



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN GEOGRAFÍA
SOCIEDAD Y TERRITORIO

**Organización del territorio a partir del turismo dental en Los Algodones, Baja
California**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN GEOGRAFÍA

PRESENTA:
ADRIANA DENNISE RODRÍGUEZ BLANCO

DIRECTORA DE TESIS: **DRA. ILIA ALVARADO SIZZO**
INSTITUTO DE GEOGRAFÍA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

¿Para qué vivir? La respuesta era la vida misma. La vida era propagación de más vida, y vivir la mejor vida posible... pero cuando la civilización se tranquiliza y calla, y la guerra termina, la pregunta se convierte en insensata de un modo nuevo.

Ray Bradbury, Crónicas marcianas (1946)

Agradecimientos

Sin ustedes este trabajo no habría sido posible.

Instituciones:



A los sínodos: Dra. Iliá Alvarado Sizzo, Dr. Enrique Propin, Dra. Maribel Osorio, Dr. Everaldo Costa, Dr. Martín Azahel Medina Arellano.

Diversas contribuciones:

- Alexandra Elbakyan (SciHub)
- Maria do Socorro Souza (Fiocruz Brasília)
- Helen Gurgel (Universidade de Brasília)
- Juan Francisco Navarrete (Los Algodones)
- Andrés Prado Lallande (Cartografía)

Dedicatorias

Para Karla, mamá, Beatriz e Iliá. Son las mujeres más fuertes que conozco.

Gracias a todos por su amor constante. Sin ustedes no estaría aquí.



Mamá y Osi <3
Immit López
Diana Martínez
Karla Sandoval
Diana Rodríguez
Andrea Reyes
Diego Miranda



Beatriz Magalhães
Isaac Lopes
Ruan Guajajara
Ulysses Carvalho
Thalyta Feitosa
Otávio Hoffmann
Bruno Campos



Índice de contenido

Introducción	5
Capítulo 1. Posturas conceptuales y metodológicas	10
1.1 Geografía económica, turismo y desarrollo	10
1.2 El territorio como eje analítico	15
1.3 Desplazamientos internacionales en busca de atención médica: turismo de salud, turismo médico y turismo dental	19
Capítulo 2. Análisis de los servicios de atención a la salud en México y Estados Unidos de América (EUA)	35
2.1 Privatización de los servicios de salud y desplazamientos internacionales de pacientes	35
2.2 Provisión de servicios de salud en México y EUA	39
2.3 Potencialidades para el turismo médico en México	50
Capítulo 3. Caracterización geográfica de Los Algodones	62
3.1 Localización geográfica	62
3.2 Perspectiva histórica	68
3.3 Comportamiento demográfico	74
3.4 Contexto socioeconómico	76
3.5 Estructura urbana de la localidad	79
Capítulo 4. Organización territorial del turismo dental en Los Algodones	81
4.1 Proceso metodológico: diseño de los instrumentos de campo	81
4.2 Expresiones territoriales del turismo dental en la localidad	85
4.3 Fluidez territorial: elementos explicativos desde las entrevistas	94
4.4 Organización social, política y económica de la actividad	108
4.5 Consecuencias del turismo dental en el territorio de Los Algodones	111
4.6 Resultados	117
Conclusiones	122
Referencias	127
Anexos	143

Índice de figuras

Figura 1.1. Ruta teórica-interpretativa seguida para la elaboración de la tesis, 2018-2019. ...	18
Figura 1. 2. Espectro de servicios de salud según ProMéxico, 2013.....	22
Figura 1. 3. Países con hospitales acreditados en la Joint Commission International, 2018.	25
Figura 1. 4. Acreditaciones de especialidad odontológica ante JCI, 2018.....	27
Figura 2. 1. Regiones del turismo médico en México, 2018.	53
Figura 2. 2. Cantidad de especialidades ofertadas por clínicas orientadas al turismo médico por entidad federativa (con énfasis en odontología), 2018.....	56
Figura 2.3. Frontera de Tijuana como espacio plurifuncional, 2019.	57
Figura 3.1. Localización de Baja California.	62
Figura 3.2. Localización de Los Algodones, Baja California.	63
Figura 3.3. Climas en Baja California.....	64
Figura 3.4. Hidrología superficial de Baja California.....	65
Figura 3.5. Usos de suelo en el estado de Baja California.	66
Figura 3.6. Usos de suelo en Los Algodones, Mexicali, Baja California.	66
Figura 3.7. Condiciones tectónicas de la península de Baja California.	68
Figura 3.8. Evolución demográfica de Los Algodones, 1900-2010.....	76
Figura 4.1. Algunos elementos de la estructura territorial del turismo dental de Los Algodones, 2019.....	87
Figura 4.2. Zonificación de la actividad turística de Los Algodones, 2019.....	88
Figura 4.3. Predio del área residencial de Los Algodones.....	90
Figura 4.4. Migración de odontólogos a Los Algodones, por entidad federativa y ciudad, 2019.	91
Figura 4.5. Movilidad de los trabajadores del sector artesanal, 2019.....	94
Figura 4.6. Ciudades de origen de los vendedores de artesanías entrevistados, 2019....	95
Figura 4.7. Esquema obtenido del análisis de contenido aplicado a la información proveniente de las entrevistas.	96
Figura 4.8. Síntesis de los factores que articulan la fluidez territorial del turismo dental en Los Algodones.....	96
Figura 4.9. Procedencia de los residentes entrevistados, enero-junio de 2019.....	98
Figura 4.10. Filas de pacientes que esperan su turno para volver a EUA, enero de 2019.	99
Figura 4.11. Algunas tarjetas publicitarias utilizadas en Los Algodones, 2019.....	104
Figura 4.12. Un acercamiento al entramado de actores involucrados en el turismo dental de Los Algodones, 2019.	111
Figura 4.13. Arizona time en los consultorios de Los Algodones, 2019.....	115
Figura 4.14. Relación entre afluencia promedio mensual en el cruce fronterizo de Los Algodones (garita de Andrade) y temperatura mensual, periodo 1996-2018.....	119

Índice de tablas

Tabla 1.1 Discusión del concepto organización territorial a partir de algunas tesis elaboradas de 2001 a la fecha.....	16
Tabla 1.2. Algunas definiciones de turismo médico en libros y artículos especializados.....	21
Tabla 1.3. Destinos de turismo médico a nivel mundial.....	23
Tabla 1.4. Destinos de turismo médico posicionados a nivel nacional que ofertan especialidades dentales, 2017.	33
Tabla 2.1. Comparación de la provisión de servicios de salud en EUA y México, 2019. ..	42
Tabla 2.2. Distribución regional del turismo médico en México, 2018.	52
Tabla 2.3. Oferta de especialidades de turismo médico por destino y entidad en clínicas de una sola especialidad, 2016.....	55
Tabla 3.1. Evolución histórica-demográfica de Baja California, 1900-2010.....	75
Tabla 3.2. Evolución de las actividades económicas en Baja California según número de unidades económicas y personal ocupado, 2004-2014.....	77
Tabla 4.1. Identificadores de las entrevistas aplicadas en el primer trabajo de campo (enero de 2019).....	84
Tabla 4.2. Identificadores de las entrevistas aplicadas en el segundo trabajo de campo (junio de 2019).....	85
Tabla 4.3. Diversidad de flujos de migración que configuran el territorio de Los Algodones para la recepción de pacientes extranjeros.....	118

Introducción

Cuando alguien abre una revista, seguramente ésta traerá anuncios de los destinos de moda, además de una sección con algún título cercano a “Viajar” o “Lo que debes conocer”. Al utilizar alguna red social, muy probablemente habrá fotografías o reseñas de lugares desconocidos, o que, por el contrario, constituyen el sueño de realización de miles de personas en todo el mundo. Incluso, personas de numerosos círculos sociales mencionan con frecuencia sus expectativas o anécdotas de viaje. Ese gran motor, que mueve a millones cada año y está omnipresente en las sociedades modernas, es el turismo.

Si bien, se trata de una actividad con antecedentes en épocas anteriores a nuestra era, que se explicaba con motivos religiosos, de salud o búsqueda de placer (Turner y Ash, 1991), el turismo en tiempos más recientes se ha ligado a la explotación de espacios y recursos –culturales, naturales- que representan valor para el capitalismo (Hiernaux, 2006), y cuyas virtudes pretenden realizarse para promocionar su visita en un mundo competitivo, lo que podría traducirse en cierta urgencia para constituir productos turísticos (Carvalho y Guzmán, 2011).

La complejidad del turismo dificulta explicar su dinámica a través –solamente- de la economía, pues el fenómeno permite el establecimiento de relaciones entre muchas sociedades gracias al flujo de visitantes, que a su paso reconfiguran y modifican la vida cotidiana de los lugares (Urry, 2002; González y Castañeda, 2012). Además, la oferta turística se ha movido de un turismo mayormente de sol y playa a otros servicios muy especializados, que buscan ofrecer experiencias únicas de acuerdo con las expectativas de los consumidores (Tovar, 2012), desde el turismo gastronómico hasta el turismo oscuro, por mencionar algunos segmentos.

Las actividades turísticas están en constante cambio, marcado por el aumento de la competencia internacional, avances tecnológicos, transformaciones en el entorno de los negocios y cambios en las preferencias de los consumidores (Zermeño, Cuevas y Zizaldra, 2016). La diversificación ocurre de tal manera que, tras una saturación de destinos tradicionales en el mercado del siglo XX, el marketing transformó los servicios básicos en productos turísticos (Muñoz, 2014).

En este tenor, ha surgido un fenómeno dentro del turismo que ha ganado atención mediática en el siglo XXI. Debido a factores como el aumento de la esperanza de vida, la

gradual privatización de diversos sectores de salud pública y la proliferación de aerolíneas de bajo costo, se ha vuelto cada vez más común la movilización de personas que buscan atender problemas de salud en otros países, en una tendencia que involucra a viajeros originarios de naciones desarrolladas, hacia países en vías de desarrollo (Winkelmann, Hofmarcher, Kovacs y Szocska, 2013; Hall, 2013). Esto se ha denominado turismo médico.

Se han documentado viajes con fines de curación desde aproximadamente el año 400 a.C., cuando Epiduro (Peloponeso) llegó a considerarse el centro de salud del mundo clásico (Connell, 2011); no obstante, como afirman Hopkins, Labonté, Runnels y Packer: “los viajes con fines médicos no son nuevos, pero la naturaleza global de la industria médica sí es reciente, y se ha desarrollado rápidamente” (2010: 189), lo que implica que el turismo médico se vea como una forma emergente de comercio relativo a la salud, y que a su vez denota la presencia de paradigmas neoliberales en este sector, como la orientación de mercado, programas público-privados, diseño de experiencias personalizadas para abarcar más sectores de consumidores y regulaciones a corto plazo (Hall, 2013).

El alza del turismo médico se relaciona con temáticas contemporáneas como la privatización de la salud, la dependencia tecnológica, competitividad global y la falta de acceso a servicios básicos, por lo que no es de extrañar que los destinos principales de esta actividad se localicen en naciones en desarrollo, como India, Hungría, Tailandia y México (Connell, 2011; Winkelmann et al, 2013; Mitra y Chawla, 2016).

En el caso particular de nuestro país, la zona fronteriza norte posee gran atractivo y potencial en el segmento de turismo médico –reconocido por la Secretaría de Turismo (SECTUR) como sector importante para la economía (ProMéxico 2016, 2017) –, debido a la proximidad geográfica con uno de los mercados más importantes del mundo, Estados Unidos, así como la existencia de afinidad cultural con ese país debido a los flujos migratorios, el diferencial de precios, personalización y calidez en atención médica, dental y farmacológica (Connell, 2011).

Dentro del turismo médico, el sector dental ha constituido un fuerte mercado propio, ya que las especialidades odontológicas se han encarecido, principalmente porque el aumento de demanda presiona a los escasos profesionales que proveen esos servicios (Connell, 2010). En México, esta especialidad tiene una fuerte presencia en destinos como Monterrey, Ciudad de México, Ciudad Juárez y Mexicali; no obstante, quizá el caso más reconocido a nivel internacional sea el poblado de Vicente Guerrero, mejor conocido como

Los Algodones, localizado en Baja California, que incluso se ha denominado *Molar City* (Judkins, 2007).

La localidad fronteriza de Los Algodones, ubicada a 16 kilómetros de la ciudad de Yuma, en Arizona, y a 75 de Mexicali, está orientada a la actividad comercial que genera el turismo de servicios médicos. De acuerdo con Ramírez (2005), probablemente sea el lugar con mayor cantidad de farmacias y dentistas por kilómetro cuadrado en todo el mundo, y tiene una alta dependencia de la visita de *snowbirds*¹, provenientes de Estados Unidos y Canadá, que buscan mejores precios para iniciar o completar tratamientos médicos.

Justificación

La pertinencia de este trabajo radica en que, en el siglo XXI, la salud constituye una mercancía, pues el tipo de tratamiento al que los pacientes pueden acceder depende de lo que puedan permitirse pagar (Lunt et al, 2013); por lo que entender el turismo médico puede permitir el análisis de las consecuencias que su desarrollo conlleva para diversos sectores –sociales, económicos- que, en particular, no han sido analizadas para el caso de la localidad propuesta. Además, a la complejidad de esta actividad se suma que los gobiernos, al promocionarlo como un servicio de exportación, disminuyen las certezas sobre sus propios sistemas de salud (Young, Changsan y Mincheol, 2013), lo que podría hacer que las brechas de desigualdad se profundicen en todo el mundo.

El turismo médico es un campo inexplorado debido a su ambivalencia, pues tiene a la vez un carácter competitivo que lo sitúa como un campo de interés para la industria turística, y una cierta clandestinidad debido a la diferencia en las regulaciones sanitarias internacionales y la opacidad en la información proporcionada respecto al desarrollo de esta actividad (Connell, 2011). Asimismo, es un área académica de crecimiento acelerado debido a su importancia para el mercado internacional, y que parece presentar una contradicción perpetua debido a que se fundamenta – en buena parte- en la globalización de la movilidad, lo que trae consigo problemas de control y regulación (Hall, 2013).

¹ Un *snowbird* es quien, una vez llegado el invierno sale de su país de origen, de manera temporal, hacia destinos con temperaturas más cálidas. Al respecto, puede consultarse la noticia de El Financiero “Turistas de EU y Canadá se refugian del frío en México”, de 2015, en el siguiente link: <http://www.elfinanciero.com.mx/empresas/turistas-de-eu-y-canada-se-refugian-del-frio-en-mexico.html>. Muchos canadienses residen los meses invernales en Arizona, por lo que les resulta fácil cruzar hacia Los Algodones para recibir atención dental, como muestra el reportaje de Telemundo <https://www.telemundo.com/noticias/noticias-telemundo/los-algodones-mexico-un-paraiso-dental-bajo-costo-tmna1425801>, de agosto de 2017.

La manifestación del turismo médico en la frontera norte de nuestro país, concretamente el sector dental que tiene una gran relevancia en Los Algodones, representa un caso de estudio que es fundamental comprender para analizar las causalidades y consecuencias de los movimientos de pacientes (turistas-clientes) hacia esta localidad, puesto que ello revela disparidades económicas, administrativas y legales que dan sustento a esta actividad, constituyendo un negocio funcional a la persistencia de una frontera internacional que explota las asimetrías presentes a ambos lados de la misma (Judkins, 2007). Asimismo, permitiría entender el alto dinamismo de esta actividad económica, que comienza a ganar atención en diversos niveles de gobierno.

Diseño de investigación

Entender el turismo dental en Los Algodones es una posibilidad de analizar un fenómeno binacional. Por esa razón, la complejidad del caso de estudio abre la posibilidad de que se estudie desde muchas perspectivas; no obstante, como se desea conocer las repercusiones de la actividad en la población y el territorio, se decidió hacerlo partiendo de la siguiente pregunta de investigación: *¿cómo se ha organizado territorialmente el turismo dental en Los Algodones?*

Los estudios desde la organización territorial permiten conocer cómo una actividad económica en particular –en este caso, el turismo dental- ha configurado un espacio, teniendo en cuenta el soporte básico o estructura con el que cuenta (recursos naturales y humanos) y los procesos (históricos, sociales y culturales) que en él han ocurrido (Gallegos, 2003; Ruiz, 2016). El análisis de estos elementos en Los Algodones permitió un entendimiento satisfactorio del turismo dental en la localidad, motivo por el cual el trabajo de campo tuvo un peso fundamental para discernir la territorialidad del fenómeno geográfico estudiado (Costa y Scarlato, 2019).

Hipótesis de trabajo

La organización territorial del turismo dental en Los Algodones está influenciada por factores foráneos y nacionales debido a concentración de servicios médicos, en especial odontológicos.

Objetivos

General

- Analizar la organización territorial del turismo dental en Los Algodones para mostrar los efectos de esta actividad económica, tanto en el territorio como en sus habitantes

Particulares

- Mostrar cómo convergen la geografía, el turismo y la salud en el origen y la territorialidad del turismo médico, en especial el dental.
- Entender el turismo médico en México y su relación con Estados Unidos de América (EUA)
- Entender el origen y desarrollo histórico del turismo dental en Los Algodones.
- Analizar la distribución espacial de los prestadores de servicios relacionados con el turismo dental en Los Algodones.
- Conocer las principales motivaciones de los pacientes que llegan a Los Algodones.

La tesis se estructuró en cuatro capítulos: en el primero se mostró cómo la geografía, el turismo y la salud se relacionan en el turismo médico, una actividad contemporánea de las sociedades globalizadas; en el segundo, se plantearon las principales características del turismo médico mexicano en relación con EUA, país vecino que emite la mayor cantidad de pacientes a nivel global; en el tercero, se conoció la especificidad histórica, geográfica, demográfica y socioeconómica de Los Algodones, y finalmente en el cuarto capítulo se presenta la metodología aplicada en campo y los resultados obtenidos.

Capítulo 1. Posturas conceptuales y metodológicas.

En este capítulo se desarrolla el marco teórico y conceptual con el que se plantea, para el resto de la tesis, el análisis de la organización territorial de la oferta de servicios odontológicos a extranjeros en la localidad seleccionada. La ruta interpretativa seguida parte de la geografía económica y deriva en la geografía del turismo, además de utilizar conceptos importantes para la comprensión del fenómeno estudiado, tales como turismo médico, desarrollo y desigualdad, bajo el eje analítico de la categoría geográfica de territorio.

1.1 Geografía económica, turismo y desarrollo

Dentro del campo de estudio de la Geografía, una disciplina que constantemente ha cambiado el abordaje teórico de la dimensión espacial que le ocupa², la geografía económica ha tenido un papel fundamental. Para Ricardo Méndez, esta rama del saber geográfico debe abarcar de forma panorámica los aspectos que forman parte de la realidad económica (2006: 24) y así dar cuenta de su lógica y desarrollo en el espacio.

Siguiendo esta definición, la realidad económica es un sistema integrado por unidades de producción y de consumo, que está marcado por un constante aumento en la capacidad y separación funcional de la producción en la etapa capitalista (Méndez, 2006). La especialización productiva que surge de estos procesos ha permeado en todas las actividades humanas, por lo que es importante tenerla en consideración dentro de los análisis geográficos.

Analizar tópicos relativos a cuestiones económicas en el siglo XXI (incluso desde finales del siglo XX) implica hablar de ventajas competitivas. Según Michael Porter (1980), es una característica única que distingue a una empresa de otra, posicionándola como la mejor opción dentro de un mercado con gran nivel de competitividad gracias a alguno de los siguientes rasgos: precios bajos, diferenciación (oferta de un producto o experiencia inigualable) y enfoque (oferta a un segmento concreto del mercado).

Dentro de la geografía económica, la variedad de temáticas es también extensa: transportes, minería, comercio, pesca, agricultura, ganadería, servicios, entre otros. El

² Para ahondar en la evolución del pensamiento geográfico, se puede consultar la obra de José Ortega Valcárcel (2000), *Los horizontes de la geografía*. Barcelona: Ariel.

turismo es uno de los temas que le competen, y desde la segunda mitad del siglo XX ha cobrado gran importancia a partir del aumento de la movilidad humana –tanto doméstica como internacional– debido a factores sociales y económicos, dentro de los cuales se encuentra la reducción de los tiempos de traslado gracias a la evolución en los sistemas de transporte, y el aumento de la movilidad para ciertos estratos sociales (Urry, 2002).

Otro aspecto que debe mencionarse acerca de la geografía económica es su diversidad de enfoques. Existen perspectivas que van desde las teorías de localización, la geografía económica feminista o problemas planteados desde el giro cultural, que también se hicieron presentes en dicha disciplina. Cabe destacar que este proyecto fue planteado con base en la corriente de pensamiento de la geografía económica relacional, puesto que el interés está centrado en comprender un territorio a partir de las relaciones que ocurren entre los actores económicos que forman parte de la actividad analizada (Parrreiter, 2018).

El turismo es un objeto de estudio transversal a muchas disciplinas. De acuerdo con la Organización Mundial del Turismo (OMT), cuya definición ha evolucionado continuamente, se trata de un fenómeno social, cultural y económico, que involucra el desplazamiento de personas fuera de sus lugares habituales de residencia, ya sea por motivos personales, profesionales o de negocios (UNWTO, s/f). La amplitud de esta definición permite que el turismo que sea abordado por áreas distintas como la sociología, antropología, psicología, historia, geografía, economía, y más recientemente, etnografía, ecología, filosofía, demografía y otras disciplinas emergentes (Muñoz, 2014), como las ciencias de la sostenibilidad o la ingeniería ambiental.

Desde la geografía, y en particular desde la rama económica, se han analizado los usos del territorio con fines turísticos y las formas de relaciones sociedad-espacio que esta actividad conlleva (Hiernaux, 2006), así como su desarrollo bajo la influencia de nuevas movi­lidades, sus interacciones con el paisaje, el transporte, el ambiente y el propio desarrollo (Wilson, 2011). Michael Hall y Stephen Page (2012) establecen el periodo de posguerra como momento de cambio en la actividad turística y los estudios que se hacían sobre ella, por lo que el turismo comenzó a ser un tema recurrente en diversas disciplinas, pese a no tener un cuerpo teórico propio³.

En este trabajo, la discusión sobre la epistemología del turismo no es un objeto

³ Hay autores que refieren la existencia de una ciencia denominada *turismología*. No obstante, este término no es aceptado de manera amplia. Para entender mejor esta discusión, se sugiere revisar el artículo de 2011 de Francisco Muñoz, *Turismo y desarrollo: dos conceptos revisitados y una pretendida relación causal*, publicado en *Turydes: revista de investigación de turismo y desarrollo local* 4 (9), p. 1-24.

central; no obstante, es importante mencionar que la geografía participa del estudio del fenómeno turístico para analizar su expresión e incidencia sobre el territorio en el que se desarrolla debido a su dinamismo y la oportunidad –o amenaza– que representa para los actores involucrados en la actividad turística.

De acuerdo con Butler (2012), es importante comprender el ocio –dentro del cual está incluido el turismo– para analizar las prácticas recreativas como una actividad económica. Partiendo de esta idea, en conjunto con la necesidad de comprender la incidencia de estas prácticas en los territorios, puede hablarse de una geografía del turismo, ya que la dimensión espacial presente en esta actividad requiere estudiar los territorios en los que se lleva a cabo, así como la movilidad, transformaciones y flujos derivados y presentes en diversas escalas.

Esta geografía del turismo posee “una visión transversal y territorial del fenómeno turístico, y puede analizar las interrelaciones y los efectos de los diferentes factores que intervienen en cada caso” (Philipponneau, 2001: 294), y pretende un análisis más allá de lo explicativo o lo monográfico, puesto que se trata de una actividad que organiza un territorio y supera la explicación que se hacía exclusivamente desde la economía (Hiernaux, 2006).

El capitalismo, caracterizado por el predominio de las empresas privadas y una cambiante división técnica, social y espacial del trabajo para mantener las tasas de ganancia (Springer, Birch y MacLeary, 2016), tiene una expresión territorial evidente en los flujos de mercancías –y en esta etapa global⁴, también de información– y en la fragmentación de la producción. Uno de los procesos de regulación de este modo de producción es el desarrollo.

Si bien, se trata de otro término con una evolución temporal compleja, la noción de desarrollo ha permeado en todos los ámbitos de la vida (social, económico, ecológico...), y puede conceptualizarse como un proceso discontinuo, permanente y acumulativo de transformaciones de la estructura económica y social que evitan el estancamiento del sistema capitalista (Sunkel y Paz, 1970).

A partir de ese concepto, los países se clasificaron en desarrollados y subdesarrollados (en buena medida, se comparaban los procesos industriales entre ellos y

⁴ El capitalismo es un tema muy amplio, y cuenta con diversas periodizaciones. En este trabajo, se recupera la propuesta que Ricardo Méndez plantea en *Geografía económica, la lógica espacial del capitalismo global* (2006) de esquematizarlo en cuatro etapas: mercantil (s. XVIII), industrial (s. XIX), imperialista (finales del s. XIX-primera mitad del s. XX) y global (desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad).

el grado de bienestar de la población, pero se comprendían en un marco de linealidad que conviene a los intereses del capital; Morales, Palacios y Portos, 2005); pero en realidad, ambos son estructuras parciales –e interdependientes– del mismo sistema. La capacidad de crecimiento interno del desarrollo lo convierte en la fase dominante, mientras que la dinámica inducida en el subdesarrollo lo convierte en el proceso dependiente, y ambas condiciones tienen buena parte de su origen en los procesos históricos de colonialidad (Morales et al, 2005).

Lo que podría denominarse como “el discurso del desarrollo” impuso un nuevo patrón de división internacional del trabajo, en el que los países metropolitanos (o desarrollados) se reservan los procesos productivos más complejos, y dejan a los países subdesarrollados los procesos artesanales-manufacturero-industriales, profundizando las desigualdades existentes (Sunkel y Paz, 1970). En los llamados países subdesarrollados – dentro de los que se considera a los latinoamericanos–, ocurrió una transición histórica de un modelo primario exportador (colonialismo) a otro urbano-industrial. A partir de la década de 1980, los países industrializados impusieron a los subdesarrollados un patrón de especialización productiva, y así el mundo entró en una etapa denominada neoliberalismo (Morales et al., 2005).

El neoliberalismo puede entenderse como el conjunto de arreglos políticos, económicos y sociales que enfatiza las relaciones de mercado, replantean el rol del Estado-nación y llevan la competitividad a todos los aspectos de la vida (Springer et al., 2016). De acuerdo con esta definición, el neoliberalismo tiene incidencia en aspectos que antes correspondían exclusivamente al Estado; entre ellos, la provisión de servicios de salud, que comenzaron a privatizarse o dejar de subsidiarse en todo el mundo –en diversos grados– desde 1980 (Chee, Whittaker y Por, 2017).

La redefinición de las funciones del Estado –que no deja de existir, pero sí modifica sus atribuciones para proteger la circulación de capital–, en el marco del neoliberalismo, tiene efectos desiguales en el mundo. Tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, los ajustes estructurales que permitieron la entrada del neoliberalismo se orientaron a reducir los presupuestos en sectores involucrados en el Estado de bienestar, y eso se reflejó en una disminución en la calidad de vida de la población (Chee et al, 2017); no obstante, mientras en los países desarrollados el poder adquisitivo permite la posibilidad de complementar los servicios que ha dejado de proveer el gobierno, en los subdesarrollados es difícil concebir esa idea debido a la precariedad existente en el grueso

de la población (Cohen, 2014; Kaspar y Reddy, 2017).

Los cambios en el sector salud y el Estado, incluyendo estas nuevas dinámicas de provisión de servicios de salud tanto en el sector público como en el privado –con las particularidades histórico-culturales propias de cada país– no pasaron desapercibidas para el turismo. Fue así que comenzó a conformarse un nuevo nicho de mercado, ofertado para extranjeros y especialmente atractivo para aquellos países denominados en desarrollo, debido a los altos ingresos que genera (Connell, 2011a).

La relación del turismo con el auge económico de los territorios tiene raíces antiguas. La historia del turismo demuestra que los viajes de ocio estaban reservados para la élite (al menos hasta el siglo XIX), hasta que se abrió a la participación de sectores populares, en especial por la necesidad de reactivar la economía tras la destrucción causada por ambas guerras mundiales (Turner y Ash, 1991), y más adelante por la irrupción de aerolíneas de bajo costo (Turner, 2009; Cook, 2010), momento que coincidió con la entrada del neoliberalismo y la consecuente “apertura”⁵ de fronteras.

Otra de las consecuencias del neoliberalismo, con respecto a la actividad turística, fue la diversificación de nichos de mercado tras la sobreacumulación de capital, que en esta actividad se puede relacionar con el agotamiento de los destinos turísticos tradicionales de sol y playa. Plenamente vinculado con la mercantilización en todos los sentidos (Rivadeo, 2003; Adorno, 2006) –de la cultura, de las expresiones populares, de los paisajes, incluso de los servicios básicos–, el neoliberalismo permitió el crecimiento de nuevos segmentos en el mercado turístico: turismo gastronómico, turismo de negocios, turismo industrial, y en lo tocante a este trabajo, turismo de salud y turismo médico.

En ese sentido, el turismo médico se inserta como una alternativa (no inclusiva) para la atención a la salud. De acuerdo con Cohen (2014), puede entenderse desde la perspectiva del poder adquisitivo en cuatro grandes grupos: (i) pacientes que cubren los gastos de su bolsillo, como, por ejemplo, migrantes y no asegurados; (ii) pacientes cuya cobertura médica excluye ciertas especialidades; (iii) pacientes cuya cobertura médica requiere que complementen los gastos, y (iv) pacientes con cobertura médica privada. Cabe resaltar que, dentro de esta clasificación, se sobrentiende que las poblaciones receptoras

⁵ Si bien, se dice que la economía mundial ha vuelto difusas las fronteras nacionales, esto es discutible, pues se privilegia la circulación de capitales y mercancías, pero no la de personas: cada país fija las condiciones para la entrada de extranjeros a su territorio (pasaportes, visas, formas migratorias, vetos selectivos a ciertas nacionalidades). Para profundizar en esta discusión, puede consultarse la obra de Dallen Timothy (2001), *Tourism and political boundaries*. Londres: Routledge.

de estos flujos de pacientes no entran en este sistema.

1.2 El territorio como eje analítico

En el marco de este trabajo, la localidad Los Algodones se conceptualizó como un territorio, que desde la definición de Lussault (2007), se entiende como un espacio estructurado por principios de contigüidad y continuidad que dependen del sistema de ideas, prácticas sociales y, en menor medida, de los recursos que posee; lo que se complementa con la definición de Raffestin, en la que el territorio “es el resultado de una acción conducida por un actor sintagmático⁶ a cualquier nivel. Apropiándose concretamente o de manera abstracta de un espacio, el actor ‘territorializa’ un espacio” (2011:149).

El concepto de territorio tiene una larga historia en las ciencias sociales, como espacio de dominación, propiedad y pertenencia de individuos y colectivos, que está sometido a relaciones de poder y como producto de un proceso histórico particular (Restrepo, 1999). Pese a su tradición dentro de la geografía, está permeado por tensiones y contradicciones, ya que incluso se le ha relacionado con definiciones provenientes de disciplinas tan dispares como la etología animal (relacionando el comportamiento espacial con los instintos primitivos que prevalecen en la humanidad) o las ciencias políticas (Painter, 2010).

Dentro de la geografía económica, el territorio ha sido una categoría funcional para explicar la organización social y conceptual de un espacio, con una articulación determinada por cierta legalidad social (Nievas y Fabián, 1994) y que puede enmarcar el desarrollo de una actividad económica en particular como el turismo con motivaciones de salud, y en la particularidad de este caso de estudio, aquel relacionado con la finalidad de obtener atención odontológica.

En el marco de la globalización, las categorías espaciales ganan nuevos contornos, características, definiciones e importancia debido a un fenómeno de fluidez, tanto en la circulación de información, como de imaginarios y materiales (Santos, 1996, 2004). En particular, el territorio es resultado de la superposición de sistemas naturales, cosas creadas por el hombre, identidad, base del trabajo, residencia y cambios (Restrepo, 1999; Santos, 2004).

Cuando la complejidad de un territorio es fruto de especializaciones productivas, el

⁶ De acuerdo con Raffestin (2011), sería todo aquel que realiza una acción –programa- bajo sus intereses.

capital termina por constituir territorios fundados en una ley de valor, con gran importancia de la accesibilidad y movilidad en el territorio (Costa y Steinke, 2013), lo que se denomina fluidez territorial, un fenómeno que puede explicar la explotación de desigualdades económicas y sociales a ambos lados de la frontera como el fundamento del turismo dental en Los Algodones (Judkins, 2007). La fluidez territorial según Santos (1996) es un fenómeno derivado de la globalización que refiere a la creciente movilización de mercancías, personas e información.

Se decidió plantear el problema de investigación desde la organización territorial debido a su complejidad, pues este concepto implica una propuesta teórico-metodológica que busca explicar los elementos físicos y humanos que conforman un territorio, su distribución, y los procesos sociales que se llevan a cabo para satisfacer las necesidades de la sociedad o de actores externos, como en el caso de la actividad turística (Gallegos y López-López, 2004; Ruiz, 2016).

Este enfoque ha sido particularmente utilizado para desentrañar el despliegue territorial de las actividades económicas en México, desde 1990 hasta la actualidad. Los temas que se han analizado en trabajos de tesis –en particular de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)– utilizando esta propuesta teórica son: geografía industrial (Navarro, 2013), geografía minera (Sánchez, 1990; Palacios, 1994; Flores, 2015), geografía agraria (Trejo, 2013), geografía histórica (Garza, 1994), democracia y espacio (Hernández, 1995), y turismo, en especial en el Instituto de Geografía de la UNAM.

Dentro del rubro de turismo, hay tesis relativas a organización territorial en casos de estudio particulares (Gallegos, 2003; Carmona, 2004 y 2006; Garza, 2009; Balderas, 2010; Salas, 2012; Quintero, 2012; Mollinedo, 2014), turismo de playa y litoral (López-López, 2001; Arroyo, 2013) y turismo termal (Zamora, 2009; Ruiz, 2012 y 2016). Resulta de especial interés el uso del concepto organización territorial en las tesis sobre turismo, desarrolladas en el siglo XXI, por lo que en la siguiente tabla (1.1) se recuperan los aportes más relevantes.

Tabla 1.1 Discusión del concepto organización territorial a partir de algunas tesis elaboradas de 2001 a la fecha.

Autor	Título	Elementos conceptuales auxiliares para la definición de organización territorial
Ruiz, 2016	Organización territorial del turismo termal en Zinapécuaro, Michoacán	Herramienta teórica surgida dentro de la escuela soviética, con bases en el desarrollo de la economía socialista (Ignateva, 2002). Se divide en procesos territoriales y estructura territorial (Privalovskaya, 1983).

		Los procesos hacen referencia a los cambios que ha sufrido el territorio durante su configuración, y la estructura, a los elementos físicos y humanos que posibilitan la actividad económica (Kostrowicki, 1986).
Mollinedo, 2014	Organización territorial de la economía turística en Guatemala	El concepto de organización territorial tiene influencia de la planeación soviética de la década de 1920, que tenía como línea de acción la especialización y unidad económica interna, resultante de la utilización óptima de todo el conjunto de factores locales, recursos naturales y condiciones geográficas (Ignateva, 2002).
Quintero, 2012	Organización territorial del turismo en Belize	Desde la geografía del turismo, la organización territorial es entendida como la estructura (economía) y los procesos (historia) que combinados se presentan en un espacio determinado. Kostrowicki (1986) señala que la organización territorial se da en función de la actividad económica y humana, está soportada por el trabajo del ser humano y encaminada a satisfacer las necesidades materiales.
Ruiz, 2012	Organización territorial del turismo termal en Los Azufres, Michoacán	En el caso del turismo, éste influye notablemente en el espacio, al generar migraciones temporales de visitantes y permanentes de trabajadores, modificar los patrones de localización de capitales, zonas de vivienda y servicios urbanos, incidir en el uso de suelo y generar un patrón de ordenamiento (Hiernaux, 1989).
Salas, 2012	Organización territorial del turismo en la Reserva de la Biosfera El Vizcaíno	Las actividades humanas transforman y dan significados al territorio en el que se insertan, y desempeñan funciones específicas dentro de su sistema social, político, económico y cultural. Esto resulta en una organización territorial consecuente de un proceso histórico en relación dialéctica con el espacio geográfico; de esta forma, cada forma espacial es el producto de una formación social específica, en interacción dinámica con su medio físico.
Garza, 2009	Organización territorial del turismo en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México	La organización territorial del turismo (OTT) en tanto herramienta teórico-metodológica forma parte de la evolución de los estudios geográficos en México, cuyo propósito es enmarcar dentro de una categoría espacial el proceso turístico.
Carmona, 2006	Organización territorial del turismo en el corredor Tijuana-Rosarito-Ensenada	Para entender la organización territorial de un fenómeno turístico, es necesario analizar los componentes de la estructura territorial: la distribución y densidad de los recursos turísticos, los actores humanos y los factores técnicos que comprenden la infraestructura y servicios del destino turístico, además de la dimensión histórica contenida en los procesos territoriales de ese lugar.
López-López, 2001	Análisis de la organización territorial del turismo de playa en México, 1970-1996. El caso de Los Cabos, B.C.S.	El concepto de organización territorial brinda elementos teóricos y metodológicos necesarios para el estudio del fenómeno turístico desde una perspectiva geográfica. Se crea en función de la actividad económica que se desarrolla en un espacio, y que constituye la mayor fuente de empleo para la comunidad.

Fuente: elaboración con base en los autores citados en la tabla.

A partir de la información de la tabla, se observa que la organización territorial es un enfoque teórico surgido dentro de la escuela soviética (Ignateva, 2002), que puede definirse como el sistema de formas organizadas de la producción social que se generan a partir de un proceso territorial (Swyngedouw, 1992), lo que da pautas para elaborar trabajos de investigación dirigidos a estudiar las estructuras y procesos espaciales

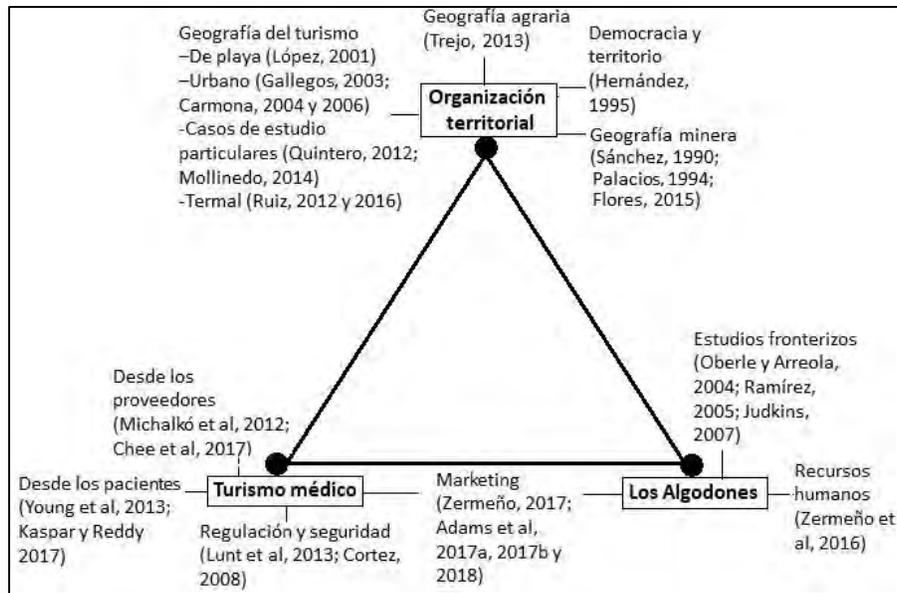
formados a partir de una actividad económica en particular (Navarro, 2013).

De forma general, la organización territorial tiene dos componentes: los procesos territoriales –que engloban la temporalidad– y la estructura territorial –los elementos físicos y humanos que posibilitan la actividad económica– (Privalovskaya, 1983; Kostrowicki, 1986). Por lo tanto, puede afirmarse que el análisis de la organización de un territorio requiere identificar los componentes y procesos que se generan en un lugar y que generan una dinámica particular, ya que adquieren patrones similares que se asocian con su contexto histórico y derivan en una distribución única (Trejo, 2013).

Para estudios sobre turismo, la organización territorial tiene un gran valor. De acuerdo con López-López (2001), brinda elementos teóricos y metodológicos necesarios para el estudio del fenómeno turístico desde una perspectiva geográfica, ya que es una actividad con varias consecuencias visibles, como migraciones –temporales de los visitantes, y permanentes de los trabajadores- y cambios en los patrones de localización –de capitales, zonas de vivienda e infraestructura urbana–. Según Hiernaux (1989), el enfoque de organización territorial permite evidenciar las modificaciones a los usos de suelo y patrones de vida que la actividad turística conlleva.

El planteamiento de la organización territorial permitió una aproximación geográfica a los elementos y procesos comprendidos en la dinámica del turismo dental en Los Algodones, una localidad que ha sido abordada en artículos de áreas tan diversas como *marketing* (Zermeño, 2017; Adams, Snyder, Crooks y Berry, 2017; Adams, Crooks y Berry, 2018, 2019), recursos humanos (Zermeño et al, 2016) y estudios fronterizos (Oberle y Arreola, 2004; Ramírez, 2005; Judkins, 2007). En la siguiente figura, se esquematiza la ruta interpretativa seguida para plantear el problema de investigación dentro de un marco teórico apropiado (abajo).

Figura 1.1. Ruta teórica-interpretativa seguida para la elaboración de la tesis, 2018-2019.



Fuente: elaboración con base en los autores señalados en la figura.

A partir del planteamiento conceptual esquematizado en la figura anterior, se planteó un proceso metodológico que comprendió las siguientes etapas: trabajo de gabinete (revisión teórica y hemerográfica acerca de la localidad seleccionada, así como del desarrollo del turismo médico y dental en el mundo, con énfasis en México y en Baja California), diseño de instrumentos a aplicar, trabajo de campo, análisis de la información obtenida, elaboración de cartografía y conclusiones.

1.3 Desplazamientos internacionales en busca de atención médica: turismo de salud, turismo médico y turismo dental

La diferencia entre los tres conceptos es muy importante para delimitar el fenómeno a estudiar en la localidad seleccionada. En las siguientes páginas, se presentan las características de cada uno de ellos.

- Turismo de salud

Los viajes por motivos de salud tienen antecedentes en la época de esplendor del Imperio Griego, cuando el templo de Epidauro – cerca de Argos, al noreste del actual territorio griego– se constituyó como el centro de salud del mundo clásico (400 a.C.) cuando albergó el santuario del dios de la salud, Asklepios. Otra referencia, se encuentra en la época romana, en la que se destacan los baños públicos de aguas termales y los baños minerales en Sicilia (69 a.C.). Hay evidencias de traslados para el cuidado de la salud en otras culturas, como

los viajeros europeos que acudían a los baños de lodo persas, que datan del año 200 a.C., o a los masajes en Tailandia, registrados desde el año 100 a.C. aproximadamente (Connell, 2011b).

Los sitios de aguas termales posteriormente jugaron un rol importante en las élites europeas del siglo XVI, cuando se consolidaron ciudades y santuarios para la salud alrededor de ciudades como Bath (Inglaterra), Vichy (Francia) y Baden-Baden (Alemania). Más adelante, un caso emblemático para este fenómeno tuvo lugar en Londres a mediados del siglo XIX. En esa época toda una calle, Harley Street, desarrolló una especialización funcional con base en servicios médicos, lo que atrajo a pacientes de toda Europa hasta el fin de la Segunda Guerra Mundial (Connell, 2011b).

Muchas formas de turismo tienen algún componente relacionado con el cuidado o mejoramiento de la salud, como las actividades recreativas, el turismo de aventura o aquel con fines deportivos y actividades de bienestar como estancias en spas o tratamientos de acupuntura. También comprenden lo que de manera cotidiana se denomina “un cambio de aires” (Hall, 2013), pero no todas ellas pueden denominarse turismo de salud o turismo médico, pues son impulsadas por diferentes motivaciones.

En particular, el turismo de salud ha cambiado en su conceptualización a lo largo de las últimas décadas. En 1973, se definía como *la provisión de servicios de salud utilizando los recursos naturales del país, particularmente agua mineral*; mientras que en 1987 se definía bajo la principal motivación de permanecer fuera del sitio de residencia habitual para mejorar alguna condición médica. En 1993, ya se hacía referencia al intento deliberado de algunos países por utilizar su infraestructura turística para atraer visitantes buscando mejorar su estado físico (Hall, 2013).

De acuerdo con Laesser (2011), el turismo de salud es un segmento de mercado turístico, influenciado por cinco factores: (i) cambios demográficos relacionados con el aumento en la esperanza de vida; (ii) necesidad de reducir el estrés en la población trabajadora; (iii) enfoque preventivo en la atención médica; (iv) mayor interacción entre salud pública y salud mental y; (v) evolución del turismo de masas hacia un mercado más personalizado.

Una definición más reciente caracteriza al turismo de salud como un fenómeno comercial de las sociedades industrializadas que involucra a personas que viajan para mantener o mejorar su salud, lo que le confiere un carácter preventivo; mientras que el

turismo médico –otro concepto– puede definirse como la movilidad de consumidores de países desarrollados que satisfacen sus necesidades médicas en países en vías de desarrollo⁷, es decir, se da como reacción a algún problema de salud ya existente (Hall, 2013).

- *Turismo médico*

El uso relativamente reciente del término turismo médico (que forma parte del turismo de salud) en la academia no ha estado exento de discusiones. Para visualizar algunos de los significados que diversos autores le confieren, Guzmán (2015) resumió en un cuadro varias definiciones, presentes en libros y artículos sobre el tema, de las cuales se presentan algunas para mostrar lo amplio de la discusión (tabla 1.2).

Tabla 1.2. Algunas definiciones de turismo médico en libros y artículos especializados.

Autor	Definición
Bookman y Bookman (2007: 1)	Viajes “internacionales” con el objetivo de mejorar la salud,
Lunt y Carrera (2010: 27)	Pacientes que se mueven por su propia voluntad,
Carrera y Bridges (2006: 447)	Viajes organizados fuera de un entorno local para el mantenimiento, la mejora o la restauración del bienestar de un individuo en la mente y el cuerpo.
Edelheit (2008: 10)	Pacientes que viajan a otro país para obtener cuidados asequibles, de mejor calidad o más accesibles.
Reisman (2010: 1)	Asistencia sanitaria global.
Connell (2006: 1094)	Deliberadamente ligado a obtener una intervención médica, de la que se esperan resultados sustanciales y de largo plazo.
Johnston, Crooks, Snyder y Kingsbury (2010: 1)	Pacientes que salen de su país de residencia sin medidas de atención transfronteriza con la intención de acceder a la atención médica (a menudo cirugía) en el extranjero.
Connell (2011); Laugesen y Vargas Bustamante (2010)	Tratamiento en el extranjero por diversas motivaciones de los pacientes: asequibilidad, familiaridad y percepción de la calidad.
Jagyasi (2008: 10)	Conjunto de actividades en las que una persona viaja, por lo general largas distancias o a la frontera, para hacer uso de servicios médicos con la participación directa o indirecta en el ocio, negocios u otros efectos.
Jenner (2008: 236)	Combinación del turismo y el tratamiento médico para los procedimientos médicos y quirúrgicos electivos y necesarios, así como para los procedimientos dentales.
Hopkins, Labonté, Runnels y Packer (2010: 185)	Atención sanitaria transfronteriza motivada por menores costos, evitar largos tiempos de espera, o servicios no disponibles en el propio país.
Cormany y Baloglu (2011)	Acto de viajar al extranjero para recibir atención médica.
Whittaker (2009: 323)	El turista médico emblemático es un acaudalado occidental blanco o del este asiático que combina la cirugía estética con unas vacaciones de playa.

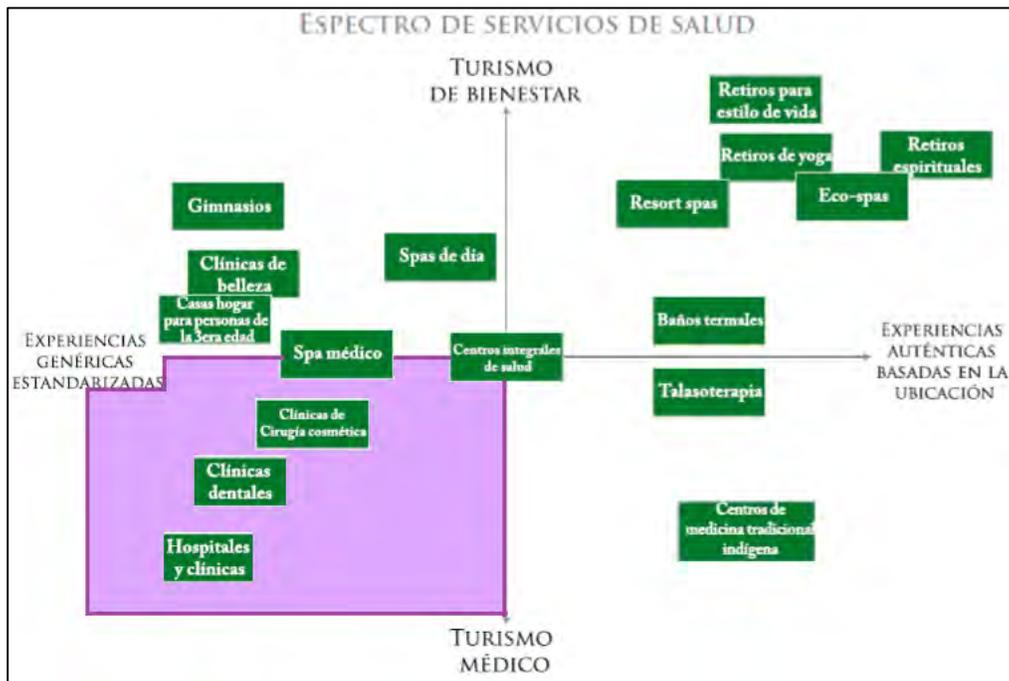
Fuente: modificado de Guzmán (2015).

⁷ Esta no es la única tendencia que existe en el turismo médico, aunque sí es la más notoria, tanto en las revisiones académicas como en los medios de comunicación. Por ejemplo, autores como Cortez (2008) refieren que Estados Unidos y Reino Unido –ambos países desarrollados– son destinos de turismo médico debido a sus hospitales, tecnología médica avanzada y profesionales de alta especialidad, pero a la vez son exportadores de pacientes por largas listas de espera y los elevados costos.

La tabla anterior refleja el debate abierto que existe en la definición del turismo médico, así como la multitud de posiciones teóricas que pueden utilizarse para aproximarse al complejo fenómeno que el término intenta delimitar. En este trabajo, se adoptó la definición de Voigt et al (2010), que refiere a esta actividad como la suma de las relaciones y fenómenos resultantes de viajes o desplazamientos que tienen como finalidad tratar o curar una condición médica lejos del lugar de residencia, incluso combinándose con las vacaciones tradicionales.

Esta actividad vio un crecimiento acelerado en la segunda mitad de la década de 1990. Esto fue especialmente notorio en Asia, en buena parte a causa de la llegada de pacientes residentes en países desarrollados –quizá el más destacado, Estados Unidos de América (en adelante, EUA)– para someterse a cirugías estéticas y cosméticas en naciones como Corea del Sur, Tailandia e India. Las diferencias conceptuales entre turismo de salud y turismo médico se indican con mayor claridad en la siguiente figura (1.2)

Figura 1.2. *Espectro de servicios de salud según ProMéxico, 2013.*



Fuente: modificado de ProMéxico, 2013. En morado se destaca el sector de interés para el turismo médico; los otros tres cuadrantes quedarían incluidos dentro del turismo de salud.

La globalización del turismo médico se consolidó gracias a varios factores como largas esperas para atención médica (por ejemplo, para cirugías de corazón en EUA), elevación de la calidad de servicios médicos en países en vías de desarrollo, diferencia de

criterios éticos en algunos procedimientos (como la subrogación de vientres que sí está permitida en India, pero no en gran parte de los países desarrollados), acceso a servicios médicos con recursos de pensiones, mayor movilidad, flujos de migrantes de retorno con alguna especialidad médica y apertura a prácticas experimentales (implantes de células madre o incluso de especies no humanas) (Connell, 2011b; Hall, 2013) y reducción de la brecha tecnológica (El País, 2014). En la tabla 1.3 se sintetiza la información sobre algunos de los países en los que está creciendo el turismo médico.

Tabla 1.3. Destinos de turismo médico a nivel mundial.

País	Procedencia de los pacientes extranjeros	Especialidades más buscadas	Acciones de los gobiernos para favorecer el turismo médico
Tailandia	Sureste de Asia, Europa y EUA	Cirugía cardíaca, estética y oftálmica, odontología y procedimientos óseos	Campañas de turismo médico a través de Tourism Authority, visas permisivas
México	EUA, Canadá	Odontología, cirugías estéticas y ortopédicas	Creación del Consejo Consultivo de Turismo Médico. Sin restricciones migratorias
India	Medio Oriente, Europa, EUA	Cardiología, endocrinología, nefrología, neurología, cirugía ortopédica, oftalmología y urología	Visas especiales (M), Ministerio de Turismo convoca a esfuerzos público-privados
Jordania	Medio Oriente	Cirugías cardíacas y de lesiones espinales, trasplantes	Incentivos para la inversión privada; modernización de la infraestructura pública
Malasia	Indonesia, India, Medio Oriente, Reino Unido, EUA	Cardiología, hematología, gastroenterología, neurología, cirugía estética	Comité Nacional de Turismo Médico; plan gubernamental (Eight Malaysia Plan) para ofrecer los servicios de 35 hospitales privados al mercado global
Singapur	Asia Central, Australia, Reino Unido y EUA	Cirugía general y cardíaca, oftalmología, cirugía ortopédica y urología	Incentivación de la investigación clínica, reclutamiento de profesionales de la salud, cooperación público-privada, establecimiento de la Unidad Estratégica de Servicios de la Salud
Cuba	Latinoamérica, Caribe, Rusia, Reino Unido, EUA	Oftalmología, cirugías, neurología, dermatología	Inversión en la infraestructura de salud y descentralización de la salud pública; movilidad internacional de profesionales de la salud
Turquía	Europa, Rusia, Medio Oriente,	Oftalmología, odontología, cirugía estética, trasplantes, cardiología, ginecología, tratamientos de fertilidad	Inversión en infraestructura hospitalaria
Corea del Sur	China, EUA, Japón, Rusia, Kazajstán, Vietnam, Filipinas	Medicina interna, cirugía estética, dermatología, ortopedia, oncología, trasplantes, ginecología	Acuerdos directos con el gobierno de Emiratos Árabes Unidos, regulación del Ministerio de Salud y Bienestar
Chile	Bolivia, Perú y Ecuador	Traumatología, neurología, oncología	Acuerdos directos con centros de salud de Bolivia. Aseguradoras privadas
Sudáfrica	EUA, Australia, Alemania, Italia, Reino Unido, Países Bajos	Cirugías estéticas, tratamientos de fertilidad, odontología	Inversión en la infraestructura de salud y en la diversificación de los profesionistas del sector
Costa Rica	EUA, Canadá	Odontología, cirugía estética, ginecología y cirugía ortopédica	Creación de la Cámara de Salud

Colombia	EUA	Cirugías estéticas y cardiovasculares y oftálmicas, fisioterapia	Exenciones fiscales para los turistas
Argentina	Latinoamérica, Canadá, EUA, Europa	Trasplantes, cirugías bariátricas y estéticas, tratamientos de fertilidad	Creación de la Cámara Argentina de Turismo Médico
Brasil	EUA, Italia, Francia, Portugal, Reino Unido, Japón, Medio Oriente, Latinoamérica	Cirugías estéticas, cardiología, oftalmología, oncología, reproducción asistida, odontología, injertos experimentales	Producción de tecnología médica, estímulos para el sector privado

Fuente: elaboración con base en Cortez (2008), Ramírez de Arellano (2011), Connell (2011a y 2011b), Hall (2013) y fuentes oficiales y periodísticas.

Para la realización de la tabla, se consideraron los países en desarrollo más mencionados en artículos (quince, indizados en Web of Science y Scopus, y escritos desde 2007 hasta 2019), libros y capítulos (tres obras base, de 2011 a 2013), así como periódicos de circulación nacional e internacional y sitios web de gobiernos que promocionan activamente el turismo médico para complementar la información (consultados entre agosto y octubre de 2018). El listado se ordenó de acuerdo con la frecuencia con que los países aparecían en las publicaciones analizadas; es decir, los primeros en la tabla resultaron ser los más mencionados.

Es importante destacar la diversidad de los procedimientos y de países de origen de los pacientes, entre los que EUA es el mayor emisor. En este sentido, México tiene una ventaja fundamental, la colindancia geográfica, sobre el resto de países que reciben estadounidenses en sus territorios: no es lo mismo emprender un viaje de tres o cuatro horas, que uno de más de doce, en especial con condiciones médicas delicadas o un presupuesto limitado (Ramírez de Arellano, 2011; Cortez, 2008).

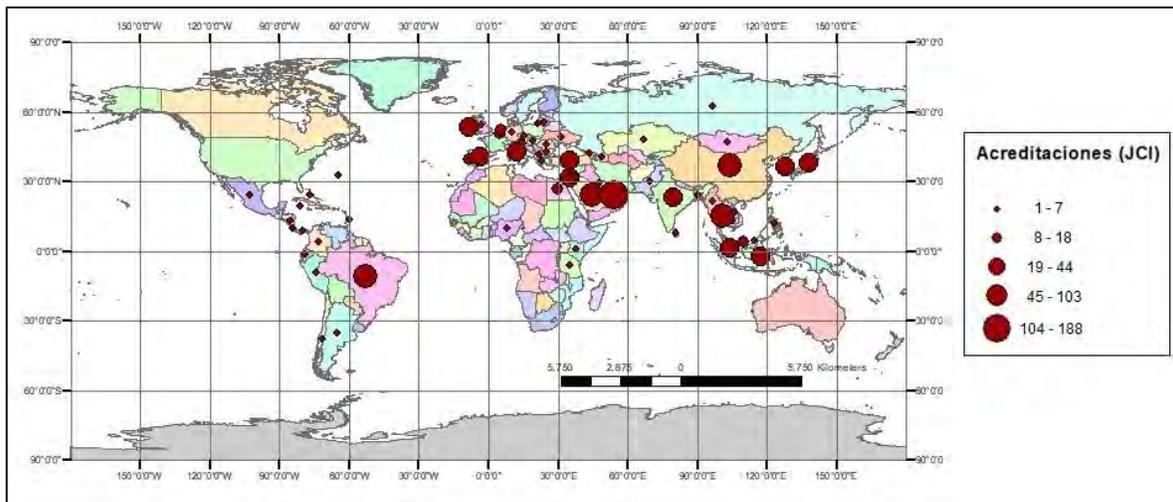
En cuanto a temas de regulación, el turismo médico posee un componente fronterizo que plantea diversos conflictos, como la ausencia de leyes internacionales que regulen la entrada y salida de pacientes, así como amenazas a la bioseguridad global (Hall, 2013). Las fronteras constituyen barreras sociales y económicas (Judkins, 2007) que gracias al turismo –en este caso, médico– pueden convertirse en territorios organizados por el consumo (Amilhat-Szary y Guyot, 2009); no obstante, la regulación de los cruces con ese fin depende de la severidad de las leyes migratorias de cada país (Timothy, 2001).

Desde 1951 existe la *Joint Commission*, una organización privada de fundación estadounidense que reconocía la calidad de los hospitales para facilitar la recepción de pacientes de los programas de salud pública y asistencia social dentro de EUA; en 1998 creó una filial, la *Joint Commission International* (en adelante, JCI), que amplió su escala de

actuación a todo el mundo. Para el turismo médico esto es de gran importancia, pues otorga acreditaciones con vigencia de tres años y constituyen una importante ventaja competitiva para los hospitales que cuentan con ellas (Roberts et al, 1987; Hall, 2013; Cohen, 2014), al poseer el potencial de atraer pacientes internacionales.

La pertenencia a la JCI es voluntaria, por afiliación, por lo que no posee un sistema jurídico que tenga capacidad de establecer compromisos vinculantes o sanciones (Roberts et al, 1987), lo que imposibilita supervisar su uso para el turismo médico, pero es una estandarización relevante para la actividad. En la figura 1.3 se muestran los países con mayor número de acreditaciones, lo que podría representar una ventaja comparativa para atraer visitantes que busquen asegurar la mejor calidad en la atención de sus problemas de salud.

Figura 1.3. Países con hospitales acreditados en la Joint Commission International, 2018.



Fuente: elaboración propia con base en Joint Commission International (2018).

En el mapa anterior es visible la gran concentración de acreditaciones JCI en Medio Oriente (Emiratos Árabes Unidos con 188; Arabia Saudita con 103; 31 en Israel; 15 en Qatar) y el sur y sureste de Asia (China con 103; 64 de Tailandia; 27 de Indonesia, Japón y Corea del Sur, con 26 cada uno; Singapur con 22), lo que es reflejo de una gran inversión por parte de los complejos hospitalarios para adoptar estándares de calidad reconocidos por Occidente. Otros referentes importantes son Brasil (63), Turquía (44), India (38), Irlanda y España (29 cada uno), Italia (23) y Bélgica (18).

Es importante enfatizar que la acreditación ante la JCI no es un requisito indispensable para el turismo médico, pero puede ser un factor que incida en la toma de decisión de potenciales pacientes. En ese sentido, para la región latinoamericana –con la excepción

notable de Brasil– la acreditación es escasa (México tiene 7; Colombia y Perú 5 cada uno; Argentina, Chile, Panamá y Costa Rica poseen 2 cada uno, y algunos otros países, como Ecuador y Nicaragua, solo una). Aquí entran otros factores que explican el posicionamiento de algunas naciones de esta región en el turismo médico global, como la proximidad geográfica (principalmente con EUA, el mayor emisor de pacientes), la calidez en la atención o las recomendaciones de otros pacientes (Ramírez de Arellano, 2011; Connell, 2011a; Johnson, 2014).

En el ámbito académico, existen varias aproximaciones analíticas para abordar el turismo médico, como la mercadológica, la ética, la propia medicina, desde los consumidores y desde aspectos de gobernanza y regulación (Hall, 2013). Esto da cuenta de la multitud de actores, escalas y procesos que conforman esta actividad, pues es un fenómeno mundial que involucra complejos hospitalarios, profesionistas independientes, redes de intermediarios – intérpretes, agencias de viajes, personal administrativo–, consumidores/pacientes, y gobiernos que facilitan las inversiones privadas en el sector de salud (Ramírez de Arellano, 2011; Chee et. al., 2017; Kaspar y Reddy, 2017).

El mercado del turismo médico se segmenta según el propósito, complejidad, tipo de cuidado y costos (Ramírez de Arellano, 2011). En cuanto a las especialidades odontológicas, éstas han tenido un papel cada vez más importante en la economía desde mediados del siglo XX –cuando surgió la odontología cosmética en California–, debido al ideal estético de perfección impuesto por programas televisivos (Ballou, 2009); por otra parte, los procedimientos no cosméticos también son más demandados por la falta de cobertura médica en el sector dental, o su gradual privatización (Winkelmann *et al*, 2013).

- *Turismo dental*

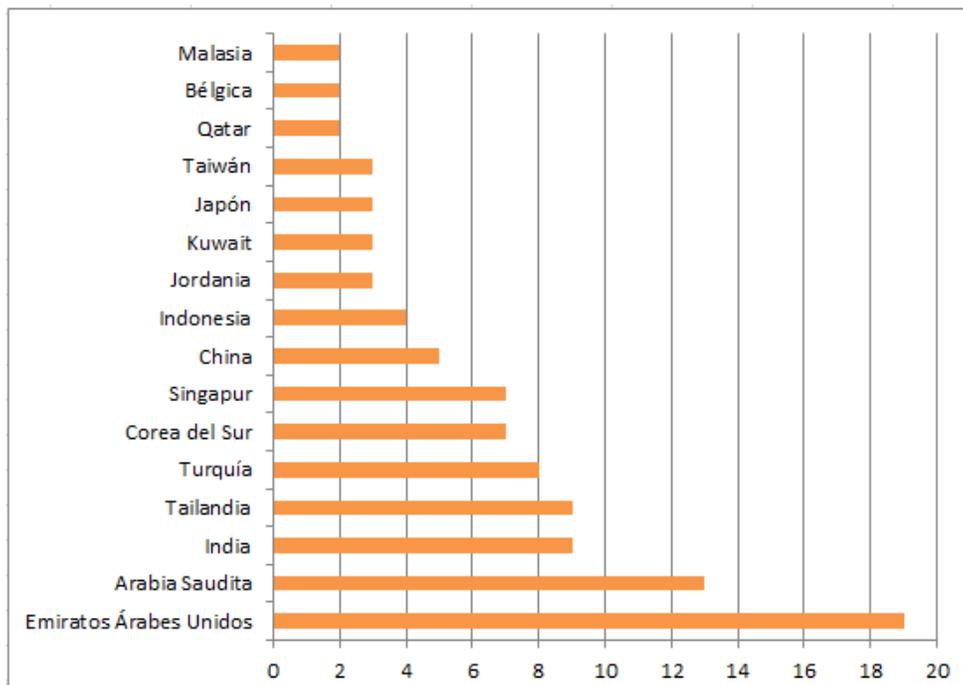
Rosalind Garner, perteneciente al Departamento de Odontología de King’s College (Reino Unido) refirió que “las enfermedades bucales son especialmente inequitativas, pues afectan de manera desproporcionada a los pobres y marginados” (2019: 21; traducción propia), lo que subraya la importancia de analizar la movilidad de pacientes que no pueden atender este tipo de problemas en los sistemas de salud de sus países de origen.

Es preciso señalar que el uso del término “turismo dental” se emplea a partir de lo que plantean diversos autores, cuya definición puede acotarse al “... fenómeno por el cual

individuos activamente buscan y reciben cuidado dental fuera de su país o ciudad de origen” (Chandu, 2015: 403, traducción propia); y también refieren que en particular esta especialidad conforma su propia dinámica, al estar relacionada con la calidad de la salud de la comunidad, la salud pública y la productividad laboral, puesto que una salud dental deteriorada repercute directamente en todos los aspectos de la vida cotidiana, desde el hogar, la escuela y el trabajo (Rephann y Wancheck, 2011). No obstante, se trata de una discusión aún abierta.

Además, hay que considerar que los odontólogos, al estar insertos en un sistema regido por el mercado, se instalan en lugares que les ofrezcan ventajas comparativas, como los mayores ingresos que pueden proporcionarles los pacientes extranjeros, o los menores costos en la provisión de servicios dentales en países en desarrollo –al tener costos laborales menores, por ejemplo en los bajos salarios que perciben los profesionales de la salud en India, en comparación con países de la Unión Europea– (Chandu, 2015). De acuerdo con la JCI, los países acreditados que ofrecen clínicas y programas especializados en odontología se concentran en el continente asiático, y en menor medida, en Europa (ver figura 1.4).

Figura 1.4 Acreditaciones de especialidad odontológica ante JCI, 2018.



Fuente: elaboración propia con base en las estadísticas de JCI (2018).

La figura 1.4 constata una gran concentración de acreditaciones para servicios odontológicos en Oriente Medio (comandados por Emiratos Árabes Unidos con 19 y Arabia Saudita con 13). La acreditación ante JCI puede ser un motivo para que los pacientes elijan

estos destinos; sin embargo, existen otros factores que pueden resultar de mayor relevancia, como la proximidad (geográfica y/o cultural) o el diferencial de precios (Ramírez de Arellano, 2011), por lo que los principales destinos del turismo dental a nivel internacional –de acuerdo con artículos especializados– son otros países que no se corresponden exactamente con lo mostrado en el gráfico anterior, pues se trata de Tailandia e India (que sí poseen acreditaciones, aunque no de manera tan destacada), Hungría, Polonia y México (que ni siquiera aparecen en el gráfico).

Estos cinco países se distinguen por ofrecer ventajas muy notorias en el precio de los procedimientos y tratamientos en comparación con otros países más desarrollados (Hall, 2013; Connell, 2011a, 2011b; Cohen, 2014), aun cuando no estén plenamente reconocidos ante instancias internacionales, pues cuentan con otros mecanismos de promoción (generalmente marketing y recomendaciones de boca a boca entre pacientes). A continuación, se analizó el panorama de cada uno.

- *Tailandia*

Este país tiene una de las historias contemporáneas pioneras en el turismo médico, pues el surgimiento de esta actividad se remonta a la década de 1980, cuando creció la inversión extranjera directa en hospitales privados a consecuencia de la privatización del sector de salud pública (Cohen, 2014). La actividad tuvo un crecimiento acelerado gracias a la promoción internacional de los hospitales privados tras la crisis económica de 1997-1998 y la competencia por captar a los pacientes de Medio Oriente que ya no podían atenderse en EUA tras los ataques del 11-S (Wilson, 2011).

Tailandia resulta un ejemplo exitoso de la combinación del sector de cuidado de la salud con ventajas competitivas como los precios bajos, la reputación de sus médicos –construida gracias a los grandes avances en la medicina, tanto en las universidades como en el sistema público y el militar– y la existencia de otros atractivos turísticos, como destinos culturales o de playa (Wilson, 2011; Wongkit y McKercher, 2013).

Algunos autores sitúan en 2004 el inicio de un sistema dual de salud, dividido en una parte pública, que opera con fondos del Estado y plantea un nuevo esquema de seguridad social más barato, y una parte privada, de lujo, que opera con capital de particulares, orientado a consumidores internacionales (Wilson, 2011). Aunque otros autores refieren la existencia de esta dualidad desde la década de 1980, cuando surgieron los hospitales privados para

satisfacer las necesidades nacionales de las clases medias y altas emergentes (Alberti, Giusti y Papa, 2014).

Como destino de turismo médico, Tailandia resulta atractivo para pacientes del sureste de Asia, Europa y EUA, en rubros como cirugías cardíacas, cosméticas, de cambio de sexo, oftálmicas, procedimientos óseos, tratamientos de fertilidad y atención odontológica, pues los costos se reducen hasta un 75% en relación con los países emisores (Wongkit y McKercher, 2013).

El país cuenta con una figura de autoridad especializada (*Tourism Authority*), que impulsó campañas publicitarias desde 2003 para favorecer esta actividad, así como la emisión simplificada de visas (Cortez, 2008) y la oferta de paquetes en agencias especializadas (Wongkit y McKercher, 2013). Sumado a que cuenta con clínicas odontológicas acreditadas ante JCI, la imagen internacional de Tailandia suele asociarse con seguridad y un clima cálido favorable para la recuperación tras procedimientos médicos. Además, posee servicios complementarios atractivos, como masajes y spas, que suelen ofrecerse en conjunto con los tratamientos odontológicos (Harryono, Huang, Miyazawa y Sethaput, 2006).

Se considera que ya existe un clúster médico consolidado en Tailandia, desde 2010, concentrado en la capital y en general en el ámbito urbano, que lo convierte en uno de los mayores mercados globales –el otro es India– (Piazolo y Zanca, 2011) y que sigue atrayendo cada vez más pacientes a nivel internacional, en donde las especialidades odontológicas son de gran relevancia (Alberti, Giusti y Papa, 2014).

- *India*

Este país puede considerarse la meca del turismo médico (Cook et al, 2013) debido al ahorro que ofrece a los pacientes que lo eligen, además de una gran cantidad de especialidades brindadas, en un porcentaje considerable, por médicos formados en el extranjero –y que hablan inglés– y el crecimiento de hospitales corporativos (Sengupta, 2011; Mitra y Chawla, 2016).

India resulta atractivo en especial para pacientes de Medio Oriente, Europa y EUA, que buscan procedimientos complejos con un costo hasta 90% menor que en sus países de origen en especialidades como cardiología, endocrinología, nefrología, neurología, cirugía ortopédica, oftalmología, urología y odontología, además de tratamientos de fertilidad y trasplante de órganos (Cortez, 2008; Kaspar y Reddy, 2017).

La privatización del sector salud en ese país se inició en la década de 1990, centrada en la provisión de servicios de salud para la élite india, pero el neoliberalismo creó condiciones para su rápido crecimiento (Sengupta, 2011). Con un notable acento en el marketing, el servicio privado es opuesto al que se provee en el sector público (Connell, 2011a) –aunque, de acuerdo con Kaspar y Reddy (2017), en buena medida se ha originado por subsidios públicos e impuestos laxos para la importación de tecnología médica–, pues ha provocado el colapso virtual de la salud pública ante la caída de la inversión en este sector y la migración de profesionales de la salud al sector privado⁸, donde pueden obtener ingresos mayores (Sengupta, 2011).

El gobierno indio ha implementado una estrategia para posicionar al turismo médico como parte de la política nacional desde 2002, a través de concesiones de terrenos para los complejos hospitalarios, condonación de impuestos y emisión de visas especiales⁹, así como el otorgamiento de créditos a hospitales de alta capacidad (más de 100 camas), subsidios a la capacitación del personal, establecimiento de convenios con aseguradoras privadas y acuerdos bilaterales con varios países (Cohen, 2014).

En cuanto al turismo dental, India es un mercado muy importante, pues cuenta con una gran cantidad de clínicas y hospitales con altos estándares de calidad internacional, concentrados en las grandes áreas urbanas. Se trata de una actividad planificada en la que colaboran dentistas, agencias de viajes y compañías turísticas para ofertar paquetes que incluyen tratamientos odontológicos –los más buscados: endodoncias, carillas, obturaciones, coronas, implantes y blanqueamientos– y tours personalizados (Mitra y Chawla, 2016).

- *Hungría y Polonia*

Los ciudadanos de la Unión Europea pueden recibir atención en cualquier país que sea miembro, pues los gobiernos se transfieren los costos; no obstante, el proceso aún es poco transparente, por cuestiones como reembolsos o la organización del viaje, además de que deben cumplirse ciertas condiciones (Carrera y Lunt, 2010). Los principales flujos al interior de esta región ocurren de Europa Occidental a Hungría, de Reino Unido a Polonia, Malta y

⁸ De acuerdo con Vijaya (2010), para el año 2009, el 90% de los doctores indios trabajaba en el sector privado, tratándose de una tendencia que se acentuó en el siglo XXI.

⁹ En India, existe un tipo de visa especial, denominado M, que se otorga a aquellos pacientes que buscan obtener tratamiento en hospitales reconocidos. Se brinda también para un acompañante (si son dos o más, deben hacer el trámite por separado), es válida por un año o el periodo que dure el tratamiento, y permite un máximo de tres ingresos al país en un año (Belo, 2017).

Chipre, y de Europa Oriental a Hungría, Polonia y Lituania (Reddy et al, 2010; Carrera y Lunt, 2010).

Los casos de Hungría y Polonia han sido menos estudiados que los anteriores, en buena parte porque se les considera mercados emergentes en el turismo médico (Carrera y Lunt, 2010). Polonia ha intentado posicionarse principalmente en especialidades odontológicas y cosméticas, para atraer pacientes provenientes de Rusia y del centro de Europa (Cohen, 2014); mientras que el caso de Hungría se encuentra un poco más documentado.

Hungría se considera el principal destino para tratamientos dentales en Europa. El cuidado dental húngaro se privatizó en 1995, lo que permitió el surgimiento de nuevos proveedores que atendían demanda foránea, en especial la proveniente de Austria, debido a insuficiencias en la cobertura de salud de ese país. A ello se sumó el impulso dado por el surgimiento de aerolíneas de bajo costo, el ingreso a la Unión Europea y la introducción de la Tarjeta de Salud Europea (*European Health Insurance Card*) como sistema de portabilidad para atenderse en otros países (Winkelmann et al, 2013). Los cruces transfronterizos por atención odontológica cobraron fuerza en la década de 1990 (Kovacs y Szocska, 2013).

En cuanto a la participación gubernamental en este sector, ésta tiene un carácter activo, ya que el gobierno húngaro facilitó la creación de equipamientos adecuados para la actividad. En 2010, la atención odontológica para extranjeros se convirtió en una prioridad de Estado, con la finalidad de adaptarse a las tendencias del mercado internacional, aunque no existe información oficial sobre el comportamiento del turismo médico en el país (Michalkó, Rátz y Hinek, 2012). Cabe destacar que los consultorios privados no están enfocados de manera exclusiva en la atención para extranjeros, sino que también tratan a ciudadanos húngaros que puedan costearlos (Kovacs y Szocska, 2013).

El turismo dental en Hungría se concentra en la capital (más del 50%, que está ligado a la recepción de turistas vía aérea) y otra parte importante en ciudades que hacen frontera con Austria (Michalkó et al, 2012; Kovacs y Szocska, 2013); en particular, Sopron se ha convertido en el destino más conocido, debido a su alta concentración de especialistas odontológicos (también de optometristas, cabe mencionar), con una relación de 200 dentistas para una población de 20 000 habitantes, lo que resulta una concentración muy alta de especialistas (Herrick, 2007). En suma, Hungría es un caso de importancia regional –su área de influencia es la Unión Europea– que puede tener potencial para posicionarse a nivel global.

- *México*

De acuerdo con Garner (2019), México capta 25% de los pacientes a nivel mundial que recurren al turismo dental como opción para recibir atención odontológica, y la mayoría de ellos provienen de EUA por la cercanía. Según Timothy (2001), la dinámica entre México y EUA otorga un papel muy importante a las localidades mexicanas fronterizas, que son muy populares entre los ciudadanos estadounidenses para hacer compras – principalmente de artesanías, frutas tropicales, alimentos, bebidas y licores, muebles, productos de piel, así como consumo de entretenimiento, reparaciones de automóvil– y recibir atención médica (en especial, prescripciones farmacológicas¹⁰) y odontológica.

Diversos autores señalan la importancia de México como protagonista en el turismo médico mundial. Por ejemplo, Connell (2011b) hace referencia a una atractiva proximidad con EUA y una gran influencia de los migrantes para propiciar desplazamientos en busca de atención médica, odontológica o farmacológica; mientras que Eissler (2011) plantea que los pacientes estadounidenses que se atendieron en México en general recomiendan su experiencia, por la alta calidad médica y la calidez recibida durante su tratamiento. Por otra parte, Garner (2019) refiere que los viajes que los estadounidenses realizan a México buscando atención médica y odontológica costeable pueden estar enmascarando una profunda crisis del sector salud en EUA, con énfasis en el sector odontológico.

ProMéxico, un fideicomiso público del gobierno federal sectorizado a la Secretaría de Economía, apoya industrias estratégicas para el país, entre las que se cuenta el turismo médico –enlistado indistintamente como turismo de salud, también–. De acuerdo con esta entidad paraestatal, existen 11 agrupaciones médicas que se distribuyen en 12 estados que resultan relevantes para el turismo médico: Ciudad de México, Quintana Roo, Yucatán, Puebla, Jalisco, San Luis Potosí, Tamaulipas, Nuevo León, Chihuahua, Sonora, Baja California y Baja California Sur (ProMéxico, 2017), lo que corrobora una concentración de esta actividad en la frontera norte, el sureste y en centros urbanos de alta jerarquía (Zermeño, 2017).

Una de las fortalezas señaladas por ProMéxico en relación con el turismo médico es la competitividad de los precios –ahorros de entre 35% y 85%–, la reducción de tiempos

¹⁰ Los fármacos en México suelen ser más económicos que en su vecino del norte (Oberle y Arreola, 2004); y de acuerdo con Dalstrom (2012), además pueden ser adquiridos sin receta debido a una regulación más laxa, lo que desencadena incluso que algunos pacientes establezcan sus propias redes de adquisición (i) legal de medicamentos en México.

de espera y la diversidad de especialidades ofertadas, entre las que se cuentan cardiocirugía, cirugía plástica, oftalmología, oncología, odontología, etcétera (ProMéxico, 2017).

En cuanto a la especialidad odontológica, México puede considerarse como un destino en consolidación, con la ventaja comparativa de captar a los turistas dentales de EUA, que representan el 25% de ese grupo a nivel global (Turner, 2009; Kamath et al, 2015). Varios de los destinos mexicanos que ofrecen atención dental se localizan en la frontera con EUA, como se resume en la tabla 1.4.

Tabla 1.4. Destinos de turismo médico posicionados a nivel nacional que ofertan especialidades dentales, 2017.

Destino de turismo médico	Entidad federativa
Monterrey	Nuevo León
Tijuana	Baja California
Mexicali	Baja California
Los Algodones	Baja California
Ensenada	Baja California
Rosarito	Baja California
Tecate	Baja California
Nogales	Sonora
Navojoa	Sonora
Hermosillo	Sonora
Puerto Peñasco	Sonora
San Luis Río Colorado	Sonora
Reynosa	Tamaulipas
Matamoros	Tamaulipas
Nuevo Laredo	Tamaulipas
Ciudad Juárez	Chihuahua
Guadalajara	Jalisco
Cancún	Quintana Roo
Mérida	Yucatán

Nota: Esta tabla no da cuenta del tipo de presencia (ya sea como parte de la oferta de consorcios hospitalarios, o clínicas especializadas). Fuente: elaboración propia con base en ProMéxico (2017).

Como puede observarse en la tabla anterior, hay una fuerte tendencia a la concentración del turismo médico –y con él, también el dental– en el norte del país. La frontera norte está integrada por 81 municipios de México y 25 condados de EUA, a lo largo de más de 3200 kilómetros (Martínez, 2015) y tiene como vocación económica lógica la

industria (influida por características del entorno, sus recursos naturales, las vías de comunicación, riqueza energética y minera), a lo que se sumó la apertura comercial y condiciones favorables para la actividad fabril (Díaz-Bautista et al, 2005).

Por otra parte, existen destinos que no se encuentran en la franja fronteriza con EUA, y que cuentan con oferta de servicios dentales, responden a dinámicas diferentes, puesto que ya eran destinos consolidados debido a otros atributos, como playas o recursos culturales (por ejemplo, el caso de Cancún), por lo que esta actividad resulta complementaria, mientras que, en los casos del norte, tiene un papel preponderante en la economía local (Adams et al, 2017).

A estas condiciones, se suman diversas acciones por parte del Estado. En 2007, el ejecutivo federal promovió iniciativas para crear programas orientados al desarrollo del turismo médico –tema que comenzaba a ser mencionado en la política nacional–, a través de la suma de esfuerzos de médicos, hospitales, hoteles, laboratorios, cámaras de comercio y gobiernos locales (Presidencia de la República, 2007), lo que se reflejó en las políticas de varios municipios y entidades de la frontera norte.

Lo que distingue a Los Algodones, Baja California, de otras localidades fronterizas que han comenzado a incluir el turismo médico en su oferta –y en particular el dental–, es la muy alta concentración de especialistas y negocios directamente relacionados con servicios odontológicos¹¹ (Ramírez, 2005), así como su expresa orientación a facilitar los viajes de estadounidenses y canadienses con fines médicos, y la ausencia de ocio nocturno, lo que mejora la percepción de seguridad por parte de los visitantes (Judkins, 2007).

Otro factor a considerar es que, a diferencia de otros destinos de turismo médico en la región fronteriza, esta localidad es más pequeña –en términos demográficos y de extensión territorial–, por lo que el reconocimiento internacional¹² con el que cuenta su oferta de servicios odontológicos) está en función de factores circunscritos a dinámicas en otras escalas.

¹¹ De acuerdo con la OMS, una tasa idónea de disponibilidad de dentistas a nivel mundial es de un dentista por cada 3500 habitantes (Europa Press, 2018). Los Algodones, con una población menor a 6000 personas para 2010, requeriría únicamente de dos dentistas; no obstante, al estar enfocados en la oferta de servicios a extranjeros, la localidad presenta una concentración de 350 consultorios aproximadamente. Calculando una media conservadora de dos dentistas por consultorio, habría 700 dentistas en menos de un kilómetro cuadrado.

¹² Hay numerosas referencias a esta localidad como *Molar City* en blogs estadounidenses y canadienses (Judkins, 2007).

Capítulo 2. Análisis de los servicios de atención a la salud en México y Estados Unidos de América (EUA).

En este capítulo se expone una revisión general de las diferencias entre los servicios de salud de México –en tanto país receptor– y EUA –como su principal mercado–, señalando las diferencias históricas en la formación de cada Estado-nación y las repercusiones para la salud pública y privada que se ofrece en ambos territorios. Realizar esa comparación resultó fundamental para explicar la dinámica de los pacientes que salen de EUA para encontrar atención dental en México, lo que requirió incluir el componente fronterizo de la actividad.

2.1 Privatización de los servicios de salud y desplazamientos internacionales de pacientes

La globalización ha traído consigo transformaciones en la producción económica, el comercio, las políticas regionales y tratados de cooperación, avances tecnológicos, flujos migratorios, movilidad y tendencias socioculturales (Lunt et al, 2015); particularmente, el sistema global de libre comercio ha heredado problemas sociales de décadas anteriores, como violencia y pobreza (Núñez, 1992). En este amplio conjunto, también está comprendida la economía del ocio –dentro de la cual se encuentra el turismo, en todas sus variantes– en un contexto de creciente desempleo y desigualdad (Fraga et al, 2015).

En el caso del turismo, esto es visible con la penetración del marketing como elemento de promoción y distribución de la riqueza, que permite la captación de beneficios para unos cuantos (Higgins-Desbiolles, 2004), además de que, comúnmente, los flujos turísticos han evidenciado la desigualdad existente entre el norte y el sur (Amilhat-Szary y Guyot, 2009).

Desde la implantación del neoliberalismo, el turismo ha cambiado en respuesta a las exigencias del mercado, bajo un esquema de competitividad, flexibilidad y segmentación (Santana, 2003), generando proyectos que moldean las relaciones entre Estados, economías desreguladas y la sociedad, y, al tener un enfoque de negocios, profundiza las desigualdades existentes (Mosedale, 2016; Cook, 2010). Además, no hay que perder de vista que el territorio, en tanto espacio real y simbólico, ocupa en el turismo un lugar determinante, ya sea como factor de motivación para los desplazamientos o como

justificación del ordenamiento territorial (Bringas, 2004), o como objeto de transformaciones –en ocasiones dramáticas– derivadas de la actividad turística.

En ese marco, la incorporación de los desplazamientos internacionales por motivos de salud en el espectro del llamado turismo médico cuenta con la globalización como elemento estructural, lo que deriva en un segmento turístico marcado por la competitividad y la volatilidad (Lunt et al, 2015), ya que depende de la persistencia de disparidades económicas, administrativas y/o de carácter legal para así permitir la competencia por proveer servicios y bienes médicos (Judkins, 2007). Es por eso que su dinámica no responde exclusivamente a flujos “norte-sur” o “sur-norte”, sino que, al estar en función de las necesidades de los pacientes y su poder adquisitivo, son multidireccionales (Horsfall y Lunt, 2015; Connell, 2015).

La globalización siempre ha planteado un juego de poder desigual, en el que los países subalternizados están obligados a participar bajo un sistema de reglas diferente del de países desarrollados, pues pese a haber obtenido su independencia, han sido incapaces de reorientar sus economías. En el caso de la salud, los países en desarrollo fueron conducidos a implementar programas de ajuste estructural que afectaron directamente la calidad de los sistemas públicos de salud, (Fort, 2006), lo que se ha traducido en una desigualdad creciente. Como menciona Milanovic (2002), algo que sintetiza el estado global de la salud como derecho humano es el hecho de que, quince años después de la introducción de los antirretrovirales para tratar el SIDA, más del 95% de quienes lo padecen no pueden acceder a ellos por falta de recursos para pagarlos.

La globalización de industrias relativas al cuidado de la salud (mercado de profesionistas del sector, corporaciones transnacionales, farmacéuticas y aseguradoras) resulta representativa de este nicho de mercado (Cortez, 2008), en el que la salud se ve como un bien público y a la vez como mercancía internacional, lo que tiene consecuencias según las particularidades institucionales del país en cuestión (Ormond, 2011; Barros, 2015). Asimismo, el turismo médico se define como un elemento de transición entre una era de deterioro de los límites nacionales para proveer servicios de salud y una era global de gran movilidad, que reorganiza las relaciones entre trabajo y capital, Estado y pacientes (Kaspar y Reddy, 2017; Ormond, 2011).

Además, la racionalidad neoliberal genera una re-territorialización de las relaciones generadas a través del cuidado médico, así como la reorganización de los intereses nacionales para explotar ese sector, que resulta en una especie de subcontratación del

cuidado de la salud, al transferir procedimientos costosos a países periféricos (Turner, 2007; Ormond, 2011). Esto da como resultado un negocio funcional a las fronteras internacionales, aprovechando el diferencial de precios (Judkins, 2007).

Pese a ser una fuente potencial de ingresos, no es factible la implementación del turismo médico en todos los países, pues su éxito se limita a aquellos con ventajas económicas y políticas (Martínez, 2015), en los que el Estado se ve limitado a un papel de proveedor de atención médica, con colaboración de actores privados, ante el auge de los servicios particulares, que proliferaron junto con el ascenso del neoliberalismo (Cortez, 2008; Sengupta, 2011).

Los tres factores de producción –tierra, trabajo y capital– influyen directamente en el costo de la atención médica, por lo que los países subdesarrollados cuentan con la posibilidad de ofrecer precios más competitivos por varias circunstancias, como la concesión de tierras por parte del Estado para edificar complejos hospitalarios, el salario más bajo de los profesionistas de la salud, la atracción de empresas transnacionales que absorban costos de instalación y suplir la demanda de bienes no especializados (guantes, sábanas, camas) en maquiladoras, por mencionar algunas (Reisman, 2015).

Al enumerar estos factores, se visibiliza que el alza del turismo médico –que tuvo un incremento notable entre 2000 y 2005– abre el debate en numerosos temas contemporáneos, como la inequidad del acceso a la salud y su gradual privatización, la dependencia tecnológica de los países subdesarrollados y la globalización de los servicios médicos (Connell, 2011b). Asimismo, se abren interrogantes sobre su potencial para crear sistemas duales en los países receptores, en los que exista, por un lado, un sistema de élite para extranjeros, y por otro, uno de bajo perfil para la población local (Young et al., 2013), lo que depende de las políticas de cada país, su habilidad para regular, el grado previo de privatización y de subsidio, así como la existencia de mecanismos financieros de redistribución (Whittaker, 2015).

El crecimiento de mercados privados de salud en países en desarrollo ha ocurrido a costa del deterioro de los sistemas públicos, pues el beneficio se queda en los proveedores y no en la población (Hopkins et al, 2010), por lo que la falta de regulación que hasta ahora acusa el turismo médico puede provocar que las sociedades emisoras de pacientes dejen de presionar a su gobierno para la adecuada provisión de servicios de salud, así como un sistema dual que amplíe la brecha de desigualdad en las sociedades receptoras (Whittaker et al, 2010).

Al estar definido por la privatización, la desregulación y la competencia, el turismo médico causa controversia por consideraciones éticas y de justicia social, puesto que, al satisfacer las necesidades de pacientes con mayor poder adquisitivo, genera incertidumbre para la atención médica de la población receptora al concentrar trabajadores del sector, infraestructura médica y la distribución de recursos financieros que brinden una atención de alta calidad –para los extranjeros– (Connell, 2011a). Esto ocurre porque la construcción de un destino de turismo médico no puede existir exclusivamente por iniciativa privada, sino que requiere de participación gubernamental y de un marco legal adecuado (Martínez, 2015).

Así, se tiene que el turismo médico es tanto símbolo como consecuencia de las fallas de la privatización y los sistemas nacionales de salud (Connell, 2011a), que ha provocado la apertura de un mercado médico global cuya prioridad es la atención de estratos sociales con mejores ingresos, y que, pese a su discurso –que lo describe como una actividad capaz de asegurar el acceso a la salud y de conducir el desarrollo económico de las localidades receptoras, privilegiando la libertad de elección de los pacientes– excluye a la población más vulnerable (Adams et al, 2017; Adams, Crooks y Berry, 2019).

La existencia del turismo médico provoca cambios en la movilidad de profesionales de la salud y la circulación de biomateriales y tecnología médica (Kaspar y Reddy, 2017), por lo que estos profesionistas, ya de por sí concentrados en áreas metropolitanas debido a la alta densidad de potenciales consumidores (House, 1983) se movilizan a las áreas que se consolidan como destinos de turismo médico. Esta movilidad crea lo que Connell denomina “flujo perverso”, pues atenta contra la capacidad de los sistemas nacionales de salud (2011a) y provoca que los avances tecnológicos y posibles beneficios generados no lleguen a donde más se necesitan, pese a lograr retener a los profesionistas en su país de origen (Beladi, Chao, Ee y Hollas, 2015), creando “islas de desarrollo en un mar de subdesarrollo” (Adams et al, 2019: 5).

Las estadísticas resultan fundamentales para impulsar el turismo médico, ya que son responsables de promocionar el potencial de ahorro, atraer inversiones, mostrar el crecimiento del sector y demostrar su impacto en la economía, pero al estar en manos de empresas privadas –involucradas en la actividad–, organizaciones con intereses comerciales y hospitales corporativos, no se sabe en realidad cómo están construidas, o incluso si son confiables (Horsfall y Lunt, 2015). También hay que considerar que suelen ignorar la actividad transfronteriza, típica de la frontera norte de México.

En los casos donde sí existen datos, se sugiere un reducido efecto positivo del turismo médico en el crecimiento del PIB y una mejoría en la preparación de los profesionales de la salud, pero también un efecto negativo en términos de equidad en el acceso a la salud del país receptor (Hanefeld, Smith y Noree, 2016). El crecimiento de los viajes con fines médicos exagera las desigualdades existentes en la provisión de servicios médicos (Whittaker, 2015), pues al atender a pacientes extranjeros, se desplaza a la población local. En ese sentido, el turismo médico puede alterar una de las bases del Estado de bienestar, dando especial énfasis a las fuerzas de mercado –lo que a su vez podría perpetuar la transferencia de problemas de provisión de servicios médicos a los países receptores (Vijaya, 2010).

Pese al potencial atractivo para los inversionistas, los beneficios no llegan a la sociedad receptora (Barros, 2015), que además puede verse afectada por aumentos en listas de espera, un menor acceso a los servicios en zonas rurales y la no disponibilidad de camas en el sector público, provocados, entre otras razones, por la concentración de personal en el sector privado, cuyos hospitales, generalmente con baja ocupación, están planeados para los extranjeros y resultan inaccesibles para los locales (Connell, 2011a).

En síntesis, los altos costos de servicios de salud en países desarrollados han provocado que los pacientes traspasen fronteras para buscar mejores precios, en buena parte gracias al auge del internet (Beladi et al, 2015), que se ha convertido en un importante motor del turismo médico. No obstante, esta libertad de elección que promociona la industria (para los pacientes) puede afectar a las comunidades receptoras en muchas formas que aún no terminan de explicarse, dejándolos desprotegidos y en la incertidumbre (Reisman, 2015).

2.2 Provisión de servicios de salud en México y EUA.

La medicina, en cuanto a su provisión, puede dividirse en tres grandes grupos. El primero de ellos es la medicina liberal, nacida junto con la revolución industrial, está relacionada con el deseo de los patrones de cuidar la salud de sus trabajadores para elevar sus ganancias, por lo que su principal factor limitante es el dinero; mientras que el segundo es la medicina socializada, con orígenes en la revolución rusa y de carácter igualitario, permeó en los aparatos legales de otros países, incluso algunos que no eran comunistas (Aguilar, 1969). Ambas suelen mezclarse, la primera en forma de sector privado, mientras que al sector público se le relaciona con la práctica socializada.

El tercer grupo es la medicina institucional. Surgió como alternativa para poner al alcance de la comunidad las diferentes modalidades médicas (medicina preventiva, paliativa y curativa¹³), y supera las limitaciones tecnológicas y humanas de la medicina liberal. Se trata de una práctica común en países en vías de desarrollo: por ejemplo, el sector público –del cual el peso más importante recae en las instituciones públicas– provee el 79% de servicios de salud en Asia, el 84% en África y el 71% en América Latina (Aguilar, 1969; Hanson y Berman, 1998).

La combinación de estos grupos de provisión de servicios médicos en cada país es única, y se materializa en la seguridad social, que es un dispositivo de justicia social y bienestar que reconcilia los intereses de diversos sectores de la sociedad, como el gobierno, las empresas, sindicatos, organizaciones de comercio, etcétera (Núñez, 1992). Se atribuye a Alemania el surgimiento de la seguridad social como respuesta al socialismo, en 1883, incluía seguro de vejez, por enfermedad, accidentes e incapacidad, y era obligatorio para todos los trabajadores (Aguilar, 1969).

En cada país, la seguridad social es diferente, pues se constituye según políticas e intereses, pero a nivel mundial representa un instrumento fundamental de toda organización social moderna, que implica un compromiso colectivo de compartir riesgos y recursos a través de una respuesta organizada y pública, capaz de disminuir las privaciones económicas y sociales de la vida contemporánea (Narro, 1992).

Uno de los ejes principales de la seguridad social es el sistema de salud, que se compone de dos elementos: 1) recursos (físicos y humanos) y 2) organización (estructura y accesibilidad), y puede responder a tres tipologías: a) liberal, basado en esquemas de medicina privada en los que rige el mercado; b) servicio nacional de salud, financiado con impuestos, y c) mixto, en el que la cobertura pública es parcial (Alcántara y Graue, 2010).

Mientras algunos sistemas de salud buscan dar énfasis al acceso universal, otros tienen como prioridad controlar los costos, mejorar la eficiencia o procurar la equidad en la atención; esto se debe a factores históricos y culturales. No obstante, la mayoría de los aparatos de seguridad social combinan la regulación y provisión gubernamental de servicios de salud –cuya máxima expresión es el sistema nacional de salud– con la provisión a través

¹³De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) y a Lifshitz (2014), la medicina preventiva es el conjunto de actuaciones que busca prevenir enfermedades en la población, la medicina paliativa es el conjunto de cuidados que mejoran la calidad de vida cuando ya existe una enfermedad, y la medicina curativa comprende acciones que buscan eliminar esa enfermedad, si es posible. Los tres tipos de medicina se complementan entre sí, y no son las únicas categorías que existen: también se habla de atención primaria, secundaria y terciaria, entre otras clasificaciones.

de privados (Rice, 2008).

La provisión de servicios de salud puede plantearse desde dos perspectivas. La primera, desde la demanda, permite vislumbrar dos estrategias para cubrir los costos de los servicios: a) que las personas paguen impuestos en proporción a sus ingresos y utilicen los servicios en proporción a sus necesidades y recursos –es decir, los ricos pagan más–; b) que los usuarios paguen al momento de utilizar los servicios requeridos –los pobres y enfermos pagan más–. Por otra parte, un planteamiento desde la infraestructura busca eficiencia presupuestal, por lo que se hace un racionamiento basado en la capacidad de pago (Rice, 2008), sin considerar la capacidad de pago o necesidades de los usuarios.

Sin embargo, resulta fundamental tomar en cuenta la penetración de la dinámica capitalista en el sector salud, pues ya se contempla como un mercado más, en el que la competitividad transforma las relaciones entre proveedores de servicios médicos y pacientes. El hecho de hablar de un “mercado de la salud” conllevaría asumir que los consumidores saben qué bienes y servicios les convienen, que están bien informados, y que sus preferencias no pueden ser influidas por los proveedores (Rice, 2008), condiciones que normalmente no se cumplen.

El hecho de que la salud se contemple como mercancía –inserta en un comercio internacional de servicios que suele verse como un vehículo de desarrollo– contradice los objetivos de los sistemas de salud, ya que disminuye la propensión de los gobiernos a aceptar la responsabilidad social que tienen sobre el cuidado de la salud, y esto conduce a que los sistemas se segmenten y dejen de ser equitativos (Vijaya, 2010).

Las desigualdades y fallas en los sistemas nacionales de salud impulsan en gran medida la necesidad de viajar para recibir atención médica (Martínez, 2015), y si los pacientes buscan atención fuera de su sistema de salud, pueden comprometer el delicado equilibrio político que eso representa, pues implicaría que hay que reevaluar las bases, como costos, calidad y acceso (Cortez, 2008). A continuación, se analizan las principales características de la provisión de servicios de salud en ambos países (tabla 2.1).

Tabla 2.1. Comparación de la provisión de servicios de salud en EUA y México, 2019.

Criterios seleccionados	EUA	México
Antecedentes de la provisión de servicios de salud	Gestiones de asociaciones médicas privadas (segunda mitad del siglo XIX)	Instituciones eclesiásticas de la época colonial (primera mitad del siglo XIX)
Primeras instituciones	<i>American Association for Labor Legislation</i> y <i>American Medical Association</i> (1847, de carácter privado)	Juntas Provinciales de Sanidad (1813, de carácter gubernamental)
Funcionamiento inicial (I)	Competencia entre agentes privados	Esquemas de asistencialismo social
Funcionamiento actual (II)	Competencia entre proveedores privados (facilitados por programas federales o del propio bolsillo)	Cobertura universal para no asegurados (gobierno federal); provisión institucional para asegurados; servicios privados
Principales instituciones gubernamentales de servicios de salud (hasta 2019) (III)	No tiene (se delega en cada estado)	Secretaría de Salud e IMSS (desde 1943); ISSSTE (desde 1959)
Principales programas federales para proporcionar servicios de salud (hasta 2019) (IV)	<i>Medicare</i> y <i>Medicaid</i> (aprobados en 1965); <i>Obamacare</i> (2010)	Para no asegurados, Seguro Popular (2003-2018: ahora IMSS-Bienestar)
Financiamiento de los programas federales de salud	Mixto: recursos federales, de los estados y provenientes del paciente	Mixto: recursos federales, estados y provenientes del paciente (según su ingreso)
Población contemplada en los programas federales (V)	Sujetos elegibles (mayores de 65 y menores de 21 con alta vulnerabilidad social)	Población asegurada (IMSS e ISSSTE, a través de empleadores) y no asegurada (Secretaría de Salud)
Elegibilidad para los programas federales	Con base en criterios complejos de líneas de pobreza, establecidos por cada estado	Tener empleo formal; en el caso de no asegurados, pretende ser universal
Respaldo legal	<i>Social Security Act</i> (1935); <i>Affordable Health Care for America Act</i> (2010, en actual negociación)	Constitución Política (1917); Ley General de Salud (reformada en 2005)
Participación del sector privado en la provisión de servicios de salud (VI)	Desde el principio fue un sistema privado (mediados del siglo XIX), consolidado en la década de 1920	Desde la década de 1980, con los ajustes estructurales aplicados tras la bancarrota declarada en 1982
Población total y sin cobertura médica federal	2016: 323.4 millones de habitantes, de los cuales 27.3 carecían totalmente de cobertura médica [8.4%]	2015: 119.9 millones de habitantes, de los cuales 17.1 carecían totalmente de cobertura médica [14.26%]

Fuente: elaboración con base en Rice, 2008; Vargas, 2015; Tamez et al, 1995; Oberlander, 2008; Light, 2008; Morone, 2008; Evans, 2008; Aguilar, 1969; Laurell, 2015, Encuesta Intercensal (INEGI, 2015) y <https://www.infobae.com/america/eeuu/2017/03/25/obamacare-plan-de-salud-donald-trump-por-que-estados-unidos-vive-discutiendo-su-sistema-de-salud/> [Noticia consultada el 19 de marzo de 2019].

La tabla anterior muestra las similitudes y diferencias de la provisión de servicios médicos entre EUA y México. Los parámetros seleccionados muestran la importancia de las trayectorias históricas y políticas de ambos países en el cuidado de la salud de sus habitantes, lo que constituye un punto de partida necesario para entender cómo surgió el turismo médico en México. De manera general, estas condiciones explican la génesis de

esta actividad en todas las especialidades, incluida la odontológica.

Mientras los servicios de salud deben cubrir a una población de más de 120 millones de habitantes en México, en EUA se pretende la cobertura para más de 320 millones, lo cual refiere a diferentes necesidades; otra diferencia notoria reside en los antecedentes históricos, pues mientras en EUA se buscó siempre la competitividad entre profesionistas de la salud –agrupados en asociaciones con fines de lucro–, México se vio condicionado por su pasado colonial, que delegó la provisión en instancias institucionales (primero en la Iglesia, y cuando se consiguió la independencia, en el gobierno). Por otra parte, una similitud entre ambos sistemas radica en el esquema tripartita de financiamiento, que incluye las escalas gubernamentales federal y estatal, además de la participación del paciente en diversos grados.

De los atributos presentes en la tabla 2.1, hay seis en particular que tienen una gran incidencia en el turismo médico: el funcionamiento inicial y actual de los sistemas nacionales de salud, instituciones proveedoras de servicios de salud, principales programas federales, población contemplada en la cobertura de servicios de salud y la participación del sector privado en la provisión de estos servicios. Estas características se desarrollan de manera más amplia en los siguientes apartados.

I. Funcionamiento inicial

La historia de la atención a la salud en EUA –único país desarrollado sin un sistema nacional institucionalizado– comenzó a fraguarse de manera formal entre 1912 y 1919, cuando la industria privada (en particular la *American Association for Labor Legislation*¹⁴ y la *American Medical Association*¹⁵) comenzó a captar a los médicos (Morone, 2008). Existen antecedentes directos de una mercantilización de la atención médica desde finales del siglo XIX, cuando los galenos empezaron a ser hombres de negocios al promocionar sus especialidades a altos costos y formaron asociaciones privadas para maximizar sus ganancias (Light, 2008).

En cambio, la salud en México ha seguido un camino muy diferente, pues al ser un

¹⁴ Esta asociación se define a sí misma como “un grupo de defensa temprana para lograr establecer el seguro nacional en Estados Unidos”. Fue fundada en 1847 por un grupo de economistas, que analizaban las condiciones laborales y sus consecuencias para la economía estadounidense. Ver *American Association for Labor Legislation Records, 1905-1943*.

¹⁵ Fundada en 1847, es una asociación de profesionistas y estudiantes de medicina que “busca promover el arte y ciencia de la medicina para el mejoramiento de la salud pública”. Ver *AMA History: 1847 to 1899*, de 2009.

país en desarrollo, la provisión de servicios médicos ha seguido otros patrones. En primer lugar, el legado colonial dejó en manos de la Iglesia la responsabilidad de la asistencia social¹⁶, hasta la consolidación del Estado-nación en el siglo XIX, a lo que siguió la prevalencia de ideas liberales, plasmadas en forma de recompensas y privilegios para trabajadores, así como en las garantías individuales presentes en la constitución de 1917, que elevaron a rango constitucional el derecho a la protección de la salud (Núñez, 1992).

Podría decirse que las trayectorias históricas del Estado mexicano y estadounidense, plagadas de lógicas territoriales y de capital diferentes, permiten ver que el Estado –en tanto relación social– tiene distintas prioridades. Por una parte, el carácter dependiente de México llevó a que se consolidara un Estado que luchaba por tener identidad propia, lo que más adelante quedó plasmado en su constitución, y que en lo tocante a la salud tuvo un carácter liberal, de garantía individual; por otra, EUA fue manejado por los intereses de sus empresarios y capitalistas, lo que quedó evidenciado en un Estado de bienestar conducido por las ganancias y no por el deseo de atender las necesidades de la población.

II. Funcionamiento actual

De acuerdo con varios autores, el sistema nacional de salud de EUA no merece tal nombre, ya que es un desarreglo organizacional, financiero y clínico, que esconde una gran desigualdad, discrimina grupos vulnerables, desperdicia recursos en burocracia y marketing, y posee una estructura fragmentada, por lo que incluso podría afirmarse que no hay un único sistema, sino que hay cincuenta diferentes, uno por cada estado de la Unión Americana (Leichter, 2008; Light, 2008). En este caso, la atención es completamente privada, aunque los estados son quienes administran los recursos, provenientes del nivel federal y de recursos propios.

En México, la provisión de servicios de salud se hace de manera mixta (Aguilar, 1969; Laurell, 2015), a través de un sistema nacional de salud que se sustenta en instituciones públicas (que atienden por separado a población derechohabiente y no derechohabiente, una condición que se establece con base en el aseguramiento a través de empleadores en la economía formal) y proveedores privados (a los que se accede por

¹⁶ Durante la etapa colonial, existieron órganos de salubridad que no dependían de la iglesia, como las Juntas Provinciales de Sanidad (1813) y el Consejo de Salubridad (1833). Para mayor información, consultar *Medicina social y medicina institucional en México*, de Leopoldo Aguilar (1969).

convenios laborales, generalmente cuando se labora en el sector privado, o con recursos provenientes del bolsillo del paciente).

III. Principales instituciones de servicios de salud (hasta 2019)

Existe una enorme complejidad, institucional y financiera en la red de provisión de servicios médicos de EUA, pues carece de instituciones federales que se dediquen a la provisión de servicios de salud, ya que esa tarea se delega en cada estado. Cabe mencionar que se trata de un aparato estatal que no busca resolver problemas de marginación, pues nunca fue parte de la ideología estadounidense suplir las carencias de los sectores necesitados (Levine, 1992).

Podría hablarse de que, desde la consolidación como nación, EUA nunca ha tenido un dispositivo de seguridad social o un sistema nacional de salud: lo más cerca que estuvo de esto fue la promulgación de un Acta de Seguridad Social en 1935, una medida transitoria para paliar el desempleo acarreado por la Gran Depresión (Light, 2008; Morone, 2008).

En México, el sistema de salud pública se creó en la década de 1940, tras la presión ejercida por las fuerzas laborales y a la par de la industrialización acelerada, además del factor de la Segunda Guerra Mundial (Aguilar, 1969). En 1943 se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para brindar seguridad social a los trabajadores de la industria, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), para llevar servicios de salud a la población rural y la urbana marginada; mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se creó en 1959 para atender a la burocracia del Estado. Esto originó una separación, que prevalece hasta la actualidad, entre derechohabientes y no derechohabientes, que se acogían a la acción asistencial, lo que propició inequidad social, centralización y cobertura insuficiente (Narro et al, 2010).

Si bien la SSA desaparecería con el tiempo para dar lugar a la Secretaría de Salud, ese replanteamiento institucional mantuvo las condiciones existentes, por lo que en general puede decirse que las instituciones mexicanas de seguridad social solamente amparan a los estratos medios y asalariados. Esto provoca que se eleve el costo de vida para toda la población –a la que estas instituciones no amparan en su totalidad– debido a que los patrones, quienes pagan las cuotas de afiliación de sus trabajadores, desplazan esa carga económica hacia los consumidores al aumentar los precios de los productos y servicios (Aguilar, 1969).

IV. Principales programas federales para proporcionar servicios de salud (hasta 2019)

El gobierno de EUA paga el 44% de todo el cuidado de la salud, principalmente a través de los programas federales *Medicare*¹⁷, que se asemeja a un sistema de seguridad social – con componentes liberales–, universal para adultos mayores y con elegibilidad para otros grupos, y *Medicaid*, el programa que cubre a los estratos más desfavorecidos –hasta los 20 años de edad–, mientras que el 56% restante es cubierto por los propios pacientes y proveedores privados (Rephann y Wanchek, 2011; House, 1983; Leichter, 2008). No obstante, existen otros programas como TRICARE¹⁸ (para personal militar del Departamento de Defensa) y el *Affordable Care Act*, conocido coloquialmente como *Obamacare*, derivado de una ley aprobada en 2010 (ProMéxico, 2013).

Medicaid se considera el mayor programa de salud, y también el más problemático, ya que consume muchos recursos –estatales y federales–, continuamente sufre elevación de costos, excluye sistemáticamente diversas especialidades como odontología y optometría para mantenerse y aumenta la participación monetaria de los asegurados, que suelen ser de escasos recursos (Leichter, 2008).

Este programa surgió de una propuesta de finales de la década de 1950 para establecer una reforma en el sector salud que atendiera a un grupo clientelar importante para el poder: el de adultos mayores. Basado en la libertad de elegir –servicios privados–, en la actualidad cubre también a grupos vulnerables, como niños, embarazadas y discapacitados por debajo de un estándar preestablecido, denominado línea de pobreza (Grogan, 2008).

En cambio, *Medicare* pretendió una cobertura universal que nunca logró, pues se convirtió en un paquete de beneficios limitados para adultos mayores y discapacitados. Es un programa de carácter federal, que otorga cierta seguridad social a los trabajadores a través de sus empleadores; una vez terminada la vida laboral del asegurado, el plan lo protege de manera limitada y los servicios a los que tiene derecho son de carácter totalmente privado (Morone, 2008).

El objetivo principal de *Medicare* es reducir costos, por lo que no se enfoca en las

¹⁷ No debe confundirse con el principal mecanismo de salud federal vigente en Canadá, que también se llama *Medicare*, pero sigue una lógica completamente diferente. El modelo canadiense consiste en una red de planes provinciales de aseguramiento médico, cuyos servicios son proporcionados por privados y financiados en un esquema público, en donde el gobierno federal asume un papel instrumental de establecer estándares y lineamientos de operación (Deber, 2003; De los Santos et al, 2004).

¹⁸ Hay un segmento de este programa, denominado *TRICARE for life*, que es un gasto de seguros médicos que ofrece cobertura internacional, incluyendo México (Arceo et al, 2012).

necesidades reales de los pacientes; además, propició que los hospitales transfirieran sus gastos a aseguradoras privadas para mitigar sus pérdidas, teniendo una apertura completa al mercado desde 1994 (Oberlander, 2008).

Los médicos y hospitales que proveen servicios para los beneficiarios de *Medicare* no pertenecen al gobierno, sino que son privados, y proveen atención bajo esquemas mixtos en los que aportan tanto el gobierno federal como el paciente, de manera mensual. Se divide en cuatro partes: i) aseguramiento hospitalario, ii) aseguramiento para atención médica, iii) planes alternativos de aseguradoras privadas para las especialidades excluidas (ortopedia, oftalmología, audiología, odontología, cirugías cosméticas y quiroprácticas); y iv) prescripción farmacológica (Barry, 2015).

Lo caótico del sistema de salud estadounidense es que, al ser totalmente privado, carece de una estructura organizativa. Dentro del territorio de EUA, cada uno de los 50 estados decide en qué medida aplica los programas federales y cómo combinarlos (Leichter, 2008), lo que hace aún más difícil la tarea de caracterizar el funcionamiento de este arreglo administrativo que otorga servicios de salud. De manera genérica, incluso hay autores que expresan que no hay un único sistema, sino 50, pues cada estado decide sus prioridades, metas y criterios de elegibilidad (Oberlander, 2008).

En México, el derecho a la salud, pese a estar establecido en la Constitución Mexicana, suele no cumplirse debido a la dispersión de la pobreza y la distribución desigual de recursos financieros, tecnológicos y humanos. Bajo esa justificación, desde la década de 1990 se planteó la cobertura universal mediante un paquete básico de servicios de salud, derivado de una reforma a la Ley General de Salud que indujo el Banco Mundial con una orientación mercantilizadora (1995-2000) para que cada estado ajustara su modelo de atención, así como de la ampliación geográfica de la cobertura mediante equipos itinerantes. Ambas acciones fueron financiadas con recursos fiscales, dentro de políticas de ajuste estructural (Laurell, 2015).

Otra reforma fue introducida en 2003 para crear el Seguro Popular –y así sustituir la reforma de 1995–, que perseguía la cobertura universal a través de cambios graduales para que la financiación estuviera prepagada (en un esquema tripartito Federación-entidad federativa-ingresos familiares del paciente) y no dependiera enteramente del asegurado; es decir, buscaba brindar protección a quienes no fueran elegibles para la cobertura de las otras instituciones de salud (Vargas, 2015). No obstante, ha sido cuestionable la calidad de los servicios proporcionados por este programa, que a menudo fue criticado por su

opacidad y falta de indicadores (Ángel, 2018), por lo que en 2019 fue absorbido por el IMSS en un programa reestructurado, denominado IMSS-Bienestar¹⁹.

V. Población contemplada en los programas federales

El Acta de Seguridad Social (*Social Security Act*) de 1935 fue el punto de partida para los programas actuales *Medicare* y *Medicaid*, surgidos tras reformas largo tiempo discutidas, rechazadas y criticadas –en especial, debido a un creciente temor de lo que se acusaba como tendencia socialista²⁰–, que entraron en vigor en 1965. Entre los dos, cubren a los estratos de mayor pobreza, aunque excluyen a una gran cantidad de personas con empleos temporales y precarios, y constituyen el gasto mayor a nivel federal y de los estados (Cortez, 2008).

La seguridad social en EUA es un objeto de debate en los partidos políticos y una constante fuente de preocupación para la población. Históricamente, la facción liberal defendía la institucionalización de un sistema de protección, mientras que la conservadora cuestionaba el potencial de esas instituciones para fomentar la holgazanería e ineficiencia productiva; no obstante, se debe considerar que, en la realidad, los beneficiarios de la seguridad social –tal y como está planteada en la actualidad– son de clase media, pues son quienes pueden hacer mayores aportes a través del pago de impuestos durante su vida laboral, ya que los más necesitados suelen tener trayectorias laborales inestables (Levine, 1992).

Dada esta situación, además de los numerosos –y a menudo excluyentes– criterios de elegibilidad de los programas federales, no es de extrañar que existan millones de ciudadanos no asegurados (Morone, 2008), pues el bienestar social tuvo desde un inicio un carácter privado (Rice, 2008). Además de las personas sin cobertura, hay que tomar en cuenta a los infra-asegurados, es decir, a aquellos que, aun perteneciendo a algún programa, tienen ingresos tan bajos que éste no les proporciona una cobertura completa, lo que los obliga a menudo a endeudarse para poder complementar esos servicios con

¹⁹ De acuerdo con el IMSS (2019), el objetivo de este programa es atender a 13.1 millones de mexicanos (de 28 estados) en situación de marginación, tanto urbana como rural, a través de la provisión de atención primaria y de algunas especialidades como cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología.

²⁰ Recordar que estas pujas legislativas se dieron en el contexto de la Guerra Fría. La visión original de ambos programas reflejaba ideas liberales, que más adelante chocarían con la visión conservadora contemporánea, que deseaba reafirmar sus pilares (la competencia y el libre mercado). Además, el temor hacia el socialismo estaba presente en todos los ámbitos (Light, 2008; Oberlander, 2008).

planes privados (Turner, 2007).

En México, la suma de las coberturas de instituciones públicas pretende cubrir a toda la población: el ISSSTE se encarga de los trabajadores del Estado y sus familias; el IMSS, de los trabajadores cuyos empleadores y empresas los inscriban al padrón, mientras que la Secretaría de Salud y, recientemente, el programa IMSS-Bienestar (que sustituye al Seguro Popular) buscan acercar los servicios de salud a aquellos no asegurados. No obstante, al igual que en el caso de EUA, hay población que carece de cobertura debido a condiciones de marginación y precariedad, como la labor de millones de mexicanos que se desenvuelven en la economía informal o que viven en comunidades rurales dispersas a donde los servicios no llegan (Laurell, 2015).

VI. Participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

La imposibilidad de los programas federales estadounidenses de lograr sus objetivos (Leichter, 2008) provocó que la administración se delegara en aseguradoras privadas, por lo que los esfuerzos se centraron en controlar los precios y no en tener un sistema eficiente; además, el ascenso al poder de Reagan en 1981 trajo recortes al estado de bienestar para elevar el gasto militar. Como consecuencia, surgió un esquema denominado *Prospective Payment System*²¹, que permitió la entrada de las fuerzas del mercado a través de incentivos para la eficiencia, además de reducir el presupuesto de programas estatales de salud (Oberlander, 2008; Levine, 1992).

La industria médica privada, cuyas raíces se encuentran en la *American Association for Labor Legislation*, comenzó a adquirir fuerza en tiempos de la Primera Guerra Mundial gracias a la captación de médicos, y se consolidó entre 1921 y 1929 gracias a la formación de alianzas con empleadores como General Motors para dotar de servicios médicos a sus trabajadores (Morone, 2008). Se crearon, desde mediados del siglo XX, asociaciones privadas que buscaban maximizar las ganancias, y tuvieron injerencia directa en la elaboración de leyes y la tecnificación de los hospitales, lo que refiere a la realización de prácticas corporativas para mantenerse en el mercado y no necesariamente para la búsqueda del bienestar de la población (Light, 2008).

Las aseguradoras privadas, que operan con subsidios públicos, tienen un rol

²¹ Este sistema fijó precios y esquemas de pagos a los hospitales, y se tenía que priorizar la atención según la gravedad del diagnóstico. También puso un tope salarial para los médicos según su antigüedad, habilidades y preparación.

dominante en la percepción sobre la provisión de servicios de salud en EUA, y la mayoría de sus paquetes están ligados a patrones y trabajadores, pues cerca del 60% de la población total depende en mayor grado de cobertura privada al no ser elegible para los programas federales o estatales, debido a la brecha de desigualdad en el ingreso. La desigualdad se agrava porque los seguros privados aumentan los costos de sus servicios para los grupos de mayor riesgo, que generalmente son de escasos recursos y tienen que acudir a programas de asistencia pública específica (Evans, 2008; Morone, 2008).

La atención médica privada en México también ha formado diversas asociaciones y consejos, si bien, con menor injerencia legislativa que las estadounidenses. Provee el 52% del cuidado médico del país (del cual, el 97% es pagado del bolsillo de los pacientes) y en general atiende a las clases más altas, que acceden a ella por recursos propios, o trabajando en empresas privadas que mantienen convenios con los centros de atención privada (Vargas, 2015; Tamez et al, 1995).

El crecimiento de los seguros médicos privados en México es hasta ahora el mayor pilar del crecimiento de este sector (Eibenschutz, 1991), pero esto no habría sido posible sin las modificaciones legales promovidas por el Estado, que inició una desregulación en 1986 para fomentar la competencia y promover la eficiencia. Con esto, el Estado ya no es el mayor productor de servicios de salud, sino que prioriza la generación de condiciones para el desarrollo del libre mercado de la atención médica (Tamez et al, 1995).

Finalmente, derivado de la implantación del turismo médico, retomó importancia el papel de las pólizas de responsabilidad médica, que son una forma de introducir la incertidumbre y el riesgo en la praxis médica; su finalidad es prevenir los comportamientos y prácticas negligentes de los médicos, o garantizar una compensación en caso de que los pacientes hayan experimentado daños (Carles, 2003). El precio de estas pólizas es mucho menor en México que en EUA (Rix-Paxson, 2018), lo que también influye en que los costos de atención y provisión de servicios sean mucho menores en México.

2.3 Potencialidades para el turismo médico en México

Como ya se revisó, el sistema de salud estadounidense no es equitativo ni eficiente²², lo que abre la puerta a nuevas opciones para que aquellos infra-asegurados o no asegurados

²² De acuerdo con Evans (2008), los conflictos de este sistema suelen abordarse desde la perspectiva financiera, sin intervenir en la calidad de lo que lo convierte en un sistema multiclase y fragmentado.

contemplan otras opciones para recibir atención médica. Por esa razón, los residentes estadounidenses –generalmente aquellos de ingresos bajos, que no encajan en los programas federales o privados, o bien de origen latino– comenzaron a buscar alternativas más accesibles, como los pueblos fronterizos mexicanos, en los que pueden comprar bienes y servicios relacionados con la atención médica, en especial en farmacias, ópticas y consultorios dentales (Oberle y Arreola, 2004; Dalstrom, 2012).

Si bien, EUA se mantuvo por 50 años como destino para pacientes internacionales debido a la alta especialización y tecnología avanzada presentes en la atención médica (Eissler, 2011), la crisis del sistema de salud provocó que los pacientes comenzaran a fijarse en México. Como se encontró en el apartado anterior, el turismo médico requiere aprovechar desigualdades existentes, por lo que las políticas nacionales y el contexto tienen un rol importante en esta industria: nuestro país lo incluye entre las doce categorías promovidas de manera activa por parte del gobierno (ProMéxico, 2016).

Durante la segunda mitad del siglo XX, tanto México como EUA tuvieron apertura en sus sectores de salud tras la entrada del neoliberalismo, lo que colocó en una situación precaria a cada vez más personas. En el caso de EUA, el mayor poder adquisitivo permitió externalizar las necesidades de atención médica y contemplar la opción de atenderse en México, que, al recibir más ingresos a través de este nicho de mercado, facilitó la recepción de estos pacientes-turistas, sin quedar del todo claro si la atención a la salud de los mexicanos está garantizada como para alentar la llegada de pacientes extranjeros. En México, la atención médica privada es inalcanzable para grandes estratos de la población debido al menor poder adquisitivo y los salarios más bajos.

Es así que EUA se convirtió en el mayor emisor para el turismo médico, y hasta ahora, México es su mayor receptor (Tham, 2018). Los destinos de turismo médico en México, si bien no tienen como única explicación la recepción de flujos de pacientes provenientes de EUA, se ven ampliamente influenciados por la actividad transfronteriza que antecede a los desplazamientos con motivos médicos. De acuerdo con ProMéxico (2016), hay presencia de turismo médico en 15 entidades, cuya distribución regional del turismo médico a nivel nacional se analiza en la siguiente tabla.

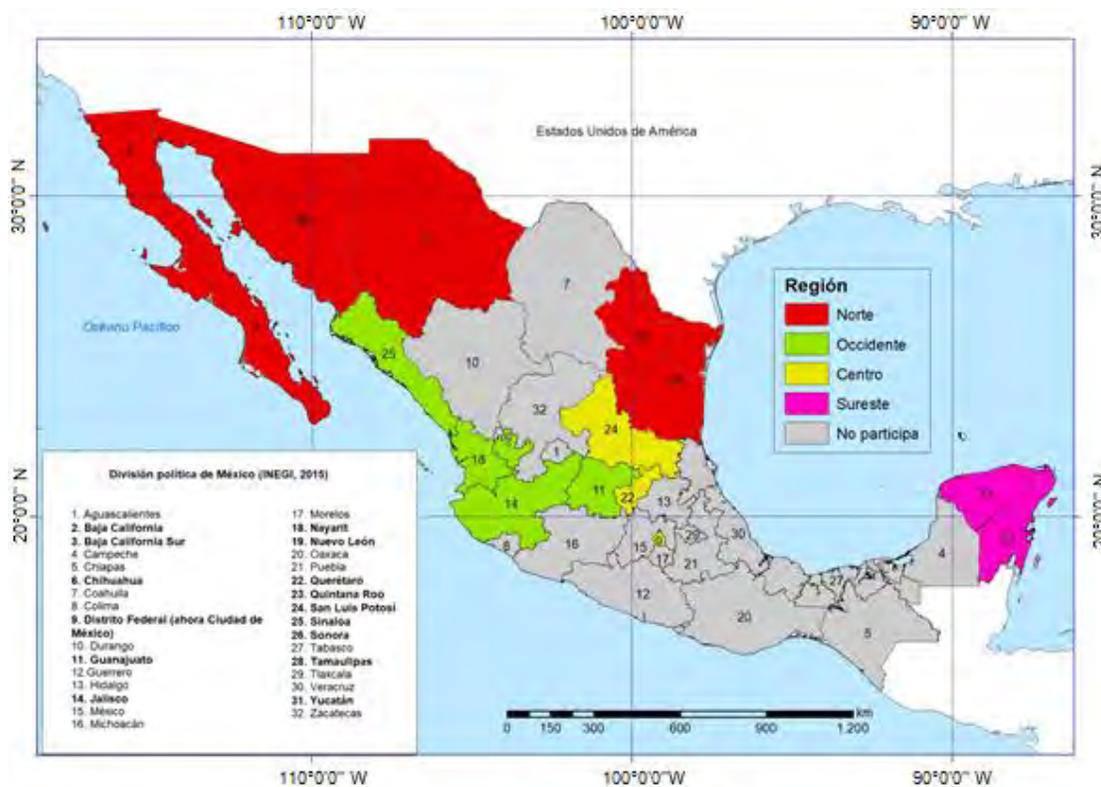
Tabla 2.2. Distribución regional del turismo médico en México, 2018.

Región	Entidad	Destino	Referencia
Centro	Ciudad de México	Ciudad de México	ProMéxico, 2016; Datatur, 2018
	Querétaro	Querétaro	Cluster Queretano Médico y de Salud, 2018
	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Clúster de Turismo Médico y Salud de SLP, 2018
Norte	Baja California	Tijuana	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Mexicali	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Los Algodones	Oberle y Arreola, 2004; Adams et al, 2018
		Ensenada	Zermeño, 2017
		Rosarito	Zermeño, 2017
		Tecate	Arreola, 2010
	Baja California Sur	Los Cabos	Datatur, 2018
	Chihuahua	Chihuahua	ProMéxico, 2016
		Palomas	Arreola, 2010
		Ciudad Juárez	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
	Nuevo León	Montemorelos	ProMéxico, 2016
		Monterrey	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		San Pedro Garza	ProMéxico, 2016
	Sonora	Ciudad Obregón	ProMéxico, 2016
		Hermosillo	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Navjoa	Zermeño, 2017
		Nogales	Oberle y Arreola, 2004; Zermeño, 2017
		Puerto Peñasco	Zermeño, 2017
		San Luis Río Colorado	Zermeño, 2017
	Tamaulipas	Matamoros	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Nuevo Laredo	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Nuevo Progreso	Arreola, 2010; Dalstrom, 2012
		Reynosa	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
Occidente	Guanajuato	León	ProMéxico, 2016
	Jalisco	Guadalajara	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Puerto Vallarta	Eissler, 2011
		Tlajomulco	ProMéxico, 2016
		Zapopan	ProMéxico, 2016
	Nayarit	Riviera Nayarit	Eissler, 2011
Sinaloa	Mazatlán	Eissler, 2011; Datatur, 2018	
Sureste	Quintana Roo	Cancún	ProMéxico, 2016; Zermeño, 2017
		Riviera Maya	Datatur, 2018
		Cozumel	Datatur, 2018
	Yucatán	Mérida	Zermeño, 2017

Fuente: elaboración con base en los autores citados en el cuadro.

Cabe señalar que la tabla anterior se construyó con datos provenientes de documentos oficiales y artículos académicos especializados, ante la falta de un padrón oficial de esta actividad económica, e incluye tanto clínicas de una sola especialidad como hospitales multiespecialidad que expresamente manifiestan –ya sea mediante su inclusión en documentos oficiales, en sus propios sitios web o por afiliación a alguna asociación relacionada– su orientación a recibir pacientes internacionales. Para facilitar la comprensión de la información de esta tabla, se presenta a continuación su expresión cartográfica (figura 2.1).

Figura 2. 1. **Regiones del turismo médico en México, 2018.**



Fuente: elaboración propia con base en la tabla 2.2.

Existe una tendencia a la concentración de esta actividad en la frontera norte, evidente en el surgimiento de múltiples destinos de turismo médico en esta región. En este sentido, hay autores como Adams et al (2017) y Adams et al (2018) que comparan a la industria del turismo médico con la maquila –una dinámica económica fundamental en la historia de la frontera norte de México–, llamándola incluso *maquila médica*, pues consideran que ambos sectores se mantienen competitivos reduciendo precios, a través de salarios bajos y empleos precarios.

Otro apunte relevante reside en los hallazgos de Oberle y Arreola (2004), quienes

estudiaron la alta concentración de farmacias, servicios ópticos y dentales en pueblos fronterizos de México (orientados a turistas) y llegaron a la proposición de una tipología denominada *pueblo fronterizo médico* (*medical border town*, en el idioma original), capaz de englobar a aquellos lugares localizados cerca de la frontera (norte), pequeños, cercanos a vías primarias y cercanos a poblaciones estadounidenses capaces de proveer clientela regular o estacional.

Un factor de atracción que poseen las localidades fronterizas es que los proveedores mexicanos imitan elementos de la atención brindada en los EUA, como aceptar pólizas de sus planes privados, además de adoptar el dólar y el inglés como elementos de uso cotidiano, lo que les confiere legitimidad frente a los consumidores. Por otra parte, los consultorios mexicanos han conseguido adaptarse a las necesidades de los pacientes en cuestiones como la formación profesional en universidades estadounidenses –lo que otorga confianza, además de cierta proximidad en las relaciones proveedores–pacientes y el uso de tecnología avanzada (Adams et al, 2018).

Por otra parte, la presencia de turismo médico en entidades no fronterizas implica otro tipo de explicación, pues están más alejadas del territorio estadounidense, pero siguen estando próximas en comparación con otros países que requieren desplazamientos transoceánicos (Ramírez de Arellano, 2011); además, suelen estar ligadas con otros recursos turísticos, de lo que se podría deducir que se trata de una actividad de carácter complementario surgida por la oportunidad de la presencia de visitantes extranjeros.

En cuanto a las especialidades médicas que tienen presencia en territorio mexicano, éstas pueden analizarse desde el punto de vista de las clínicas que ofertan una única especialidad, y que además están directamente involucradas con asociaciones de turismo médico (ProMéxico, 2016). Esto se resume en la tabla 2.3, y excluye a aquellos hospitales y clínicas multiespecialidad (por ejemplo, consorcios hospitalarios), ya que este esquema de funcionamiento corresponde al turismo médico de tipo corporativo²³, cuya actividad tiene una dinámica diferente a la que se desea estudiar.

²³ Esta modalidad de turismo médico comprende a empresas que venden sus servicios de salud directamente a otras. Para ilustrar este caso, pueden mencionarse a aquellas empresas privadas que, en vez de pagar el seguro médico de sus empleados, pagan directamente a este tipo de hospitales particulares (que, cabe mencionar, también atienden a aquellos pacientes cuyo poder adquisitivo les permite acudir allí) la cobertura de salud, mediante acuerdos (Martínez, 2016).

Tabla 2.3. Oferta de especialidades de turismo médico por destino y entidad en clínicas de una sola especialidad, 2016.

Entidad	Destino	(cantidad) Especialidad
Baja California	Ensenada	(3) Cirugía estética, oftalmología, urología
	Los Algodones	(1) Odontología
	Mexicali	(15) Angiología, cardiología, cirugía bariátrica, cirugía estética, cirugía plástica, cirugía reconstructiva, fisioterapia, ginecología y obstetricia, nefrología, neumología, neurología, odontología , oftalmología, oncología, ortopedia
	Tijuana	(18) Audiología, cirugía bariátrica, cirugía estética, cirugía pediátrica, dermatología, flebología, ginecología y obstetricia, neumología, nutrición, odontología , oftalmología, oncología, ortopedia, otorrinolaringología, terapia con células madre, trasplante de cabello, urología
Baja California Sur	Los Cabos	2: Cirugía plástica, odontología
Chihuahua	Ciudad Juárez	1: Odontología
	Chihuahua	1: Oncología
Ciudad de México	Ciudad de México	1: Medicina reproductiva
Guanajuato	León	3: Cirugía plástica, odontología , oftalmología
Jalisco	Guadalajara	2: Cirugía estética, maternidad
Nuevo León	Monterrey	2: Maternidad, odontología
Querétaro	Querétaro	1: Oncología
Quintana Roo	Cancún	2: Cirugía plástica, odontología
	Cozumel	1: Odontología
Sinaloa	Los Mochis	1: Biomedicina
Sonora	San Luis Río Colorado	1: Cirugía plástica
	Nogales	1: Oftalmología
Tamaulipas	Nuevo Laredo	1: Cirugía plástica
	Reynosa	3: Cirugía plástica, oftalmología, oncología
Yucatán	Mérida	2: Cirugía plástica, medicina reproductiva

En negritas se destacan los destinos que ofertan odontología.

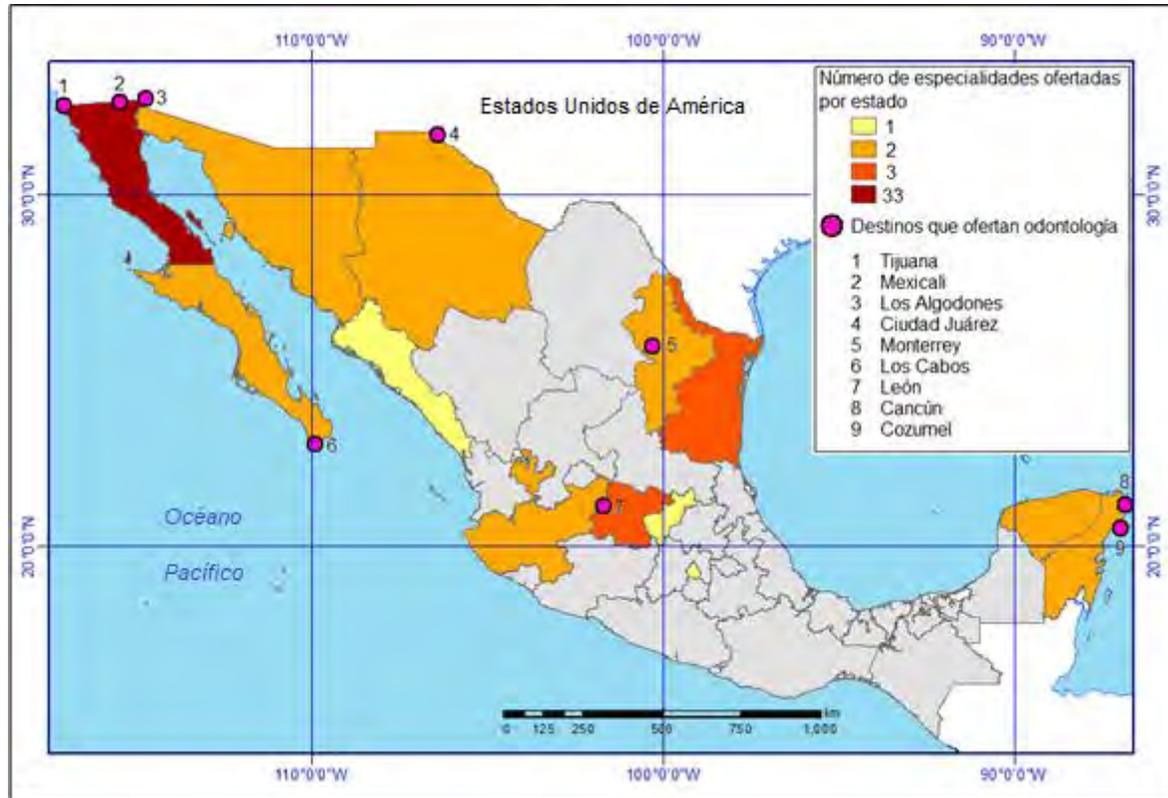
Fuente: elaboración propia con base en ProMéxico (2016).

En la tabla anterior, se evidencia la gran diversidad de destinos que ofertan la cirugía plástica y la especialidad odontológica (para ambas especialidades, la distribución es similar: nueve destinos las ofertan, de los cuales seis se localizan en estados del norte, dos en destinos de playa y solamente uno en la región centro), seguidos en importancia por la oftalmología (concentrada en seis destinos del norte) y la oncología (presente en cuatro destinos del norte y uno del centro del país); así como una participación muy importante de Baja California, que oferta la gran mayoría de las especialidades y en muchos casos lo hace

de manera única, sin otros estados que le compitan.

A continuación, se presenta de manera cartográfica el grado de participación de cada entidad federativa, según la cantidad de especialidades que ofertan las clínicas de una especialidad con enfoque de turismo médico (figura 2.2).

Figura 2. 2. Cantidad de especialidades ofertadas por clínicas orientadas al turismo médico por entidad federativa (con énfasis en odontología), 2018.



Fuente: elaboración con base en ProMéxico (2016) y las fuentes citadas en la tabla 2.2.

Para elaborar este mapa se construyó una base de datos, a partir de fuentes gubernamentales y de sitios web especializados, en la que se seleccionaron aquellas clínicas especializadas que ofrecen servicios expresamente orientados al turismo médico (es decir, que en su sitio web manifiestan participar en el turismo médico, o que hubieran sido enlistadas por instancias gubernamentales como clínicas participantes en el sector). Se excluye la participación de hospitales multiespecialidad, por los motivos ya expresados.

En el mapa, se observa que la mayor cantidad de especialidades se concentra en Baja California (Tijuana con 18 y Mexicali con 15, son las que tienen la participación más destacada), destinos de sol y playa (Cancún, Los Cabos y Cozumel, aunque con una oferta

de especialidades mucho menor a la de la frontera) y centros urbanos relevantes (Monterrey, León, Ciudad de México). La odontología posee un claro patrón de concentración a lo largo de la frontera norte y en los centros turísticos de litoral.

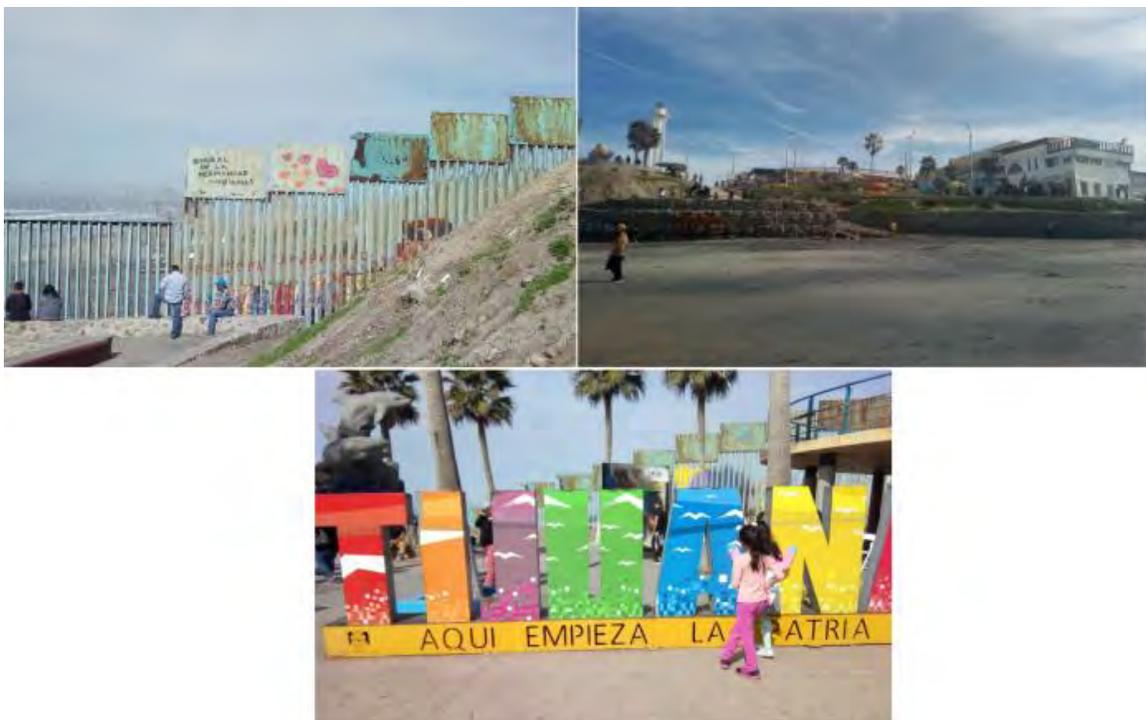
Como ya se señaló, la región limítrofe con EUA es la más destacada para el turismo médico, por lo que es necesario hablar del componente fronterizo de esta actividad. Cualquier frontera constituye una construcción social y política que regula la producción global, delimita mercados nacionales y es permeable ante todo tipo de flujos, incluido el de personas (Judkins, 2007), en la medida en que los gobiernos permitan ese intercambio (Timothy, 2001).

Un territorio fronterizo se ordena con el ritmo que imponen las relaciones de poder, y se organiza gracias al desarrollo de la riqueza y su distribución; no obstante, suele acondicionarse para atender necesidades que no corresponden a las de la población local. Asimismo, cumple con un papel doble de delimitación de la nación y de dilución de los límites físicos ante el imaginario mundial de la globalización, pues cada espacio fronterizo es una expresión del conflicto capital-trabajo (Zamora, 2007).

Los procesos de integración comercial multiplican las dinámicas transfronterizas, dentro de las cuales el turismo²⁴ tiene un papel importante, al aproximar a actores locales, privados y públicos (Amilhat-Szary y Guyot, 2009). Hay que señalar que el turismo es pionero en los intercambios transfronterizos, pues en algunos casos cambió el rol de la frontera de una mera barrera a un destino, ya que los lugares de paso crean paisajes únicos (ver figura 2.3) que pueden consolidar esta actividad (Bringas, 2004).

Figura 2. 3. Frontera de Tijuana como espacio plurifuncional, 2019.

²⁴ El turismo tiene efectos en el paisaje fronterizo, pues da lugar a la creación de infraestructura, el embellecimiento de ciudades fronterizas y cambios demográficos por la búsqueda de empleo, pero también puede acentuar la disparidad económica entre los países, al crear o aumentar la dependencia de alguno de ellos. En particular, el turismo fronterizo se define por una continua interacción entre actores, debido a la vecindad geográfica (Timothy, 2001; Moral et al, 2016; Bringas, 2004).



Nota: En el momento de realizar las capturas, había grupos de turistas, locales y migrantes centroamericanos conviviendo en el espacio fronterizo. Fuente: trabajo de campo, enero de 2019.

El turismo en espacios fronterizos representa una alternativa ante la concentración de masas, que puede dividirse en dos tipos: i) cuando el atractivo es la propia frontera, por ejemplo, por algún recurso natural, como las cataratas de Iguazú en la frontera Argentina-Brasil-Paraguay; y ii) a existencia de negocios y atractivos que surgieron por la cercanía con la frontera, como en el caso de la frontera sudamericana en la conurbación urbana Aguas Blancas (Argentina) y Bermejo (Bolivia) (Timothy, 2001; Benedetti y Salizzi, 2011). En el caso de estudio, los desplazamientos que hacen los pacientes estadounidenses para atenderse en pueblos y ciudades mexicanos en la región de la frontera norte responden al segundo tipo especificado: los profesionales de la salud se establecieron en esos lugares debido a la cercanía con la frontera.

La frontera norte de México es un caso en el que existe una interdependencia compleja y un desarrollo binacional desigual (Bringas, 2004), dentro de lo cual el turismo ha tenido un papel importante. Impulsado en un inicio por visitantes estadounidenses que deseaban evadir la Ley Seca en la década de 1920; posteriormente se acopló con otras actividades fronterizas, como el comercio y cadenas de distribución, logrando una articulación funcional de diversas ciudades a lo largo de la frontera (Alegría, 1989; Wilson y Lee, 2014). La convergencia de asimetrías económicas en esta frontera alienta a

empresas orientadas hacia la prestación de servicios, como el turismo médico, a instalarse para tomar ventajas (Dalstrom, 2012).

Históricamente, la frontera México-EUA ha tenido una génesis y evolución conflictiva. Después de la pérdida de territorio mexicano a manos de estadounidenses, a mediados del siglo XIX, los soldados norteamericanos frecuentaban pueblos del lado mexicano para divertirse, a los que se sumaron migrantes provenientes del este de EUA, que, desplazados por conflictos de tierras y alejados de ciudades centrales, interactuaban más con poblados mexicanos (Alegría, 1989).

La consolidación de los Estados-nación a ambos lados de la frontera siguió trayectorias diferentes, pero con una necesidad común de poseer una estructura centralizada que permitiera ejecutar las políticas de control sobre las actividades económicas, lo que obligó a hacer un trazado nítido de la frontera física; no obstante, los pueblos fronterizos siempre contaron con un estatus ambiguo y permisivo, en primer lugar por el régimen de zona de libre comercio (que terminó con la entrada en vigor del TLCAN) y en segundo por su poca conectividad con las respectivas capitales de ambos países (Alegría, 1989; Cohen, 2000).

La década de 1940 marcó un cambio significativo en la región fronteriza. La urbanización acelerada, producto de la creación de nuevos asentamientos tras la instalación de bases navales y militares en ciudades como San Diego (California), El Paso y Laredo (Texas) y Tucson (Arizona), en conjunto con el impulso de ciudades cercanas a recursos mineros y agrícolas como Hermosillo (Sonora) y Ensenada (Baja California), modificó las relaciones y la configuración de estos espacios. Esto se reforzó veinte años después con la introducción de las maquiladoras, marcando una mayor intensidad de la dependencia económica y demográfica de las ciudades mexicanas con respecto a sus homólogas estadounidenses (Alegría, 1989).

En cuanto al tema planteado en este trabajo, la movilidad de pacientes a través de fronteras internacionales se divide en tres tipos: i) acuerdos internacionales sobre la provisión de servicios médicos; ii) migrantes que buscan atención en su país de origen (redes de diáspora) y iii) turismo médico, que comprende la movilidad de pacientes que buscan el mejor cuidado posible, de acuerdo a sus posibilidades económicas y la disponibilidad de los procedimientos (Smith y Neerup, 2015).

El turismo médico, en particular, involucra que los pacientes crucen fronteras de otros países para buscar atención médica, por lo que puede afirmarse que en muchas

ocasiones es un segmento del turismo fronterizo. Territorialmente, en esta actividad se observan patrones regionales bien definidos, que evidencian que la proximidad geográfica es un factor muy importante para tomar la decisión de viajar para obtener atención médica (Hanefeld et al, 2016), además de la similitud cultural y el acortar tiempos de espera (Zermeño, 2017).

No se han analizado por completo las dinámicas transfronterizas dentro de la industria del turismo en general, y del turismo médico en particular. En el caso de México y EUA²⁵, es fundamental realizar este planteamiento para entender los flujos que se dan en estos espacios; por ejemplo, este segmento existe en la frontera norte debido a que profesionistas de diversas localidades se percataron de que los problemas en el sistema de salud en EUA podrían provocar que pacientes llegaran a atenderse en esos lugares (Adams et al, 2019). La manifestación de esta actividad puede reforzar la dependencia económica y tener su propia expresión en el territorio.

Para finalizar, es claro que el turismo médico en México se sustenta en buena parte en la desigualdad histórica, estructural (de los Estados-nación), económica y social existente entre ambos países. No siempre es posible comparar los estados de un país emisor y otro receptor de flujos de turismo médico —el caso de México es muy particular por su relación tan cercana, compleja e interdependiente con EUA—, por lo que este tipo de análisis puede no resultar general para el resto de países en los que este fenómeno existe, pero podría hablarse de que la emergencia de destinos de turismo médico en países subdesarrollados responde a un tipo de relación neocolonial en la que las necesidades (en este caso, atención médica) de los países desarrollados se trasladan a los países en desarrollo para ser solucionadas allí.

Los datos presentados en las tablas y mapas de este capítulo permiten esbozar la situación actual del turismo médico a nivel nacional. A grandes rasgos, se perfila una actividad heterogénea, influenciada en diversos grados por la cercanía de EUA, pero sin ninguna particularidad en cuanto a la distribución de especialidades (excepto tal vez en la odontología, que se presenta en casi toda la frontera norte) o la conformación de corredores: hasta ahora, no existe una aglomeración territorial de destinos.

²⁵ En 1989, Daniel Hiernaux propuso un análisis de los sitios turísticos litorales masificados de México, al que denominó *turismo reticular*. Desde su punto de vista, estos lugares se caracterizan por estar mejor articulados al extranjero (en este caso, EUA) que a su contexto local/regional, por lo que tienen en común un núcleo estructurado, canales espaciales de articulación y flujos resultantes de esa interacción (López-López y Sánchez-Crispín, 2002). Esa perspectiva analítica no se utilizó para el caso de Los Algodones al no ser un sitio receptor de turismo litoral masificado, pero es fundamental para muchos otros estudios turísticos en México.

La presencia del turismo médico en México ocurre en varios estados del país, en diversos grados de desarrollo. De acuerdo con los destinos que lo ofertan, es posible esbozar una tipología: destinos de la frontera norte, destinos de alta jerarquía urbana y destinos de sol y playa; esta diversidad responde tanto a las particularidades de su actividad turística –ligada a su historia, la promoción de los diferentes niveles de gobierno y los recursos con los que cuenta– como a la fluidez territorial.

De manera general, la entrada a nuestro país es muy permisiva, en especial con los estadounidenses y canadienses quienes no requieren visa. Lo que cambia en la tipología propuesta es la cercanía con EUA (los viajes desde territorio estadounidense requieren menos tiempo, tanto vía terrestre como aérea, hacia destinos mexicanos de frontera, en comparación con las ciudades coloniales, grandes metrópolis o destinos de playa) y el tipo de actividades a realizar en el lugar: la elección puede cambiar si sólo se desea hacer un procedimiento médico, o si el viaje también responde a una necesidad de vacaciones, por ejemplo.

La región de la frontera norte destaca del resto debido a la concentración de infraestructura médica, misma que se puede constatar en los cuadros presentados –tanto en la cantidad de destinos, contemplados por diversas publicaciones oficiales y científicas, como en la oferta por especialidad–, y que refiere a la influencia de la constante interacción con EUA en esta nueva área de interés.

De lo anterior, la odontología es la especialidad con un patrón regional más claro: frontera norte, y de manera puntual en el sureste. Dentro de la misma frontera, el papel de Baja California es muy importante en esta especialidad, con tres localidades que la ofertan: Tijuana, Mexicali y Los Algodones. Es precisamente ésta última la más recurrente en diversos trabajos sobre turismo médico, y en la que esta investigación se centra.

Capítulo 3. Caracterización geográfica de Los Algodones.

En este capítulo se presenta el contexto geográfico, histórico, social, demográfico y económico pertinente para conocer la localidad de Los Algodones, que pertenece al estado de Baja California. La información se trabaja en varias escalas, lo que permite analizar la inserción de la localidad estudiada en la oferta global de servicios odontológicos a extranjeros.

3.1 Localización geográfica

La gran diversidad y complejidad de México convierte en necesidad la contextualización de la porción de territorio que resulta de interés para este trabajo; en este apartado, se analizan los rasgos geográficos más importantes para explicar la actividad económica en torno al turismo médico en Los Algodones, tanto a nivel estatal como local. Los Algodones es una de las catorce delegaciones municipales que pertenece a Mexicali, uno de los cinco municipios –y capital estatal- que constituyen el estado de Baja California.

La entidad de Baja California, situada al extremo noroeste del territorio nacional, está conformada por 5 municipios²⁶: Tecate, Playas de Rosarito, Tijuana, Ensenada y Mexicali. Colinda al norte con California (perteneciente a EUA), al sur con Baja California Sur, al este con Sonora y el mar de Cortés, y al oeste con el Océano Pacífico (figura 3.1).

Figura 3.1. Localización de Baja California.



Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019).

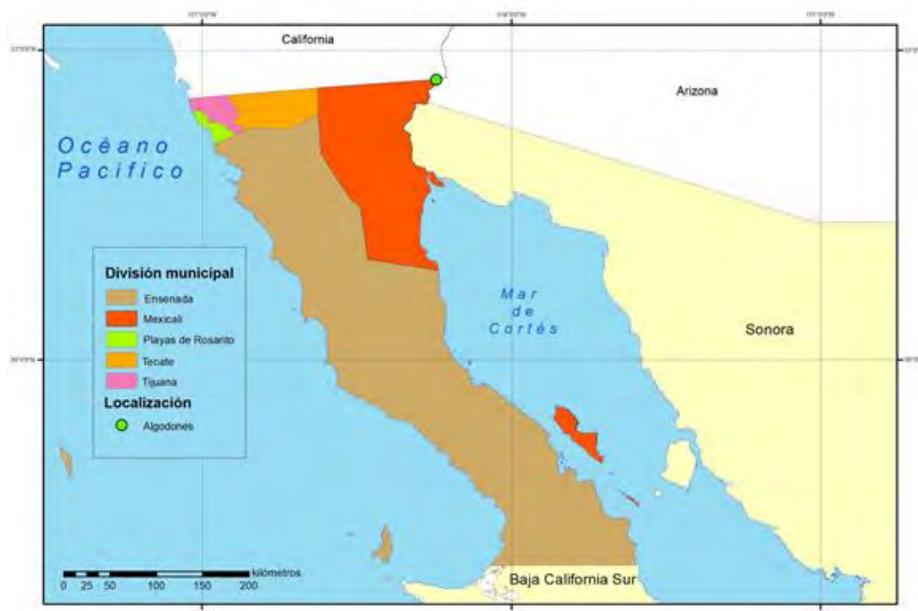
²⁶ El 12 de enero de 2020 se aprobó la creación de un sexto municipio, San Quintín. La definición de sus límites administrativos aún estaba pendiente al momento de concluir esta investigación.

En concreto, Los Algodones se localiza al oeste del Río Colorado, a 50 minutos de Mexicali, en lo que podría denominarse la “esquina” de California, Baja California, Sonora y Arizona (ver figura 3.2, al final del párrafo). En cuanto a distancias, está a 75 km de Mexicali, 39 de San Luis Río Colorado (Sonora), 16 de Yuma (Arizona), 312 de Phoenix (Arizona) y 429 de Los Ángeles (California) (Ramírez, 2005). Se trata de la localidad latinoamericana situada más al norte del continente, y el primer punto geográfico de conexión entre América Latina y EUA, un atributo resaltado por el Programa de Desarrollo Urbano del Centro de Población Los Algodones, B.C. – 2020:

*El Centro de Población de Los Algodones presenta una particularidad a la cual debe su importancia: se encuentra en el extremo más al norte del país, lo cual ha generado una concentración de actividades y servicios en crecimiento que se brinda a los poblados y ejidos que **dependen** de la dinámica entre los estados de California, Arizona y Baja California (...) En este Programa de Desarrollo Urbano se establecen las bases para lograr que Los Algodones se consolide como un subcentro al tránsito internacional y regional de relevancia en el Valle de Mexicali... (Periódico Oficial de Baja California, 1999: 129-130; negritas propias).*

La localización se presenta a continuación de manera cartográfica (figura 3.2)

Figura 3.2. Localización de Los Algodones, Baja California.



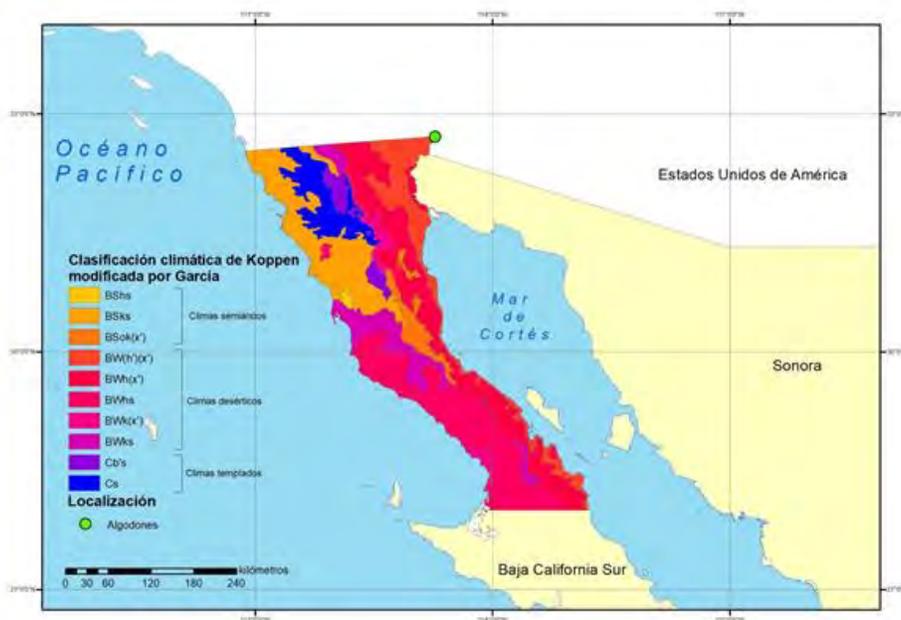
Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019).

En los archivos históricos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Los Algodones apareció en primer lugar como un rancho perteneciente al municipio de Ensenada (1900), después constituyó un municipio propio (1910) y cambió de categoría política en el censo de 1921, al convertirse en un pueblo del municipio de Mexicali (también denominado localidad). En 1953 se convirtió en una delegación municipal de Mexicali.

Además de la localización, que está plenamente influenciada por la línea internacional que divide a México y EUA, es pertinente revisar el componente físico que históricamente ha condicionado los asentamientos de población en el norte del país, pues diferencias como las de carácter orográfico, edáfico y climático modifican la disponibilidad de recursos naturales y los patrones de vida, en comparación con el resto del territorio.

El componente con mayor relevancia para los asentamientos de Baja California es el clima (ver figura 3.3). En el caso del norte y noreste del estado, se presenta un clima seco desértico²⁷, con temperaturas que oscilan entre los 3 grados centígrados como mínima en invierno y los 45 grados como máxima en verano, y una precipitación anual de 11 mm, lo que convierte a esta región en una de las más secas y extremas de todo México (Periódico Oficial de Baja California, 1999). En contraste, la porción noroeste posee un clima mediterráneo²⁸, debido a la influencia de la corriente marina fría de California.

Figura 3.3. *Climas en Baja California.*



Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019).

²⁷ BW en la clasificación climática de Köppen.

²⁸ Cs, templado con lluvias en invierno, de la misma clasificación climática.

Los climas predominantemente desérticos suelen estar acompañados por la escasez de recursos hídricos, un hecho que se presenta en la entidad estudiada (figura 3.4). De las siete regiones hidrológicas delimitadas en Baja California, el Valle de Mexicali concentra el 88% de los recursos, tanto en aguas superficiales como subterráneas, resultando el río Colorado (compartido con EUA) el cuerpo de agua de mayor aporte, con cerca del 57% del volumen total utilizado en todo el estado (Gobierno de Baja California, 2015). Los Algodones se localiza en el Valle de Mexicali, mismo que es irrigado por este río. El resto de ríos de la entidad son de bajo aporte o intermitentes.

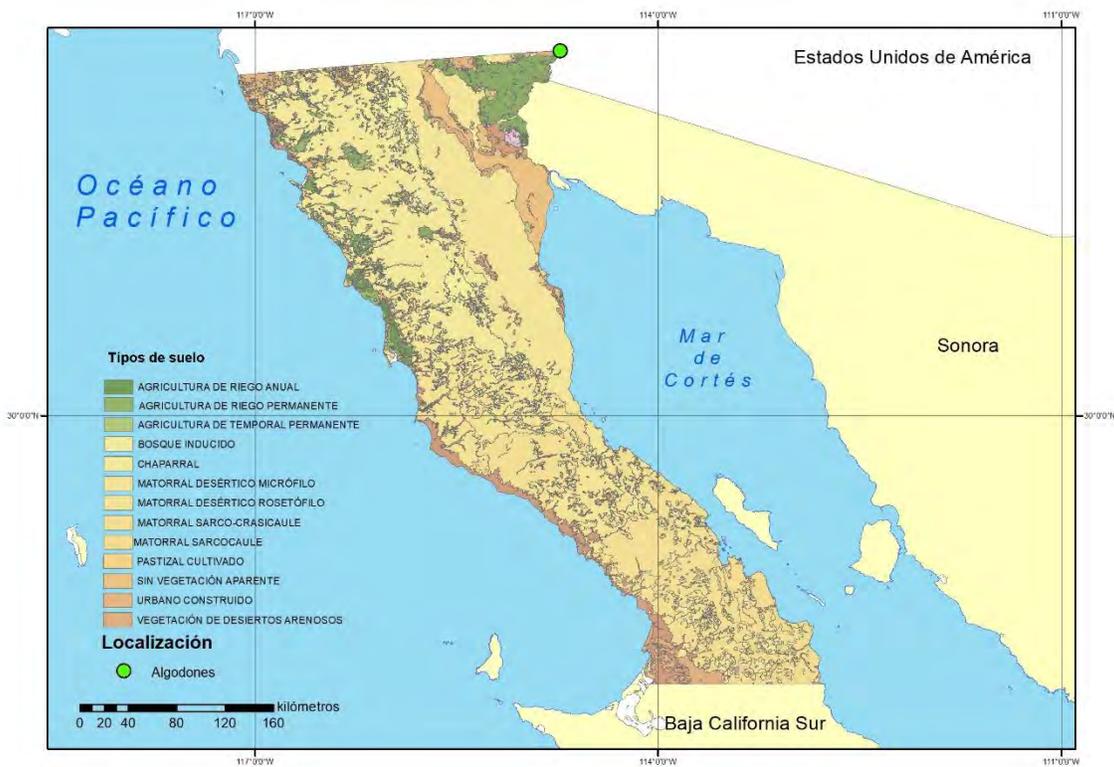
Figura 3.4. Hidrología superficial de Baja California



Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019) y Tapiquén (2015).

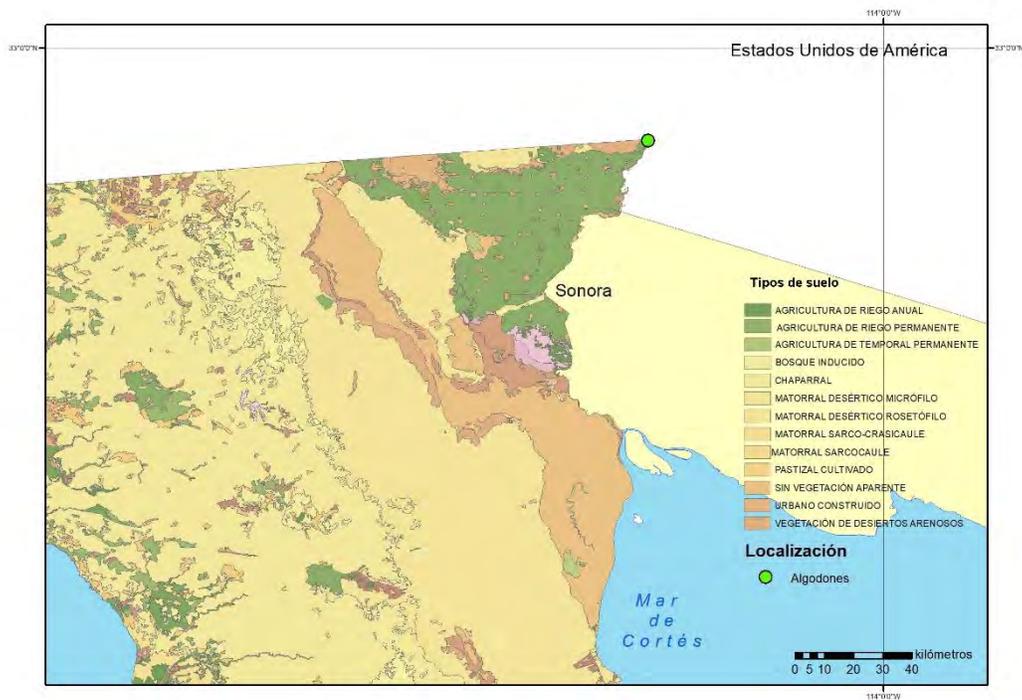
Producto de las condiciones anteriores, los usos de suelo (una característica que podría ser vista como socio-bio-cultural, al ser producto de condiciones físicas, geográficas y sociales de un territorio particular) predominantes en la entidad son agricultura de riego y de temporal (Valle de Mexicali), chaparral, matorral desértico, vegetación de desiertos arenosos y urbano construido (delegaciones municipales), como se muestra en la figura 3.5. Para Los Algodones en particular, los usos predominantes en su territorio y en los alrededores son urbano construido, agricultura de riego y vegetación de desiertos arenosos (figura 3.6).

Figura 3.5. Usos de suelo en el estado de Baja California.



Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019).

Figura 3.6. Usos de suelo en Los Algodones, Mexicali, Baja California.



Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019).

Como consecuencia de estas condiciones, los recursos naturales en Baja California pueden dividirse en dos regiones fitogeográficas: la mediterránea o californiana al oeste del estado (con presencia de marismas, dunas, matorrales costeros, chaparrales y bosques de coníferas en la parte alta de las sierras) y la región del desierto central, presente en el resto del territorio, con predominio de planicies arenosas. En la región desértica existen dos distritos faunísticos, el Desierto del Vizcaíno al sur del estado y el Desierto del Colorado al noreste, en el cual se localiza Los Algodones, cuyas especies representativas son animales como el borrego cimarrón, conejo, liebre, murciélago y coyote (Gobierno de Baja California, 2015).

Además, es importante mencionar que el estado fue y sigue siendo afectado por fenómenos tectónicos. En conjunto con Baja California Sur, el estado pertenece a la placa tectónica Pacífica, a diferencia del resto del territorio, localizado en la placa Norteamericana en su mayoría (Servicio Geológico Mexicano, 2017), como se puede ver en la figura 3.7 (abajo). La placa Pacífica, y por ende la península de Baja California, se mueve en dirección noroeste con respecto a la placa Norteamericana a lo largo de fallas transformantes, conocidas en su conjunto como falla de San Andrés, lo que genera actividad sísmica relevante para la región, si bien de una intensidad y frecuencia menores a las que se tienen

en otras regiones del país.

Figura 3.7. **Condiciones tectónicas de la península de Baja California.**



Fuente: Servicio Geológico Mexicano (2017).

En síntesis, las condiciones físico-geográficas de Baja California, y de Los Algodones en particular, crean una singularidad en la que se conjuntan un clima extremoso, suelos fértiles alternados con suelos improductivos para las actividades agrícolas, recursos biológicos limitados (flora y fauna mayormente propios del desierto) y actividad tectónica que no puede ser pasada por alto, lo que conlleva que sus moradores tengan condiciones de vida diferenciadas con respecto tanto a la península de Baja California como del resto del país. Este breve análisis muestra que es fundamental conocer la dinámica histórica y social para poder explicar las actividades económicas que se desarrollan en este territorio.

3.2 Perspectiva histórica

En este apartado, se mencionan los hechos fundamentales para la historia de Baja California en general, y de Los Algodones en particular, mismos que se delimitaron gracias a la elaboración de dos matrices geohistóricas. De acuerdo con Propin (2003), este método, derivado de la instrumentación práctica del principio de historicismo, es capaz de mostrar etapas relacionadas con la dinámica temporal de un fenómeno determinado en un referente espacial particular, con dimensiones temporales y fenomenológicas.

Se decidió incluir varios niveles de información: en la primera matriz se incluyeron hechos relevantes a nivel peninsular (Península de Baja California) y estatal (Baja California), mientras que en la segunda los hechos recopilados están a nivel municipal

(Mexicali) y local (Los Algodones). Esta diferenciación se debe a que el contexto de mayor escala presenta diferencias importantes con respecto al desarrollo particular de la localidad. El producto de ambas matrices se presenta en la elaboración de una periodización con énfasis temático en el turismo médico de Los Algodones, y los resultados obtenidos permitieron dividir la información en cinco etapas para una mejor comprensión.

a) Etapa prehispánica: primeros asentamientos (hasta antes de 1535).

Baja California es una entidad federativa cuyo pasado se comparte en buena medida con Baja California Sur, por lo que sus antecedentes históricos pueden comenzar a ser analizados en una perspectiva peninsular, tal y como se hacía hasta finales del siglo XIX (Gobierno de Baja California, 2015), puesto que "... desde el punto de vista geográfico es, sin embargo, difícil establecer una separación, ya que en realidad ambos [estados] integran una unidad" (León-Portilla y Piñera, 2011:13).

Registros arqueológicos refieren la existencia de varios grupos sociales, como cochimíes, yumanos, guaycuras, pericúes, pai-pai, tipai, kiliwa y cucapá, asentados en la península de Baja California desde, por lo menos, el año 10 000 a.C., emparentados culturalmente con los grupos prehistóricos que habitaron Arizona y conocidos de manera genérica como "cultura del desierto". En particular, al territorio de Los Algodones²⁹ en este periodo se le relacionó con la presencia del asentamiento indígena Kuxily, cuyo origen se atribuye a grupos ya desaparecidos que antecedieron a los yumas (León-Portilla y Piñera, 2011; Rojas y Courtade, 2010).

Los indígenas que habitaban la península, hasta antes del contacto con los conquistadores, desarrollaron diversas técnicas de subsistencia basadas en un conocimiento profundo del entorno y conformando pequeñas unidades sociales por parentesco. En las actividades más importantes se encontraban la recolección, la pesca y la caza, practicadas en un marco de amplia movilidad debido al clima extremoso (Morales, 2016).

b) Etapa colonial: influencia de las misiones en territorio bajacaliforniano (1535-1824).

²⁹ De acuerdo con Rojas y Courtade (2010), la primera referencia al nombre de Algodones se encuentra en los relatos de las exploraciones del sacerdote jesuita Francisco Garcés, quien en 1775 denominó la localidad como Los Algodones por el cultivo de esa planta.

Si bien, los españoles llegaron a México en 1519 y consolidaron su victoria conquistando Tenochtitlan en 1521, la vastedad del territorio y su necesidad de establecer órganos de control en los lugares que conquistaban retrasó su llegada a la península de Baja California hasta 1535, cuando una primera expedición alcanzó la Bahía de La Paz, y el primer contacto con grupos cochimíes se dio en 1539 con el capitán Francisco de Ulloa (León-Portilla y Piñera, 2011).

La creación de la Provincia de Nueva Galicia en 1548 respondió a la necesidad de los españoles de afianzar su control territorial en el norte del territorio conquistado, que abarcaba también la fracción sur del actual territorio perteneciente a EUA (conocido como Alta California); no obstante, fue hasta 1697 cuando comenzaron a llegar misioneros jesuitas a la península, entre quienes destacó Eusebio Francisco Kino (INAFED, 2002; León-Portilla y Piñera).

Diversas compañías jesuitas intentaron evangelizar la península entre los siglos XVII y XVIII, con gran resistencia por parte de los grupos originarios. Entre las acciones tomadas por los misioneros –dirigidas a congregar a los grupos originarios en una misión- se introdujo la agricultura y el pastoreo, además de la importación de productos que emularan a la cultura europea (Gobierno de Baja California, 2015).

Tras diversos conflictos, como la expulsión de los jesuitas en 1767 y la alternancia entre la orden franciscana y dominica para intentar dominar un territorio con escasa población y recursos limitados, muchas de las misiones fundadas se abandonaron. Los sitios misionales establecidos en Los Algodones, conocidos como San Pedro y San Pablo del Bicuñer, y en Yuma (actual Arizona), llamado La Purísima Concepción, fueron arrasados por indios yumas en 1781 (Rojas y Courtade, 2010).

Antes del inicio del movimiento de independencia (gestado en el centro del país, cuyos efectos llegaron al norte con años de retraso), los españoles ya habían comenzado a otorgar concesiones de tierras en la península de Baja California a particulares (como los ranchos Tecate y Tía Juana, que después se llamaría Tijuana) desde 1804 con el fin de poblar el área, una tendencia que se acrecentó a lo largo del siglo XIX (León-Portilla y Piñera, 2011).

c) México independiente: antecedentes directos del turismo de salud³⁰ (1824-1920)

³⁰ Si bien este trabajo toma como concepto guía *turismo médico* (en aras de explicar la dinámica que acontece en Los Algodones), éste es también parte del turismo de salud, por lo que este subtítulo

La independencia de México se consolidó en 1821; no obstante, sus implicaciones en el norte del país comenzaron a ser visibles hasta 1824, cuando Baja California se convirtió en un territorio federal del entonces imperio mexicano; en ese mismo año comenzó la colonización de terrenos baldíos mediante inmigración extranjera y la secularización de las misiones de toda la península ocurrió en 1833 (INAFED, 2002; León-Portilla y Piñera, 2011).

La anexión de territorios mexicanos a EUA se dio entre 1846 y 1848, derivado del documento "Destino Manifiesto" que justificaba la expansión territorial de EUA en aras de una ideología de dominación por el bien de la humanidad (Guzmán, 1982). En particular, el antiguo sitio misional de San Pedro y San Pablo del Bicuñer fue escenario de disputas territoriales por California, por lo que el cruce por el Río Colorado se volvió muy frecuentado, denominándose Paso de los Algodones o *Algodones Pass* (Rojas y Courtade, 2010).

La firma del Tratado de Guadalupe-Hidalgo concretó la cesión de los territorios de la Alta California a EUA (actual California), con lo que se dio un parteaguas en la historia de la península gracias a la delimitación física de la frontera, que generó una nueva dinámica territorial (INAFED, 2002).

El territorio de Los Algodones quedó justo al lado de la nueva línea fronteriza, y ganó relevancia por el descubrimiento de grandes yacimientos de oro en California, lo que atrajo a cientos de migrantes entre 1848 y 1856 a la península de Baja California, incluyendo Los Algodones. En 1858 se abrió una ruta de diligencias con una estación en Los Algodones – lo que para algunos autores constituye el nacimiento del poblado³¹– y también llegó el primer médico de la zona, el español Cándido Arnabar, quien reclamó un título de posesión de tierras concedido a su familia antes de la independencia, cuya "condición de profesional de la medicina en una zona tan inhóspita lo posicionaba como un elemento valioso y de excepción para la pequeña comunidad naciente y rancherías circunvecinas" (Rojas y Courtade, 2010: 76).

Durante la segunda mitad del siglo XIX se registraron múltiples intentos por habitar la península de Baja California, como la concesión otorgada a un grupo de estadounidenses en 1864 para colonizar cerca de dos tercios de la península (y revocada 7 años después), o la que se otorgó en 1876 a la Compañía Mexicana Agrícola Industrial y Colonizadora de Terrenos del Río Colorado, sociedad de Guillermo Andrade, un ciudadano mexicano que erigió un latifundio disfrazado en el Valle de Mexicali, incluyendo Los Algodones (León-

sigue la misma línea de análisis de los capítulos y subcapítulos anteriores.

³¹ El primer registro cartográfico de Los Algodones data de 1859 (Rojas y Courtade, 2010).

Portilla y Piñera, 2011), siendo Andrade un personaje muy relevante para Baja California en ese tiempo.

Además de la llegada del médico Arnabar a Los Algodones a mediados del siglo XIX, existe otro antecedente importante para el turismo de salud en la región de la frontera de Baja California. En 1880 comenzó la urbanización del valle de Tijuana, y se estableció una aduana con el fin de cobrar impuestos al oro que cruzaba hacia San Diego (proveniente de los hallazgos de pepitas de oro en Ensenada la década anterior).

Entre 1880 y 1890, Guillermo Andrade gestionó ante el gobierno mexicano la compra del rancho Los Algodones (actual Colonia Ladrillera de Los Algodones) y terrenos aledaños, y también recibió una concesión para colonizarlo con extranjeros³², bajo el esquema de la *California Development Company*, otra empresa de su propiedad, de lo cual existe registro en contratos ante la Secretaría de Fomento (León-Portilla y Piñera, 2011; Rojas y Courtade, 2010). Esa situación que se replicaba en otras áreas de la frontera – como el Valle de Mexicali– y que ayudó a consolidar la instalación de diversas empresas agrícolas, muchas de ellas con participación de capital extranjero (Gobierno de Baja California, 2015; INAFED, 2002).

La fundación oficial de la actual ciudad de Mexicali aconteció en 1903; muchos moradores de Algodones posteriormente migraron a ese nuevo asentamiento debido a una gran inundación que arrasó la infraestructura ferroviaria con la que contaban, lo que dejó al poblado convertido en una especie de apéndice de Yuma, con pérdidas demográficas y la propiedad de la tierra poco clara, al ser éstas vendidas a la *Colorado River Land Company* en 1904 (León-Portilla y Piñera, 2011). Un hecho que sentó las bases para la siguiente etapa del poblado fue la edificación de cabarets, casas de juego y licorerías entre 1905 y 1906), negocios que florecieron durante la Primera Guerra Mundial al recibir a soldados norteamericanos (Rojas y Courtade, 2010).

d) Primer auge turístico de Los Algodones basado en esparcimiento, 1920-1970

El año 1920 representó un giro total para la historia local de Los Algodones, al ser promovida la Ley Seca en EUA. La demanda por bebidas alcohólicas se desplazó hacia la frontera sur de ese país, por lo que los pueblos fronterizos de México comenzaron a recibir

³² De acuerdo con el Gobierno de Baja California (2015), la mayoría de estos extranjeros eran de Estados Unidos, China, India y Japón.

a cientos de turistas estadounidenses que buscaban bares, cantinas y destilerías, lo que fomentó otras actividades ilícitas como la prostitución y el contrabando, principalmente de alcohol (León-Portilla y Piñera, 2011).

Cerca de la aduana de San Diego (a unos kilómetros de distancia de Los Algodones), en el rancho de Tijuana, existieron manantiales de agua sulfurosa (Piñera, 2006), a los cuales diversos médicos de la zona les conferían propiedades curativas, lo que derivó en el establecimiento del balneario y complejo turístico Agua Caliente en 1928, que recibía muchos estadounidenses (León-Portilla y Piñera, 2011; Zenteno, 1995).

Hacia el final de la Ley Seca en EUA (1933) se edificó una aduana en Los Algodones para regular los flujos de visitantes y población flotante en torno a las cantinas y bares del lugar (Rojas y Courtade, 2010), además de algunas disputas por la desigualdad entre jornaleros mexicanos y propietarios extranjeros que dieron pie a la creación de algunos ejidos; no obstante, en 1937 se declaró la frontera como una zona libre debido a “la falta de una comunicación eficaz, rápida, directa y nacional, además de la escasez de población” (León-Portilla y Piñera, 2011: 154). Esto condujo a una proliferación aún mayor de bares y cantinas en Los Algodones, entre 1940 y 1950.

La península de Baja California siempre pareció retrasada con respecto a los hechos históricos que acontecían en el centro de país, y su incorporación tardía al territorio nacional lo confirma, pues el decreto presidencial que convirtió a Baja California en parte de la nación como estado (antes era territorio, es decir, carecía de un gobierno propio) sucedió hasta 1952, mientras que Baja California Sur se constituyó aun más tarde, en 1974 (INAFED, 2002; León-Portilla y Piñera, 2011).

Otro hecho relevante para la frontera norte, que si bien no fue de tanta relevancia en Los Algodones debido a su carga histórica como centro de esparcimiento tuvo gran importancia para la región, fue la implementación en 1965 del Programa Industrial Fronterizo (León-Portilla y Piñera, 2011), que contribuyó a una diversificación económica fundamental para la región fronteriza.

e) Reorientación turística de Los Algodones al segmento de salud (1970-actual)

Si bien las fuentes históricas y hemerográficas no son muy certeras en cuanto a la fecha, se ubica aproximadamente en el año de 1970 la llegada de un odontólogo a Los Algodones, hecho que cambiaría el rumbo del poblado. Según información periodística, el dentista Bernardo Magaña llegó a esta localidad a sugerencia de un funcionario público del sector

de salud, debido a la falta de profesionistas de ese rubro y para aprovechar el flujo de turistas estadounidenses que ya existía debido a la permanencia de las cantinas y bares (La Voz de la frontera, 2019). El poblado tuvo una revitalización en la década de 1980 (Adams et al, 2018), cuando la designación de Magaña como delegado municipal de Los Algodones significó el cierre de la mayoría de las cantinas y burdeles remanentes (Adams et al, 2017).

Artículos científicos mencionan también que la instalación de este odontólogo en Los Algodones, sumado a la búsqueda de promoción en EUA (hecha a través de medios de comunicación, como periódicos locales y televisión), comenzó a atraer a más odontólogos (Adams et al 2017; Adams et al, 2019) para aprovechar el flujo de turistas, y también atrajo a profesionistas de otras especialidades que terminaron por ser complementarias, por ejemplo, la optometría (Oberle y Arreola, 2004).

La aglomeración de dentistas en el poblado es tan grande que autores como Ramírez (2005) afirman que esta localidad tiene la mayor densidad de dentistas por kilómetro cuadrado en todo el mundo, superando incluso a grandes ciudades. No obstante, este tipo de oferta conlleva gran vulnerabilidad ante la enorme dependencia que se genera de la llegada de extranjeros (Adams et al, 2018), destacando además que es prácticamente el único sitio en la frontera norte de México que se enfoca en una sola especialidad (Adams et al, 2017).

Garner (2019) señaló similitudes entre el turismo dental existente en Los Algodones y la industria maquiladora característica de la frontera norte de México, pues la autora refiere que ambas actividades funcionan con un mismo esquema, en el cual empresas extranjeras explotan mano de obra mexicana de manera intensiva y con salarios muy bajos, llevando bienes y servicios hacia el *norte global*, pese a la carga discursiva que coloca a México en una posición de inferioridad en cuanto a escolaridad, calidad de los servicios y nivel de vida. Esto podría profundizar la marginalización de los sectores con mayor vulnerabilidad.

3.3 Comportamiento demográfico

Los censos de población en México datan del siglo XX, por lo que el análisis de la población, a nivel estatal, municipal y local –a diferencia de la revisión geohistórica hecha con anterioridad– se centra en los siglos XX y XXI. Hablar sobre la dinámica demográfica es relevante para entender los cambios sociales más importantes para el territorio analizado.

Como ya se mencionó, Baja California se conformó como estado hasta 1952; no obstante, existe información sobre su dinámica poblacional desde comienzos del siglo XX (ver tabla 3.1).

Tabla 3.1. Evolución histórica-demográfica de Baja California, 1900-2010.

Número de habitantes				
Año	Denominación	Total entidad	Mexicali	Tijuana
1900	Territorio de la Baja California (Norte)	7583	Ensenada como municipio único (incluía ambos asentamientos)	
1910	Territorio de la Baja California (Norte)	9760		
1921	Baja California, Distrito Norte	23537	6782 (28.81%)	Sin información*
1930	Baja California, Distrito Norte	48327	14842 (30.71%)	
1940	Baja California, Distrito Norte	78907	18775 (23.79%)	
1950	Baja California, Territorio Norte	226965	124362 (54.79%)	65364 (28.79%)
1960	Baja California	520165	281333 (54.08%)	165920 (31.89%)
1970	Baja California	870421	396324 (45.53%)	340583 (39.12%)
1980	Baja California	1177886	510664 (43.35%)	461257 (39.15%)
1990	Baja California	1660855	601938 (36.24%)	747381 (44.99%)
2000	Baja California	2487367	764602 (30.73%)	1210820 (48.67%)
2010	Baja California	3155070	936826 (29.69%)	1559683 (49.43%)

* Hasta el censo de 1950, sólo se tenía información específica sobre la población de la capital y el total estatal.

Fuente: elaborado con base en los censos de población de INEGI citados en la tabla.

Vale la pena detenerse para analizar el contexto de esta tabla. Hasta antes del siglo XVIII, el nomadismo de los grupos sociales del norte había impedido la consolidación de asentamientos, mismos que comenzaron a existir en los siglos XVIII y XIX, pero en general desligados de la dinámica histórica y demográfica del resto del país. El siglo XX trajo novedades en ese sentido para Baja California, con la consolidación de asentamientos fronterizos (o que aprovechaban la cercanía con la frontera internacional) como Mexicali (fundada oficialmente en 1903 y que posteriormente sustituyó a Ensenada como la capital, como lo constata el censo de 1921) y Tijuana (que conformó un municipio propio hasta el siglo XX, con gran atractivo para los migrantes³³).

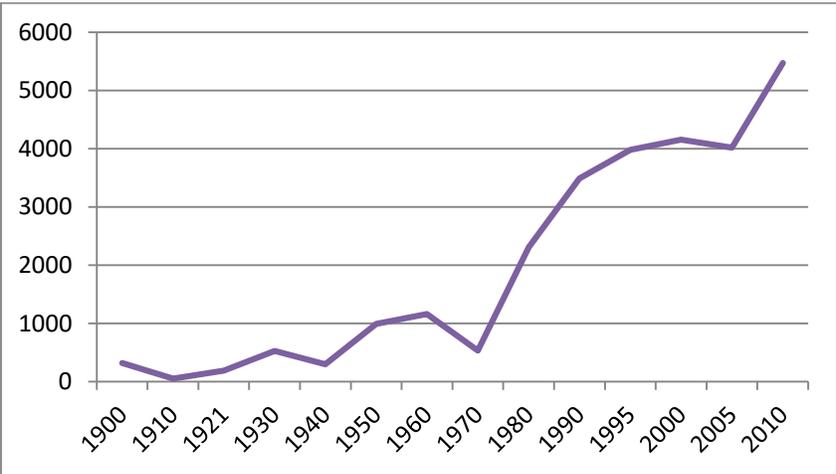
También hay que mencionar que hasta 1920 Mexicali tenía población catalogada como rural en toda su extensión, tendencia que comenzó a cambiar en la década de 1920 (asociado directamente al crecimiento del sector servicios debido a la Ley Seca de EUA), y

³³ Tijuana se conformó como ciudad en 1889, pero se tiene registro de un único municipio en Baja California (Ensenada, que también fungía como capital) al menos hasta el censo de 1921. Tijuana comenzó a ganar importancia cuando triplicó su población entre 1950 y 1960, hasta que en 1990 superó a la población de Mexicali, tendencia que se mantiene en la actualidad (INEGI, 2016a).

que se acentuó con el paso de los años hasta que la población rural pasó a ser menos del 25% del total municipal, para el censo de 1960 (INEGI, 2016b). Otro hecho, visible en la tabla anterior, es que Tijuana tomó el lugar de Mexicali como la ciudad más importante del estado (en términos demográficos), pese a no ser la capital.

Haciendo énfasis en la localidad de Los Algodones, el comportamiento de la población guarda semejanza con la evolución demográfica del municipio del que hace parte (Mexicali), como se puede apreciar en la figura 3.8 (abajo), pues pasó de tener pocos habitantes (e incluso casi llegar a estar deshabitado durante la época de la Revolución Mexicana) a incrementar su población de manera importante durante la época de la Ley Seca. El establecimiento de más negocios relacionados con entretenimiento en la década de 1940 (León-Portilla y Piñera, 2011) y el establecimiento del primer odontólogo que específicamente buscó ofertar sus servicios a extranjeros, aproximadamente en 1980 (Adams et al, 2018) provocaron un aumento demográfico en la localidad.

Figura 3.8. Evolución demográfica de Los Algodones, 1900-2010.



Fuente: elaborado con base en INEGI (2016b).

Esta correlación entre eventos históricos para la vida de la localidad y su crecimiento demográfico dan cuenta, entre otros temas, de la importancia del sector de servicios: primero, aquellos orientados a satisfacer las necesidades de aquellos que buscaban alcohol

y entretenimiento que no podían obtener en EUA, y después aquellos dirigidos a satisfacer las demandas de pacientes estadounidenses. Estos hechos resultaron atractivos para la población, lo que explica los picos de crecimiento y decrecimiento (por ejemplo, entre 2005 y 2010 hubo un leve declive, que podría ser explicado por la crisis económica de 2008). Según la última información censal (2010), Los Algodones tiene 5474 habitantes.

3.4 Contexto socioeconómico

A diferencia de los censos de población, los censos económicos y temáticos en México (como, por ejemplo, el ejidal y el agropecuario) son mucho más recientes, de finales de la década de 1980. El censo económico se realiza cada cinco años, y permite apreciar la dinámica de las actividades económicas desarrolladas en cada estado y en todo el país.

En el contexto del siglo XXI, según el censo económico de 2014, Baja California registró casi un millón de personas con alguna ocupación remunerada, de las cuales cerca del 80% perteneciente al sector privado o paraestatal, siendo los sectores más importantes para la economía estatal la manufactura (41% del personal ocupado), los servicios privados no financieros (30.5%) y el comercio (22.3%). Haciendo un análisis municipal, Tijuana fue el primer lugar en cuanto a participación en la economía de Baja California (52% de la producción bruta³⁴ estatal) y Mexicali el segundo (34.6%).

Siendo la manufactura la actividad más relevante de la entidad (incluso catalogada como su *vocación principal*), hay que enfatizar que dentro de la misma existe una gran diversidad, dentro de la cual la producción más importante es la fabricación de automóviles y camiones, seguida de industria de bebidas, fabricación de equipo no electrónico y material médico desechable (actividad en la que Mexicali tiene un papel fundamental), y fabricación de productos de plástico (INEGI, 2016a)³⁵.

En la entidad se presentan otras actividades, que, si bien no tienen la importancia de la manufactura en cuanto a producción bruta, es importante mencionar (tabla 3.2.)

Tabla 3.2. Evolución de las actividades económicas en Baja California según número de unidades económicas y personal ocupado, 2004-2014³⁶.

³⁴ La producción bruta total es el valor de todos los bienes y servicios producidos o comercializados por la unidad económica como resultado del ejercicio de sus actividades, comprendiendo el valor de los productos elaborados, el margen bruto de comercialización, las obras ejecutadas, los ingresos por la prestación de servicios, así como el alquiler de maquinaria, equipo, y otros bienes muebles e inmuebles y el valor de los activos fijos producidos para uso propio (INEGI, 2014).

³⁵ También es importante mencionar la existencia de otras actividades en la entidad; por ejemplo, en el trimestre de agosto de 2019, fue el estado que registró mayor crecimiento de ventas al por menor de todo el país (Secretaría de Desarrollo Económico de Baja California, 2019).

³⁶ Al momento de realizar este trabajo, únicamente se habían publicado los datos preliminares del

Actividad económica	Año censal	Unidades económicas	Personal ocupado
Agricultura, cría y explotación de animales, aprovechamiento forestal, pesca y caza	2004	407	4739
	2009	280	3935
	2014	269	6628
Minería, generación de energía y construcción	2004	453	25619
	2009	*	*
	2014	568	21354
Comercio	2004	29488	129241
	2009	35880	171061
	2014	41502	175655
Servicios de información, financieros, de innovación y profesionales	2004	5453	40279
	2009	7905	67738
	2014	8999	80629
Servicios educativos, culturales y de ocio	2004	1074	15204
	2009	11874	24371
	2014	2384	29313
Servicios de atención a la salud	2004	3432	11749
	2009	5486	22537
	2014	6388	25563
Servicios afines al turismo	2004	5377	37586
	2009	7826	50571
	2014	10297	58701
Otros servicios	2004	10239	27121
	2009	13860	37797
	2014	17351	50161

Fuente: elaboración con base en INEGI (2014).

En la tabla anterior se recopilaron datos de otras actividades de gran importancia en la entidad. A grandes rasgos, el panorama entre 2004 y 2014 (años de los censos económicos) se caracterizó por: i) el sector primario (agricultura, ganadería, pesca, caza) creció en cantidad de personas empleadas, pero se redujo en unidades económicas, lo que habla de un aumento en la concentración de la actividad; ii) el sector secundario perdió personal ocupado, pero creció en unidades económicas (diversificación); iii) el sector terciario, de gran diversidad, presentó un crecimiento tanto en cantidad de personas empleadas como en unidades económicas. Los rubros más importantes son el comercio, los servicios profesionales y los servicios de atención a la salud.

En cuanto a la actividad turística de Baja California, ésta se presenta en todos los municipios, destacándose la participación de Tijuana, que para 2016, concentró casi la mitad de los alojamientos turísticos (12939 de 28043), seguido por Mexicali (6600) y Ensenada (4881); en cambio, la ocupación hotelera fue mayor en Mexicali (64.1%), Tijuana (59.4%) y Tecate (42.1%), mientras que predominaron los turistas nacionales sobre los extranjeros en todos los municipios (INEGI, 2017).

En general, el sitio oficial de la Secretaría de Turismo del estado (SECTURE, que

Censo Económico 2019, cuya información no presenta un nivel de agregación que permita ser tomado en cuenta para la elaboración de esta tabla.

cuenta también con versión en inglés) oferta segmentos como aventura y naturaleza, gastronomía, reuniones y negocios, arte y cultura, vida nocturna y Ruta del Vino; en cuanto a sitios, la oferta incluye Tijuana, Rosarito, Ensenada, Mexicali, Tecate, San Felipe, San Quintín, Mar de Cortés y Los Algodones.

Los atributos turísticos de Los Algodones, según la SECTURE, son

Además de su cercanía con el Río Colorado, le embellecen enormes campos de algodón, mismos que se aprecian mejor en el mes de septiembre. Este destino es visitado principalmente por la calidad de sus servicios médicos y sus características dunas, donde cada año se realizan competencias y torneos internacionales de sandboard. (SECTURE, s/f-a).

Por otra parte, sobre el turismo médico se menciona:

Es su principal actividad turística con aprox. 350 consultorios dentales, el primer consultorio se abrió en 1986, pero desde hace 8 años es cuando tuvo un repunte considerable. La mayoría de quienes se atienden son personas mayores, y el poblado está diseñado para su cuidado y tranquilidad; con rampas y acceso fácil para trasladarse de un lugar a otro. (SECTURE, s/f-a).

La importancia de este segmento de actividad turística, para Baja California en general y para Los Algodones en particular, se refleja en la creación –por parte de la Secretaría de Turismo del Estado– de un sitio web exclusivo, en el que es posible consultar las especialidades ofertadas, los doctores e instituciones certificadas para proveer estos servicios, las listas de proveedores participantes e incluso consejos para planificar el viaje desde el lugar de origen (SECTURE, s/f-b).

Los destinos ofertados en la entidad según este órgano de gobierno son Tijuana, Mexicali, Rosarito, Ensenada, Tecate (todas cabeceras municipales) y Los Algodones, mientras que las especialidades ofertadas son: odontología, cirugía bariátrica, cirugía láser, cirugía plástica y cosmética, tratamientos de fertilidad, oncología, cardiología, spas, homeopatía y tratamientos alternativos (SECTURE, s/f-b). La oferta en odontología se centra en tres sitios, Tijuana (11 dentistas registrados), Mexicali (2) y Los Algodones (10); no obstante, la oferta existente no se limita a lo que este sitio publica, como se ha podido contrastar en capítulos anteriores de este mismo trabajo, y en otros artículos ya publicados.

3.5 Estructura urbana de la localidad

Pese a la importancia económica que tiene Los Algodones para el municipio de Mexicali, es una delegación que no cuenta con documentos recientes para conocer su situación en general. Por ejemplo, el Programa de Desarrollo Urbano del Centro de Población de Los Algodones fue publicado en 1999 y no ha sido actualizado, por lo que la información puede estar desfasada. En el texto del documento se define el área urbana de la localidad en 150 hectáreas, dentro de las cuales el uso habitacional es de 71.6 hectáreas (47% del total), comercio y servicios de 2.75 hectáreas, equipamiento urbano 8, 16.5 en predios baldíos, 4 en vivienda abandonada y casi 30 hectáreas (20% del total) en vialidades; asimismo, en la localidad predomina la propiedad privada, aunque existen terrenos ejidales en el suroeste (Periódico Oficial de Baja California, 1999).

Por otra parte, la información proveniente del más reciente Censo de Población y Vivienda (2010) apunta que para ese año había en la localidad un total de 1980 viviendas, de las cuales estaban habitadas 1549 (78.23%), con un promedio de 3.54 habitantes por vivienda, y con más del 70% de las viviendas dotadas de agua, electricidad y drenaje; mientras sólo 320 (16.16%) contaban con conectividad a internet. Esa información revela un pequeño poblado urbanizado, en el cual la importancia del turismo médico de especialidad odontológica (que emplea al 90% de la población, directa e indirectamente, como ya fue revisado anteriormente) posiblemente organice el territorio de una forma particular para su funcionamiento, lo cual se analiza en el siguiente capítulo de este trabajo.

En general, la perspectiva histórica presentada en el subcapítulo 3.2 permite que el análisis de las actividades económicas en el territorio de Los Algodones se remonte a unos pocos siglos atrás. Se tiene registro de prácticas agrícolas desde el siglo XVIII, a través de testimonios de frailes y exploradores que referían al cultivo de algodón en el área; de una posterior oferta de servicios al ser construida una estación de paso (mediados del siglo XIX, cuando se establece el doctor Carnabar en el naciente poblado), y del crecimiento en importancia de la actividad turística durante el siglo XX y comienzos del XXI (primero por el turismo de esparcimiento y luego por la reconversión a turismo médico), lo que implica una terciarización progresiva de la economía.

Como se ha revisado desde diversas fuentes, la odontología y Los Algodones han conformado, desde las décadas de 1970 y 1980, un binomio indisoluble. Una de las máximas expresiones de esta asociación es la realización de las llamadas Fiestas del Visitante de Invierno, (una de acogida al inicio del invierno y otra de despedida al finalizar la estación), que consisten en ofrecer un festival a los visitantes procedentes de E.U. y

Canadá –comúnmente conocidos como *snowbirds*–, que anualmente acuden al poblado. Los eventos son organizados por diversos grupos que forman parte de esta actividad económica, con el apoyo de la delegación municipal (INAFED, 2002).

Capítulo 4. Organización territorial del turismo dental en Los Algodones.

En este capítulo se abordan los contenidos que definieron el trabajo de campo que fundamentó la tesis, el diseño metodológico implementado para resolver la pregunta de investigación, los productos cartográficos obtenidos tras los recorridos realizados, los elementos explicativos extraídos de las entrevistas aplicadas y las conclusiones generales de la investigación.

4.1 Proceso metodológico: diseño de los instrumentos de campo

Para la comprensión y análisis de la organización territorial de la actividad estudiada se emplearon instrumentos de carácter mixto, esto con el objetivo de entender las relaciones entre los actores involucrados en esta actividad económica y la percepción que tienen sobre la misma. Es decir, se pensó la metodología de forma que diera cuenta de los lugares estratégicos para el turismo dental, así como sus flujos, actividades asociadas y actores participantes, conformando así un estudio exploratorio capaz de mostrar una singularidad geográfica revisada en lo empírico, que permita dar cuenta de las interacciones que originan el turismo dental en la localidad, y que constituya un ejercicio de racionalización crítica del territorio de Los Algodones (Costa y Scarlato, 2019)

En primer lugar, se utilizó información cualitativa proveniente de la aplicación de tres³⁷ instrumentos –entrevistas semiestructuradas³⁸ con proveedores de servicios odontológicos, residentes de la localidad y pacientes– que fueron procesados mediante la técnica de análisis de contenido, que, de acuerdo con Bardin (1986), es un conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a diversos discursos, cuyo común denominador es una hermenéutica controlada y basada en deducción. Puede aplicarse para extraer información de un cuerpo de material (usualmente verbal) y así identificar de forma sistemática y objetiva las características de ese material en relación con el tema de estudio (Neuendorf, 2017).

Como esfuerzo de interpretación, el análisis de contenido se encuentra entre dos

³⁷ Se había planteado un cuarto instrumento, cuya finalidad era conocer la perspectiva institucional/gubernamental con respecto a esta actividad económica, pero no existieron circunstancias favorables para su implementación debido a la poca cooperación de las autoridades de migración, y a la ausencia temporal del delegado municipal durante el trabajo de campo.

³⁸ De acuerdo con Hay (2010), estas entrevistas son semiabiertas porque tienen preguntas que guían al entrevistado. No obstante, al estar centradas en las cualidades de los entrevistados, también pueden denominarse como abiertas según Propin (2003). El foco de interés residió en la calidad de la información.

polos, la objetividad (normalmente asociada a mayor rigor científico) y la subjetividad, por lo que permite descubrir los componentes básicos de un fenómeno (López-Noguero, 2002). Esta técnica permitió filtrar la información obtenida en las entrevistas, para comprender los actores y escalas involucradas en la actividad estudiada.

Posteriormente, con el uso del software *GPS Essentials*, se cartografiaron los elementos que estructuran el turismo dental en la localidad y su distribución, además de realizar observación no participante para entender la dinámica de la llegada de pacientes a los consultorios y la funcionalidad de los espacios en la localidad.

Las variables tomadas en cuenta para el análisis, así como los instrumentos aplicados, pueden consultarse con mayor detalle en los anexos³⁹; por eje temático y grupo de interés, se estructuraron de la siguiente forma: i) pacientes: experiencias en la localidad, proceso de toma de decisión para atenderse en Los Algodones, actividades realizadas en el lugar, movilidad y transporte, seguridad social, procedencia; ii) residentes: opinión sobre la llegada de pacientes, relación con el turismo dental, atención médica y seguridad social, transporte y movilidad, procedencia; y iii) profesionistas: perfil y experiencia profesional, ventajas y desventajas de trabajar con extranjeros, medios de promoción, experiencias en la localidad, procedencia, transporte y residencia.

La incapacidad de cuantificar este segmento particular de actividad turística hace difícil plantear un análisis cuantitativo. La falta de estadísticas oficiales sobre la actividad en Los Algodones no es algo exclusivo de la localidad, ni del gobierno mexicano, pues autores como Connell (2011b) señalan que una de las características notorias del turismo médico en general es la falta de estadísticas claras y la ausencia de estandarización en los escasos datos disponibles alrededor del mundo. Incluso Hall (2013) menciona que las cifras existentes muchas veces provienen de empresas privadas como agencias de viajes o corporativos de salud, lo que hace cuestionable el origen y confiabilidad de los datos.

Por tales razones, se implementó una metodología cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas. La ventaja de aplicar este tipo de instrumentos radica en que, mediante un guion preestablecido, se guía al informante para que hable sobre los temas a investigar, pero se le otorga centralidad y libertad para hacerlo de la forma que encuentre más conveniente (Denzin y Lincoln, 2012). En contraste con las entrevistas cerradas (también llamadas encuestas), que no admiten otras respuestas que no hayan sido previstas de

³⁹ El orden de las preguntas era indicativo, mas no obligatorio.

antemano por el aplicador, y con las entrevistas abiertas o en profundidad que carecen de una guía, este tipo de entrevista facilita no perder el foco del objeto de investigación a la vez que se tiene apertura con el informante (Dunn, 2012).

Las metodologías cualitativas no requieren muestras estadísticamente representativas (Bradshaw y Stratford, 2012), porque se enfatiza el valor de la información obtenida en un contexto determinado. El criterio de aplicación fue el punto de saturación teórico, cuando la información recabada ya no aportaba ningún dato nuevo relevante para la investigación (Dunn, 2012). Se decidió implementar todos los instrumentos en dos temporalidades diferentes (invierno, para dar cuenta de la llamada temporada alta; y verano, en la “temporada baja”), para contrastar la dinámica de la actividad y su despliegue en el territorio. Todas las entrevistas, a excepción de dos establecidas a través de un contacto inicial, carecieron de concertación previa.

Los grupos de interés para esta investigación fueron 4: pacientes, trabajadores del sector (odontólogos, recepcionistas, trabajadores de limpieza, promotores), pobladores de la localidad y figuras institucionales. Las siguientes tablas sintetizan los datos de identificación de todos los entrevistados, según la fecha de aplicación.

Tabla 4.1. Identificadores de las entrevistas aplicadas en el primer trabajo de campo (enero de 2019).

Enero, 2019						
Clave	Tipo de informante	Género	Edad	Lugar de origen ⁴⁰	Lugar de residencia	Ocupación
P-A	Paciente	M	66	Columbia Británica, Canadá	Phoenix, EUA (invierno)	Retirado
P-B	Paciente	M	44	Calgary, Canadá	Calgary, Canadá	Empresario
P-C	Paciente	F	47	Guadalajara, Jalisco	Phoenix, EUA	Hogar
P-D	Paciente	F	65	Edmonton, Canadá	Edmonton, Canadá	Retirada
P-E	Paciente	M	67	Edmonton, Canadá	Edmonton, Canadá	Pensionado
P-F	Paciente	F	45	Los Ángeles, EUA	Los Ángeles, EUA	Empleada
R-A	Residente	M	30	Tijuana, Baja California	Los Algodones, Baja California	Ingeniero en sistemas/encargado de cafetería
R-B	Residente	M	50	Oaxaca, Oaxaca	Los Algodones, Baja California	Vendedor de artesanías
R-C	Residente	M	16	Los Algodones, Baja California	Los Algodones, Baja California	Técnico dental
R-D	Residente	M	56	Zamora, Michoacán	Los Algodones, Baja California	Limpieza

⁴⁰ En los casos que aplique, tanto para lugar de origen como lugar de residencia (en ambas tablas), cuando el dato sea Los Algodones, se indicará como “Los Algodones, Baja California”. Es sabido que Los Algodones es el nombre de la localidad, perteneciente al municipio de Mexicali, pero por cuestiones de espacio se omite el nombre del municipio en la tabla.

T-A	Trabajador del sector	M	50	Tijuana, Baja California	Los Algodones, Baja California	Promotor
T-B	Trabajador del sector	M	35	Mexicali, Baja California	Mexicali, Baja California	Odontólogo
T-C	Trabajador del sector	M	55	Tijuana, Baja California	Ciudad Morelos (Mexicali), Baja California	Chofer de consultorio
T-D	Trabajador del sector	M	40	Mexicali, Baja California	Mexicali, Baja California	Proveedor de componentes dentales
T-E	Trabajador del sector	F	21	Mexicali, Baja California	Mexicali, Baja California	Recepcionista de consultorio
T-F	Trabajador del sector	M	40	Morelia, Michoacán	Alterna entre Mexicali y Los Algodones, Baja California	Odontólogo
A-J	Agente institucional	F	S/D	Mexicali, Baja California	Los Algodones, Baja California	Empleada de gobierno

Fuente: trabajo de campo.

Tabla 4.2. Identificadores de las entrevistas aplicadas en el segundo trabajo de campo (junio de 2019).

Junio, 2019						
Clave	Tipo de informante	Género	Edad	Lugar de origen	Lugar de residencia	Ocupación
P-G	Paciente	M	62	Boston, EUA	Florida, EUA	Retirado
P-H	Paciente	M	58	Ciudad de México	Las Vegas, EUA	Empleado
R-E	Residente	M	62	Mexicali, Baja California	Los Algodones, Baja California	Vendedor de miel
R-F	Residente	F	25	Oaxaca, Oaxaca	Los Algodones, Baja California	Vendedor de artesanías
R-G	Residente	M	50	Tijuana, Baja California	Los Algodones, Baja California	Vendedor de artesanías
R-H	Residente	F	27	Mexicali, Baja California	Los Algodones, Baja California	Venta en mostrador
R-I	Residente	M	60	Belice	Los Algodones, Baja California	Venta de dulces
R-J	Residente	M	50	Hermosillo, Sonora	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías
R-K	Residente	F	30	Nogales, Sonora	Los Algodones, Baja California	Venta en mostrador
R-L	Residente	M	52	Acapulco, Guerrero	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías
R-M	Residente	F	50	Sonora	Los Algodones, Baja California	Promotora de medio tiempo
R-N	Residente	M	40	Baja California Sur	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías
R-O	Residente	M	45	Ciudad Obregón, Sonora	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías/soldador
R-P	Residente	M	37	Toluca, México	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías
R-Q	Residente	M	22	Ciudad de México	Los Algodones, Baja California	Venta de mostrador
R-R	Residente	M	51	Los Algodones, Baja California	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías
R-S	Residente	M	53	Toluca, México	Los Algodones, Baja California	Venta de artesanías
T-G	Trabajador del sector	M	39	Los Algodones, Baja California	Los Algodones, Baja California	Promotor
T-H	Trabajador del sector	M	25	Los Algodones, Baja California	Alterna entre Mexicali y Los Algodones, Baja California	Técnico dental
T-I	Trabajador	M	27	Mexicali, Baja	Alterna entre Mexicali	Técnico dental

	del sector			California	y Los Algodones, Baja California	
A-K	Agente institucional	M	S/D	San Luis Río Colorado, Sonora	San Luis Río Colorado, Sonora	Iniciativa privada

Fuente: trabajo de campo.

Las entrevistas fueron aplicadas en temporalidades diferentes para dar cuenta de la dinámica de la actividad en los momentos que otros trabajos (Adams et al 2017; Adams et al, 2018, 2019; Dalstrom, 2012) han identificado como picos estacionales, para el caso de la frontera norte de México: temporada alta, entre los meses de noviembre y marzo (trabajo de enero de 2019) y temporada baja, entre los meses de abril y octubre (trabajo hecho en junio de 2019).

4.2 Expresiones territoriales del turismo dental en la localidad

En este apartado, se concentró la información geoespacial obtenida a través del trabajo de campo, en los que se georreferenciaron elementos importantes para la actividad económica estudiada y que fueron mencionados por los diversos entrevistados. También se incorporan los datos obtenidos a través de los recorridos de campo realizados para comprobar la información cartográfica obtenida del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) de 2019. Esta información, una vez depurada y sistematizada, permitió elaborar mapas que dan cuenta de la organización territorial del turismo con motivos odontológicos, así como de movilidades que sustentan esta actividad.

a) Organización de la actividad turística con motivos odontológicos en Los Algodones

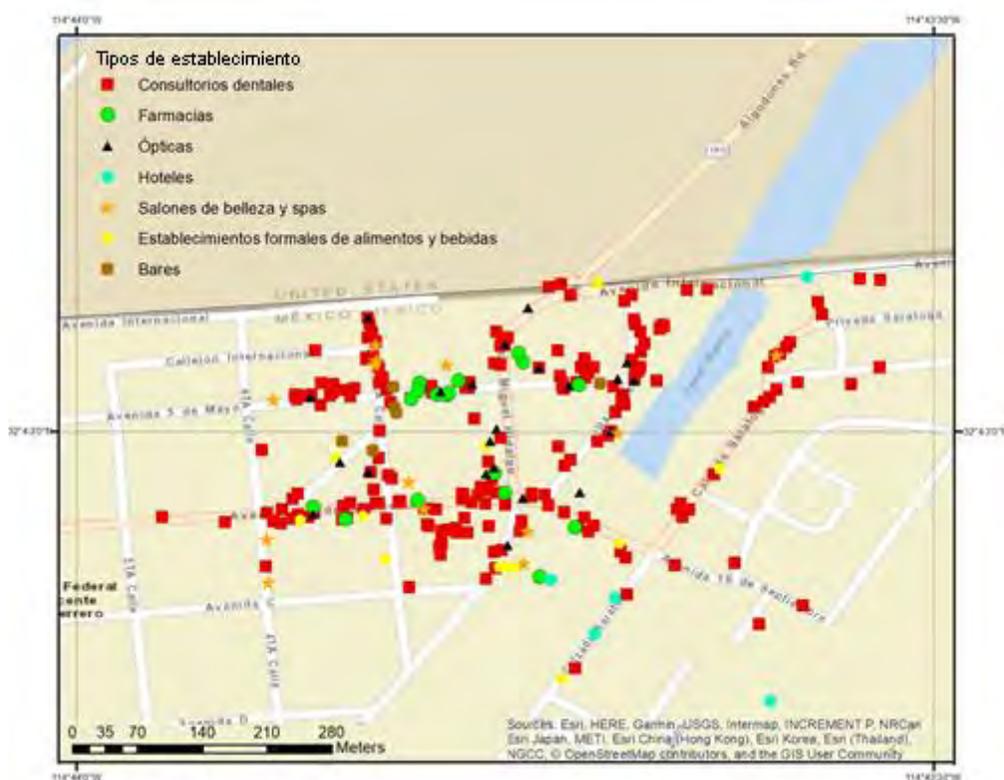
Describir y explicar los recursos turísticos y el equipamiento en un sitio turístico es fundamental para comprender su organización territorial. En ese sentido, es pertinente dar cuenta de los atractivos (naturales y culturales), áreas peatonales, actividades ofertadas, equipamiento urbano vinculado al turismo, establecimientos de alimentos y bebidas vinculados con la actividad turística y hasta las plazas comerciales del destino turístico en cuestión (Gallegos-Jiménez, 2008). No obstante, el caso de Los Algodones es excepcional, pues al ser el principal recurso turístico la aglomeración de especialistas odontológicos, hay que tomar en cuenta otro tipo de establecimientos y equipamientos.

Un destino de turismo médico requiere –forzosamente– un análisis diferente. La extraordinaria aglomeración de dentistas en Los Algodones (Judkins, 2007), lo convierte prácticamente en un destino volcado a la oferta de servicios odontológicos; aunque cabe

mencionar que sí hay otros especialistas orientados a la recepción de extranjeros (cirugía bariátrica, ortopedia, ginecología, optometría), su presencia en la localidad es minoritaria. Para fines prácticos de esta investigación, se reconoce su existencia, pero no se incluye en el análisis de la dinámica turística dominante⁴¹, que compete a los servicios odontológicos.

Los elementos territoriales que forman parte del turismo por motivaciones odontológicas en la localidad de Los Algodones son: consultorios odontológicos, farmacias, servicios complementarios (laboratorios dentales, servicios de análisis médicos como rayos X, otros especialistas), hoteles, establecimientos de comida y bebida, bares y establecimientos (formales e informales) de venta de artesanías y otros productos. Su distribución en el territorio, documentada mediante recorridos de campo y analizada mediante el software GPS Essentials, puede analizarse en la figura 4.1.

Figura 4. 1. Algunos elementos de la estructura territorial del turismo dental de Los Algodones, 2019.



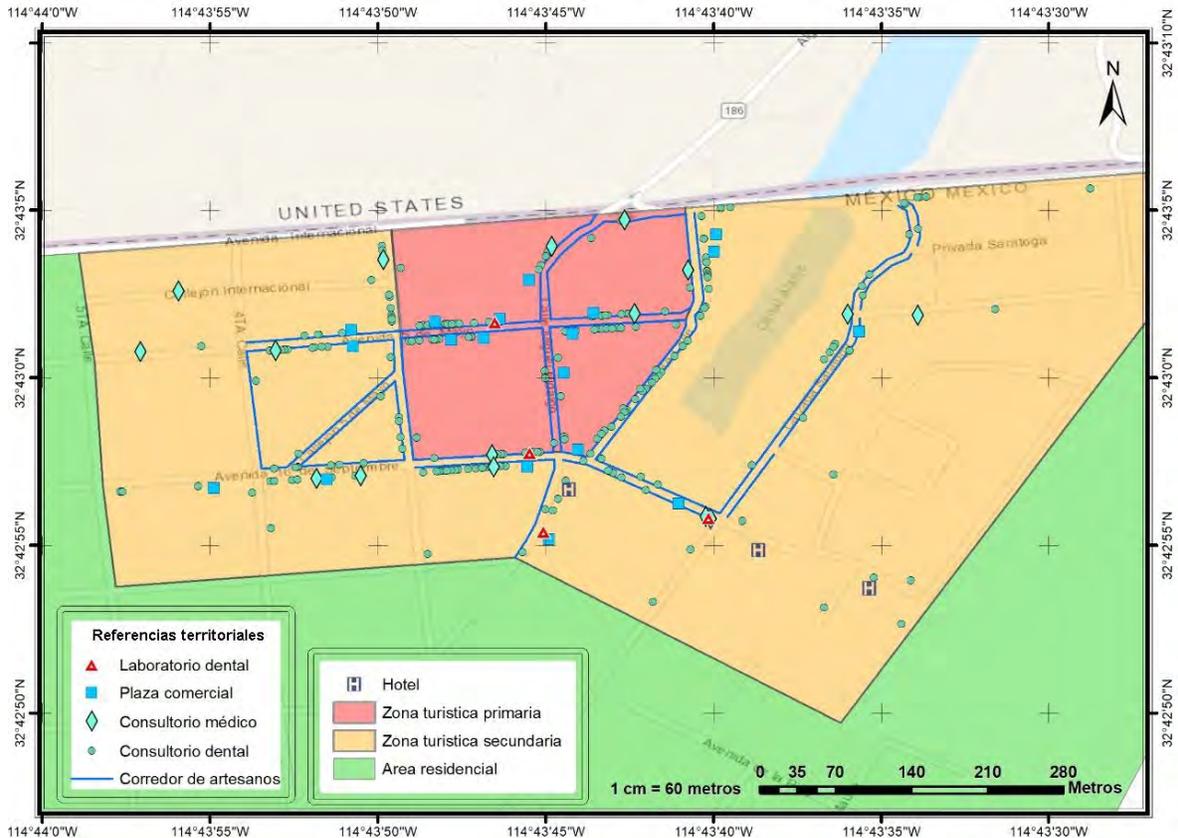
Fuente: elaborado con base en el trabajo de campo. 2019.

Los elementos utilizados en la figura anterior constituyen entonces parte de la estructura territorial que sostiene el turismo dental de Los Algodones. A ellos se sumó información proveniente del DENUE (2019) y constatada en campo (principalmente en

⁴¹ Se incluyeron dentro de los servicios complementarios.

cuanto a los laboratorios, cuya ubicación no siempre queda clara dependiendo de la clandestinidad del establecimiento), además de incluir referentes que diversos informantes mencionaron en sus entrevistas, con la finalidad de generar una zonificación del turismo dental en la localidad (figura 4.2).

Figura 4.2. Zonificación de la actividad turística de Los Algodones, 2019.



Fuente: elaborado por Andrés Prado Lallande, con base en el trabajo de campo, 2019.

En el mapa anterior se observa, en primera instancia, la gran concentración de consultorios dentales, principalmente en las dos cuadras más próximas al cruce fronterizo, y su posterior dispersión hacia las orillas del poblado. La distribución de consultorios y del equipamiento complementario propio de la actividad económica estudiada fue el criterio principal para la delimitación de tres zonas:

- i) *Zona turística primaria*, que comprende las dos manzanas próximas al cruce fronterizo (garita de Andrade). Se trata de las calles en las que, de acuerdo con información proporcionada en varias entrevistas, se instalaron los primeros dentistas que ofertaron sus servicios a extranjeros, lo que explica una cierta tendencia por parte de los turistas a buscar atenderse en los consultorios que

se localizan inmediatamente después del cruce.

Además de una gran concentración de consultorios, esta zona también posee una gran presencia de plazas comerciales que aglomeran más consultorios (a veces hasta en dos niveles), así como densos corredores de venta de artesanías, que de manera general se corresponden con la venta de alimentos, destinados tanto para pacientes como para los trabajadores, en restaurantes y puestos semifijos.

- ii) *Zona turística secundaria*, representada en color amarillo, hace referencia a las calles aledañas al núcleo principal de la actividad. Cabe mencionar que estos consultorios, al tener una ubicación más periférica con respecto al cruce fronterizo, presentan mayor presencia de promotores (*jaladores*). También hay presencia de plazas que aglomeran consultorios, pero de una sola planta y con menor afluencia de pacientes.

En estas calles se localizan muchos laboratorios dentales, tanto aquellos expresamente instalados y reconocidos como otros que se encuentran dentro de viviendas y que no son tan fáciles de ver (mencionados por los entrevistados): están cerca de la actividad principal para proveer a los consultorios, pero en una parte que ya no es tan frecuentada por los turistas. Existe también una alta presencia de servicios complementarios a la atención odontológica, como consultorios de otras especialidades médicas y corredores secundarios de artesanías (menos turistas llegan a ellos).

Por otra parte, la evidencia de un cambio en el tipo de atención odontológica proporcionada en el poblado queda patente en esta zona, ya que comienzan a surgir lugares para hospedar a los pacientes que así lo requieran; no obstante, permanecen relegados del núcleo principal porque por mucho tiempo se priorizó la atención compactada en una sola visita⁴².

- iii) *Zona residencial*, que comprende las zonas en color verde, son las calles en donde los habitantes de Los Algodones llevan a cabo sus tareas (estudio, compras, etcétera), poseen muy pocos consultorios y es muy poco frecuente

⁴² En la localidad existen cinco establecimientos de hospedaje: los tres hoteles señalados en el mapa y dos moteles de paso que son antiguos (algunos refirieron su existencia desde la década de los 70). Estos moteles se localizan en el núcleo residencial y poseen una dinámica diferente al no estar pensados *expresamente* para los pacientes, razón por la cual no fueron incluidos en esta zonificación.

observar turistas en ellas. Varias de estas calles no tienen un nombre visible, e incluso hacia la presa (sureste del poblado), muchas ni siquiera están asfaltadas. Es muy frecuente observar viviendas en condiciones precarias (techos de lámina, muros de materiales endebles), así como perros callejeros.

Hacia el noroeste, sur y oeste del poblado se localiza Nuevo Algodones⁴³ (un apéndice del poblado original, ya que el primer núcleo habitado estaba conformado por las calles más cercanas a la garita fronteriza, al norte y oriente). Aquí se encuentran algunos de los equipamientos con los que cuenta la localidad: el panteón al extremo noroeste, un campo de béisbol al sur, una subestación eléctrica y una clínica del IMSS (para los trabajadores del Instituto Nacional de Migración y la aduana) al norte. Asimismo, se percibe la existencia de algunos laboratorios dentales al interior de predios de uso habitacional, en especial en la zona aledaña al muro fronterizo. Las condiciones de esta área no son propicias para recibir turistas.

Figura 4.3. Predio del área residencial de Los Algodones.



Fuente: trabajo de campo, junio de 2019.

⁴³ Debido a la escala geográfica adoptada en el producto cartográfico presentado, esta zona no aparece en la figura 4.3; no obstante, sigue estando dentro del área delimitada como residencial.

La zonificación propuesta para la localidad hace referencia a un fenómeno recurrente en el turismo, independientemente del segmento de mercado del que se trate: la fragmentación socioespacial. Sea en ciudades históricas, cuyos recursos turísticos son expresiones tangibles e intangibles de patrimonio (Alvarado-Sizzo, 2015), en destinos de sol y playa (López-López, Cukier y Sánchez-Crispín, 2006) o sitios en los cuales se practique turismo rural (González-Terreros, 2012), la dinámica turística genera territorios cuya funcionalidad y estética difiere según el uso: mientras que aquellos sitios pensados para turistas son planeados (y percibidos) como seguros, con servicios al alcance de los turistas, los sitios de vivienda y trabajo se convierten en enclaves alejados del turista, en los que reina la criminalidad y la pobreza (Judd, 1999; Ashworth y Tunbridge, 2000). Entonces, se comprobó que en Los Algodones el turismo dental genera una dinámica territorial de fragmentación, una circunstancia presente en otros segmentos turísticos.

b) Movilidad de los trabajadores del sector dental (odontólogos).

Diversos artículos (Ramírez, 2005; Adams et al, 2018) y fuentes periodísticas regionales (La voz de la frontera, 2019) coinciden en que el origen del turismo dental en Los Algodones se debe a la iniciativa de un odontólogo procedente de otro estado de la república que comenzó a ofertar sus servicios para los residentes de Yuma a través de medios locales (televisión y radio). Por ese motivo, resulta de fundamental importancia explicar la movilidad de los odontólogos que laboran en la localidad.

Durante el segundo recorrido de campo, desarrollado en junio de 2019, se realizó un muestreo al azar de 120 consultorios (de los aproximadamente 350 que existen) para conocer la procedencia de los odontólogos por universidad de egreso. De éstos, sólo 115 aportaron datos válidos para el producto cartográfico generado (figura 4.4).

Figura 4.4. Migración de odontólogos a Los Algodones, por entidad federativa y ciudad, 2019.



Fuente: elaborado con base en el trabajo de campo (2019).

Se detectaron las ciudades y entidades federativas en las cuales los odontólogos responsables del consultorio muestreado habían concluido los estudios, lo cual es de singular importancia dado que en Los Algodones solamente se puede estudiar hasta el nivel de bachillerato: para estudios universitarios es forzoso salir de la localidad, lo que explica que la mano de obra (altamente calificada) provenga de otras ciudades.

Tres cuartas partes de la muestra (70) resultaron ser odontólogos egresados de la Universidad Autónoma de Baja California, campus Mexicali, lo que, considerando los 70 kilómetros que separan estos dos puntos geográficos, explican una relación cercana entre ellos. No obstante, es interesante observar que también hay participación de dentistas egresados de otros estados, principalmente Jalisco y Sinaloa, y en menor medida de Michoacán, Ciudad de México, Chihuahua, Veracruz y Aguascalientes.

Esto implica que Los Algodones posee un gran atractivo para dentistas procedentes gran parte del territorio nacional, mayormente regional, pero que comienza a extenderse a entidades muy distantes. Explicar la movilidad de los odontólogos que laboran en Los Algodones es fundamental, puesto que ellos son el principal factor operativo del turismo dental de la localidad. Esta relación puede ser entendida como

dialéctica⁴⁴ (Kosik, 2012), pues los odontólogos que migraron provocaron la existencia del turismo dental (mediante la promoción internacional de su trabajo), pero el turismo dental subsiste gracias a esa migración continua. No obstante, no hay que perder de vista que el detonante de la actividad fue la expresa oferta de servicios odontológicos para extranjeros mediante medios masivos estadounidenses.

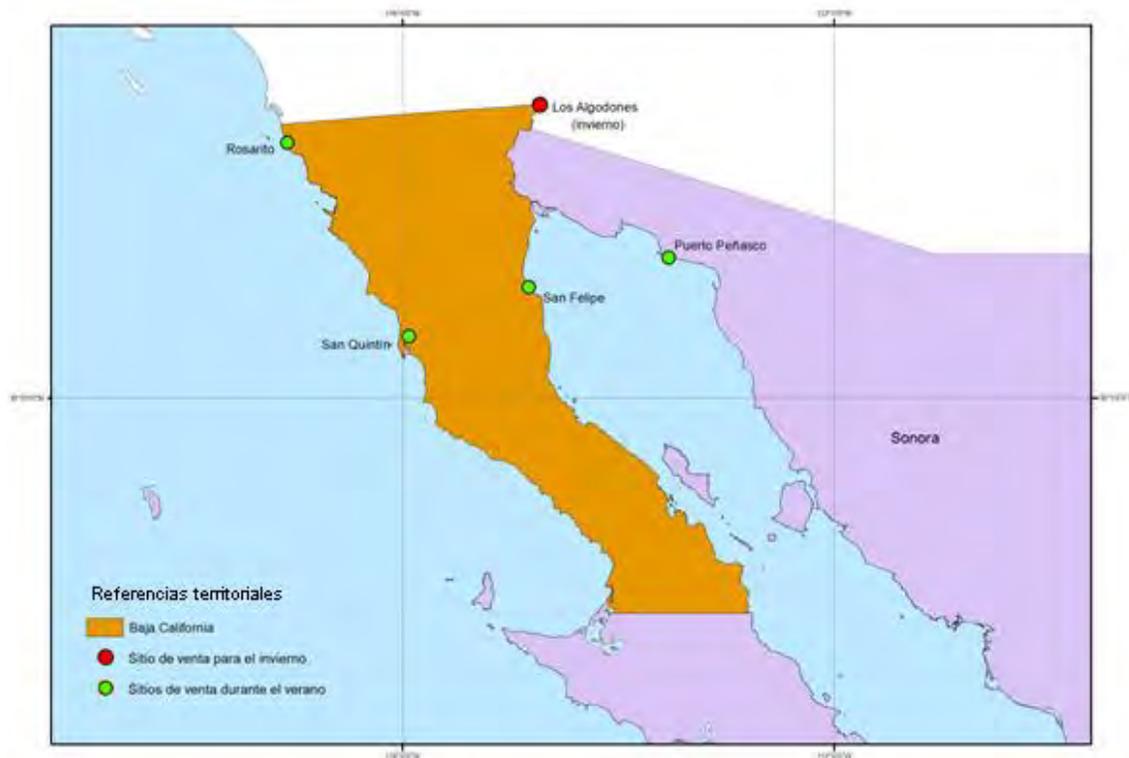
c) Movilidad de los trabajadores del sector artesanal

Pensar en algún destino turístico que carezca de venta de artesanías parece difícil. Y, pese a que en Los Algodones el atractivo para los turistas es muy diferente de los destinos tradicionales (de sol y playa, cultural, termal, urbano, de montaña), esta pequeña localidad concentra una gran cantidad de vendedores de este tipo, como se pudo apreciar en la figura 4.2 (ver sub-apartado a de esta misma sección).

Este sector, que existe gracias a los flujos de pacientes que llegan a la localidad buscando atención odontológica, también retribuye a la dinámica de esta actividad económica como actividad complementaria, al punto de generar otra ola de flujos migratorios de artesanos (y vendedores de artesanías) atraídos por la posibilidad de concretar ventas en dólares. No obstante, las entrevistas dejaron claro que este sector tiene una dependencia aún mayor que la de los odontólogos de los flujos estacionales, por lo que muchos de ellos trabajan en otros destinos turísticos en verano (la denominada temporada baja), conformando un flujo muy particular, de carácter regional (figura 4.5).

⁴⁴ Las relaciones dialécticas no pueden entenderse bajo el esquema causa-consecuencia, ni de forma lineal. En el caso estudiado, un elemento (turismo dental) no puede entenderse sin el otro (migración de odontólogos), y las relaciones entre ambos alimentan otro tipo de dinámicas que enriquecen el conjunto (como la presencia de actividades complementarias y/o de soporte, o la integración de la comunidad local).

Figura 4.5. *Movilidad de los trabajadores del sector artesanal, 2019.*



Fuente: elaborado con base en trabajo de campo (2019).

Muchos vendedores, después de algunos años para establecerse y lograr tener un vehículo de su propiedad, comienzan a generar una dinámica de movilidad estacional: en verano se trasladan a destinos turísticos de playa (Rosarito, San Felipe y San Quintín, en Baja California, y Puerto Peñasco, en Sonora), pues perciben –de forma generalizada– que la afluencia de visitantes disminuye considerablemente, lo que afecta directamente sus ganancias.

Para poner un ejemplo sobre la atracción que Los Algodones –en tanto destino turístico– genera en los vendedores de artesanías (sea de forma individual como iniciativa personal, o de manera grupal) de todo el país, se realizó un mapa con los lugares de origen de los diez vendedores de artesanías entrevistados durante el trabajo de campo (residentes actualmente de Los Algodones).

Figura 4. 6. Ciudades de origen de los vendedores de artesanías entrevistados, 2019.



Fuente: elaborado con base en el trabajo de campo (2019).

Esta pequeña muestra da cuenta de la diversidad de ciudades de origen de los entrevistados, y con ello, una idea general sobre el atractivo que ejerce la localidad entre quienes ejercen este oficio.

4.3 Fluidez territorial: elementos explicativos desde las entrevistas.

En esta subsección, se analizan las 38 entrevistas semiestructuradas aplicadas a los 4 grupos de interés ya mencionados (pacientes, trabajadores, residentes de la localidad y agentes institucionales). Se realizaron en dos temporalidades diferentes, mientras algunas entrevistas se limitaron a la aplicación puntual (26) del instrumento diseñado para tal fin, otras pudieron respaldarse con audio (12) gracias a la mayor disponibilidad y apertura de los informantes.

Dada la gran diversidad y riqueza de las informaciones obtenidas se realizó análisis de contenido de forma manual (sin ayuda de software especializado), lo que permitió plantear un esquema de análisis (ver figura 4.7).

Figura 4.7. Esquema obtenido del análisis de contenido aplicado a la información proveniente de las entrevistas.



Fuente: elaborado a partir del trabajo de campo (2019).

Esta reestructuración de la información resultó ser un filtro eficaz de análisis que derivó en la detección de los factores más relevantes del turismo dental en Los Algodones, mismos que se presentan a continuación⁴⁵ (ver figura 4.8), y que articulan la fluidez presente en el territorio de Los Algodones.

Figura 4.8. Síntesis de los factores que articulan la fluidez territorial del turismo dental en Los Algodones.



Fuente: elaboración con base en el trabajo de campo (2019).

⁴⁵ Cuando se citen extractos de las entrevistas, sólo se hará la identificación completa (género, edad, lugar de origen, fecha de aplicación) en los casos de los pacientes, ya que de común acuerdo se decidió preservar aquella información que facilite la identificación del resto de los entrevistados.

Estos factores se analizan con detalle a continuación.

- *Migración y movilidad*

Como fue posible vislumbrar desde el apartado 4.2 (gracias a los productos cartográficos relativos a la movilidad de odontólogos y vendedores de artesanías), la migración es el factor explicativo estructural del turismo dental en Los Algodones, desde el inicio de la actividad –desde la década de 1980 según Adams et al (2018); y en la década de 1970 según el agente institucional K, entrevistado en junio de 2019– hasta la actualidad. Si bien el entramado es complejo, muchos de estos actores tienen en común la migración y un cierto grado de movilidad, que convierten al turismo dental de Los Algodones en una actividad muy dinámica.

Para pensar en los flujos de pacientes que frecuentan la localidad, es importante resaltar que, en cuanto a los adultos mayores retirados o pensionados visitantes, es común que éstos tengan dos lugares de residencia, el habitual y otro para escapar de las inclemencias del invierno: por ejemplo, uno de los pacientes manifestó vivir la mitad cálida del año en su lugar de origen (Columbia Británica, Canadá), y pasa el invierno en Phoenix, desde donde le toma tres horas llegar a Los Algodones vía carretera (entrevista al paciente A, enero de 2019). En cambio, los pacientes más jóvenes cuentan con una residencia fija; no obstante, en cualquier rango de edad los emisores fundamentales son EUA y Canadá.

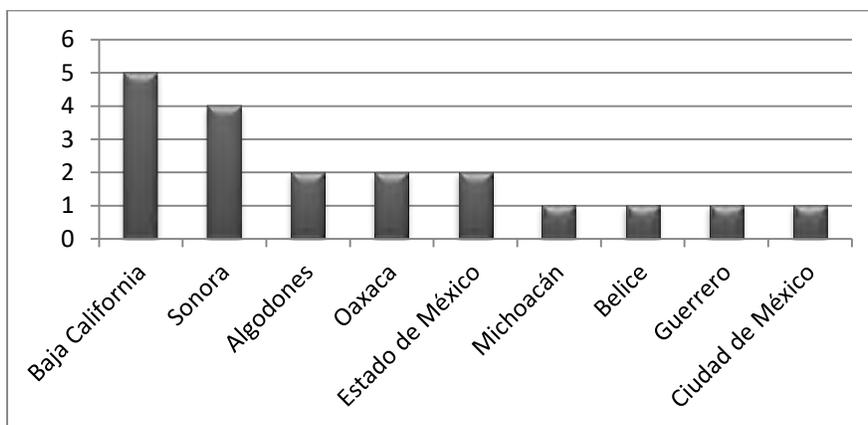
En palabras de uno de los odontólogos entrevistados,

“Tenemos mucho canadiense y en general de todos lados, de Nueva York... aquí la mayoría, como vieron, son americanos o canadienses, y cuando cambia la temporada, cuando viene el verano empiezan a venir más latinos, de todos lados, no sólo mexicanos, tanto colombianos, y así de otros lados, pero que viven en Estados Unidos” (Odontólogo H, entrevistado en enero de 2019).

Otros flujos a tomar en consideración para explicar esta actividad económica son los de los trabajadores. Dentro de este sector, es posible distinguir entre dos tipos de empleos: los trabajos de baja calificación (limpieza, seguridad, preparación de alimentos, ventas), que suelen ser realizados por población local, y otros de mayor calificación (receptionistas, asistentes de odontología, laboratoristas, odontólogos), cuyos trabajadores suelen residir (y nacer, incluso) fuera de Los Algodones.

Para explicar la movilidad de los trabajadores de baja calificación, se analizó el origen y residencia de los habitantes entrevistados. De 19 informantes, solamente 2 (10.52%) nacieron en la localidad (ver figura 4.9, abajo). Esta primera aproximación puede dar cuenta de un alto dinamismo demográfico en la localidad, así como un atractivo en migrar para residir en ella.

Figura 4.9. Procedencia de los residentes entrevistados, enero-junio de 2019.



Fuente: elaboración con base en el trabajo de campo, enero-junio de 2019.

La llegada de estas personas se debe a razones multifactoriales, dentro de las cuales predominaron cuestiones como la oportunidad laboral y/o búsqueda de empleo (68.42%), asuntos familiares y/o búsqueda de una mejor calidad de vida (31.57%) y deportación de EUA tras cruzar de forma ilegal (15.79%).

Otra cuestión importante sobre los residentes resultó el tema de la movilidad en relación con la estacionalidad tan marcada del turismo recibido en Los Algodones. Mientras que los entrevistados de menor nivel socioeconómico (en general aquellos originarios de la localidad, trabajadores de limpieza o algunos artesanos con poco tiempo de residencia) se quedan todo el año, otros habitantes –como artesanos con mejores posibilidades económicas: el común denominador era la posesión de una camioneta propia– en verano migran a otros destinos turísticos, como Ensenada, Rosarito, Puerto Nuevo (todos sitios litorales en Baja California) o Puerto Peñasco (Sonora).

Los trabajadores con mayor calificación suelen tener un origen variado. Empleados como recepcionistas, asistentes y laboratoristas acostumbran ser originarios y residentes en Mexicali, mientras que los odontólogos provienen de todo el país y residen principalmente en Mexicali, aunque algunos residen en Arizona. Profundizando en la dinámica temporal ya mencionada, los odontólogos han notado un leve descenso en los

picos tan marcados, pues manifiestan que ya cuentan con clientes prácticamente todo el año; lo que cambia un poco es el origen de los pacientes. Según un testimonio,

(...) cuando hace calor sí tenemos trabajo, pero menos, más local, ya más de aquí de San Diego, de Los Ángeles, Las Vegas, pero por lo general estos meses [de invierno] vienen de Canadá, es la temporada de Algodones para todos los dentistas, de hecho, en junio, julio, agosto hay cerradas varias clínicas (Odontólogo C, enero de 2019).

Estas diferencias entre verano e invierno modifican los ritmos de trabajo, según apuntan los entrevistados. La figura 4.10 presenta el panorama en el cruce fronterizo en un día invernal (figura 4.10). Cabe mencionar que en verano ni siquiera es necesario hacer fila debido a la poca afluencia.

Figura 4.10. Filas de pacientes que esperan su turno para volver a EUA, enero de 2019.



Fuente: trabajo de campo, enero de 2019.

Mención aparte merece un tipo de trabajadores muy particular. En Los Algodones es muy frecuente observar que hay personas afuera de muchos de los consultorios, intentando atraer a los pacientes recién llegados. Son los promotores o *jaladores*, que suelen ser hombres –en su mayoría– que hablan inglés fluido, y a menudo son deportados, migrantes de retorno, o están esperando la resolución de su situación migratoria en EUA. No obstante, generan polémica entre otros trabajadores de este sector:

...la gente que trabaja con jaladores es otro tipo de odontología, ellos son los que hacen sólo coronas y como que menos ética. Son gente

[los pacientes] *que viene una vez, y ya no los van a volver a ver, ellos [los odontólogos que trabajan con jaladores] les quieren hacer el trabajo y no les importa la calidad, por eso trabajan con jaladores, para que les lleven gente* (Odontólogo H, enero de 2019).

Además de cuestiones como imagen y el tipo de labor que realizan, con frecuencia se les relaciona con actividades ilícitas: *“Algunos se pasan, no te dejan caminar libremente y te ofrecen de todo ¿qué quieres, tienes hambre, quieres droga, quieres ir al dentista?”* (Agente institucional K, entrevistado el 25 de junio de 2019). No es el objetivo de esta investigación comprobar o refutar estas afirmaciones, hechas de manera libre por varios de los entrevistados.

Los promotores o *jaladores* surgieron debido a la necesidad de los consultorios de atraer pacientes y a la creciente competencia generada por la enorme concentración de especialistas en salud dental, y para algunos consultorios –en especial aquellos de localización periférica con respecto al cruce internacional– resultan imprescindibles. No obstante, hay otros consultorios de mayor tradición (o poder para atraer clientes) que ya no requieren de sus servicios y comienzan a verlos como un problema, principalmente por cuestiones de imagen o por las supuestas actividades ilegales en las que se afirma están inmiscuidos.

La existencia de este tipo de rol es muy interesante. Un consultorio dental que no esté pensado expresamente para recibir pacientes extranjeros (cualquier consulta dental común) difícilmente contaría con este tipo de empleados, porque no lo necesita. Sustenta el salario de los odontólogos que trabajen allí, tal vez el de algún recepcionista, y se promociona con recomendaciones y/o internet. Posiblemente, si tiene más recursos, pueda hacerse promoción en medios masivos de comunicación. Pero no requiere de alguien que esté en la puerta del consultorio, luchando porque los potenciales clientes entren a su consultorio y no a otros, y esa es precisamente la particularidad de Los Algodones, la enorme concentración de especialistas que posee, y que genera este tipo de empleos.

Muchas de las personas empleadas en este rol son migrantes de retorno, cuyo valor reside en su experiencia en EUA (dominio del inglés, conocimiento de las pólizas médicas y el funcionamiento de los programas gubernamentales de salud como *Medicare, Medicaid*, etcétera). Este trabajo suele ser de carácter estacional, y conforma una indudable expresión de capitalismo desbordado (Bauman, 2005), ya que ellos mismos están desprotegidos (sin garantías laborales) mientras cumplen con el papel de direccionar –e incluso a veces

arrebatarse— potenciales clientes al consultorio que les paga por comisión, y que puede despedirlos si no dan resultados.

La situación de muchos *jaladores* es precaria. No pertenecen a México, país del cual salieron hace muchos años (en la gran mayoría de los casos), pero tampoco pertenecieron nunca a EUA, país del que fueron deportados. Acostumbran tener más de un empleo, y los que se dedican exclusivamente a ser “promotores” con frecuencia cambian de consultorio o incluso de localidad⁴⁶ en dónde ofertar ese servicio, adaptándose a la oferta y demanda y sin arraigarse nunca, lo que encaja con la condición de seres humanos superfluos que describió Bauman (2005) como aquellas personas a las que el sistema de explotación marginaliza por su incapacidad (inducida y estructural) de consumir.

- *Concentración espacial de los consultorios y servicios afines*

En ninguna instancia institucional perteneciente a la delegación municipal de Los Algodones existe una estadística oficial sobre la cantidad de consultorios que existen en el poblado, ni de las especialidades que ofertan o los profesionistas que laboran en ellos debido a que abren y cierran con frecuencia y a veces de forma inesperada (agente institucional J, enero de 2019); no obstante, la información procedente del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas de 2019 (DENUE) estima 248 consultorios, y la Oficina de Turismo unos 350, además de 30 laboratorios (en DENUE sólo hay registrados 5).

Una de las características más notorias de Algodones es la gran aglomeración de consultorios que posee en poco más de dos manzanas, misma que ya se observó en el apartado anterior (figura 4.2). Desde el punto de vista de los trabajadores, resulta esclarecedor el testimonio del odontólogo C: “...trabajar en Algodones es atractivo porque hay mucha demanda, hay mucho más trabajo aquí que en Mexicali y que en San Luis [Río Colorado, Sonora]” (entrevista del 18 de enero de 2019).

Uno de los residentes señaló que “lo de los consultorios está re bien, ahorita así a los chamacos, la gente, la juventud, sabiéndole al inglés y todo ese **** sí, sí agarran trabajo bien fácil” (Residente G, entrevistado el 19 de enero de 2019). La alta densidad de consultorios trae consigo la necesidad de tener muchos trabajadores, aunque, como ya se

⁴⁶ Promotores entrevistados refieren que pueden desempeñar el mismo rol en diversas ciudades y localidades fronterizas (Tijuana, Mexicali, Juárez, etcétera), pero que la mayor posibilidad de encontrar empleo está en Los Algodones debido a la gran cantidad de consultorios. Trabajos como el de Dalstrom (2012) confirman la existencia de *jaladores* en otras ciudades fronterizas con presencia de turismo médico.

ha visto, la tendencia es que los empleos mejor remunerados sean para personas externas a la localidad.

- *Antecedentes de turismo de esparcimiento: los bares de Los Algodones*

El turismo dental no tuvo un surgimiento espontáneo. El detonante, como ya fue revisado, fue la instalación de un dentista foráneo que comenzó a promocionarse en medios de Arizona, pero el éxito de su iniciativa reside también en aprovechar el antiguo antecedente de flujos de estadounidenses que llegaban a Los Algodones en busca de esparcimiento (Rojas y Courtade, 2010). La localidad tuvo gran auge en la etapa del prohibicionismo (década de 1920) y después de la Segunda Guerra Mundial para todos aquellos que buscaban bares y toda clase de diversiones que eran ilegales o prohibidas en su país.

El trabajador G da cuenta de los cambios en la localidad:

... Había puras cantinas antes, yo tengo 45 años viviendo aquí y el pueblo no era así, el pueblo tiene como 100 años... Mi patrón tiene como, qué será, como unos 15 años con su consultorio. Y sí, llegaron todos como enjambre (...) Llegué morrito y pues nomás había la pura gasolinera, era lo que estaba, la gasolinera y el Seguro [IMSS] y el panteón... Tiene poco que ha cambiado mucho (Trabajador G, entrevistado el 19 de enero de 2019).

El elemento en común, tanto en las pocas referencias bibliográficas que existen sobre la génesis de Los Algodones (utilizadas en el capítulo 3 de esta misma tesis) como en las entrevistas aplicadas es la venta de alcohol (principalmente) en la época del prohibicionismo en EUA, lo que expresa, desde esa época –a partir de 1920– una orientación a satisfacer las necesidades de un sector de los estadounidenses (en ese caso, de los soldados o civiles en general que buscaban “diversión”).

El cambio de los bares a los consultorios no fue gradual. Los entrevistados ubicaban la década de 1970 como el inicio de la oferta de servicios odontológicos –es pertinente mencionar que gran parte de los entrevistados no nació en Los Algodones, muchos ni siquiera en Baja California–, pero en general la historia de la localidad no es muy conocida. La única referencia temporal exacta sobre ese cambio fue la siguiente:

(...) pues qué será, unos 50 años atrás llegó el doctor Magaña (...) Por alguna razón, a él se le terminó el trabajo y viene y se asoma a

Algodones. Pero no había el flujo de gente que hay ahora... detrás del doctor Magaña llegaron otros y ya nos fuimos involucrando poco a poco. Entonces, ¿qué vamos a hacer? Fue entonces cuando se les ocurrió lo de la fiesta, la fiesta de bienvenida, que es diciembre, y una de despedida que es en marzo. Han sido tan exitosas esas fiestas como promoción turística directa... así es como empezó [el auge de Los Algodones] y cuando empieza a crecer más es en la primera devaluación [1976] (Agente institucional K, entrevistado el 25 de junio de 2019).

- *Internet y publicidad en medios masivos y tradicionales (boca a boca)*

A nivel mundial, gran parte del éxito del turismo médico se debe a la disponibilidad de información sobre proveedores de servicios médicos. Es innegable que el medio técnico-científico-informacional, característico de la globalización (Santos, 2004) tiene un papel fundamental en esta actividad para conectar a prestadores de servicios (odontológicos, de hospedaje, transporte, entre otros involucrados) y consumidores (pacientes), además de otras ventajas, como disponibilidad digital de historiales médicos e incluso telemedicina (Hall, 2013).

Muchos de los casos de estudio sobre turismo médico apuntan la importancia de los actores intermediarios, sean formales o informales (Kaspar y Reddy, 2017; Chee et al, 2017; Piazzolo y Zanca, 2011), además del uso de internet. En estos casos, también destaca el papel de las certificaciones internacionales para atraer pacientes, puesto que se trata (en muchos de los casos) de corporativos privados de salud con gran poder adquisitivo y de atracción sobre los consumidores. No obstante, el caso de Los Algodones no funciona bajo esa lógica.

Si bien muchos de los consultorios y dentistas de Los Algodones cuentan con sitios web para agendar pacientes, no es aún una tendencia dominante. Muchos de los consultorios –generalmente aquellos que aún usan *jaladores*, como ya se mencionó con anterioridad– aún utilizan medios tradicionales de promoción, como las recomendaciones entre pacientes y el uso de tarjetas (ver figura 4.11).

Figura 4.11. Algunas tarjetas publicitarias utilizadas en Los Algodones, 2019.



Fuente: obtenidas in situ por la autora, 2019.

Además, es importante tomar en cuenta que el uso de internet muchas veces está relacionado con la edad del público usuario. En Los Algodones, es muy frecuente que los pacientes atendidos sean de la tercera edad, una tendencia que ha quedado documentada en trabajos como el de Adams et al (2017), Adams et al (2018, 2019), Arreola (2010) y Dalstrom (2012); pero también hay cada vez más pacientes de otras edades, y su presencia puede deberse al internet, como lo expone el siguiente testimonio:

En realidad, yo venía acompañando a mi papá... Él ya tiene 70 años y necesita varios tratamientos, ya no puede moverse mucho, pero decidió probar atenderse aquí porque la dentista le dio confianza, la vimos en internet. Para mí, mi primera opción para atenderme era Tijuana o Ensenada por la cercanía, pero no sé nada de esas ciudades ni de los dentistas de allá, y encontré buenas referencias de Algodones. ¡Para mí esto es una aventura! (Entrevistada estadounidense, residente de Los Ángeles, empleada de iniciativa privada. 17 de enero de 2019, traducción propia).

Un comentario recurrente entre los entrevistados fue la presencia de promocionales de los consultorios (no de Los Algodones como destino turístico, sino de cada consultorio, constituido como empresa) presentes en la televisión y radio local de Arizona; no obstante, se señala que la promoción más fuerte se hace vía internet (Entrevista con el odontólogo H, 19 de enero de 2019).

En Los Algodones es posible encontrar una gran cantidad de consultorios que aún captan clientes por recomendaciones de boca a boca, o algunos utilizan publicidad en EUA, pero va creciendo el uso de internet para hacer esa promoción. No obstante, esto representa también un desafío, a veces incluso podría acarrear más problemas que ventajas. En palabras de uno de los entrevistados, el internet “descompuso todo, es una competencia desleal por la ambición desmedida de algunos, porque es gente de afuera la que te lleva a los pacientes sin que hagas nada” (agente institucional K, 25 de junio de 2019).

Para los odontólogos, el uso de internet puede ser atractivo, pero también una herramienta de cuidado, pues si reciben valoraciones negativas, el prestigio del consultorio puede verse en peligro. Además, puede modificar sustancialmente su forma de trabajar; de acuerdo con uno de ellos:

...[hay] una clínica grande que atiende a muchos, ellos tienen dos hoteles, y trabajan con agencias de turismo, que ya vienen con todo pagado, pero los tratamientos ya vienen programados desde allá. Entonces cuando el paciente llega aquí, ellos ya tienen diagnosticado y ya te dijeron qué tienes que hacer, y ya viene todo, alimentos, hospedaje, el tratamiento y todo (Odontólogo H, entrevistado el 19 de enero de 2019).

Ese modelo de venta de la experiencia completa (vía internet) sólo es ofrecido por un grupo de empresarios, y no es representativo de la dinámica de atención en Los Algodones, en la cual predominan consultorios no corporativos, que no operan con agencias turísticas o convenios de paquetes de atención. No obstante, la existencia de este tipo de atención podría significar un punto de inflexión en la oferta y demanda de los servicios odontológicos a futuro.

- *Precios bajos*

Los pacientes entrevistados expresaron al menos dos motivaciones para elegir Los Algodones como lugar para atenderse: los precios bajos (50%), y la calidad en el servicio odontológico. El común denominador de todos los entrevistados resultó ser la parcialidad o inexistencia de un seguro médico que cubra procedimientos odontológicos: es decir, el desplazamiento surge de la imposibilidad económica de cubrir los costos de atención en el país de origen y/o residencia, pues según sus propias estimaciones, en México tienen un

ahorro de entre el 50% y el 90% de lo que pagarían en sus países.

Con respecto a la seguridad social, más de la mitad de los pacientes entrevistados (62.5%) manifestó tener un plan privado debido a las carencias de la atención pública de salud en sus países; no obstante, estos planes no cubren servicios odontológicos o lo hacen de manera parcial. En cuanto al resto, solamente uno (12.5%) contaba con la atención provista en su país (Medicare de EUA, que no contempla especialidades como la odontológica) y los otros (dos canadienses, que representaron el 25% de la muestra) carecían totalmente de algún programa para atención a la salud⁴⁷.

La variedad de tratamientos y procedimientos odontológicos que pueden realizarse en Los Algodones es muy amplia, y no es la finalidad de este trabajo adentrarse en ese espectro. No obstante, un elemento de gran importancia para los pacientes es la posibilidad de emprender diversas acciones favorables para su salud bucal por precios menores y de gran calidad, principalmente rehabilitaciones totales, así como la posibilidad de enmendar tratamientos mal hechos o innecesarios comenzados en sus países de origen, una queja presente tanto en residentes de EUA como de Canadá, como lo apuntó el siguiente testimonio:

Yo creo que un dentista podría hacerse rico en Canadá, trabajando unos pocos años ganaría muchísimo porque todos cobran muy caro, en general gran parte de los servicios son muy caros. Y no creo que tengan mucha ética [los dentistas canadienses] porque sé de varios casos en los que hicieron procedimientos innecesarios con tal de cobrar más (Entrevistado de 67 años, retirado, originario y residente de Edmonton, Canadá. 19 de enero de 2019, traducción propia).

- *Calidad de los servicios odontológicos*

La narrativa de pacientes, trabajadores, agentes institucionales y hasta de los residentes, así como de la propaganda de consultorios de Los Algodones, hace un gran énfasis en la calidad de la atención odontológica proporcionada en esta localidad.

⁴⁷ El caso de los pacientes canadienses es de destacar, en primer lugar, por las distancias que recorren para atenderse en Los Algodones. El sistema de salud en Canadá es universal (también se llama Medicare) y funciona bajo un esquema mixto de participación tripartita gobierno-empleador-paciente, no obstante, el pago de cuotas para la atención suele ser muy elevado para la especialidad odontológica, motivo por el que buscan alternativas. Posiblemente la falta de cobertura de los entrevistados se debía a haber carecido de empleos formales durante la vida productiva, que aseguraran su atención en el sistema público.

Por muchos años, la tendencia dominante en Los Algodones (los entrevistados identificaron que por lo menos hasta la primera década del siglo XXI) era que los pacientes se realizaran muchos procedimientos en una sola visita. No obstante, según los odontólogos entrevistados, ese tipo de intervenciones resultaba muy invasiva y acarreaba problemas a mediano plazo, tanto para la recuperación de los pacientes como para los mismos dentistas, quienes podían terminar enfrentando demandas (Odontólogo H, entrevistado el 19 de enero de 2019).

Los trabajadores, cualquiera que sea su rol en la actividad, reconocen un alto grado de especialización por parte de los dentistas que ofertan sus servicios, pues se sabe que muchos de ellos han hecho cursos y especializaciones, incluso fuera de México. Reconocen en la calidad de los recursos humanos de Los Algodones un gran factor de atracción para los pacientes extranjeros (Trabajador A, entrevistado el 16 de enero de 2019).

Los pacientes reconocen la calidad del servicio, pero también alaban la calidez del trato en México: “...vi sobre Algodones en internet y una vez que vine me gustó mucho el trato, la gente es muy cálida” (Paciente estadounidense, 62 años, originario de Boston. 21 de junio de 2019; traducción propia). Los odontólogos también coinciden con esta opinión: “...nosotros somos más cálidos en general y la atención en Estados Unidos es muy muy fría, y se las niegan, o si tiene que ver con el seguro es peor, porque los seguros de allá buscan no atenderte” (Odontólogo H, entrevistado el 19 de enero de 2019).

Pese a esta generalizada buena impresión, es lógico pensar que en todos los lugares –y no sólo en Los Algodones– es posible encontrar todo tipo de proveedores de servicios, incluidos los de salud. La enorme aglomeración de dentistas de la localidad no necesariamente garantiza que la atención sea excelente en todos y cada uno de los consultorios, como apuntó uno de los promotores entrevistados:

He trabajado con todos [los dentistas], y de muchas partes me he salido porque no lo hacen bien, andan robando, pues. Es lo que pasa. Y hay que tener cuidado con el turismo, deja mucho, derrama mucho dinero, y si se acaba... En Tijuana se lo acabaron, se lo acabaron por lo mismo (Promotor F, entrevistado el 17 de enero de 2019).

- *Imagen idealizada de Los Algodones*

La imagen tiene un papel fundamental en los destinos turísticos, sin importar a qué

segmento de mercado pertenezcan, puesto que cumple diversos roles: uno físico (sensorial) y otro anestésico o imaginario; lo que ha llevado a que tenga una posición central en la teoría y práctica del marketing asociado con la actividad turística (Alvarado, Zamora y López, 2018).

Sumado a la percepción de tener servicios odontológicos de calidad, otro factor fundamental para esta actividad es la buena reputación que tiene la localidad entre los visitantes. Fue muy recurrente escuchar que Los Algodones es muy seguro, un sitio tan pequeño que posibilita recorrerlo caminando y con la confianza de no ser víctima de algún delito:

“...los precios bajos y la relativa cercanía fueron mis principales factores de decisión. Y a comparación de las temperaturas de mi ciudad natal, encuentro aquí muy agradable, la atención es muy buena y barata y el pueblo es muy seguro” (entrevistado de 44 años, originario de Calgary, traducción propia).

Esta percepción de seguridad destaca, debido a que en ocasiones prevalece la imagen de México como un lugar violento y ligado al narcotráfico (Adams et al 2017; Adams et al, 2019). Además de las cuestiones de seguridad y una extensión cómoda para los turistas, hay otros factores que contribuyen a esta imagen casi idílica de Los Algodones, como el hecho de tener un estacionamiento propio (de capital público-privado) y tener los bares prácticamente erradicados de la localidad (existen solamente tres, que reciben turistas), como lo afirmó uno de los entrevistados:

“...nosotros somos afortunados en cuanto al flujo de turismo de salud, a nosotros no nos interesa el turismo nocturno de alcohol y más droga, que te van manchando la imagen. Los viejitos que se llegan a meter a un bar se toman unas margaritas y a las 5, 6 de la tarde ya están de regreso y los jóvenes no, son problemas, son peleas, balazos... La vocación de Algodones es turismo de salud, partiendo de lo dental, vivimos de eso (Agente institucional K, 25 de junio de 2019).

La opinión generalizada sobre los turistas de la localidad es positiva, es recurrente escuchar comentarios favorables, que “se porta bien todo el movimiento” (entrevista con el trabajador G, 19 de enero de 2019), con algunos apuntes particulares sobre la tolerancia

de ciertas conductas de los turistas⁴⁸ (como consumir alcohol en los espacios públicos, por ejemplo).

4.4 Organización social, política y económica de la actividad

La investigación de campo permite inferir, hasta ahora, que la organización –de la actividad económica y del poblado en general– es caótica. Dentro del plan de trabajo de esta investigación se contempló hacer entrevistas con el delegado municipal y con algún representante de alguna entidad que participara directamente en el turismo de la localidad, pero esto fue imposible, por falta de disponibilidad y coordinación; por lo que se esbozaron los elementos sociales, políticos y económicos que son parte del turismo dental a partir de las entrevistas aplicadas.

Cabe señalar que uno de los testimonios hasta ahora utilizados –con un agente institucional que forma parte de la Oficina de Turismo (vigente a enero de 2019)– es producto de una entrevista fallida, que debido a la poca disposición que la persona tenía para responder las preguntas, no fue efectuada. Fue necesario limitarse a incluir cuestiones muy puntuales; no obstante, durante ese breve intercambio fue evidente la ausencia de estadísticas oficiales, desde el número de cruces fronterizos⁴⁹ hasta datos sobre la cantidad de consultorios, laboratorios y negocios afines al turismo médico.

Pese a esas dificultades, se obtuvo información sobre la existencia de tres organismos relacionados con la actividad económica estudiada; el primero de ellos, COTUDEAL (Comité de Turismo de Los Algodones) –extinto a inicios del siglo XXI– fue un organismo independiente, de creación privada y sin recursos financieros propios, formado por empresarios que buscaron conservar el flujo de turismo (que aumentó considerablemente en la década de 1980) en la localidad entre 1979 y 2003.

De formación espontánea, el Comité, en palabras de uno de sus ex funcionarios, estuvo involucrado en diversas iniciativas para fomentar el turismo, como la organización de la fiesta de recepción y de despedida de los turistas (conocidas como *Welcome Party* y

⁴⁸ El hecho de “aceptar” las conductas de los turistas (pese a que sean excesivas o vayan en contra de las costumbres de la comunidad receptora) es un tema recurrente dentro de la geografía del turismo, y atribuible en gran medida a la alta dependencia de los flujos turísticos para la economía del lugar. Para ampliar esta discusión, consultar Alvarado-Sizzo y Romero-Gallardo (2018).

⁴⁹ En la referida entrevista, el agente institucional entrevistado mencionó que los datos sobre el número de cruces en la garita internacional de Los Algodones no se tienen en México (“porque no se lleva a cabo ese conteo”), que solamente EUA lleva ese control, una situación que se repite en toda la frontera norte, y posiblemente en la sur también, en sus palabras.

Farewell Party, respectivamente). Además, tenían otras ventajas, como cercanía y confianza:

“...nosotros tuvimos una ventaja aquí, independientemente de que haiga [sic] cosas que no funcionan como quisiéramos. Conocemos al policía, conocemos al delegado, y les podemos hablar, “oye, ¿sabes qué? Está pasando esto”. No es una ciudad grande en la que hay una antesala y esas cosas; nomás dices: “oye, mándame la patrulla, hay gente molestando, o gente sospechosa” y ya. O sea, el trato es personal, no hay nada de ir a instituciones. Los pueblos son así, de juntarse, nos tomamos un café y se resuelve el asunto... Eso es la ventaja que nos ha dado que somos una comunidad pequeña, que todos nos conocemos aquí” (Entrevista con el agente institucional K, 25 de junio de 2019).

La disolución de este organismo (que no tenía figura jurídica) se debió a la concentración de las acciones de promoción turística en el Comité de Turismo y Convenciones de Mexicali (COTUCO), que es la agencia del gobierno de Baja California encargada de promocionar todos los destinos turísticos de la entidad, incluyendo Algodones, pero que solamente tiene presencia física en la ciudad de Mexicali (a 70 kilómetros de distancia).

COTUDEAL fue sustituido por un organismo formal, el Consejo de Turismo de Algodones “formado por un grupo de empresarios que son de aquí” (agente institucional J, 21 de enero de 2019). Hacen reuniones informales, sin una periodicidad ni lugares fijos, y, al menos en el año de 2019, el delegado municipal estaba presente en esas reuniones al ser uno de los empresarios locales que forman dicho Consejo. Se trata de una asociación civil⁵⁰.

El tercer organismo es el Colegio de Dentistas de Algodones, con actual participación en el turismo de la localidad. Aunque su finalidad es regular las prácticas de los profesionistas a través de diversos mecanismos como la actualización constante – mediante cursos que se realizan especialmente durante el verano, en la época en que hay menos flujos de pacientes–, además de regular cuestiones de ética, tienen una incidencia

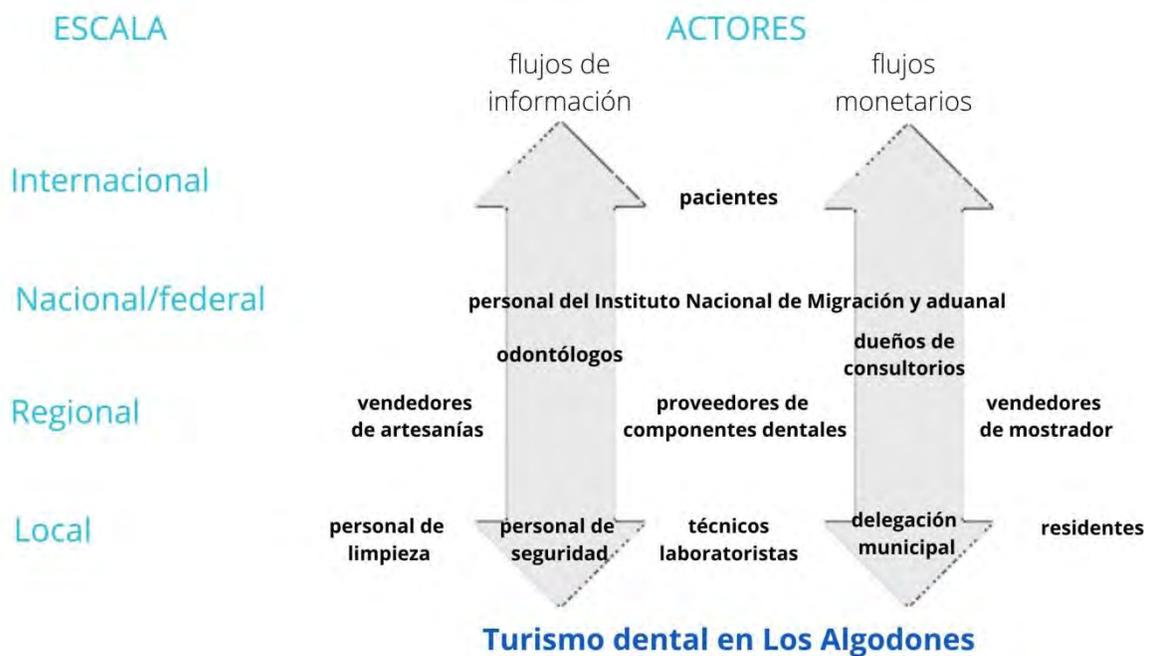
⁵⁰ Una revisión a la página oficial de Facebook del Consejo de Turismo Médico de Los Algodones muestra que, para eventos planeados para los visitantes, los patrocinadores muestran participación pública (gobierno estatal, gobierno municipal, Secretaría de Turismo de Baja California) y privada (universidades y consultorios locales).

directa en esta actividad al buscar conservar o aumentar los altos estándares de calidad en la atención odontológica, atributos por los cuales es reconocida la localidad.

Otra institución involucrada en esta actividad es el Instituto Nacional de Migración (INM), además de la aduana, quienes en conjunto regulan los flujos de entrada a México y cumplen, entre otras funciones, con la revisión de los productos que salen de nuestro país, principalmente de los medicamentos adquiridos⁵¹ y de compra de bebidas alcohólicas.

Una mirada más profunda desde el territorio permite vislumbrar que los flujos en Los Algodones son diversos y multidireccionales. Pacientes, odontólogos, recepcionistas, laboratoristas, proveedores de componentes dentales, personal de limpieza, vendedores de artesanías, empleados de gobierno, personal militar, vendedores de mostrador, residentes de la localidad... Esta localidad constituye un polo de atracción para diversos actores, como se puede apreciar en la figura 4.12.

Figura 4.12. **Un acercamiento al entramado de actores involucrados en el turismo dental de Los Algodones, 2019.**



Nota: “odontólogos” incluye al Colegio de Dentistas de Los Algodones y el Consejo de Turismo de Los Algodones, pues las bases de funcionamiento de ambos organismos residen en las decisiones que toman los odontólogos. Fuente: trabajo de campo, 2019.

⁵¹ De acuerdo con Valdez y Sifaneck (1997), en la frontera norte de México es recurrente el tráfico de medicamentos que no son de venta libre en EUA o que pueden ser adquiridos con recetas falsas (proporcionadas por médicos mexicanos), llegando incluso a proponer el término *drug tourism*.

4.5 Consecuencias del turismo dental en el territorio de Los Algodones

Derivado de la fluidez territorial desplegada en el territorio de Los Algodones, existen consecuencias de las que es preciso dar cuenta, puesto que, como actividad económica derivada de la globalización, el turismo dental también genera territorios ganadores y perdedores (Merchand-Rojas, 2007) *al interior* de la localidad estudiada.

- *Desigualdad*

De manera generalizada entre los residentes, el turismo dental de Los Algodones es bueno porque "...no hay trabajo en los campos de algodón y por eso la gente optó por trabajar en todo lo de los dentistas" (residente D, 19 de junio de 2019), y porque "...siempre el turismo genera trabajos" (residente H, 24 de junio de 2019). No obstante, hay una observación muy importante que hacer respecto al tema de los ingresos económicos que deja el turismo dental.

En palabras del residente B "*...hay muchísimo dinero entrando a la localidad gracias a los dentistas, que es bueno, pero está muy mal repartido, porque los pobres no podemos aspirar a las cosas que tienen los dentistas, como sus carros último modelo*" (19 de junio de 2019). Algunos de los residentes manifestaron la existencia de una desigualdad económica y social muy evidente entre los profesionistas y los empleos de menor calificación (que están destinados generalmente para la población local, con los salarios más bajos).

También es relevante hacer la observación de que, con frecuencia, los dueños de consultorios y el personal especializado que labora en ellos (odontólogos y especialistas diversos) no son originarios de Los Algodones, por lo que los ingresos que reciben en realidad no permanecen en la localidad: ya sea que tengan sucursales de sus consultas en otros lugares o no, el hecho de que sus ganancias salen es innegable, en especial si viven fuera.

En todas las entrevistas realizadas a residentes y trabajadores, además de los agentes institucionales, fue muy evidente que los interlocutores concebían los empleos generados por el turismo odontológico como la única y/o la mejor alternativa laboral posible en Los Algodones. Las pocas personas que mencionaron actividades alternativas a la recepción de turismo lo hicieron de la siguiente forma:

(...) si tenemos bien el turismo, le va a ir bien a la comunidad... la

mayoría de la gente tiene la educación de atención al turista. Quítales el turismo, ¿y qué vamos a hacer? Los agricultores no se mantienen ni ellos solos porque las tierras de aquí ya están rentadas por compañías hortícolas que vienen de Estados Unidos. Ahorita eso ya se acabó, se quedaron los hijos y los nietos, pero tienen que rentar la tierra... ¿de qué vamos a vivir nosotros? (Agente institucional K, 25 de junio de 2019).

El abandono del campo y la terciarización de la economía no es una tendencia exclusiva de Baja California ni de México, sino que se da a nivel global (Morales, 2005), y el hecho de que la presencia de EUA en territorio bajacaliforniano sea tan fuerte –como lo muestran estos extractos que mencionan la posesión de tierras agrícolas en el Valle de Mexicali– tiene antecedentes que se remontan al siglo XIX, cuando México perdió la mitad de su territorio ante EUA (Rojas y Courtade, 2010), lo que habla de relaciones desiguales que prevalecen hasta la actualidad entre ambos países.

Efectivamente, la localidad de Los Algodones ya no está ligada a la actividad agrícola, pues los jornaleros que trabajan en el Valle de Mexicali suele ser mano de obra contratada estacionalmente y proveniente de los ejidos de alrededor (Ciudad Morelos, ejido Yucatán, ejido Tabasco). En palabras de otro entrevistado, “...*tiene mucho que la gente de Los Algodones ya no es del campo ni vive del campo, ya todo eso es de los gringos o rentado por gringos*” (Trabajador G, 19 de enero de 2019).

Una de las cuestiones que menos se ha tratado en artículos publicados sobre el turismo dental en Los Algodones, y que durante las entrevistas implementadas se abordó de manera superficial, atañe a dónde reciben atención dental las personas nativas y/o residentes de la localidad. De los residentes entrevistados, el 73.69% de ellos no contaba con ningún tipo de seguridad social o plan de salud, mientras que el resto contaba con seguridad social por parte del Estado (21.05% con el Seguro Popular⁵² y solamente el 5.26% con IMSS). A decir de una de las entrevistadas,

(...) pues sí, yo tengo el seguro popular pero no es como que te sirva de mucho. Nunca tienen nada, a veces no hay doctor, o no tienen materiales, o no tienen medicinas. Entonces aquí uno no se puede

⁵² Las entrevistas, vale la pena recordar, fueron aplicadas en 2019. El 1° de enero de 2020 entró en vigor la modificación constitucional que eliminó el programa del Seguro Popular e introdujo un nuevo organismo gubernamental, el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), dependiente de la Secretaría de Salud federal (Alto Nivel, 2020).

enfermar... si es algo de dentista, pues hay algunos que te atienden, así más económico, ya sea que sólo cobren los materiales o que te dejen pagar poco o a plazos, porque lo conocen a uno, pero está difícil” (Residente de 53 años originaria de Toluca; 24 de junio de 2019).

Los trabajadores no estaban muy conscientes sobre la atención dental brindada a los residentes, pues no parece que tengan presente el poder adquisitivo (menor) de los habitantes de Algodones para pagar las tarifas en dólares: “...también atendemos gente local, paciente que quiera venir aquí estamos. Tenemos la misma tarifa para todos, y se maneja por dólares” (Odontólogo C, 18 de enero de 2019). Otro trabajador apuntó que “...muchos doctores dicen que con los mexicanos no hay negocio” (Promotor F, 17 de enero de 2019).

Acerca del resto de servicios de Los Algodones, se mencionaron temas como la carencia de guarderías, educación media superior, transporte público eficiente y digno, y, lo más paradójico y contradictorio, de servicios médicos de calidad para los habitantes (no sólo odontológicos). En palabras de uno de los entrevistados,

Aquí te puedes morir en la noche porque no hay ambulancia, porque no hay hospital, porque no hay farmacia abierta, porque no tienes un médico. Y eso, ¿por qué? Porque la mayoría de la gente, los fuertes empresarios e inversionistas no viven aquí, ellos viven en Mexicali, allá tienen 24 horas ambulancia y farmacia y hospital. Aquí han fallecido personas porque no hay ambulancia, y si hay está descompuesta... tienen que irse a San Luis [Río Colorado] o a Mexicali, y estamos hablando de que en una urgencia médica son 70, 80 minutos que son vitales (Agente institucional K, 25 de junio de 2019).

Es así que, en un destino de turismo médico de alcance internacional, los residentes locales pueden incluso morir por falta de servicios médicos, un fenómeno ligado a la contradicción capitalista que en primer lugar origina los flujos internacionales de pacientes de los cuales se ha hablado. Además de este gran problema, se mencionaron otros, como la precariedad:

...se supone que éste es de los municipios que más dinero generan para el estado, pero pues las calles están mal, como que no invierten

mucho aquí... no hay drenaje, por ejemplo, todo son fosas sépticas, el pueblo está todo desorganizado, aquí se va el agua y luego al rato la tienen que estar reparando porque hay fugas... (Odontólogo H, 19 de enero de 2019).

Además del evidente abismo entre los trabajadores del sector y con respecto a los residentes (quienes con suerte se emplean en el turismo dental, con los empleos más inestables), otro aspecto que refleja las relaciones desiguales que se mantienen con Estados Unidos es el huso horario utilizado en Los Algodones. Derivado de la intensidad de las relaciones con la ciudad fronteriza de Yuma (Arizona), desde hace años la localidad mexicana comenzó a utilizar la misma franja horaria “para no perder clientes, como una estrategia de mercado” (Trabajador A, 16 de enero de 2019).

Cabe señalar que en Los Algodones, al igual que toda la entidad de Baja California, rige el horario del Noroeste (UTC-8)⁵³; sin embargo, los dentistas utilizan el horario de Arizona (UTC-7), por lo que existe un desfase entre la hora “real” y la hora con la que trabajan los negocios de la localidad. Esto se constató en los recorridos de campo, observando que todos los consultorios destacan el uso del *Arizona time*, como se puede ver en la figura 4.13. Esa particularidad se observó únicamente en Los Algodones y de lunes a sábado (los domingos, la localidad recupera su espacialidad y temporalidad habituales, con muy poco movimiento turístico).

Figura 4.13. Arizona time en los consultorios de Los Algodones, 2019.



Fuente: trabajo de campo, junio de 2019.

⁵³ En México existen cuatro husos horarios: noroeste (UTC -8), Pacífico (UTC -7), centro (UTC -6) y sureste (UTC -5), que es el único que no cambia en verano (los demás suman una hora en esa estación).

La existencia de este tipo de condición evidencia la persistente asimetría de las relaciones entre México y EUA. Incluso, remite a un tipo de neocolonialismo –entendido como una etapa más del imperialismo, propio de la segunda mitad del siglo XX y que genera nuevas formas corporativas de apropiación de los recursos de países en desarrollo– (Blanco, 2016), en el cual EUA dicta las condiciones de la comunidad subalternizada (Los Algodones) para la provisión de servicios odontológicos a estadounidenses, incluyendo el huso horario para trabajar.

- *Conflictos territoriales*

El turismo, sea cual sea el producto ofertado, siempre trae consigo la promesa de beneficios económicos a la localidad receptora (Kaspar y Reddy, 2017), pero suele desencadenar diversos problemas y el turismo médico no es la excepción. La percepción sobre este tema particular es diferente entre los grupos de entrevistados; por ejemplo, un entrevistado mencionó que la actividad propició que el municipio haya arreglado las carreteras en años recientes (odontólogo H, 19 de enero de 2019), mientras que otros trabajadores mencionan dificultades para emplearse debido al alto grado de competencia, pues “hasta para vender dulces está muy peleado” (Trabajador G, 19 de enero de 2019).

Un problema importante de la localidad reside en la ausencia de autoridades gubernamentales. Como apuntó uno de los entrevistados,

“las cosas malas de Algodones como destino turístico... pues una es la apatía y falta de apoyo de la autoridad municipal, estatal y federal (...) No hay un orden. Porque ¿quién controla? La autoridad municipal. Y ¿dónde está? En Mexicali. La gente aquí en Algodones construye hasta la orilla y nadie la para, no hay un orden. Es un pueblito sin ley, en Algodones vendes, haces, construyes a tu modo” (Agente institucional K, entrevistado el 25 de junio de 2019).

Este testimonio confirma lo observado en campo: parece que la presencia de la delegación municipal en la vida del poblado no es muy fuerte. La recolección de basura en la zona habitacional se hace una vez a la semana, algunos eventos culturales son patrocinados directamente por los consultorios odontológicos, y en general la vida en Los Algodones parece girar en torno a los dentistas, mismos que organizan y patrocinan muchas de las actividades clave del turismo dental, como las ya mencionadas fiestas de

Bienvenida y Despedida.

La figura 4.2, que presenta la zonificación turística de Los Algodones, dejó clara la existencia de un área residencial en la cual los turistas no circulan, una porción de territorio visiblemente más precaria y descuidada que los núcleos turísticos, con los que la interacción consiste en proveer la mano de obra de menor calificación (limpieza, seguridad y técnicos de laboratorio). Esta fragmentación espacial tiene una relación directa con la percepción que el sector trabajador tiene sobre los moradores de Los Algodones:

...la gente que es oriunda de aquí, como que aún tienen que ver con el alcohol, con adicciones... Algunos llegan a trabajar aquí de asistentes, pero hay pocos. Lo que pasa es que aquí, en la noche, hay mucha drogadicción, hay mucho yonkie, en la noche empieza a salir la gente, hay mucha droga aquí. Yo toda la gente que conozco que son de aquí están así relacionados con las drogas, la prostitución, la violencia familiar... Todos los que conozco de aquí de Algodones están relacionados con drogas, alcoholismo, cosas así (...) el pueblo está estancado como en los setentas, hay mucho dinero pero no hay educación, no hay cultura. Entonces, sí ves mucha gente que tiene mucho dinero, y que trae buenos carros, pero es como lo que los hace, ¿no? [los realiza]... Pienso que tienen toda esa herencia de las cantinas. Si tú conoces a gente de aquí son así, son malhablados, son groseros, como gente de cantina. No, aquí está bien atrasado...
(Odontólogo H, 19 de enero de 2019).

Esta entrevista reveló un asunto sobre el que las personas evitan hablar directamente, pero que se evidencia en recorridos por la localidad: las condiciones precarias. Calles sin pavimentar, falta de señalización, calles sin nombres y familias hacinadas en pequeñas viviendas de materiales endeble, se hacen presentes en la localidad (en especial cerca de la presa internacional Morelos, el sector más alejado de la parte turística⁵⁴), y contrastan con el colorido de las dos manzanas que concentran toda la actividad comercial y turística del poblado. También es posible ver, en cualquier época del

⁵⁴ En esa zona incluso llegó a existir un comedor y refugio para los migrantes que intentan escalar el muro hacia EUA en la zona de Los Algodones; no obstante, los pobladores refieren que hace un tiempo que el proyecto (que no era gubernamental) dejó de existir, y que los migrantes a veces ocupan casas abandonadas cercanas a ese lugar. A estas personas se les relaciona frecuentemente con delitos, en especial robo y consumo de drogas.

año, personas pidiendo limosna, tanto dentro como fuera de la zona turística-comercial.

Esta fragmentación espacial (y por ende socioeconómica), si bien tiene un posible origen desde el primer auge turístico de la localidad como foco de turismo de esparcimiento (siglo XX), se agrava con la diferenciación salarial especializada que acarrea el turismo dental, y revela conflictos en el uso del territorio de Los Algodones.

4.6 Discusión

Los Algodones es un territorio configurado a partir de la migración y movilidad en diversos grados: muy alta para los dueños de los consultorios; alta para los profesionistas y pacientes; media para los artesanos que se mueven por necesidad, al igual que los jaladores; baja para la mano de obra de menor calificación; muy baja para la población local (ver tabla 4.3). La diversidad de estos flujos explica el alto dinamismo de esta actividad, así como cierta vulnerabilidad a factores externos que interrumpen dichos flujos migratorios y también su rápido auge debido a los flujos informacionales.

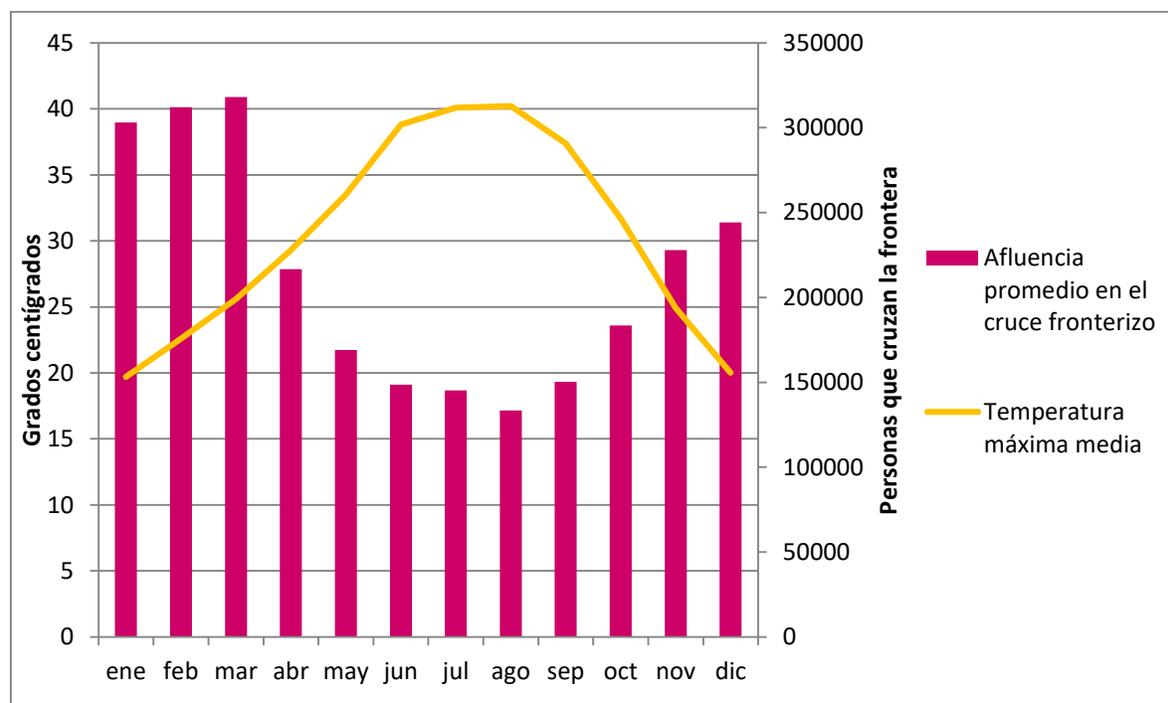
Tabla 4.3. Diversidad de flujos de migración que configuran el territorio de Los Algodones para la recepción de pacientes extranjeros.

Grado de movilidad	Núcleos de migración	Escala de la movilidad	Justificación
Muy alta	Dueños de consultorios	Transfronteriza	Los recursos generados en la localidad generalmente favorecen que posean más de un consultorio, lo que les permite migrar en caso necesario.
			Es muy frecuente que no sean originarios de la localidad, lo que facilita la salida de capitales. Además, muchos viven en EUA.
Alta	Pacientes	Internacional/transfronteriza	Poseen recursos económicos suficientes para salir de su país en busca de atención adecuada. La decisión de elegir un destino para atenderse, además de la capacidad económica, también depende de la disponibilidad de información.
	Odontólogos empleados en los consultorios	Nacional	La gran mayoría de los profesionistas del sector dental son de otros estados. Al tener una gran calificación, podrían migrar con facilidad a otras ciudades en donde el sector privado también tenga una presencia fuerte.
Media	Artesanos	Regional	Los artesanos de mayores ingresos o con mucho tiempo laborando en la localidad suelen tener camionetas propias, lo que les permite ir a otros puntos turísticos cercanos en verano. Acostumbran ir a sitios en Baja California, Baja California Sur o Sonora.
	Promotores (<i>jaladores</i>)	Regional	En posesión del idioma inglés, algunos de ellos poseen la facilidad para trasladarse a otras localidades que también reciben extranjeros para atención médica, un fenómeno frecuente a lo largo de la frontera norte de México.
Baja	Otros trabajadores (repcionistas, limpieza) o técnicos de laboratorio	Estatad	La menor calificación que requieren esos puestos, en comparación con los profesionistas de la salud, permite que estos empleos recaigan en personas que normalmente son de Mexicali y Tijuana, así como de ejidos y comunidades cercanos a Los Algodones.
Muy baja	Población local	Nulo	Generalmente su nivel socioeconómico no les permite salir de la localidad, a no ser que intenten cruzar de manera ilegal a EUA.

Fuente: elaboración con base en el trabajo de campo, 2019.

Otro aspecto a destacar de esta investigación es la temporalidad en que esta actividad se desarrolla. Pese a que los diversos testimonios presentados revelan un cambio gradual en la dinámica de atención, aún se percibe una estacionalidad marcada. La siguiente gráfica (figura 4.14) muestra una correlación inversa entre los flujos de visitantes y los cambios en las temperaturas.

Figura 4.14. Relación entre afluencia promedio mensual en el cruce fronterizo de Los Algodones (garita de Andrade) y temperatura mensual, periodo 1996-2018.



Fuente: elaboración con base en Bureau of Transportation Statistics [https://explore.dot.gov/#/views/BorderCrossingData/Monthly], 2019.

El gráfico anterior, elaborado con estadísticas oficiales de EUA, permite apreciar que desde el punto de vista climático sí existe una estacionalidad muy marcada en la actividad turística y comercial de Los Algodones debida a la variable de temperatura: es claro un descenso en el número de cruces⁵⁵ en la época de verano, cuando las temperaturas máximas están en un rango de entre 35 y 40°C (vale la pena recordar que Los Algodones posee un clima desértico), mientras que en el invierno, cuando las temperaturas no sobrepasan los 20°C, comienzan a llegar flujos mucho mayores de visitantes, siendo marzo el mes estadísticamente más relevante para los cruces fronterizos.

⁵⁵ La desventaja de utilizar esta estadística es que no se sabe si todos los cruces equivalen a una visita a algún consultorio dental (cabe mencionar que es muy frecuente el cruce para comprar fármacos e incluso artesanías, sin relacionarse en lo absoluto con los dentistas); no obstante, se utilizó para tener una noción general del flujo principal de visitantes. Esto se resolvería si en México existiera alguna estadística oficial sobre esta actividad económica.

No obstante, tomar la temperatura como la única explicación en el comportamiento de los visitantes sería caer en cierto determinismo geográfico. Existen otros factores que pueden incidir en los comportamientos involucrados en esta actividad económica, principalmente ligados a recursos humanos (calidad en la atención, certificaciones, alta calificación de los odontólogos) y promoción (mercadotecnia, publicidad en medios digitales y masivos).

Por estas razones, es preocupante la carencia de estadísticas oficiales que permitan una comprensión cabal de este fenómeno; al existir una dependencia de datos provenientes de EUA, se pierde una cantidad importante de información que podría ser útil para conocer la actualidad y la prospectiva de esta actividad económica, especialmente en torno a flujos de visitantes, su cantidad y calidad, las motivaciones de los pacientes, la derrama económica, el gasto promedio por visitante o un censo oficial de los consultorios⁵⁶ por especialidad.

En cuanto a los testimonios de los pacientes, existe la posibilidad de poner en duda la afirmación recurrente en los artículos ya publicados sobre Los Algodones (Adams et al 2017; Adams et al, 2018) respecto a que el ahorro es la razón número uno para elegir a esta localidad, debido a la recurrencia con la que se mencionó la calidad de la atención como principal atractivo; no obstante, esto requeriría un estudio de mucha mayor profundidad. Asimismo, otro factor de especial relevancia resultó ser la percepción generalizada entre visitantes sobre la tranquilidad que el sitio ofrece, lo que le confiere especial relevancia a la imagen en tanto destino turístico.

Los Algodones presenta una concentración muy alta de consultorios dentales y proveedores para satisfacer las necesidades de esta industria, lo que lo convertiría en un clúster consolidado de turismo odontológico al cumplir con características como: concentración geográfica de empresas que compiten pero colaboran para alcanzar un objetivo en común e interconexión con suministradores especializados y sectores afines (Porter, 2003), además de canales activos de transacciones comerciales que comparten infraestructura especializada y enfrentamiento de amenazas comunes (Rosenfeld, 1996).

⁵⁶ Si bien existen informaciones provenientes del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) sobre la cantidad de consultorios, no se especifican datos sobre el tipo de especialidad, ni si expresamente están orientados a recibir extranjeros. El caso de Los Algodones es único porque todos los consultorios sin excepción buscan captar pacientes extranjeros, algo que se corroboró mediante el trabajo de campo; no obstante, el uso de esa información en otro lugar o entidad impediría saber si el establecimiento sólo recibe extranjeros o también a pacientes nacionales (sólo se sabe que es “privado”).

No obstante, es cuestionable la participación del sector público en la actividad, ya que la iniciativa privada reduce mucho el papel del gobierno en todos sus niveles, puesto que el gremio odontológico tiene incidencia en todos los aspectos de la vida en la localidad, empezando porque el delegado municipal (al menos hasta 2019) es un “empresario-dentista”.

En la cartografía generada fue posible apreciar una segregación socioespacial –en términos de que hay zonas en las que los turistas no transitan y lo mismo ocurre con la población local–, un fenómeno que es común en muchos destinos turísticos sin importar el segmento (Judd, 1999; Ashworth y Tunbridge, 2000). Esta diferencia puede agravar la diferenciación y desigualdad socioeconómica ya existente, y deja de manifiesto la vulnerabilidad de la población más empobrecida, que en términos espaciales se caracteriza por una relativa inmovilidad (Boltanski y Chiapello, 2010), es decir, no poseen recursos para migrar en situaciones adversas.

Dentro de la actividad analizada, es importante hacer una distinción entre los flujos de turistas-pacientes, pues los hay de carácter internacional (Canadá-México como predominantes; no obstante, se menciona que llega a haber personas provenientes de otros países) o transfronterizo (EUA-México). Los flujos diaspóricos de pacientes no son tomados en cuenta, al tener un origen e intencionalidad diferente; no obstante, pueden ser importantes si se llega a analizar la dinámica u origen de los promotores (*jaladores*).

La concentración de profesionistas de la salud en el sector privado –que puede ser acelerada por el turismo médico– y sus posibles consecuencias para el sector público de salud del país receptor es difícil de analizar y merece un trabajo aparte, más específico y de mayor profundidad. Diversos artículos (Kaspar y Reddy, 2017; Harryono et al, 2006) refieren la creación de sistemas duales de salud en destinos de turismo médico que profundizan la desigualdad entre la calidad en la atención del sector público y privado, y, si bien varios testimonios señalaron la existencia de condiciones similares en Los Algodones, se trata de una dinámica enmarcada en un contexto más amplio y de carácter estructural que está fuera de los alcances de este trabajo.

Sin embargo, una posible observación sobre la *necesidad* de competencia entre proveedores públicos y privados de salud puede constituir un falso problema académico si se cuestiona desde la perspectiva economicista de las leyes de la oferta y la demanda, pues esta es una línea de pensamiento guiada por la conceptualización de la salud como una

mercancía, cuando en realidad es un derecho humano que no debería ser negociable según la capacidad de pago del paciente y su familia (que es exactamente lo que permite que exista el turismo médico).

Finalmente, al ser esta investigación de carácter explicativo y analítico (saber qué hay, en dónde y por qué), no se aborda una discusión teórica profunda sobre si el concepto de turismo médico o turismo dental dan cuenta de lo que acontece en el poblado, o incluso si son apropiados para referirse al fenómeno estudiado. Lo que se observa es que en la localidad estudiada existen varios fenómenos de manera simultánea e interdependiente, y de acuerdo con los testimonios recabados *sí es turismo*, incluso etiquetado por ellos mismos como *turismo médico* o *turismo dental*.

Los resultados proporcionan elementos para esbozar que, de acuerdo con las definiciones institucionales de turismo (OMT) y de salud (OMS), lo que existe en el poblado en realidad corresponde a dos tipos de fenómenos desde el punto de vista temporal: un flujo que podría ser denominado como de “excursionistas con fines de salud” (los que van y vienen el mismo día, residentes de EUA en su gran mayoría) y los que propiamente conformarían un turismo médico (los que pernoctan); no obstante, los dos son abordados dentro de la investigación sin diferenciarlos porque ambos explican la organización territorial del poblado y acontecen simultáneamente.

Conclusiones

En Los Algodones, el desarrollo del turismo dental está directamente relacionado con la intensa llegada de pacientes desde EUA y Canadá. Los pacientes llegan (especialmente en invierno) debido a que la combinación de aglomeración de consultorios, precios bajos y atención odontológica de calidad les resulta muy atractiva, y esto incide directamente en la organización territorial de la localidad al generar dos núcleos turísticos y una zona para los habitantes, fuera del circuito turístico. Esto confirma la hipótesis inicial: la organización territorial de Los Algodones está ligada a la llegada de pacientes de EUA y Canadá que buscan atención odontológica (turismo dental); este territorio, al ser funcional para el desarrollo de esta actividad económica no privilegia particularmente las necesidades de los habitantes de la localidad, lo que se refleja en segregación socioespacial.

Asimismo, se comprendió que el desarrollo histórico de la localidad (en especial su pasado como centro de entretenimiento y de turismo de ocio para los estadounidenses, que buscaban estas amenidades fuera de su territorio en la época del prohibicionismo de alcohol) está totalmente relacionado con el auge como destino de turismo dental, debido a que un profesionalista (y después, un grupo de ellos) aprovecharon los flujos de turistas que ya existían, y “reconvirtieron” a Los Algodones, que pasó de ser conocido por la aglomeración de bares (a comienzos del siglo XX) a ser reconocido mundialmente por su concentración de consultorios odontológicos (desde 1970 aproximadamente).

Derivado de este “pasado”, la localidad fue capaz de adaptarse a las necesidades de los turistas estadounidenses (no de los locales) y ofrecer una solución a sus problemas de salud odontológica, ligados a un creciente deterioro del sistema privatizado de servicios de salud existente en EUA (Morone, 2008). La conveniente localización a unos pasos del cruce fronterizo de Andrade llevó a una concentración espacial de los consultorios en menos de dos manzanas, lo que genera dos núcleos (el primario, que se limita a la primera cuadra inmediatamente después del cruce fronterizo; el secundario, la siguiente cuadra) en los cuales los locales generalmente no entran.

Los procesos territoriales referidos (que engloban la temporalidad) inciden en la conformación de Los Algodones y se suman a la estructura territorial existente –los elementos físicos y humanos que posibilitan la actividad económica, como consultorios, farmacias, servicios complementarios, establecimientos de hospedaje, alimentos y bebidas, además de toda la mano de obra detrás de esas actividades– para explicar la dinámica multiescalar tras la organización territorial de la localidad.

El turismo médico, independientemente de la especialidad predominante en cada destino, es un fenómeno que corresponde a una sociedad altamente tecnificada y con acceso *diferencial* a la información. Su existencia está ligada a una profundización de la desigualdad, producto de la crisis crónica de los sistemas nacionales de salud y la irrupción de la iniciativa privada en sectores que antes eran responsabilidad de los estados, por lo que podría pensarse en esta actividad como resultado de una globalización perversa (Santos, 2004).

En Los Algodones se analizó una complejidad socioespacial específica en torno a la recepción de pacientes extranjeros que buscan atención odontológica, una actividad que cuenta con una territorialidad binacional (estudiada solamente desde el lado mexicano) y con un impacto social y territorial que no se puede generalizar a los destinos de turismo médico de la frontera, ni a los mexicanos en general, debido a la influencia de su formación espacial e histórica particular, y al hecho de que resulta prácticamente la única localidad en todo México que se especializa en una única rama de turismo médico: el turismo dental (Ramírez, 2005; Adams et al, 2017).

El fenómeno económico estudiado es complejo y presenta varias modalidades en un mismo territorio. En realidad, podría incluso afirmarse que el turismo médico (estrictamente hablando) no existe en Algodones, ya que la actividad existente está basada en una dinámica transfronteriza –ya establecida de tiempo atrás y con motivaciones diferentes– cuyos flujos de visitantes fueron aprovechados por un dentista (y después un grupo de ellos). Posteriormente, esta influencia se extendió hasta Canadá debido a factores como calidad en la atención, ahorro y proximidad geográfica. No obstante, es interesante observar que desde los agentes que participan de este segmento turístico sí sea definido como turismo médico o dental.

El turismo médico que suele aparecer en la literatura especializada parece ser para consumidores de mayor poder adquisitivo; y puede clasificarse como tal porque sí tiene un componente de ocio al incluir *tours*, excursiones planificadas y visitas a sitios o recursos turísticos además del procedimiento médico buscado (Guzmán, 2015). En cambio, lo que acontece en Los Algodones (frecuente en la región de la frontera norte de México) podría ser definido como movilidad transfronteriza con fines de salud, facilitada por la existencia histórica de flujos de visitantes en este límite internacional y reforzada por los estímulos económicos y fiscales particulares de la región, como fueron las zonas de libre comercio en la primera mitad del siglo XX, o el salario mínimo diferenciado vigente (Alegría, 1989).

No obstante, la promoción activa que se hizo del sitio en medios de comunicación de EUA –que aprovecharon esa inercia histórica de movilidad a través de la frontera– logró trascender hasta Canadá. Si bien no se tiene diferenciada una estadística de recepción de estadounidenses y canadienses, la nacionalidad canadiense comenzó a ser ampliamente documentada en artículos publicados recientemente, con fuentes que apuntan un crecimiento de este sector de visitantes posterior a 1990 (Adams et al 2017; Adams, Crooks y Berry, 2018, 2019).

En un sentido estricto, y utilizando la dimensión temporal que suele acompañar a veces la definición de turismo, el movimiento de aquellos que pernoctan en la localidad bien podría ser considerado como turismo (y el resto como excursionismo); sin embargo, se podría argumentar que sigue faltando el componente del ocio, pues el turismo médico (que también requiere una discusión teórica mucho mayor) en diversos artículos (Kaspar y Reddy, 2017; Piazzolo y Zanca, 2011) es mencionado como un segmento que atiende a una parte de la población que puede permitirse pagar un viaje transocénico y que cuenta con el plus de una experiencia turística basada en ocio (por ejemplo, un paquete de atención de lujo en India, que incluya visitas al Taj Mahal). Eso no es lo que pasa en Los Algodones.

Las experiencias documentadas en la localidad incluyen actividades complementarias como compra de artesanías, beber en bares y probar comida mexicana, pero es cuestionable si, además de eso, en algún momento comprendido entre la entrada de los turistas-pacientes y su salida del país existe alguna experiencia o componente que puedan ser calificados como ocio para hacer del poblado, efectivamente, un destino de turismo médico (tal y como es entendido en los artículos consultados). Las actividades mencionadas dependen totalmente de la llegada de pacientes que consumen los servicios odontológicos ofertados en Los Algodones.

En este tenor, podría ser relevante recuperar la propuesta teórica de Oberle y Arreola (2004) de los pueblos médicos fronterizos (*medical border town* en el idioma original) y ampliarla desde lo empírico. Los Algodones no es un destino turístico (a menos que se considere la aglomeración de odontólogos como un recurso turístico), sino una localidad receptora de extranjeros que, por condiciones sociales y económicas adversas, no pueden recibir atención médica (y en especial odontológica) en sus lugares de origen o residencia.

Entonces, se podría hablar, a partir de lo empírico, de que un *pueblo médico*

fronterizo está orientado expresamente a la atención médica de extranjeros (sin importar qué pase con la población local), una característica apreciable en cuestiones como la moneda que funciona a nivel local (dólar), el idioma (inglés en todos los consultorios), el uso de estándares de calidad e instalaciones similares a los proporcionados en EUA, la mano de obra calificada que proviene de fuera de la localidad y tiene preparación en el extranjero, y cuyo principal atractivo es la aglomeración de profesionistas especializados (en el caso de Los Algodones, destaca como particularidad el uso de la zona horaria de Arizona para la atención de pacientes que buscan servicios odontológicos).

Pese a que los trabajadores y residentes identifiquen esta actividad económica como turismo médico, esto puede ser explicado por el uso indiscriminado de ese término en la prensa y publicaciones con fines comerciales y/o mercantiles (teniendo en consideración que los consultorios y profesionistas ofrecen su fuerza de trabajo como una mercancía). Incluso, esta oferta de servicios médicos (en el caso estudiado, servicios odontológicos) se ha convertido en un recurso turístico, por lo que queda pendiente una profundización en la discusión conceptual de las movilidades internacionales con miras a atender la salud, y todas las variantes en las que este fenómeno sucede.

En el caso de Los Algodones, la actividad económica estudiada y el territorio tienen una relación dialéctica particular: el turismo dental es producto y productor de la organización territorial dinámica evidenciada a lo largo del trabajo, articulada por la fluidez territorial a diferentes escalas de los actores involucrados en ella (Santos, 1996). Asimismo, es importante señalar que existe una gran vulnerabilidad ante factores externos, como cambios y decisiones políticas y económicas a ambos lados de la frontera (debido a su localización, esa misma que en primer lugar origina la actividad y la favorece tanto).

Desde la perspectiva territorial, es posible discernir una diferenciación marcada: hay un espacio para los turistas (las dos cuadras próximas a la garita), materializado en la oferta de servicios y un (des) ordenamiento urbano producido por los dueños de los consultorios y una presencia débil del gobierno (limitada a funciones de vigilancia y logística); un espacio con el equipamiento propio de la actividad (laboratorios dentales con diversos grados de legalidad) y un espacio para la población local, sin espacios de esparcimiento, y en condiciones diversas de precariedad pese a las cuales provee la zona turística con mano de obra barata y de baja calificación. Estas observaciones ya se discernían en el trabajo de Adams et al (2018) y Garner (2019).

Finalmente, derivado del análisis realizado en esta investigación, una recomendación podría ser que el Consejo Consultivo (hasta ahora la única organización involucrada y constituida expresamente para dicha actividad) lleve un control estadístico formal en rubros como procedencia de los pacientes, rango de gastos, procedimientos más buscados, frecuencia y temporalidad de las visitas y motivaciones, para generar una base de datos que no dependa de información externa y que unifique la oferta presente en Algodones o por lo menos cree un padrón, con los objetivos de: a) conocer mejor la actividad; b) analizar fortalezas y debilidades; y c) descubrir las áreas de oportunidad (como por ejemplo, generar una imagen conjunta para promoción turística, en vez de esfuerzos individuales de los consultorios)..

Cabe señalar que esta investigación presentó varias limitaciones: carencia de estadísticas oficiales sobre cruces fronterizos y del turismo dental de Los Algodones, falta de trabajo de campo del lado estadounidense (Yuma, Arizona) para la comprensión cabal del fenómeno estudiado (de carácter binacional) y entrevistas con más actores gubernamentales para ampliar esa perspectiva.

Referencias

- Adams, K.; Snyder, J.; Crooks, V.; Berry, N. (2017). 'Stay cool, sell stuff cheap, and smile'. Examining how reputational management of dental tourism reinforces structural oppression in Los Algodones, Mexico. *Social Science & Medicine* 190, 157-164.
- Adams, K.; Snyder, J.; Crooks, V. (2018). A critical examination of empowerment discourse in medical tourism: the case of the dental tourism in Los Algodones, Mexico. *Globalization and Health* 14 (70), 1-10.
- (2019). Narratives of a 'dental oasis': examining media portrayals of dental tourism in the border town of Los Algodones, Mexico. *Journal of Borderlands Studies* 34 (3), 325-341.
- Adorno, T. (2006). La industria cultural. En: Horkheimer, M. y T. Adorno. *Dialéctica de la ilustración*, pp. 165-191. Madrid: Editorial Trotta.
- Aguilar, L. (1969). *Medicina social y medicina institucional en México*. México: Costa-Amic.
- Alberti, F.; Giusti, J.; Papa, F. (2014). Competitiveness policies for medical tourism clusters: government initiatives in Thailand. *International Journal of Economic Policy in Emerging Economies* 7 (3), 281-309.
- Alcántara, I.; Graue, E. (2010). "Infraestructura de salud, atención y cobertura". En: Alcántara, I., E. Graue, M. Juárez y E. Propin (coord.). *Atlas de la salud en México*, pp. 155-190. México: UNAM-IG.
- Alegría, T. (1989). La ciudad y los procesos transfronterizos entre México y Estados Unidos. *Frontera Norte* 1 (2), p. 53-90.
- Alto Nivel (2020). *Insabi: ¿qué es?, ¿para qué sirve?, ¿cómo funciona?* Revista Digital Alto Nivel, 16 de enero de 2020. Recuperado de <https://www.altonivel.com.mx/actualidad/insabi-que-es-para-que-sirve-como-funciona/>. (13/04/2020).
- Alvarado-Sizzo, I. (2015). Territorial dynamics of cultural tourism in Izamal, Yucatán, México. *GeoJournal* 81 (5), 751-770.
- Alvarado-Sizzo, I; Romero-Gallardo, S.I. (2018). Turismo y consumo del espacio en Janitzio durante la Noche de Muertos. *Teoría y praxis* 24, 69-100.
- Alvarado-Sizzo, I.; Zamora, F.; López-López, A. (2018). Representaciones espaciales, patrimonio y turismo: apuntes teórico-metodológicos. En: Turismo, patrimonio y representaciones espaciales, pp. 27-52. Tenerife: PASOS – RTPC.
- American Medical Association (AMA, 2009). *AMA History: 1847 to 1899*. Recuperado de <https://web.archive.org/web/20090209162032/http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history.shtml>. (25/01/19)
- American Association for Labor Legislation (s/f). *American Association for Labor Legislation Records*.

Collection Number 5001. Kheel Center for Labor-Management Documentation and Archives, Cornell University Library.

- Amilhat-Szary, A.; Guyot, S. (2009). El turismo transfronterizo en Los Andes Centrales: prolegómenos sobre una geopolítica del turismo. *Sí Somos Americanos* 9 (2), 63-100.
- Ángel, A. (2018). *Prospera y Seguro Popular, programas sociales clave que no se sabe si realmente funcionan, dice la Auditoría*. Animal Político, 4 de julio de 2018. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2018/07/prospera-seguro-popular-auditoria/> (13/01/2019).
- Arceo, C.; Greig, M.; Cabral, J.; Biurcos, L. (2012). *México: primer destino para el turismo médico, realidad y prospectiva*. México: Universidad de Guadalajara.
- Arreola, D. (2010). The Mexico-US borderlands through two decades. *Journal of Cultural Geography* 27 (3), 331-351.
- Arroyo, L. (2013). *Organización territorial del turismo en el litoral de Tulum, Quintana Roo, México*. [Tesis de doctorado en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Ashworth, G.J.; Tunbridge, J.E. (2000). *The tourist-historic city. Retrospect and prospect of managing the heritage city*. Oxon: Routledge.
- Balderas, G. (2010). *Organización territorial del turismo en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Ballou, E. (2009). Money in our mouths. *The Weekend Australian Magazine* 27, 26-27.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Barros, P. (2015). Health systems and medical tourism. En: N.Lunt., D. Horsfall y J. Hanefeld (editores). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 3-15. Chettenham: Edward Elgar.
- Barry, P. (2015). *Medicare for dummies*. Nueva Jersey: Wiley & Sons.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós.
- Beladi, H.; Chao, C.; Ee, M.; Hollas, D. (2015). Medical tourism and health worker migration in developing countries. *Economic Modelling* 46, 391-396.
- Belo, R. (2017). *Medical Tourism and Transnational Health Care*. NY: Valley Cottage.
- Benedetti, A.; Salizzi, E. (2011). Llegar, pasar, regresar a la frontera: aproximación al sistema de movilidad argentino-boliviano. *Revista Transporte y territorio* 4, 148-179.
- Blanco, J.P. (2016). Teoría de la dependencia y colonialidad del poder. Dos ángulos de una misma dominación. *Revista San Gregorio* 11 (1), 6-17.
- Boltanski, L.; Chiapello, E. (2010). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.

- Bookman, M.; Bookman, K. (2007). *Medical tourism in developing countries*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bradshaw, M.; Stratford, E. (2010). Qualitative design and rigour. En: Hay, I. (2010). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 3° edición, pp. 69-80. Canadá: Oxford University Press.
- Bringas, N. (2004). *Un acercamiento al turismo fronterizo y los obstáculos para su consolidación*. Ponencia en el VI Congreso Nacional de Investigación Turística (CESTUR).
- Butler, R. (2012). Tourism geographies or geographies of tourism: where the bloody hell are we?. En: Wilson, J. (ed.) *The Routledge handbook of tourism geographies*, pp. 26-34. Oxon: Routledge.
- Carles, M. (2003). Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gaceta Sanitaria* 17, 494-503.
- Carmona, R. (2004). *Organización territorial del turismo en Tijuana, Baja California, 2003*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- (2006). *Organización territorial del turismo en el corredor Tijuana-Rosarito-Ensenada*. [Tesis de maestría en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Carrera, P.; Lunt, N. (2010). A European perspective on medical tourism: the need for a knowledge base. *International Journal of Health Services* 40 (3), p. 469-484.
- Carvalho, K.; Guzmán, S. (2011). El turismo en la dinámica territorial ¿lógica global, desarrollo local? *Estudios y Perspectivas en Turismo* 20 (2), 441-461.
- CETYS (2013). *Derrama Económica del Turismo Médico en Mexicali*. Mexicali: CETYS Universidad.
- Chandu, A. (2015). "Dental tourism". En: Lunt, N.; D. Horsfall y J. Hanefeld, (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 403-410. Chettenham: Edward Elgar.
- Chee, H.; Whittaker, A. & Por, H. (2017). *Medical travel facilitators, private hospitals and international medical travel in assemblage*. *Asia Pacific Viewpoint* 58 (2), p. 242-254.
- Cohen, I. (2014). *Patients with passports: medical tourism, law and ethics*. Estados Unidos: OUP.
- Cohen, J. (2000). *Politics and economic policy in the United States*. Estados Unidos: Houghton Mifflin.
- Connell, J. (2010). *Migration and the globalisation of health care*. Cheltenham: Edward Elgar.
- (2011a). A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. *Asia Pacific Viewpoint* 52 (3), 260-271.
- (2011b). *Medical Tourism*. United Kingdom: CAB International.
- (2015). "Medical tourism – concepts and definitions". En: Lunt, N., D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 16-24. Chettenham: Edward Elgar.

- Cook, P. (2010). Constructions and experiences of authenticity in medical tourism: the performances of places, spaces, practices, objects and bodies. *Tourist Studies* 10 (2), 135-153.
- Cook, P.; Kendall, G.; Michael, M.; Brown, N. (2013). Medical tourism, xenotourism and client expectations. En: Hall, M. *Medical Tourism. The ethics regulation and marketing of health mobility*, pp. 154-166. Oxon: Routledge.
- Cortez, N. (2008). Patients without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. *Indiana Law Journal* 83 (1), p. 71-132.
- Costa, E.; Steinke, V. (2013). Cidades históricas do estado de Goiás, Brasil: uma agenda de pesquisa. *Atelié Geográfico* 7 (2), 164-195.
- Costa, E.; Scarlato, F. (2019). Geografia, método e singularidades revisadas no empírico. GEOUSP Espaço E Tempo (Online), 23(3), 640-661. Recuperado de: <http://www.periodicos.usp.br/geousp/article/view/161552> (25-09-2020).
- Dalstrom, M. (2012). Winter Texans and the re-creation of the American experience in Mexico. *Medical Anthropology* 31 (2), 162-177.
- Datur (2018). *Visión global del turismo a México. Análisis de mercados, perspectivas del turismo mundial*. Enero-abril de 2018. México: Secretaría de Turismo.
- De los Santos, S.; Garrido, C.; Chávez, M. (2004). Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Biomédica* 5 (2), 81-91.
- Deber, R. (2003). Health care reform: lessons from Canada. *American Journal of Public Health* 93 (1), 20-24.
- Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (2012). *Manual de investigación cualitativa* (vol.1). Barcelona: Gedisa.
- Díaz-Bautista, A; Avilés, J.; Rosas, M. (2005). Desarrollo económico de la frontera norte de México. *Observatorio de la Economía Latinoamericana, Revista Académica de Economía* 9, 1-17.
- Dunn, K. (2010). "Interviewing". En: Hay, I. (2010). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 3° edición, pp. 101-138. Canadá: Oxford University Press.
- Eibenschutz, C. (1991). El Nuevo Estado mexicano y el sistema nacional de salud. Limitaciones para su consolidación. *Saúde em debate* 32, 33-38.
- Eissler, L. A. (2011). *The lived experience of seeking healthcare through medical tourism: an interpretative phenomenological study of Alaskan patients traveling internationally for medical dental care*. [Tesis de doctorado, University of Hawaii]. Mánoa: UMI dissertation publishing.
- El País (2014). *Mexicali, el gran 'duty free' médico*. El País internacional, 15 de noviembre de 2014. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2014/10/16/actualidad/1413485850_076626.html (30-09-2020).

- Europa Press (2018). *Los países de la UE no cumplen con el ratio de dentista por habitante: ¿cuál es la situación actual del sector?* Infosalus, 19 de agosto de 2018. Recuperado el 23 de abril de 2020, de <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-paises-ue-no-cumplen-ratio-dentista-habitante-cual-situacion-actual-sector-20180919110903.html>.
- Evans, R. (2008). Devil take the hindmost? Private health insurance and the rising costs of American 'exceptionalism'. En: Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, pp. 441-473. Estados Unidos: Delmar.
- Flores, B. (2015). *Transformaciones en la organización territorial de la pequeña y mediana minería del estado de Guerrero en el marco de las políticas neoliberales (1990-2010)*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Flyvbjerg, B. (2014). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 106 (1), 33-62.
- Fort, M. (2006). "Introducción. Globalización y salud". En: Fort, M., M.A. Mercer y O. Gish (ed.). *El negocio de la salud*, pp. 25-42. Barcelona: Paidós.
- Fraga, J.; Khafash, L.; Córdoba, C. (2015). "Turismo y ocio: mercantilización y consumo de espacios, lugares, objetos y emociones". En: Fraga, J., Khafash, L. y Córdoba, J. (coord.). *Reflexiones sobre el Caribe Mexicano*, pp. 25-44. Tenerife: PASOS Edita, n° 14.
- Gallegos-Jiménez, O. (2003). *Organización territorial del turismo en Ciudad Juárez, Chihuahua (2000-2002)*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Gallegos-Jiménez, O. y López-López, Á. (2004). Turismo y estructura territorial en Ciudad Juárez, México. *Investigaciones geográficas* 53, 141-162.
- Gallegos-Jiménez, O. (2008). Organización espacial del corredor turístico Veracruz-Boca del Río. *Teoría y praxis* 5, 171-186.
- Garner, R. (2019). Implications of dental tourism. Examining US patients travelling to Mexico for dental care. *BDJ in practice* 32 (10), 20-23.
- Garza, G. (1994). *Organización territorial de la Cuenca de México durante la triple alianza*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Garza, J. (2009). *Organización territorial del turismo en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México*. [Tesis de maestría en geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Gobierno de Baja California (2015). *Nuestro Estado*. Recuperado el 2 de diciembre de 2018, de http://www.bajacalifornia.gob.mx/portal/nuestro_estado/historia/transformacion.jsp. (13/04/2019).
- González, I.; Castañeda, R. (2012). "¿Geografía turística o geografía del turismo? La importancia del

- territorio". En: López-López, A., G. López, E. Andrade, R. Dagostino y R. Espinoza (coord.). *Lo glocal y el turismo. Nuevos paradigmas de interpretación*, pp. 54-72. México: AMIT.
- González-Terreros, L. (2012). Capital social y turismo en el paisaje agavero. En: López-López, A., G. López, E. Andrade, R. Dagostino y R. Espinoza (coord.). *Lo glocal y el turismo. Nuevos paradigmas de interpretación*, pp. 353-374. México: AMIT.
- Grogan, C. (2008). Medicaid: health care for you and me? En: Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, pp. 328-354. Estados Unidos: Delmar.
- Guzmán, J. (2015). *Internacionalización de los servicios de salud. Turismo médico en México y Jalisco*. México: Universidad de Guadalajara.
- Guzmán, R. (1982). La Doctrina Monroe, el Destino Manifiesto y la expansión de Estados Unidos de América. *Estudios* 4, 117-141.
- Hall, M.; Page, S. (2012). From the geography of tourism to geographies of tourism. En: Wilson, J. (ed.) *The Routledge handbook of tourism geographies*, pp. 9-25. Oxon: Routledge.
- Hall, M. (2013). *The ethics regulation and marketing of health mobility*. Oxon: Routledge.
- Hanefeld, J.; Smith, R.; Noree, T. (2016). Medical tourism. En: Scheffler, M. (ed.). *World scientific handbook of global health economics and public policy, volume 3: Health system characteristics and performance*, pp. 333-350. Berkeley: World Scientific.
- Hanson, K.; Berman, P. (1998). *Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition*. Health Policy Plan 13, p. 195-211.
- Harryono, M.; Huang, Y.; Miyazawa, K.; Sethaput, V. (2006). *Thailand Medical Tourism Cluster*. Trabajo inédito. Microeconomics of Competitiveness, Harvard Business School. Recuperado el 14 de octubre de 2018, de: http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/www.isc.hbs.edu/ContentPages/17857927.pdf (13/04/2019)
- Hay, I. (2010). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 3ª edición. Canadá: Oxford University Press.
- Hernández, R. (1995). *Democracia, espacio y organización territorial: elementos para una reflexión teórica*. [Tesis de licenciatura en Ciencias Políticas, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Herrick, D. (2007). Medical tourism: global competition in health care. *Analysis Policy Report 304*. Dallas: National Center for Policy.
- Hiernaux, D. (1989). *Teorías y praxis del espacio turístico*. México: UAM-I.
- (2006). "Geografía del turismo". En: Hiernaux, D. y Lindón, A. *Tratado de Geografía Humana*, pp. 401-432. México: Anthropos/UAM-I.

- Higgins-Desbiolles, F. (2004). More than an industry: the forgotten power of tourism as a social force. *Tourism Management* 27 (6), 1192-1208.
- Hopkins, L.; Labonté, R.; Runnels, V.; Packer, C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31 (2), 185-198.
- Horsfall, D.; Lunt, N. (2015). "Medical tourism by numbers". En: Lunt, N.; D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 25-36. Chettenham: Edward Elgar.
- House, J. (ed., 1983). *United States public policy: a geographical view*. Oxford: Clarendon Press.
- Ignateva, M. (2002). La evolución de la geografía y del trabajo del geógrafo en Rusia. *Scripta Nova* 6 (119), p. 80.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED, 2002). Enciclopedia de los estados y municipios de México. Recuperado el 2 de febrero de 2019, de <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM02bajacalifornia/historia.html>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2014). *Censo económico de 2014*. México. Recuperado el 30 de septiembre de 2019, de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ce/2014/>.
- (2016a). *Censos Económicos 2014: Baja California*. México: INEGI.
- (2016b). *Principales resultados por localidad* (diversos censos de población, comprendidos entre el período 1900-2010, incluyendo conteos de población de 1995 y 2005). Recuperado el 10 de diciembre de 2018, de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/censo-de-poblacion-y-vivienda-2010-principales-resultados-por-localidad-iter>.
- (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Baja California, 2017*.
- (varios años). *Censo de población y vivienda*. (Periodo 1900-2010, incluyendo conteos de población de 1995 y 2005). Recuperado el 10 de diciembre de 2018, de <https://www.inegi.org.mx/datos/?ps=Programas>
- Johnson, H. (2014). *Top medical tourism destinations*. Recuperado el 8 de septiembre de 2018, de <https://www.coylehospitality.com/hotels-resorts-inns/top-medical-tourism-destinations/>.
- Judd, D. (1999). Constructing the tourist bubble. En: Judd, D. y S. Fainstein (ed.). *The tourist city*. Yale University Press.
- Judkins, G. (2007). Persistence of the U.S. - Mexico border: expansion of medical tourism amid trade liberalization. *Journal of Latin American Geography* 6 (2), 11-33.
- Kamath, K.; Hugar, S.; Kumar, V; Gokhale, N; Uppin, C; Hugar, S. S. (2015). The business and pleasure of teeth: dental tourism. *Dentistry* 30, 70.

- Kaspar, H. y Reddy, S. (2017). Spaces of connectivity: the formation of medical travel destinations in Delhi National Capital Region (India). *Asia Pacific Viewpoint* 58 (2), 228-241.
- Kostrowicki, J. (1986). *Un concepto clave: organización espacial*. Divulgación geográfica. Instituto de Geografía.
- Kosik, K. (2012). *Dialectics of the concrete: a study on problems of man and the world*. Springer Science & Business Media, vol. 52.
- Kovacs, E. y Szocska, G. (2013). 'Vacation for your teeth' – dental tourists in Hungary from the perspective of Hungarian dentists.
- La Jornada (2014). *Turismo médico y universalidad degradada*. 13 de septiembre de 2014. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2014/09/13/opinion/019a2pol> (14/01/2019).
- Laesser, C. (2011). Health travel motivation and activities: insights from a mature market – Switzerland. *Tourism Review* 66 (1-2), 83-89.
- Laurell, A. (2015). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Pensiones de Salud Mexicana*. México: Senado de la República – Grañén Porrúa.
- La Jornada (2020). *Los Algodones, el oasis del turismo médico*. La Jornada Baja California, Publicado el 23 de enero de 2020. Recuperado de <https://www.jornadabc.mx/tijuana/23-01-2020/los-algodones-el-oasis-del-turismo-medico>. (11/03/2020).
- La voz de la frontera (2019). *Algodones, un poblado en el "mapa mundial"*. Periódico local, 10 de agosto de 2019. Recuperado de <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/algodones-un-poblado-en-el-mapa-mundial-4017917.html/amp>. (16/08/2019).
- Leichter, H. (2008). State governments: e pluribus multa. En Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, p. 173-195. Estados Unidos: Delmar.
- Levine, E. (1992). Deterioro del Estado benefactor en Estados Unidos. En: Cusminsky, R. *Mito y realidad de la declinación de Estados Unidos*, pp. 127-135. México- UNAM-CISAN.
- León-Portilla, M.; Piñera, D. (2011). *Baja California. Historia breve*. 2ª edición. México: Fondo de Cultura Económica-El Colegio de México-Fideicomiso Historia de las Américas.
- Lifshitz, A. (2014). La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. *Medicina Interna de México* 30 (1), 64-72.
- Light, D. (2008). American health care: how it became inefficient, inequitable and costly. En Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, pp. 223-248. Estados Unidos: Delmar.
- López-López, Á. (2001). *Análisis de la organización territorial de turismo de playa en México, 1970-1996. El caso de Los Cabos, BCS*. [Tesis de doctorado en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].

- López-López, Á. ; Sánchez-Crispín, A. (2002). Canales espaciales de articulación en el corredor turístico Los Cabos, Baja California, México. *Cuadernos de Turismo* 9, 53-66.
- López-López, Á. , Cukier, J., y Sánchez-Crispín, Á. (2006). Segregation of tourist space in Los Cabos, Mexico. *Tourism Geographies*, 8 (4), 359-379.
- López-Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación* 4, 167-179.
- Lunt, N.; Green, S.; Mannion, R.; Horsfall, D. (2013). Quality, safety and risk in medical tourism. En: Hall, M. (2013). *Medical Tourism. The ethics regulation and marketing of health mobility*, pp. 31-46. Oxon: Routledge.
- Lunt, N.; Horsfall, D; Hanefeld, J. (2015). *Handbook on medical tourism and patient mobility*. Chettenham: Edward Elgar.
- Lussault, M. (2007). *L' homme spatial: la construction sociale de l' space humain*. París: Seuil.
- Martínez, T. (2015). *Desarrollo de un destino de turismo médico en el contexto de la frontera México-Estados Unidos: el caso de Ciudad Juárez, Chihuahua, México*. [Tesis de doctorado, Universitat de Girona].
- Méndez, R. (2006). *Geografía económica, la lógica espacial del capitalismo global*. Barcelona: Ariel.
- Merchand-Rojas, M.A. (2007). Convergencia entre teorías que explican por qué hay territorios ganadores y otros perdedores. *Análisis económico* 49 (22), 195-222.
- Michalkó, G.; Rátz, T.; Hinek, M. (2012). Spatial differences in Hungarian medical tourism supply based on service providers' online presence. *Hungarian Geographical Bulletin* 61 (1), 1-17.
- Milanovic, B. (2002). *The two faces of globalization: against globalization as we know it*. World Bank Working Paper, Recuperado el 26 de febrero de 2019, de <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.320287> (13/04/2019).
- Milenio, 2016. *Cancelan la Ciudad de la Salud en Querétaro*. 22 de abril de 2016. Recuperado de <http://www.milenio.com/negocios/cancelan-la-ciudad-de-la-salud-en-queretaro>. (14/01/2019).
- Mitra, P.; Chawla, R. (2016). Dental tourism in India – An update. *International Journal of Advanced Research* 4 (1), p. 1271-1275.
- Mollinedo, G. (2014). *Organización territorial de la economía turística en Guatemala*. [Tesis de maestría en geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Moral, S.; Cañero, P.; Jimbar, J.; Orgaz, F. (2016). Turismo fronterizo como motor de desarrollo de la frontera. Una revisión de la literatura. *International Journal of Scientific Management Tourism* 2 (2), 244-265.

- Morales, A. (2016). *Cochimíes, indios del norte. Etnohistoria y patrimonio cultural del Desierto Central de Baja California, siglo XVIII al presente*. [Tesis de maestría en Estudios Culturales, El Colegio de la Frontera Norte].
- Morales, J.; Palacios, I. y Portos, I. (2005). *Antología de Alonso Aguilar Monteverde*. Tomo II: Economía política del desarrollo. México: UNAM-IIE.
- Morone, J. (2008). Introduction. En: Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, pp. 1-22. Estados Unidos: Delmar.
- Mosedale, J. (2016). *Neoliberalism and the political economy of tourism*. Londres: Routledge.
- Muñoz, F. (2011). Turismo y desarrollo: dos conceptos revisitados y una pretendida relación causal. *Turydes: revista de investigación de turismo y desarrollo local* 4 (9), p. 1-24.
- (2014). "La resistible complejidad del turismo". En: Monterrubio, J. y A. López-López (coord.). *De la dimensión teórica al abordaje empírico del turismo en México. Geografía para el siglo XXI*, pp. 21-35. México: IGg-UNAM/UAEM- Texcoco.
- Narro, J. (1992). La atención a la salud en la seguridad social mexicana. En: Narro, J.; Moctezuma, J. (comp.). *La seguridad social y el Estado moderno*, pp. 334-354. México: Fondo de Cultura Económica.
- Narro, J.; Moctezuma, D.; Orozco, L. (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *Economía UNAM* 7 (20), p. 7-33.
- Navarro, E. (2013). *Organización territorial de la industria salinera en Guerrero Negro, Baja California Sur*. [Tesis de licenciatura en geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Neuendorf, K. A. (2017). *The Content Analysis Guidebook*. 2ª edición. Los Ángeles: SAGE.
- Nievas, F.; Fabián, H. (1994). Hacia una aproximación crítica a la noción de territorio. *Nuevo Espacio: Revista de Sociología* 1, 1-19.
- Núñez, S. (1992). An overview of the history of social security in Mexico and the United States. *Voices of Mexico* 32, 32-35.
- Oberlander, J. (2008). Medicare: the great transformation. En: Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, pp. 310-327. Estados Unidos: Delmar.
- Oberle, A. y Arreola, D. (2004). Mexican Medical Border Towns: a case study of Algodones, Baja California. *Journal of Borderland Studies* 19 (2), p. 1-18.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo, 2008*. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2008/summary/es/>. (25/01/2019).

- Ormond, M. (2011). Shifting subjects of health care: placing medical tourism in the context of Malaysian domestic health care reform. *Asia Pacific Viewpoint* 52 (3), 247-259.
- Palacios, C. (1994). *Aspectos de la organización territorial del grupo IMMSA en el periodo 1980-1992*. Tesis de licenciatura en geografía. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Parnreiter, C. (2018). *Geografía económica: una introducción contemporánea*. México: UNAM-DAAD.
- Periódico Oficial de Baja California (1999). *Programa de Desarrollo Urbano del Centro de Población de Los Algodones, Baja California, 2020*. Publicación del 19 de noviembre de 1999. (13/04/2019).
- Phliponneau, M. (2001). *Geografía aplicada*. Barcelona: Ariel.
- Piazolo, M.; Zanca, N. (2011). Medical tourism –a case study for the USA and India, Germany and Hungary. *Acta Polytechnica Hungarica* 8 (1), 137-160.
- Piñera, D. (2006). *Los orígenes de las poblaciones de Baja California. Factores externos, nacionales y locales*. Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California.
- Porter, M. E. (1980). Industry structure and competitive strategy: Keys to profitability. *Financial analysts journal*, 36(4), 30-41.
- (2003). Clusters and regional competitiveness: Recent learnings. *International Conference on Technology Clusters, Montreal, Canada 7*, pp. 2007-2013.
- Presidencia de la República (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Recuperado el 7 de noviembre de 2018, de <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/>. (13/04/2019)
- Privalovskaya, G. (1983). *Organización territorial de la industria*. Archivo del Instituto de Geografía, Academia de Ciencias de Cuba.
- ProMéxico (2016). *Diagnóstico sectorial: turismo de salud*. México: Secretaría de Economía.
- (2017). *Turismo de salud*. México: Secretaría de Economía. Recuperado el 7 de noviembre de 2018, de <http://www.promexico.mx/documentos/sectores/turismo-salud.pdf>. (13/04/2019).
- Propin, E. (2003). *Teorías y métodos en geografía económica*. México: UNAM-IG.
- Quintero, G.J. (2012). *Organización territorial del turismo en Belize*. [Tesis de maestría en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Raffestin, C. (2011). *Por una geografía del poder*. Traducción de Yanga Villagómez. México: El Colegio de Michoacán.
- Ramírez, J. C. (2005). Border of words/border of images: Tijuana and Los Algodones. *Delaware Review*

- of *Latin American Studies* 6 (1). Recuperado el 18 de noviembre de 2018, de <http://udspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/19551/Vol6-1RamirezPimienta.pdf?sequence=1>. (13/04/2019).
- Ramírez de Arellano, A. (2011). Medical tourism in the Caribbean. *Signs: Journal of women in culture and society* 36 (2), 289-297.
- Reddy, S.; York, V.; Brannon, L. (2010). Travel for treatment: students' perspective on medical tourism. *International Journal of Tourism Research* 12, 510-522.
- Reisman, D. (2015). The economics of health and medical tourism. En: Lunt, N., D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 82-91. Chettenham: Edward Elgar.
- Rephann, T.; Wanchek, T. (2011). *Filling the gaps: dentist along the rural urban continuum*. 51st Annual Conference of the Southern Regional Science Association. Recuperado el 3 de diciembre de 2017, de <https://pdfs.semanticscholar.org/e46f/bc5e7486ce068a2c3d72e16ebc6650ab3ecd.pdf>. (13/04/2019)
- Restrepo, G. (1999). Aproximación cultural al concepto de territorio. *Perspectiva Geográfica* 4, 143-149.
- Rice, T. (2008). Markets and politics. En: Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). *Health politics and policy*, p. 37-48. Estados Unidos: Delmar.
- Rivadeo, A. (2003). *Lesá Patria. Nación y globalización*. México: UNAM-ENEP Acatlán.
- Rix-Paxson, M. (2018). *Why medical costs are lower in Mexico*. Expats in Mexico: the expat guide to living in Mexico. Recuperado de: <https://www.expatsinmexico.com/why-medical-costs-are-lower-in-mexico/> (30-09-2020)
- Roberts, J.; Coale, J.; Redman, R. (1987). A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *The Journal of the American Medical Association* 258 (7), 936-940.
- Rojas, M.; Courtade, E. (2010). *Paso de los Algodones (21 de septiembre de 1858)*. México: Gobierno del Estado de Baja California y XIX Ayuntamiento de Mexicali.
- Rosenfeld, S. (1996). *Overachievers: Business Clusters that Work; Prospects for Regional Development*. Chapel Hill: Regional Technology Strategy.
- Ruiz, L. (2012). Organización territorial del turismo termal en Los Azufres, Michoacán. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- (2016). *Organización territorial del turismo termal en Zinapécuaro, Michoacán*. [Tesis de maestría en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].

- Ruiz, J.A.; Díaz, S.D.; Guzmán, R.; Medina, G.; Silva, S. (2006). *Estadísticas climatológicas básicas del estado de Baja California (periodo 1961-2003)*. Libro técnico número 1. INIFAP-Centro de Investigación Regional del Noroeste (CIRNO). Ciudad Obregón, Sonora, México.
- Salas, C. (2012). Organización territorial del turismo en la Reserva de la Biosfera El Vizcaíno. [Tesis de maestría en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Sánchez, M.T. (1990). *Análisis de la organización territorial de la actividad minera en México*. [Tesis de doctorado en Geografía. México: Universidad Nacional Autónoma de México].
- Santana, A. (2003). Turismo cultural y culturas turísticas. *Horizontes Antropológicos* 9 (20), 31-57.
- Santos, M. (1996). *A Natureza do Espaço. Técnica e tempo – razão e emoção*. São Paulo: HUCITEC.
- (2004). *Por otra globalización: del pensamiento único a la conciencia universal*. Bogotá: Convenio Andrés Bello.
- Secretaría de Desarrollo Económico de Baja California (2019). *Semáforo económico, Baja California*. Recuperado el 30 de octubre de 2019, de <http://sedeco.regionescompetitivas.com/SEDECO/>. (13/04/2019)
- Secretaría de Turismo (SECTUR, s/f). *Programa de desarrollo turístico para el turismo médico del estado de Baja California*. Memoria técnica, versión para publicación. México: SECTUR- FONATUR- SECTURE (Baja California).
- Secretaría de Turismo del Estado de Baja California (SECTURE, s/f-a). *Baja California México, sitio oficial turístico del Estado*. Recuperado de <https://www.bajanorte.com/>, consultado el 18 de junio de 2019. (13/04/2019)
- (s/f-b). *High value health care. Baja California, México, office of the Ministry of Tourism*. Recuperado de <https://bajahealthtourism.com/>, consultado el 18 de junio de 2019.
- Sengupta, A. (2011). Medical tourism: reverse subsidy for the elite. *Signs* 36 (2), p. 312-319.
- Servicio Geológico Mexicano (2017). *Evolución de la tectónica en México*. Recuperado de <https://www.sgm.gob.mx/Web/MuseoVirtual/Riesgos-geologicos/Evolucion-tectonica-Mexico.html>. (6/06/2019)
- Smith, S.; Neerup, L. (2015). Use of cross-border healthcare among immigrants. En: Lunt, N., D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 228-237. Chettenham: Edward Elgar.
- Springer, S.; Birch, K. y MacLeary, J. (2016). *The handbook of neoliberalism*. Londres: Routledge.
- Sunkel, O.; Paz, P. (1970). *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México: Siglo XXI Editores.

- Swyngedouw, E. (1992). Territorial organization and the space/technology nexus. *Transactions of the Institute of British Geographers* 17 (4), 417-433.
- Tamez, S.; Bodek, C.; Eibenschutz, C. (1995). Lo público y lo privado: las aseguradoras y la atención médica en México. *Cadernos de Saúde Pública* 11 (4), 579-587.
- Tapiquén, E. (2015). *Shapefiles de los Estados Unidos*. Capa descargada de <http://tapiquen-sig.jimdo.com>. Orogénesis Soluciones Geográficas, Venezuela. Consultada el 15 de octubre de 2019. (23/12/2019)
- Tham, A. (2018). Sand, surgery and stakeholders: a multi-stakeholder involvement model of domestic medical tourism for Australia's Sunshine Coast. *Tourism Management Perspectives* 25 (208), 29-40.
- Timothy, D. (2001). *Tourism and political boundaries*. London: Routledge.
- Tovar, R. (2012). "Turismo cultural y microhistoria: multidisciplinariedad ausente". En: López-López, A., G. López, E. Andrade, R. Dagostino y R. Espinoza (coord.). *Lo glocal y el turismo. Nuevos paradigmas de interpretación*, pp. 395-408. México: AMIT.
- Trejo, J. (2013). *Organización territorial de la citricultura mundial*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Tribe, J. (1997). The indiscipline of tourism. *Annals of Tourism Research* 24 (3), 638-657.
- Turner, L. (2007). 'First World health care at Third World Prices': globalization, bioethics and medical tourism. *Biosocieties* 2, 303-325.
- (2009). Dental tourism. Issues surrounding cross-border travel for dental care. *Journal of the Canadian Dental Association* 75 (2), 117-119.
- Turner, L.; Ash, J. (1991). *La horda dorada*. Reino Unido: Endymion.
- Urry, J. (2002). *The tourist gaze*. Londres: Sage. 2° edición.
- UNWTO (sin fecha). *Glossary of tourism terms*. Recuperado el 26 de agosto de 2018, de <http://statistics.unwto.org/sites/all/files/docpdf/glossaryterms.pdf>. (13/04/2019)
- Valdez, A. & Sifaneck, S. (1997). Drug tourists and drug policy on the US-Mexican border: an ethnographic investigation of the acquisition of prescription drugs. *Journal of Drug Issues* 27 (4), 879-897.
- Vargas, A. (2015). *US-Mexico binational insurance efforts and the prospective impacts of health care reforms in the US and Mexico*. En: Lunt, N., D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 247-257. Chettenham: Edward Elgar.
- Vijaya, R. (2010). Medical tourism: revenue generation or international transfer of healthcare problems? *Journal of Economic Issues* 44 (1), 53-70.

- Voigt, C.; Laing, J.; Wray, M.; Brown, G.; Howod, G.; Weiler, B.; Trembath, R. (2010). *Health tourism in Australia. Supply, demand and opportunities*. Gold Coast- CRC for sustainable tourism.
- Walton, J.K. (2009). Prospects in tourism history: Evolution, state of play and future developments. *Tourism Management* 30, 783-793.
- Whittaker, A. (2015). "The implications of medical travel upon equity in lower and middle income countries". En: Lunt, N., D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). *Handbook on medical tourism and patient mobility*, pp. 112-122. Chettenham: Edward Elgar.
- Whittaker, A.; Manderson, L.; Cartwright, E. (2010). Patients without borders: understanding medical travel. *Medical Anthropology* 29 (4), 336-343.
- Wilson, A. (2011). Foreign bodies and national scales: medical tourism in Thailand. *Body & Society* 17 (2-3), 121-137.
- Wilson, C.; Lee, E. (2014). "El estado del comercio, la competitividad y el bienestar económico en la región fronteriza México – Estados Unidos". En: Wilson, C. y E. Lee (eds.) *Informe del estado de la frontera. Un análisis integral de la frontera México – Estados Unidos*, pp. 69-100. México: UNAM.
- Wilson, J. (2006). *The Routledge handbook of tourism geographies*. Oxon: Routledge.
- Winkelmann, J.; Hofmarcher, M.; Kovacs, E. y Szocska, G. (2013). Cross-border dental care between Austria and Hungary. *Eurohealth Observer* 19 (4), 26-27.
- Wongkit, M.; McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourists: a case study of Thailand. *Tourist Management* 38, 4-12.
- Young, K.; Changsan, B.; Mincheol, J. (2013). An investigation of Korean health tourists' behavior. En: Hall, M. *Medical Tourism. The ethics regulation and marketing of health mobility*, pp. 154-166. Oxon: Routledge.
- Zamora, F. (2007). *Filosofía de la imagen*. México: UNAM-ENAP.
- Zamora, M. (2009). *Organización territorial del turismo termal en Chignahuapan, Puebla*. [Tesis de licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Zermeño, S. (2017). *Gestión del capital intelectual e innovación en turismo de salud en la región de influencia de Vicente Guerrero (Los Algodones), Baja California*. [Tesis de doctorado en Ciencias Administrativas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez].
- Zermeño, S.; Cuevas, T.; Zizaldra, I. (2016). "Innovación del turismo de salud y bienestar. Exploración en la triada de San Luis Río Colorado, Sonora, Los Algodones y Mexicali, Baja California". En: Martínez, O.; T. Cuevas y R. Espinoza (eds.), *Examen de tendencias del turismo en el umbral del siglo XXI*, pp. 231-254. México: Gasca, Competitive Press.

Zenteno, R. M. (1995). Del rancho de la Tía Juana a Tijuana: una breve historia de desarrollo y población en la frontera norte de México. *Estudios Demográficos y Urbanos* 10 (28), 105-132.

Zizalra, I. (2010). Red transfronteriza en turismo: una exploración en Ciudad Juárez, Chihuahua, México – El Paso, Texas, Estados Unidos. *Teoría y praxis* 8, 137-155.

Anexos

A.

Survey for patients.

1. Could you please tell me a little bit about your experience here in Algodones? (also about ways of transportation inside the town)
2. Which dental procedure are you looking for?
3. Why did you choose this place to have dental attention?
4. What kind of activities do you do in this community? (besides the dental procedure)
5. How did you arrive to Algodones?
6. Have you been to Algodones before? How many times?
7. Do you have any kind of medical policy or social security? Which one?
8. Where do you live?

Age and gender.

Occupation and socio-economic level.

B.

Entrevista a residentes.

1. ¿Qué opinión le merece la llegada de pacientes a la localidad?
2. En su vida diaria, ¿usted tiene algún tipo de relación con los pacientes que llegan a la localidad? ¿Podría describirla?
3. Cuando tiene algún problema de salud (en especial dental), ¿en dónde se atiende?
4. ¿Cuenta con algún tipo de póliza médica o seguridad social?
5. ¿Qué medios de transporte utiliza de manera cotidiana?
6. ¿A qué se dedica usted?
7. ¿Usted nació aquí? Si no es así, ¿de dónde es originario usted?
8. (Si aplica) ¿Por qué razón decidió venir a vivir a este lugar?

Edad y género.

Nivel socioeconómico.

C.

Entrevista a trabajadores del sector dental.

1. ¿Cuántos años lleva trabajando en esta localidad?
2. ¿Cuáles son los procedimientos que realiza con mayor frecuencia? (odontólogos)
3. ¿Qué ventajas le trae a usted trabajar en esta localidad?
4. ¿Encuentra alguna desventaja en ejercer su profesión en este lugar?
5. ¿De qué universidad egresó? ¿Posee alguna especialidad o preparación adicional?
6. ¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?
7. ¿Considera que hay diferencias entre atender a pacientes mexicanos y extranjeros?
¿Cuáles?
8. ¿Qué medios de promoción utiliza para dar a conocer su trabajo?
9. ¿Qué lo hizo decidirse a trabajar aquí?
10. ¿De dónde es originario usted?
11. ¿Usted vive en Los Algodones? Si no es así, ¿en dónde vive?
12. ¿Qué medios de transporte utiliza usted para trasladarse de su casa al trabajo?

Edad y género.

Nivel socioeconómico.