</i> – Maestría en Administración: Turismo médico.</li> <li>5. <i>Global institute of Medical Sciences</i> – Diplomado en turismo médico.</li> <li>6. <i>NBA Group of Institutions</i> – Diplomado en turismo medico.</li> <li>7. <i>NBA Group of Institutions</i> – Posgrado en turismo medico.</li> <li>8. <i>Academy of business and management studies (ABMS)</i> – Maestría en administración: turismo médico.</li> <li>9. <i>ICRI Health Campus</i> – Diplomado en turismo médico.</li> <li>10. <i>ICRI Health Campus</i> – Posgrado en turismo médico.</li> <li>11. <i>Institute of Clinical Research (ICRI Delhi Campus)</i> – Certificación en turismo médico.</li> <li>12. <i>Medvarsity Online Limited</i> – Certificado en turismo médico.</li> <li>13. <i>Indian Institute of Tourism and Travel Management (IITM)</i> – Certificado en turismo médico.</li> <li>14. <i>Institute of Public Health and Hygiene</i> – Diplomado en turismo médico.</li> <li>15. <i>AADI MediTour India</i> – Certificación en turismo médico.</li> </ol>	
<p><b>Áreas de oportunidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una falta de confianza internacional por los bajos estándares sanitarios y las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para incentivar a los hospitales privados a certificarse, el gobierno podría exentarlos de algunos impuestos para</li> </ul>

	<p>prácticas con poca higiene que tiene el país.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se podría tener una mejor distribución de la atención hospitalaria para remediar el bajo acceso a servicios médicos entre los locales.</li> <li>• Se podrían proponer mejores regulaciones en el área de salud reproductiva, pues no existen lineamientos que impidan a los extranjeros el rentar vientres de mujeres indias. (Sengupta, 2010)</li> </ul>	<p>compensar el gasto que realizan en certificaciones internacionales. De esta manera, más hospitales tendrán incentivos para colocarse como instituciones receptoras de pacientes internacionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se podrían crear visas especiales para las personas que van a recibir tratamientos médicos. Estas visas podrían ofrecer una estancia mayor a los interesados y permitiría al país receptor tener un mayor control del flujo de personas que salen y entran por razones médicas.</li> <li>• Una vez detectados las principales ciudades de las cuales provienen los pacientes internacionales, se podrían colocar agencias que provean de mayor información a los interesados, generen alianzas con corporativos y aseguradoras y se encarguen de promocionar los clústeres mexicanos de turismo médico. Asimismo, mediante alianzas entre hospitales, los médicos de los países importadores de turismo médico podrían enviar los expedientes clínicos, asegurándose del correcto tratamiento del paciente internacional.</li> <li>• Se podrían generar alianzas entre universidades públicas y privadas y las instituciones médicas que promuevan el turismo médico. De esta manera los médicos recién egresados podrán entrar a la industria para comprender el manejo de la misma mediante servicios sociales o prácticas profesionales. Asimismo, el gobierno deberá asegurarse de que se esté formando a personal capacitado integralmente para atender la demanda de esta industria en crecimiento, instruyéndolos en idiomas inglés</li> </ul>
--	---	--

		<p>y francés para atender a los pacientes internacionales en su lengua de origen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varios de los procedimientos en los que México destacó son procedimientos estéticos, por lo que existe la posibilidad de generar clústeres que se dediquen específicamente a eso en zonas turísticas del país. Varios estudios (Lunt, Hardey, &amp; Mannion, 2010; Pickert, 2008) hablan de pacientes que deciden realizarse cirugía estética durante tiempos vacacionales y practican turismo médico y turismo recreacional al mismo tiempo.</li> </ul>
<b>Afectaciones para el país</b>	Los pacientes internacionales quitan plazas de atención a los pacientes locales, lo cual genera un desabasto de servicios médicos. Asimismo, India ha invertido en equipos de tecnología avanzada que encarece sus precios e impide a los locales acceder a los servicios de salud.	Puesto que en México existe un esquema de cobertura de salud pública que no interfiere con los hospitales privados, hasta este momento no se han detectado afectaciones al país a causa de los pacientes internacionales.
<b>Fuente:</b> de elaboración propia con datos de diversas fuentes.		

## Conclusiones

En conclusión, el turismo médico es una actividad del sector turismo que existe en países como México, India, Tailandia, Filipinas, Malasia, Singapur, Costa Rica y Brasil y que es motivado, principalmente, por menores costos, menores tiempos de espera, tecnología equiparable a la de sus países de residencia, y factores culturales y lingüísticos. Los estudios empíricos que se han revisado han arrojado resultados poco contundentes respecto a la magnitud de este mercado. El principal problema por el cual no se ha podido avanzar en la medición del turismo médico es por la falta de una definición de la actividad. Los académicos siguen debatiendo sobre las diferencias que existen entre el “turismo de salud” y el “turismo médico”, así como qué tipo de pacientes pueden ser considerados como parte del turismo médico y cuáles son pacientes incidentales que son atendidos por cuestiones de emergencia mientras se encuentran en otro tipo de actividad turística.

Los datos disponibles hasta este momento son por el lado del consumidor. Esto se debe a que el turismo médico se da, en su mayor parte, en instituciones privadas que no ofrece transparencia sobre sus datos, sus pacientes o sus ingresos; por lo que es prácticamente imposible medir el nivel de ganancias que recibe un hospital que atiende pacientes internacionales. Sobre los costos se sabe un poco más gracias a las certificaciones internacionales que buscan los hospitales para ganarse la confianza de los pacientes. En varios medios electrónicos que promocionan el turismo médico se habla sobre la importancia de las certificaciones, especialmente la de la *Joint Commission International* (JCI), institución que se encarga de evaluar a los hospitales en atención médica, limpieza, administración e innovación.

El análisis que realiza la JCI permite hacer una comparativa entre diversos países del mundo, entre los cuales destacan India con 35 hospitales certificados y Tailandia con 45. El número de certificaciones en México ha disminuido a lo largo de los años, pasando de 8 en 2013 a 5 en 2018. Las razones por las cuales los hospitales dejaron de buscar estas certificaciones no se conocen a ciencia cierta, parte del proceso de investigación fue buscar entrevistas con estos hospitales y preguntarles sobre los factores que les motivaban a buscar una certificación o dejar de renovarla, pero ninguno de los hospitales estuvo dispuesto a otorgar información. Esto nos impide conocer la perspectiva por el

lado de la oferta, pues tampoco hay un dato exacto sobre el costo en el que incurre un hospital para obtener este tipo de certificaciones, los costos varían con respecto al tamaño y las características de la institución médica que se está revisando.

El hecho que la industria se encuentre en su mayoría en el sector privado trae dos efectos para los países emergentes dependiendo de su sistema de salud: puede suceder que exista un desabasto de servicios de salud porque los hospitales privados dan preferencia a los pacientes internacionales o que el turismo médico no influya en la oferta sanitaria para pacientes nacionales. El primero de estos efectos sucede en la India y otros países asiáticos donde el turismo médico se ha convertido en un problema, ya que varios hospitales prefieren atender a pacientes internacionales en lugar de pacientes locales, lo cual genera un desabasto de camas y podría desembocar en una crisis sanitaria si no fuera propiamente controlado por el gobierno en turno. En México sucede el segundo efecto, el sistema de salud en está estructurado de tal manera que la mayor parte de los nacionales reciben atención médica en hospitales públicos (IMSS e ISSSTE en su mayoría), mientras que los pacientes internacionales reciben servicios de salud en hospitales privados, lo cual previene un posible desabasto a futuro si las cosas permanecieran de esta manera. Esto otorga a México una ventaja competitiva con respecto a India.

El turismo médico beneficia no sólo al hospital que atiende al paciente internacional, sino que conlleva a la demanda de servicios complementarios, como es el caso del alojamiento, transporte, actividades recreativas para los acompañantes, comida, entre otros, y que representa una ventaja competitiva de México con respecto a los países asiáticos. Tomando en cuenta sólo el mercado estadounidense, los pacientes internacionales tendrían que transportarse forzosamente en avión o en barco para llegar a recibir atención en los países asiáticos, mientras que, para el caso de México, existen opciones terrestres que reducen los costos y el tiempo de transportación, el cual puede resultar de vital importancia para la salud y el bienestar del paciente internacional. De esta manera se pueden generar clústeres en torno a los hospitales con mayor afluencia de pacientes internacionales, favoreciendo otros sectores de la población e incentivando la economía de las distintas regiones del país.

En México el crecimiento promedio de los recursos capturados por el turismo médico tuvo un crecimiento por encima del 25% en 2011 y ha mantenido tasas de crecimiento positivas desde 2009. La mayor parte de estos recursos provienen de pacientes estadounidenses, los cuales pueden beneficiarse de un ahorro que va desde el 12% hasta el 82% del costo de la intervención médica, dependiendo de la complejidad de la misma. El poder de compra estadounidense permite a los pacientes acceder a servicios de salud en México que son equiparables a los que reciben en Estados Unidos (por las certificaciones de la JCI) a un costo menor, lo cual resulta de importancia si lo están financiando de su propio bolsillo. Adicionalmente, en el caso de Estados Unidos, existen vínculos culturales y lingüísticos que favorecen a que los pacientes internacionales crucen la frontera en común y se atiendan en clínicas mexicanas.

Las aproximaciones econométricas disponibles y mencionadas en el capítulo IV de este trabajo, han arrojado resultados poco contundentes. Por ejemplo, en el caso de México, las muestras poblacionales no permiten que exista un análisis nacional sobre los beneficios de esta actividad, pues éstas se ven sesgadas por las características propias de la región que se esté estudiando, como es el caso de las diásporas en la frontera estadounidense. Se sabe que en la frontera México – Estados Unidos es más sencillo para los residentes del país del norte el cruzar hacia México y recibir atención médica a menor costo, en su idioma y en su contexto cultural; pero poco se sabe de un paciente internacional del centro del país que vaya a la capital mexicana a recibir atención médica y los factores que a éste motivan.

Respecto al mercado mexicano, en 2015, 82,029 médicos se encontraban trabajando en el sector privado, de los cuales el 82% de ellos eran especializados y en 2016, había aproximadamente 12 médicos graduados por cada 100 mil habitantes, una cifra por encima de la que se encuentra en Estados Unidos, Japón y Canadá. En cuestión de infraestructura y calidad, sólo 5 hospitales nacionales están certificados frente a la JCI, lo cual es una cifra muy baja con respecto al número de hospitales certificados que tiene India y Tailandia. Actualmente ya se ha creado una Comisión dentro de la Secretaría de Turismo que enfoca los esfuerzos del gobierno hacia el crecimiento y formalización del turismo médico en el país, pero los primeros logros que se han alcanzado son meramente teóricos. Dentro de los planes a futuro se encuentran alianzas público-académicas con el

Instituto Politécnico Nacional para preparar mejor a los médicos que atenderán a los pacientes internacionales, que es algo en lo que India ya lleva ventaja. En la India actualmente se ofrecen diplomados, especialidades y maestrías enfocadas al turismo médico, visto desde el lado de la salud como desde el lado administrativo para promover la actividad fuera de sus fronteras.

La mayor parte de los procedimientos por los cuales viajan los pacientes internacionales a México son de una sofisticación menor a los que los motivan a viajar a India y otros países asiáticos. México se caracteriza por sus servicios de odontología y de cirugía cosmética, mientras que India se caracteriza por sus intervenciones quirúrgicas. Para lograr equiparar esto, México tendría que realizar una inversión mayor en tecnología y personal capacitado para suplir esta demanda. Actualmente varias universidades de la India tienen alianzas con instituciones académicas del extranjero que prepara a sus estudiantes del sector salud para atender mejor a los pacientes internacionales, por lo que en México no basta con hacer alianzas con universidades nacionales, sino que será necesario generar alianzas con universidades extranjeras que preparen mejor al capital humano del futuro. Actualmente un 96% de los mexicanos estudiando en el extranjero se encuentran en Estados Unidos, lo cual resulta como un factor a favor si el principal origen de los pacientes internacionales que vienen a México provienen de este país; sin embargo, si se busca atraer a pacientes de otros lugares del mundo, se podrían buscar alianzas con universidades británicas, francesas, australianas, japonesas, entre otras.

Para poder medir con mayor certeza el impacto del turismo médico en el país, se debe generar un índice de medición que separe a los pacientes nacionales de los internacionales; y adicionalmente, que los separe por su estatus de permanencia en el país, es decir, si son residentes o turistas. Para lograr este índice, se debe generar un compromiso conjunto entre la iniciativa privada y el sector público en la cual los archivos privados de los hospitales sean de acceso público sin poner en jaque la confidencialidad médico – paciente. Asimismo, si existiera un estatus migratorio para las personas que se encuentran en el país sólo para recibir atención médica (como es el caso de las Visas M en la India), sería más sencillo contabilizar a los pacientes internacionales desde que ingresan al país.

Una vez realizado este índice se podrá identificar con mayor claridad la afluencia de pacientes y los hospitales receptores de los mismos. Asimismo, se podrán medir las preferencias de los pacientes internacionales y si las certificaciones internacionales son un determinante al decidir en qué hospital atenderse, llevando esto a un análisis de rentabilidad por parte de los hospitales para saber si vale la pena incurrir en los costos de una certificación para atraer pacientes de turismo médico. Este tipo de análisis son sumamente importantes para focalizar esfuerzos económicos y generar planes empresariales que optimicen los recursos que se destinen a estos mercados.

México tiene la posibilidad de ser pionero en la medición del turismo médico y utilizar sus estadísticas para la mejora del mercado en el país, identificando los lugares donde hay mayor posibilidad de derrama económica y generando clústeres que engloben hospitales, agencias turísticas especializadas, lugares de descanso, transporte para los pacientes y sus acompañantes, y actividades recreativas para una vez que hayan terminado el tratamiento. Esto no sólo impulsaría el mercado de turismo médico, sino que incentivaría la economía regional como un todo.

Asimismo, México estaría siendo ejemplo en la medición de esta actividad, con las miras de que esto pueda homogeneizarse a nivel mundial y que en un futuro cercano se puedan hacer comparativas internacionales de los países exportadores de servicios médicos. De esta manera se tendría una idea más clara de los competidores en el mercado, sus fortalezas y áreas de oportunidad, con el objetivo de aprovechar las ventajas competitivas que cada país tenga e impulsar su crecimiento económico como países en vías de desarrollo.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Marco histórico**

#### *1.1. Los griegos*

Las primeras evidencias que se tienen de turismo médico datan de la Antigua Grecia. Hipócrates fue considerado como uno de los principales filósofos enfocados a la medicina, promoviendo el bienestar humano mediante un equilibrio entre la persona, la naturaleza y la sociedad. El método Hipocrático se enfocó principalmente en tres ejes: promoción de la salud, atención de traumatismos, y cuidado mental mediante terapias artísticas. La atención a traumatismos incluyó las primeras prácticas quirúrgicas desarrolladas por Hipócrates a causa de las constantes guerras entre ciudades (Kleisiaris, 2014).

En el siglo VI a.C., Grecia comenzó el culto a Asclepio, el Dios de la medicina. Existen varias versiones mitológicas de Asclepio, por lo que no hay manera de saber su verdadera raíz histórica, pero lo cierto es que los griegos lo llegaron a considerar como un Dios ascendido al Olimpo por Zeus, razón por la cual los pobladores construyeron un templo destinado a su veneración (Apollodorus, 2008). Estas instalaciones proveían atención médica y tratamientos curativos a los ciudadanos, convirtiéndose en un lugar al que los enfermos se desplazaban largas distancias para ser curados de diversos padecimientos. Los rituales en el templo de Asclepio incluían purificación, sacrificio e “incubación”, una actividad en la cual el paciente pasaba la noche en el templo para ser visitado por Asclepio durante sueños (Horstmanshoff, 2004). Por la mañana, un sacerdote interpretaría los sueños del enfermo y le daría el tratamiento correspondiente (Dominiczak, 2014). Hacia el año 300 a.C., los templos de Asclepio llegaron a Atenas, donde otras instalaciones terapéuticas florecieron, incluyendo servicios de gimnasio, crianza de serpientes y baños termales (Health Tourism, 2017). Los templos destinados a la sanación en la Antigua Grecia eran construidos cerca de manantiales (Dominiczak, 2014), notándose así la importancia de las propiedades curativas del agua.

#### *1.2. Los romanos*

La mayor parte de las prácticas medicinales adoptadas por los romanos provinieron del método griego por influencia directa. En la era temprana de Roma, la medicina consistía en pacificar a los Dioses y depender de la medicina tradicional. Sin embargo, acorde al

historiador Livy (Hajar, 2015), una plaga azotó a Roma en el año 293 a.C. y la ciudad buscó ayuda del dios griego Asclepio. Un grupo de personas fueron enviadas en barco a Grecia y el dios abordó la nave en forma de serpiente, desembarcando en una isla del Tíber donde posteriormente fue erigido un templo en su honor, pues logró que la plaga desapareciera. Después de esto, los griegos establecieron escuelas de medicina en Roma, influenciados por el método Hipocrático (Hajar, 2015).

Con la caída de las ciudades griegas, muchos de los médicos y filósofos que en ellas habitaban fueron capturados y esclavizados (Faria, 2015). Sin embargo, ganaron popularidad y riqueza en Roma, y en el año 46 a.C., cuando Julio César promulgó un edicto que concedía la libertad a todos los extranjeros que enseñaran un arte libre, muchos de ellos se convirtieron en ciudadanos. Posteriormente, en el año 23 a.C., cuando Antonius Musa curó al emperador Augusto de una grave enfermedad mediante hidroterapia fría, fue ampliamente recompensado con la exención de impuestos para él y todos los que practicaran el arte de la medicina (Hajar, 2015).

El “bañarse en las aguas” (baños termales) fue una práctica popularizada por los griegos y retomada por los romanos para asegurar la recuperación de los militares después de sus batallas. En estas sesiones de recuperación, se permitía a los militares el relajarse, socializar, hacer ejercicio, pero sobre todo, se aplicaban procedimientos médicos que aliviaban sus heridas de guerra. El agua fue utilizada como el principal elemento de varios procedimientos médicos entre el año 124 a.C. y el año 201 d.C., donde médicos griegos tales como Asclepiades, Pliny El Viejo y Galen adjudicaron al agua un extensivo poder curativo (Jackson, 1990).

### 1.3. *Los indios*

El origen de las prácticas médicas en India se llamó *Ayurveda*, que literalmente significa “conocimiento o ciencia de vida” (Hajar, 2015). Los conocimientos de Ayurveda fueron transmitidos oralmente de generación en generación, existiendo pocos registros escritos de las técnicas utilizadas por los médicos de la época. Los practicantes del Ayurveda consideraban que el ser humano tenía puntos cruciales para la salud, llamados *marmas*; si eran heridos o dañados en alguno de sus marmas, el resultado sería fatal. Para mantener el bienestar del ser humano, los Indios consideraban que debía existir un

equilibrio entre varias sustancias como el viento, la bilis, la flema y la sangre, y algunos teóricos consideran que las personas que se trasladaban de la India a Grecia, transmitieron este conocimiento a los griegos y que fue así como nacieron algunas de sus teorías del bienestar humano (Hajar, 2015).

Asimismo, los indios lograron grandes avances en la práctica de cirugías mediante el uso de bisturís, sondas, trocares, sondas, catéteres para realizar diferentes procedimientos: cauterización, costura de heridas y drenaje de líquidos. Lo cual permitió que pudieran realizar tratamiento de cataratas, extirpación de cálculos vesicales y renales y, lo más notable, reparación de narices y orejas con cirugía plástica (Hajar, 2015). La pérdida de la nariz era un castigo común en la cultura hindú, por lo cual, a base de ensayo y error, los médicos Ayurvédicos lograron crear la primera técnica de rinoplastia en el año 500 a.C. y el método para la reconstrucción de frente, que posteriormente fue introducida al mundo árabe (siglo VII) y a Inglaterra en el año 1700 (Hajar, 2015).

Desde hace cinco mil años, estudiosos de la medicina y la espiritualidad se trasladaron a la India para probar los beneficios de este tratamiento médico alternativo (Health Tourism, 2017). El sistema *Ayurveda* se basó en el bienestar general del ser humano mediante un estilo de vida saludable, la prevención de enfermedades y la higiene personal y social (Narayanaswamy, 1981); expandiendo este conocimiento a otras culturas, como la china y la tibetana (Vladimirovich, 2016). Durante el periodo budista, los monjes se trasladaban por todo el país predicando y aliviando sufrimientos humanos con el método *Ayurveda* (Narayanaswamy, 1981).

#### 1.4. *Los mayas*

Acorde a los mayas, las enfermedades proveían de hechizos, brujerías, malos vientos, la alineación de los astros o la molestia de alguna de sus dioses, por lo cual, para curarlo debía existir una intervención religiosa de alguno de sus sacerdotes (Xiu-Chacón, 1998). A diferencia de la jerarquía médica en la cultura azteca donde los conocimientos eran transmitidos de generación en generación y no se requería ser de alguna clase social específica (Gutiérrez Moctezuma & Gutiérrez Cadena, 2009), en la cultura maya sólo los sacerdotes podían abogar por los enfermos ante los dioses, existiendo tres grandes grupos de sacerdotes:

- *Los ah-men.*  
Eran profetas y adivinos que invocaban a los dioses para obtener inspiración divina que les ayudara a curar los males espirituales de sus pacientes. Los principales males que combatían eran aquellos provocados por la hechicería, para lo cual utilizaban el *zaztún*, un tipo de piedra taumaturga que les mostraba el rostro de la persona que estaba provocando el hechizo.
- *Los pul-yahob.* (El brujo hechicero).  
Eran personas que podían hacer el bien y el mal. Es decir, podía curar enfermedades mediante la utilización de plantas, animales o figuras de barro; pero también podía transformarse en cualquier animal para penetrar hasta su enemigo y causarle cualquier tipo de daño.
- *Los dzac yahes.*  
Eran curanderos o yerbateros que aproximaban sus técnicas al método científico mediante la observación y la experimentación. Poseían un amplio conocimiento de las propiedades químicas y medicinales de las yerbas y las plantas y dejaron tras de sí un gran número de manuscritos donde describían sus técnicas. Estos manuscritos fueron transcritos por los españoles tras la conquista, encontrándose registros de instrumentos como bisturíes y entablillados que sostenían huesos rotos y extremidades fracturadas (Xiu-Chacón, 1998).

Los manuscritos de los conquistadores españoles relatan la adoración que los mayas realizaban a *Zamná*, una figura divina que antes de morir fue un sabio y científico, conoedor de todas las ciencias y fundador de *Izamal*. Los pobladores de distintas ciudades mayas se desplazaban hacia la ciudad de *Izamal*, en lo que ahora es Yucatán, México, para visitar a los sacerdotes que practicaban actividades medicinales en los espacios religiosos (Xiu-Chacón, 1998).

### 1.5. *El cristianismo*

Con la caída del imperio romano en Occidente y el nacimiento del Cristianismo, la cultura de los baños perdió importancia y la cura a diversos problemas médicos se centró en la fe, la adoración y la oración en centros de devoción (Looman & Pillen, 1989). El desplazamiento de personas por motivos médicos sucedió durante la vida de Jesús y se

prolongó a los años siguientes con sus discípulos. La Biblia relata que las personas llevaban a personas poseídas por espíritus demoniacos (Mateo 8:16), a los cojos, lisiados, ciegos, mudos (Mateo 15:30) y a todos aquellos que sufrieran de alguna enfermedad (Lucas 4:40) hacia las ciudades en que Jesús estuviera para que él los curara.

Las enseñanzas de Jesús se enfocaron en el amor propio y el amor al prójimo, por lo cual, tras su muerte, sus seguidores consideraron la ayuda al enfermo como un deber religioso, creando instituciones destinadas a ese fin (Fernández, 2013). En los años siguientes, los baños tomaron un contexto rebelde, siendo considerados fuentes de contagio de enfermedades tales como la sífilis, la plaga y la lepra, por lo cual los baños públicos instaurados durante el Imperio Romano fueron clausurados. Aun así, la gente buscó alternativas en formaciones naturales de agua mineral para continuar con las prácticas antiguas. (Van Tubergen, 2002).

Durante el siglo XVI, los baños ya no se tomaban por placer o recreación, pero eran ampliamente recomendados por los médicos italianos de la época por motivos de salud y bienestar (Palmer, 1990). A finales de este siglo, Bacci (1571) y Minardo (1594) publicaron estudios sobre las propiedades curativas del agua. Minardo encontró setenta y ocho condiciones que podían beneficiarse de los baños, con tratamientos que incluían bebidas curativas, purgas y aplicación de lodo. Este tipo de baños, llamados “baños italianos” debían acompañarse de una vida plácida y tranquila, con buen vino, buena comida y un máximo nivel de confort (Palmer, 1990), por lo cual los pacientes que no tuvieran un alto nivel socioeconómico no podrían ser beneficiados de estas prácticas.

Este tipo de baños se expandió rápidamente a otras partes de Europa, popularizándose entre la alta sociedad. Durante el siglo XVII, los spas fueron redescubiertos en Francia, aunque estos estuvieron más enfocados en el bienestar médico que en las actividades de placer y relajación (Brockliss, 1990). Posterior a esto, Inglaterra vivió un boom de spas y sanatorios para curar diversas enfermedades dermatológicas, gastrointestinales y reumáticas; mientras que en la Europa Continental, Suiza, Austria, Hungría y Alemania promovieron sitios de aguas termales para atraer turistas a algunas de sus ciudades (Mestrovic, 2014).

### *1.6. Siglo XIX y finales del siglo XX*

Durante el siglo XVII y XVIII las propiedades curativas del agua perdieron importancia en la sociedad, siendo desplazadas por los avances tecnológicos en cuestión de tratamientos médicos. La medicina fue examinada con una aproximación más certera al método científico y se lograron los primeros avances hacia la medicina contemporánea, como el descubrimiento de las células sanguíneas, la observación de la bacteria, la primera apendicetomía y el desarrollo del proceso de vacunación para la viruela (Hajar, 2015).

Durante el siglo XIX, Europa y Estados Unidos se convirtieron en los principales países comerciales y tecnológicos del mundo, posicionándose también como los principales destinos de turismo médico. La tecnología favoreció los avances médicos de la época, atrayendo a un gran número de personas de altos recursos que se desplazaban hacia estos países para recibir la mejor atención médica del mundo (Health Tourism, 2017).

Los avances alcanzados desde finales del siglo XVIII cambiaron la manera de ver y curar enfermedades. Algunos de los acontecimientos más importantes del siglo XIX y XX se enlistan a continuación (Hajar, 2015):

- 1800: Se descubren las propiedades anestésicas del óxido nitroso.
- 1816: Se inventa el estetoscopio.
- 1818: Se realiza la primera transfusión de sangre humana de manera exitosa. El primer intento de este procedimiento se había realizado en 1656 experimentando en canes.
- 1879 – 1897: Desarrollo de la primera vacuna contra el cólera, el ántrax, la rabia, el tétano, la difteria, la fiebre tifoidea y la peste bubónica.
- 1895: Se descubren los rayos X.
- 1899: Se desarrolla la aspirina.
- 1901: Se introduce el sistema de clasificación de sangre en los grupos A, B, AB y O.
- 1913: Se comienza a hacer uso de los electrocardiogramas.
- 1922: Se utiliza la insulina para tratar la diabetes.

- 1923 – 1992: Desarrollo de la primera vacuna contra la tos ferina, la tuberculosis, la fiebre amarilla, el tifus, la influenza, la polio, el sarampión, las paperas, la rubiola, la varicela, la neumonía, la meningitis, el hepatitis B y el hepatitis A.
- 1928: Se descubre la penicilina.
- 1950: Invención del primer marcapasos cardiaco.
- 1954: Se realiza el primer trasplante de riñón.
- 1967: Se realiza el primer trasplante de corazón.

Asimismo, las tecnologías del transporte tuvieron un aumento considerable desde el inicio de la Revolución Industrial en el siglo XVIII, permitiendo que los desplazamientos internacionales e intercontinentales se realizaran con mayor facilidad (Williams, 1992). La invención más significativa fue la creación de la máquina de vapor que mejoró el transporte marítimo y terrestre, seguido del motor de pistón en 1920 que permitió el desplazamiento aéreo de pasajeros con fines comerciales. Un ejemplo de esto fue que con la propagación de la tuberculosis, habitantes de Europa se mudaron al suroeste de Estados Unidos, buscando condiciones climatológicas que pudieran mejorar su salud (Mestrovic, 2014), generando así las primeras migraciones geriátricas en pos de una mejor calidad de vida.

Estas innovaciones en transporte permitieron que las personas que tenían los medios suficientes pudieran buscar atención médica en los países más avanzados, pues sus países de origen no contaban con ese tipo de tecnología. Esto generó una tendencia de desplazamiento de países en vías de desarrollo hacia países desarrollados en pos de mejores servicios de salud.

Durante el siglo XX no sólo hubo avances médicos considerables, sino que se dio un paso hacia la homogenización de calidad médica mediante organizaciones que establecieron los parámetros profesionales y educativos a seguir. Las dos más importantes fueron la Junta Americana de Especialidades Médicas (*American Board of Medical Specialities*, ABMS) en 1933 y la Unión Europea de Especialidades Médicas (*European Union of Medical Specialities*, UEMS) en 1958 (Health Tourism, 2017). La primera sentó las bases para la certificación de especialistas americanos que quisieran ejercer la medicina en el país. Posteriormente formaron un Comité de Asesores con representantes de cada una de

las especialidades a certificar y establecieron los estándares médicos, científicos y tecnológicos en el cuidado de la salud (American Board of Medical Specialties, 2017).

En la década de los 60, los cambios políticos que impulsaron los movimientos *New Age* en Europa y Estados Unidos generaron un nuevo flujo de turismo médico hacia India, donde los simpatizantes del movimiento buscaron tratamientos alternativos inclinados hacia la conexión del ser humano y la naturaleza. Fue así que el yoga y los tratamientos *Ayurveda* recobraron importancia (Health Tourism, 2017).

**Anexo 2. Costos comparativos de las principales cirugías, precios a febrero del 2017.**

Procedimiento	Estados Unidos	Costa Rica	India	Malasia	México	Singapur	Corea del Sur	Taiwan	Tailandia
<b>Ahorro promedio</b>		<b>45 to 65%</b>	<b>65-90%</b>	<b>60 to 80%</b>	<b>40 to 60%</b>	<b>25 to 40%</b>	<b>25 to 45%</b>	<b>40 to 65%</b>	<b>50 to 75%</b>
Bypass de corazón	92000	31500	9800	20800	34000	54500	29000	27000	33000
Reemplazo de válvula con bypass	87000	28000	11900	15000	26500	46000	38000	22000	19000
Reemplazo total de cadera	31000	15300	9400	12500	14200	21400	21600	14000	16500
Reemplazo total de rodilla	28000	14200	7200	7800	12300	19200	16250	13400	13200
Laminectomía	65000	NA	9500	14250	22500	27800	24200	18000	16000
Ciclo de fecundación in-vitro, excluyendo medicamentos	12500	NA	3300	4200	5800	9450	7500	4600	4000
Bypass gástrico	23000	10500	6800	9250	11500	14800	14500	12700	12600
Puente de porcelana (4 implantes)	21500	9350	6850	7700	9300	11800	9900	8700	9300
Prótesis dentales sobre implantes (superiores e inferiores)	11500	4250	3300	3750	4100	7000	5650	4350	3700
Lifting facial completo	11500	4900	2800	3300	4750	7850	5900	5250	3700
Rinoplastia	4800	2600	1400	2800	3100	3500	3800	3200	1600

**Notas:**

\*Los precios para Estados Unidos pueden variar acorde a la locación, materiales, equipo utilizado y requerimientos específicos de los pacientes. Los datos son promedios y reflejan los costos de mayor incidencia. Todos los datos están en USD.

\*\*Los estimados internacionales incluyen todos los costos relacionados con el tratamiento pero excluyen los costos de transporte y hospedaje. Los datos son promedios y reflejan los costos de mayor incidencia. Todos los datos están en USD.

FUENTE: Patients Beyond Borders, 2017.

FECHA DE CONSULTA: 22/11/2017.

Procedimiento	Cantidad de procedimientos		Estados Unidos	India	Tailandia	Singapur	Malasia	México	Cuba	Polonia	Hungria	Reino Unido
	2011	2013										
Bypass de corazón	202900**	157720	113000	10000	13000	20000	9000	3250		7140		13921
Reemplazo de válvula del corazón		204905	150000	9500	11000	13000	9000	18000		9520		
Angioplastia	560000	403550	47000	11000	10000	13000	11000	15000		7300		8000
Reemplazo de cadera	467000	474400	47000	9000	12000	11000	10000	17300		6120	7500	12000
Reemplazo de rodilla	718000	700740	48000	8500	10000	13000	8000	14650		6375		10162
Bypass gástrico			35000	11000	15000	20000	13000	8000		11069		
Rejuvenecimiento de cadera			47000	8250	10000	12000	12500	12500		7905		
Fusión espinal	489000	406735	43000	5500	7000	9000		15000				
Mastectomía			17000	7500	9000	12400		7500				
Rinoplastia	243772	223000*	4500	2000	2500	4375	2083	3200	1535	1700	2858	3500
Abdominoplastia	115902	127630*	6400	2900	3500	6250	3903	3000	1831	3500	3136	4810
Reducción de senos	63109(a)	39148*	5200	2500	3750	8000	3343	3000	1668	3146	3490	5075
Implante de senos	307180	290000*	6000	2200	2600	8000	3308	2500	1248	5243	3871	4350
Corona			385	180	243	400	250	300		246	322	330
Blanqueado de dientes			289	100	100		400	350		174	350	500
Implante de dientes			1188	1100	1429	1500	2636	950		953	650	1600

NOTA: Costo de cirugía alrededor del mundo calculado en USD.

La comparación de precios por cirugía toman en consideración el costo de los médicos y los hospitales, pero no incluyen el costo de transportación y hospedaje por el tiempo que el paciente deba permanecer en el lugar.

(a) Sólo por motivos reconstructivos. <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2011/plastic-surgery-statistics-full-report-2011.pdf>

\* Cantidades de 2016: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2016/plastic-surgery-statistics-full-report-2016.pdf>

\*\* Cantidad a 2012

FUENTE: OECD, 2011.

FECHA DE CONSULTA: 22/11/2017.

**Anexo 4. Uso de servicios médicos en México por residentes de la frontera texana (%).**

Servicios médicos	Alguna vez usó el servicio	Usó el servicio en los doce meses previos a la encuesta
Compró medicamentos	49.3 (1.3)	43.3 (1.3)
Visitó un médico	41.0 (1.3)	36.9 (1.3)
Visitó un dentista	37.3 (1.3)	24.2 (1.1)
Hospitalización	6.7 (0.7)	4.0 (0.5)
Al menos uno de los cuatro cuidados	63.4 (1.3)	50.5 (1.3)

**Nota:**

**Fuente:**

Los números en paréntesis son errores estándares.

The Cross-Border Utilization of Health Care Survey (N = 1,405)

**Anexo 5. Personal médico en establecimientos públicos (por año de registro).**

Año	Médicos <sup>a</sup>	Odontólogos	Pediatras	Gineco- obstetras
2000	110591	8921	5400	4511
2001	112681	8973	6648	6363
2002	113089	9077	6728	6516
2003	83697	7042	6916	6558
2004	90539	7270	7329	7065
2005 <sup>b</sup>	101607	6893	7604	6224
2006 <sup>b</sup>	141611	7527	8000	7703
2007 <sup>b</sup>	145654	7943	8293	8064
2008 <sup>b</sup>	151410	8539	8591	8421
2009 <sup>b</sup>	158280	8959	9056	8924
2010	160175	9969	9277	8738
2011	170565	12456	9966	9102
2012	171252	12637	10003	9694
2013	181188	13413	10491	9996
2014	193000	11485	10698	10234

**Nota:** Incluye la información correspondiente a los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales Federales de Referencia; para 2010, se adicionan los Servicios de Atención Psiquiátrica y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. A partir del 2003 sólo se considera al personal médico en contacto con el paciente.

<sup>a</sup> Comprende médicos generales, especialistas (excluyendo odontólogos) y en adiestramiento.

<sup>b</sup> De 2005 a 2009 excluye la información de la SEDENA, debido a que la fuente reporta que no proporcionó datos para este periodo.

**Fuente:** Para 2000 a 2002: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I.* Núm. 20-22.

Para 2003 a 2013: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos Físicos, Materiales y Humanos. Volumen I.* Núm. 23-33.

Para 2014: SSA-DGIS. Bases de Datos (Cubos dinámicos). SECTORIAL (SINAIS) 2012-2014. Recursos del Sector.

**Fecha de actualización:** Lunes 28 de noviembre de 2016

**Fecha de consulta:** 22/11/2017.

Anexo 6. Análisis de costos partiendo del Aeropuerto Internacional de Los Angeles.

Procedimiento	Estados Unidos	India				Nivel de ahorro	México				Nivel de ahorro
		Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total		Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total	
Bypass de corazón	\$ 123,000	\$ 7,900	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$10,735.00	91%	\$ 27,000	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$28,609.00	77%
Angioplastia	\$ 28,200	\$ 5,700	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 8,535.00	70%	\$ 10,400	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$12,009.00	57%
Reemplazo de válvula del corazón	\$ 170,000	\$ 9,500	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$12,335.00	93%	\$ 28,200	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$29,809.00	82%
Reemplazo de cadera	\$ 40,364	\$ 7,200	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$10,035.00	75%	\$ 13,500	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$15,109.00	63%
Revestimiento de cadera	\$ 28,000	\$ 9,700	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$12,535.00	55%	\$ 12,500	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$14,109.00	50%
Reemplazo de rodilla	\$ 35,000	\$ 6,600	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 9,435.00	73%	\$ 12,900	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$14,509.00	59%
Fusión espinal	\$ 110,000	\$ 10,300	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$13,135.00	88%	\$ 15,400	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$17,009.00	85%
Implante dental	\$ 2,500	\$ 900	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 3,735.00	-49%	\$ 900	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 2,509.00	0%
Banda gástrica	\$ 14,000	\$ 7,300	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$10,135.00	28%	\$ 6,500	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 8,109.00	42%
Manga gástrica	\$ 16,500	\$ 6,000	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 8,835.00	46%	\$ 8,900	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$10,509.00	36%
Bypass gástrico	\$ 25,000	\$ 7,000	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 9,835.00	61%	\$ 11,500	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$13,109.00	48%
Histerectomía	\$ 15,400	\$ 3,200	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 6,035.00	61%	\$ 4,500	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 6,109.00	60%
Implante de senos	\$ 6,400	\$ 3,000	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 5,835.00	9%	\$ 3,800	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 5,409.00	15%
Rinoplastia	\$ 6,500	\$ 2,400	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 5,235.00	19%	\$ 3,800	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 5,409.00	17%
Levantamiento de rostro	\$ 11,000	\$ 3,500	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 6,335.00	42%	\$ 4,900	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 6,509.00	41%
Liposucción	\$ 5,500	\$ 2,800	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 5,635.00	-2%	\$ 3,000	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 4,609.00	16%
Abdominoplastia	\$ 8,000	\$ 3,500	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 6,335.00	21%	\$ 4,500	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 6,109.00	24%
Cirugía laser en ambos ojos	\$ 4,000	\$ 1,000	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 3,835.00	4%	\$ 1,900	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 3,509.00	12%
Cirugía de córnea (por ojo)	\$ 17,500	\$ 2,800	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 5,635.00	68%	N/A	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 1,609.00	N/A
Cirugía de catarata (por ojo)	\$ 3,500	\$ 1,500	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 4,335.00	-24%	\$ 2,100	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 3,709.00	-6%
Tratamiento in vitro	\$ 12,400	\$ 2,500	\$ 2,709.00	\$ 126.00	\$ 5,335.00	57%	\$ 5,000	\$ 1,211.00	\$ 398.00	\$ 6,609.00	47%

Tailandia				Nivel de ahorro	Malasia				Nivel de ahorro	Singapur				Nivel de ahorro
Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total		Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total		Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total	
\$ 15,000	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$17,603.00	86%	\$ 12,100	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$15,000.00	88%	\$ 17,200	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$20,490.00	83%
\$ 4,200	\$ 2,329.00	\$ 274.00	6,803.00	76%	\$ 8,000	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$10,900.00	61%	\$ 13,400	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$16,690.00	41%
\$ 17,200	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$19,803.00	88%	\$ 13,500	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$16,400.00	90%	\$ 16,900	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$20,190.00	88%
\$ 17,000	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$19,603.00	51%	\$ 8,000	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$10,900.00	73%	\$ 13,900	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$17,190.00	57%
\$ 13,500	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$16,103.00	42%	\$ 12,500	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$15,400.00	45%	\$ 16,350	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$19,640.00	30%
\$ 14,000	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$16,603.00	53%	\$ 7,700	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$10,600.00	70%	\$ 16,000	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$19,290.00	45%
\$ 9,500	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$12,103.00	89%	\$ 6,000	\$ 2,677.00	\$ 223.00	8,900.00	92%	\$ 12,800	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$16,090.00	85%
\$ 1,720	\$ 2,329.00	\$ 274.00	4,323.00	-73%	\$ 1,500	\$ 2,677.00	\$ 223.00	4,400.00	-76%	\$ 2,700	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 5,990.00	-140%
\$ 11,500	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$14,103.00	-1%	\$ 8,150	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$11,050.00	21%	\$ 9,200	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$12,490.00	11%
\$ 9,900	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$12,503.00	24%	\$ 8,400	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$11,300.00	32%	\$ 11,500	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$14,790.00	10%
\$ 16,800	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$19,403.00	22%	\$ 9,900	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$12,800.00	49%	\$ 13,700	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$16,990.00	32%
\$ 3,650	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$ 6,253.00	59%	\$ 4,200	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$ 7,100.00	54%	\$ 10,400	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$13,690.00	11%
\$ 3,500	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$ 6,103.00	5%	\$ 3,800	\$ 2,677.00	\$ 223.00	6,700.00	-5%	\$ 8,400	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$11,690.00	-83%
\$ 3,300	\$ 2,329.00	\$ 274.00	5,903.00	9%	\$ 2,200	\$ 2,677.00	\$ 223.00	\$ 5,100.00	22%	\$ 2,200	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 5,490.00	16%
\$ 3,950	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$ 6,553.00	40%	\$ 3,550	\$ 2,677.00	\$ 223.00	6,450.00	41%	\$ 440	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 3,730.00	66%
\$ 2,500	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$ 5,103.00	7%	\$ 2,500	\$ 2,677.00	\$ 223.00	5,400.00	2%	\$ 2,900	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 6,190.00	-13%
\$ 5,300	\$ 2,329.00	\$ 274.00	7,903.00	1%	\$ 3,900	\$ 2,677.00	\$ 223.00	6,800.00	15%	\$ 4,650	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 7,940.00	1%
\$ 2,310	\$ 2,329.00	\$ 274.00	\$ 4,913.00	-23%	\$ 3,450	\$ 2,677.00	\$ 223.00	6,350.00	-59%	\$ 3,800	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 7,090.00	-77%
\$ 3,600	\$ 2,329.00	\$ 274.00	6,203.00	65%	N/A	\$ 2,677.00	\$ 223.00	2,900.00	N/A	\$ 9,000	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$12,290.00	30%
\$ 1,800	\$ 2,329.00	\$ 274.00	4,403.00	-26%	\$ 3,000	\$ 2,677.00	\$ 223.00	5,900.00	-69%	\$ 3,250	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$ 6,540.00	-87%
\$ 4,100	\$ 2,329.00	\$ 274.00	6,703.00	46%	\$ 6,900	\$ 2,677.00	\$ 223.00	9,800.00	21%	\$ 14,900	\$ 2,468.00	\$ 822.00	\$18,190.00	-47%

**Fuente:** Para *Costo de la cirugía*: Medical Tourism, 2016.  
Para *Transporte*: Datos mostrados en Google Flights, 2018.  
Para *Hospedaje*: Datos mostrados en Booking.com, 2018.

**Fecha de consulta:** 29 de noviembre de 2018

**Anexo 7. Análisis de costos partiendo del Aeropuerto Internacional John F. Kennedy.**

Procedimiento	Estados Unidos	India				Nivel de ahorro	México				Nivel de ahorro
		Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total		Costo de la cirugía	Transporte	Hospedaje	Total	
Bypass de corazón	\$ 123,000	\$ 7,900	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$10,411.00	92%	\$ 27,000	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$28,518.00	77%
Angioplastia	\$ 28,200	\$ 5,700	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 8,211.00	71%	\$ 10,400	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$11,918.00	58%
Reemplazo de válvula del corazón	\$ 170,000	\$ 9,500	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$12,011.00	93%	\$ 28,200	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$29,718.00	83%
Reemplazo de cadera	\$ 40,364	\$ 7,200	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 9,711.00	76%	\$ 13,500	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$15,018.00	63%
Revestimiento de cadera	\$ 28,000	\$ 9,700	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$12,211.00	56%	\$ 12,500	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$14,018.00	50%
Reemplazo de rodilla	\$ 35,000	\$ 6,600	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 9,111.00	74%	\$ 12,900	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$14,418.00	59%
Fusión espinal	\$ 110,000	\$ 10,300	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$12,811.00	88%	\$ 15,400	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$16,918.00	85%
Implante dental	\$ 2,500	\$ 900	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 3,411.00	-36%	\$ 900	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 2,418.00	3%
Banda gástrica	\$ 14,000	\$ 7,300	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 9,811.00	30%	\$ 6,500	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 8,018.00	43%
Manga gástrica	\$ 16,500	\$ 6,000	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 8,511.00	48%	\$ 8,900	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$10,418.00	37%
Bypass gástrico	\$ 25,000	\$ 7,000	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 9,511.00	62%	\$ 11,500	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$13,018.00	48%
Histerectomía	\$ 15,400	\$ 3,200	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 5,711.00	63%	\$ 4,500	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 6,018.00	61%
Implante de senos	\$ 6,400	\$ 3,000	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 5,511.00	14%	\$ 3,800	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 5,318.00	17%
Rinoplastia	\$ 6,500	\$ 2,400	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 4,911.00	24%	\$ 3,800	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 5,318.00	18%
Levantamiento de rostro	\$ 11,000	\$ 3,500	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 6,011.00	45%	\$ 4,900	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 6,418.00	42%
Liposucción	\$ 5,500	\$ 2,800	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 5,311.00	3%	\$ 3,000	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 4,518.00	18%
Abdominoplastia	\$ 8,000	\$ 3,500	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 6,011.00	25%	\$ 4,500	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 6,018.00	25%
Cirugía laser en ambos ojos	\$ 4,000	\$ 1,000	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 3,511.00	12%	\$ 1,900	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 3,418.00	15%
Cirugía de córnea (por ojo)	\$ 17,500	\$ 2,800	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 5,311.00	70%	N/A	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 1,518.00	N/A
Cirugía de catarata (por ojo)	\$ 3,500	\$ 1,500	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 4,011.00	-15%	\$ 2,100	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 3,618.00	-3%
Tratamiento in vitro	\$ 12,400	\$ 2,500	\$ 2,385.00	\$ 126.00	\$ 5,011.00	60%	\$ 5,000	\$ 1,120.00	\$ 398.00	\$ 6,518.00	47%

Costo de la cirugía	Tailandia			Total	Nivel de ahorro	Malasia			Total	Nivel de ahorro	Singapur			Total	Nivel de ahorro
	Transporte	Hospedaje				Transporte	Hospedaje				Transporte	Hospedaje			
\$ 15,000	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 17,658.00	86%	\$ 12,100	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 14,778.00	88%	\$ 17,200	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 20,488.00	83%	
\$ 4,200	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 6,858.00	-76%	\$ 8,000	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 10,678.00	62%	\$ 13,400	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 16,688.00	41%	
\$ 17,200	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 19,858.00	88%	\$ 13,500	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 16,178.00	90%	\$ 16,900	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 20,188.00	88%	
\$ 17,000	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 19,658.00	51%	\$ 8,000	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 10,678.00	74%	\$ 13,900	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 17,188.00	57%	
\$ 13,500	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 16,158.00	42%	\$ 12,500	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 15,178.00	46%	\$ 16,350	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 19,638.00	30%	
\$ 14,000	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 16,658.00	52%	\$ 7,700	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 10,378.00	70%	\$ 16,000	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 19,288.00	45%	
\$ 9,500	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 12,158.00	89%	\$ 6,000	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 8,678.00	92%	\$ 12,800	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 16,088.00	85%	
\$ 1,720	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 4,378.00	-75%	\$ 1,500	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 4,178.00	-67%	\$ 2,700	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 5,988.00	-140%	
\$ 11,500	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 14,158.00	-1%	\$ 8,150	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 10,828.00	23%	\$ 9,200	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 12,488.00	11%	
\$ 9,900	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 12,558.00	24%	\$ 8,400	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 11,078.00	33%	\$ 11,500	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 14,788.00	10%	
\$ 16,800	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 19,458.00	22%	\$ 9,900	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 12,578.00	30%	\$ 13,700	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 16,988.00	32%	
\$ 3,650	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 6,308.00	59%	\$ 4,200	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 6,878.00	55%	\$ 10,400	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 13,688.00	11%	
\$ 3,500	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 6,158.00	4%	\$ 3,800	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 6,478.00	-1%	\$ 8,400	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 11,688.00	-83%	
\$ 3,300	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 5,958.00	8%	\$ 2,200	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 4,878.00	25%	\$ 2,200	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 5,488.00	16%	
\$ 3,950	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 6,608.00	40%	\$ 3,550	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 6,228.00	43%	\$ 440	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 3,728.00	66%	
\$ 2,500	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 5,158.00	6%	\$ 2,500	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 5,178.00	6%	\$ 2,900	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 6,188.00	-13%	
\$ 5,300	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 7,958.00	1%	\$ 3,900	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 6,578.00	18%	\$ 4,650	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 7,938.00	1%	
\$ 2,310	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 4,968.00	-24%	\$ 3,450	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 6,128.00	-53%	\$ 3,800	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 7,088.00	-77%	
\$ 3,600	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 6,258.00	64%	N/A	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 2,678.00	N/A	\$ 9,000	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 12,288.00	30%	
\$ 1,800	\$ 2,384.00	\$ 274.00	\$ 4,458.00	-27%	\$ 3,000	\$ 2,455.00	\$ 223.00	\$ 5,678.00	-62%	\$ 3,250	\$ 2,466.00	\$ 822.00	\$ 6,538.00	-87%	

---

**Fuente:** Para *Costo de la cirugía*: Medical Tourism, 2016.  
Para *Transporte*: Datos mostrados en Google Flights, 2018.  
Para *Hospedaje*: Datos mostrados en Booking.com, 2018.

**Fecha de consulta:** 29 de noviembre de 2018

## Bibliografía

- AAFP. (2018). *American Academy of Family Physicians*. Retrieved March 06, 2018, from <https://www.aafp.org/home.html>
- Adams, K., Snyder, J., Crooks, V. A., & Johnston, R. (2017). Developing an informational tool for ethical engagement in medical tourism. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 1-13.
- Allianz World. (2018). *Allianz WorldWide Care*. Retrieved from Healthcare in the Philippines: <https://www.allianzworldwidecare.com/en/support/view/national-healthcare-systems/healthcare-in-philippines/>
- AMA-OMSS. (2007). *Medical travel outside the U.S.* Washington, DC.
- American Board of Medical Specialties. (2017). *ABMS History of Improving Quality Care*. Retrieved Enero 16, 2018, from <http://www.abms.org/about-abms/history/>
- Apollodorus, R. (2008). The library of Greek mythology. *Oxford University Press*, 118-120.
- Banco Mundial. (2018). *Open Data*. Retrieved from <https://data.worldbank.org/>
- Booking. (2018). *Booking*. Retrieved from <https://www.booking.com/>
- Brockliss, L. (1990). The development of the spa in the seventeenth century France. *Med Hist Suppl*, 23-47.
- Byrd, T. L., & Law, J. G. (2009). Cross-border utilization of health care services by United States residents living near the Mexican Border. *Panam Salud Pública*, 95-100.
- Catlin, A. C., & Cowan, C. A. (2015). History of Health Spending in the United States, 1960-2013. *Centers for Medicare & Medicaid Services*.
- Chokrungravanont, e. a. (2014). The Development of Sex Reassignment Surgery in Thailand: A Social Perspective. *Scientific World Journal*.
- Consejo Consultivo de Turismo Médico. (2018). *1ra sesión ordinaria*. Ciudad de México: Secretaría de Turismo.
- Crooks, e. a. (2010). What is known about patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*.
- de Sahagún, B. (1969). *Histori General de las Cosas de la Nueva España*. México: Porrúa.
- Deloitte Center for Health Solutions. (2008). *Medical tourism - consumers in search of value*. Deloitte.
- Di Julio, e. (2015). *Kaiser Health Tracking Poll*. Washington, DC: Kaiser Family Foundation.
- Dominiczak, M. (2014). Ancient Architecture for Healing. *Clinical Chemistry*.

- European Hospital and Healthcare Federation. (2015). *Medical tourism*. Bruxelles: HOPE.
- Faria, M. A. (2015). Another medical journey to Ancient Rome and Roman medicine with medical historian Plinio Pioreschi, MD, PhD. *Surg Neurol Int*, 104.
- Fernández, Á. (2013). Cristianismo y medicina. In *El Patrimonio Inmaterial de la Cultura Cristiana* (pp. 105-118). Córdoba: San Lorenzo del Escorial.
- Global Health Intelligence. (2017, Septiembre 22). *Latin America's Top 4 Medical Tourism Markets*. Retrieved from Global Health Intelligence: <http://globalhealthintelligence.com/ghi-analysis/latin-americas-top-4-medical-tourism-markets/>
- Global Spa Summit Research Report. (2011). *Wellness tourism and medical tourism: where do spas fit?* Nueva York: Global Spa Summit Research Report.
- Goodrich, J. (1993). Socialist Cuba: A study of Health Tourism. *Florida International University*.
- Google Flights. (2018). *Google Flights*. Retrieved from <https://www.google.com/flights?hl=en>
- Gutiérrez Moctezuma, J., & Gutiérrez Cadena, M. (2009). Historia de la medicina. Organización Médica Mexica (Azteca) y sus tratamientos, con énfasis en la epilepsia. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 294-300.
- Hajar, R. (2015). History of Medicine Timeline. *Heart Views*, 43-45.
- Health Tourism. (2017). *The history of medical tourism*. Retrieved Enero 15, 2018, from <https://www.health-tourism.com/medical-tourism/history/>
- Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. (2007). Medical Tourism – Health Care in the global economy. *The Physician Executive*, 24-30.
- Horstmanshoff, H. F. (2004). Asclepius and temple medicine in aelius Aristides' Sacred Tales. *Stud Anc Med*, 325-341.
- INEGI. (2018, abril 05). *Instituto Nacional de Geografía y Estadística*. Retrieved from Estadísticas de salud: <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>
- INEGI. (2019, marzo 12). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Retrieved from Turismo: <https://www.inegi.org.mx/temas/turismosat/>
- International Trade Center. (2014). *Medical and wellness tourism: lessons from Asia*. Geneva: International Trade Center.
- Jackson, R. (1990). Waters and spas in the classical world. *Med Hist Suppl*, 1-13.
- Joint Commission International. (2014). *Survey Process Guide for Clinical Care Program Certification*. Illinois: Joint Commission International.

- Joint Commission International. (2018). *Who is JCI*. Retrieved Enero 17, 2018, from <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
- Kleisiaris, e. a. (2014). Health care practices in Ancient Greece: the Hippocratic ideal. *J Med Ethics Hist Med*, 6.
- Loh, C.-P. A. (2014). Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics. *The European Journal of Health Economics*, 759-766.
- Loh, C.-P. A. (2015). Trends and structural shifts in health tourism: Evidence from seasonal time-series data on health-related travel spending by Canada during 1970-2010. *Social Science & Medicine*, 173-180.
- Looman, J., & Pillen, H. (1989). The development of the bathing culture. *Integraal*, 7-24.
- Lorenzini, e. a. (2013). Secondary health care: best practices in the health services network. *Latino-Americana de Enfermagem*.
- Lubowiecki-Vikuk, A. (2012). Participation in Medical Tourism versus Physical Activity of Patients After Liposuction: What are the concerns about health and quality of life? *Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz*.
- Lunt, e. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: a scoping review*. Paris: OCDE.
- Lunt, N., Hardey, M., & Mannion, R. (2010). Nip, Tuck and Click: Medical Tourism and the Emergence of Web-Based Health Information. *Open Med Inform J*, 1-11.
- Martinez, M., Chanda, R., & Smith, R. D. (2011). The potential for bi-lateral agreements in medical tourism: a qualitative study of stakeholder perspectives from the UK and India. *Globalization and health*, 7-11.
- Medical Tourism Association. (2011). *Medical Tourism Association*. Retrieved from <https://medicaltourismassociation.com/en/index.html>
- Medical Tourism Association. (2016). *Medical Tourism Association*. Retrieved from Research, surveys, statistics: <https://medicaltourismassociation.com/en/research-and-surveys.html>
- Mestrovic, T. (2014). Medical tourism history. *News Medical*.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (2016). *2015 International Profiles on Health Care Systems*. Londres: The Commonwealth Fund.
- Mun Won, K., Velasamy, P., & Tengku Arshad, T. N. (2014). Medical Tourism Destination SWOT Analysis: A Case Study of Malaysia, Thailand, Singapore and India. *EDP Sciences*, 2-8.

- NaRanong, A., & NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience. *Bull World Health Organ*, 336-344.
- Narayanaswamy, V. (1981). Origin and development of Ayurveda. *Ancient Science of Life*, 1-7.
- OCDE. (2017). *Health at a glance*. Paris: OCDE.
- OCDE. (2018, 10 24). *Organización para la cooperación y desarrollo económico*. Retrieved from Biblioteca de datos: <https://stats.oecd.org/>
- OCDE. (2018, marzo 21). *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*. Retrieved from Datos sobre salud: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Palmer, R. (1990). "In this our lightye and learned tyme": Italian baths in the era of the Renaissance. *Med Hist Suppl*, 14-22.
- Pauly, M., & Pagán, J. (2007). Spillovers and vulnerability: the case of community uninsurance. *Health Affairs*, 1304-1314.
- Pear, e. a. (2017, October 12). Trump to scrap critical health care subsidies, hitting Obamacare again. *The New York Times*.
- Pickert, K. (2008). A brief history of medical tourism. *Time Magazine*.
- Pollard, K. (2011). *Revista Internacional de Turismo Médico*. IMTJ.
- Proméxico. (2013). *Turismo de Salud*. Ciudad de México: Proméxico.
- Proméxico. (2016). *Turismo de Salud*. Ciudad de México: Unidad de inteligencia de negocios, Proméxico.
- Purdy, L., & Fam, M. (2011). Evolving medical toyrism in Canada: Exploring a new frontier. *Deloitte Center for Health Solutions*.
- Quek, D. K. (2009). The Malaysian Health Care System: A Review. *Intensive Workshop on Health Systems in Transition*. Kuala Lumpur: University of Malasia.
- Segel's Medical Dictionary. (2012). *Segel's Medical Dictionary*. Retrieved from Medical tourism: <https://www.medicinenet.com/medterms-medical-dictionary/article.htm>
- Sen Gupta, A. (2008). Medical Tourism in India: winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4-5.
- Sengupta, A. (2010). Medical tourism: reverse subsidy for the elite. *Journal of women in culture and society*, 312-319.
- Shelton, e. a. (2009). International Competition and the Demand for Health Insurance in the US: Evidence from the Texas-Mexico border region. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 25-38.

- Siciliani, Borowitz, & Moran. (2013). *Waiting time policies in the health sector: what works?* Paris: OECD .
- Snyder, J., Crooks, V., & Johnston, R. (2012). Perceptions of the ethics of Medical Tourism: comparing patient and academic perspectives. *Public Health Ethics*, 38-46.
- Sobral de Carvalho, B., & Schubert, B. (2013). El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. *Monitor estratégico*, 22-27.
- Somolinos D'Ardois, G. (1976). *Historia de la Psiquiatría en México*. México: SEP Setentas.
- SSA. (2011). *Boletín de información estadística: recursos físicos, materiales y humanos*. Ciudad de México: SSA.
- Su, D., Richardson, C., Wen, M., & Pagán, J. A. (2011). Cross-border utilization of Health Care: Evidence from a population-based study in South Texas. *Health services research*, 859-876.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J., Jongudomsuk, P., & Sirilak, S. (2015). Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. *Oxford journals: health policy plan*, 1152-1161.
- The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2017). *Key Facts about the Uninsured Population*. California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- The Joint Commission. (2017, September 18). *Facts about Hospital Accreditation*. Retrieved February 1, 2018, from The Joint Commission: [https://www.jointcommission.org/facts\\_about\\_hospital\\_accreditation/](https://www.jointcommission.org/facts_about_hospital_accreditation/)
- The McKinsey Quarterly. (2008). *Mapping the market for medical travel*. McKinsey & Co.
- Top Universities. (2018, diciembre 10). *Top Universities*. Retrieved from Best ranked universities: <https://www.topuniversities.com/universities/country/mexico/subject/medicine>
- Turner, L. (2012). Canada's turbulent medical tourism industry. *Canadian Family Physician*, 186.
- U.S. Senate. (2006). The Globalization of healthcare: can medical tourism help reduce health care costs? *U.S. Senate Special Committee on Aging*.
- US Government. (2016, diciembre 01). *Health Cost and Utilization Project*. Retrieved from <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb186-Operating-Room-Procedures-United-States-2012.jsp>
- Van Tubergen, e. (2002). A brief history of spa therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 273-275.

- Vladimirovich, B. (2016). The history of the development of Ayurvedic medicine in Russia. *Anc Sci Life*, 143-149.
- Wallace, e. (2009). Heading South: Why mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Medical Care*, 662-669.
- WebIndia 123. (2019, Enero 31). *Career Web India 123*. Retrieved from [https://career.webindia123.com/career/institutes/list\\_colleges\\_Institutes.asp?group=401&cat=Medical\\_Tourism\\_Training\\_Institutes](https://career.webindia123.com/career/institutes/list_colleges_Institutes.asp?group=401&cat=Medical_Tourism_Training_Institutes)
- Williams, A. (1992). Transport and the future. In B. Hoyle, & R. Knowles, *Modern Transport Geography* (pp. 257-270). London: Belhaven Press.
- Woodman, J. (2014). *Patients Beyond Borders: Everybody's guide to affordable, world class, medical travel*. North Carolina: Healthy Travel Media.
- Woodman, J. (2017). *Patients beyond borders*. USA: Healthy Travel Media.
- Xiu-Chacón, G. A. (1998). El arte curativo de los Mayas y los primeros médicos de la Península de Yucatán, México. *Rev Biomed*, 38-43.