

DESARROLLO DE UN DESTINO DE TURISMO MÉDICO EN EL CONTEXTO DE LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS: EL CASO DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA, MÉXICO

María Teresa Martínez Almanza

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/395949>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universidad de Girona

TESIS DOCTORAL

**Desarrollo de un destino de turismo médico en el contexto de la
frontera México- Estados Unidos: el caso de Ciudad Juárez,
Chihuahua, México**

María Teresa MARTÍNEZ ALMANZA

2016



Universidad de Girona

TESIS DOCTORAL

**Desarrollo de un destino de turismo médico en el contexto de la
frontera México- Estados Unidos: el caso de Ciudad Juárez,
Chihuahua, México.**

María Teresa Martínez Almanza

2016

Programa de Doctorado en Ciencias Humanas, del Patrimonio y de la Cultura

Dirigida por:

Dr. Carles Serra Salamé

Dr. Jaume Guía Julve

Memoria presentada para optar al título de doctor/a por la Universitat de Girona



Certificación

Los Dres. Carles Serra i Salamé y Jaume Guía Julve, de la Universitat de Girona

DECLARAMOS:

Que el trabajo de investigación titulado *Desarrollo de un destino de turismo médico en el contexto de la frontera México-Estados Unidos: el caso de Ciudad Juárez, Chihuahua, México*, que presenta María Teresa Martínez Almanza para la obtención del título de doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección y que cumple los requisitos para poder optar a Mención Internacional.

Y, para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmamos este documento.

Firmas

Girona, julio de 2016

Reconocimiento

Deseo expresar de manera especial mi gratitud y reconocimiento a las instituciones y autoridades que me apoyaron para realizar mis estudios doctorales en el extranjero.

- Al Programa de Desarrollo del Profesorado (ProDeP) de la Secretaría de Educación Pública (SEP) de México, ya que gracias al proyecto de financiamiento para realización de estudios de posgrado para docentes, tuve le oportunidad de realizar un objetivo muy importante en mi vida, como lo ha sido mi formación doctoral.
- A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en particular al C. Rector, Lic. Ricardo Duarte Jáquez y al Mtro. Manuel Loera De la Rosa, Secretario Académico, quienes a través de su apoyo personal y sus gestiones académicas, administrativas y financieras, me permitieron cumplir con mis objetivos en esta etapa de formación.
- A los miembros del Cuerpo Académico CAC-31 de Estudios de Turismo y Tiempo Libre, cuya amistad y solidaridad para con mi persona ha estado presente en todo momento, aún a la distancia.

A Alonso, Mónica, Alejandro y Daniel

Agradecimientos

La escritura de una disertación doctoral suele ser un proceso solitario, por la naturaleza de su construcción, esto no quiere decir, que para la realización de un proyecto como el que nos ocupa, no se requiera la conjunción de muchas voluntades ya sea personales o de expresión institucional. Deseo manifestar mi gratitud por el apoyo e impulso recibido que ha sido sustento y soporte desde el inicio de esta empresa académica. En primer lugar, deseo expresar mi sincero agradecimiento a los juarenses que participaron en este proyecto de investigación, brindándome siempre con gran generosidad y apertura característica de la gente del norte de México, un espacio de tiempo en sus ocupadas agendas de trabajo.

Me refiero a médicos, enfermeras, administradores, directores, funcionarios, presidentes, hombres de negocios, filántropos, académicos, ciudadanos, quienes no solamente aportaron su valioso tiempo y experiencia, sino que dieron gran importancia al contenido de la investigación e incluso, agradecían la oportunidad de hablar de un tema que consideraban de gran relevancia para ellos. Agradezco a los hospitales de Ciudad Juárez donde realicé mi trabajo de campo por permitirme el acceso a sus instalaciones de una forma tan amable y abierta.

A la Universidad de Girona por recibirme y aceptarme como un miembro de su comunidad, por hacerme sentir en casa en todo momento y brindarme un entorno y un espacio estimulante y propicio para desarrollar mi trabajo de tesis.

Especial agradecimiento a mis directores de tesis Carles Serra y Jaume Guía cuyos comentarios y conversaciones ayudaron a la construcción de esta tesis. Con una orientación y asesoramiento basados en su gran profesionalismo, me fueron llevando con sabiduría, conjuntando amabilidad y buen humor con el rigor académico y profesional que caracteriza a los investigadores de experiencia. Agradezco la brillante e inspiradora visión antropológica del Dr. Carles Serra quien pudo generar en mí una visión crítica sobre el mundo y la realidad y a buscar las contradicciones en el fenómeno de estudio. El aprendizaje ha sido vasto a lo largo del trayecto. El Dr. Jaume Guía ha sido no sólo un director de tesis, sino un ejemplo a seguir como ser humano, académico y gestor. Su generosidad y buen trato a los estudiantes de doctorado hacen la mezcla perfecta entre el conocimiento y sensibilidad humana, en el proceso de formación doctoral. Mi eterno agradecimiento para ambos.

Agradezco al personal de la Escuela Politécnica Superior con quienes conviví todo este tiempo e hicieron más agradable mi estancia en Girona, de quienes conservo muy buenos recuerdos. En especial dos personas, Montse Somovilla quien me brindó su apoyo con las gestiones institucionales, por su afecto y amistad y Xavier Galan quien resolvió siempre mis dudas y requerimientos de apoyo informático.

A mis amigos catalanes, que me enseñaron su cultura, geografía e idioma y una forma de vivir que es un ejemplo. No podría dejar de mencionarlos ya que han sido mi familia durante mi estancia en Girona, gracias Paquita y Fruitos, Helena, Luis y Gloria, Pere y Pepi, María, Isabel y Jose. También a mi grupo de amigos del Happy

Yoga Girona, en especial a Paquita, Cristina, Mónica, María, Eva, Anna P., Anna C., Vanesa, Juanita, Tamara y Max.

La elaboración de la presente investigación ha significado un crecimiento no solo académico, sino personal, muy significativo para mí y una experiencia de vida realmente enriquecedora. Agradezco al Doctor Tomás Cuevas y a la Dra. Isabel Zizaldrá por su impulso y motivación que fue determinante en la decisión para iniciar este proyecto formativo.

Agradezco al Gobierno Federal de México, que a través del Programa de Becas para el mejoramiento del profesorado ProDep, financió mis estudios doctorales. Ha sido una gran oportunidad que valoro en su justa dimensión.

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y a las autoridades que me brindaron siempre el apoyo profesional y financiero necesario para la realización de mis estudios doctorales, les expreso mi más sincero agradecimiento.

A nivel personal, agradezco a mi esposo Alonso el apoyo que en todo momento me ha brindado para que busque siempre la materialización de mis sueños. El contar con un compañero que me ofrece su comprensión ha sido determinante para la conclusión de esta tesis.

A mis hijos Mónica, Alejandro y Daniel, que han sido mi mayor inspiración para continuar preparándome y de quienes recibí en todo momento el apoyo para buscar mi realización. Gracias por el amoroso respaldo que me han brindado.

A mis hermanos y sobrinos que siempre me animaron a seguir adelante, gracias por el apoyo moral que me dieron todo este tiempo.

A mi amiga la maestra Oralia Villegas Caballero, gracias por su paciencia, consejos y revisiones y por darme ánimo cuando lo necesitaba.

Publicaciones derivadas de esta tesis

Martínez-Almanza, M; Guía Julve, J., Serra Salamé, C.,(2014) “Desarrollo de un destino de Turismo Médico Transfronterizo en Ciudad Juárez, México desde una perspectiva relacional”

Revista electrónica del Instituto Universitario de Investigaciones Turísticas (IUIT) con ISBN: 978-84-9717-334-6

Martínez-Almanza, M; Guía Julve, J., Serra Salamé, C.,(2014) “*Génesis y Evolución del Turismo Médico en Ciudad Juárez, México*”. Capítulo del libro, denominado “Tendencias del Turismo en Latinoamérica” por la Academia Mexicana de Investigación Turística (AMIT).

Siglas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
EPA	Environmental Protection Agency
EUA	Estados Unidos de Norteamérica
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
FERROMEX	Ferrocarriles Mexicanos
IMIP	Instituto Municipal de Investigación y Planeación
IMMEX	Programa de fomento a la Industria Manufacturera, Maquiladora y de servicios de Exportación.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OCV	Oficina de Convenciones y Visitantes
OMT	Organización mundial de turismo
ONG	Organización No Gubernamental
PIB	Producto Interno Bruto
PMDUCH	Plan Maestro de Desarrollo Urbano del Centro Histórico de Ciudad Juárez
PROFEPA	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SECTUR	Secretaría de Turismo
SEP	Secretaria de Educación Pública
UACJ	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
UE	Unión Europea

Listado de figuras

Figura 0.1 Typological Model of Medical Tourism	39
Figure 0.2 Dual Theoretical Model of Medical Tourism	40
Figura 0.3 Application of the Model of the dominant types of medical tourism in other Medical Tourism Destinations	41
Figura 3.1 Distribución de códigos en categorías de análisis.....	139
Figura 3.2 Distribución de códigos en las categorías de acuerdo a las etapas de investigación	139
Figura 4.1 Mapa de la situación geográfica de la franja fronteriza México- Estados Unidos, donde se ubica Ciudad Juárez, Chihuahua, México	144
Figura 4.2 Evolución de los acontecimientos más relevantes para el desarrollo del turismo médico en la frontera Ciudad Juárez- El Paso	150
Figura 4.3 Mapa de Ciudad Juárez, Chihuahua, México; El Paso, Texas y Las Cruces, Nuevo México, EUA.....	151
Figura 4.4 Localización de los 6 hospitales de turismo médico de Ciudad Juárez y los aeropuertos de El Paso, Texas, y Ciudad Juárez, Chihuahua	156
Figura 5.1 Hospital de la Familia, ejemplo de modelo emergente/ reactivo	173
Figura 5.2 Imagen de clínica dental de alta especialidad.....	174
Figura 5.3 Imágenes de negocio que ofrecen servicios médicos en el modelo emergente	175
Figura 5.4 Imágenes de hospitales y consultorios dentales en el centro de la ciudad que funcionan en el modelo emergente-reactivo	175
Figura 5.5 Modelo dual de turismo médico	188
Figura 5.6 Oferta de camas censables y no censables de hospitales que integran el clúster médico de Ciudad Juárez	210
Figura 5.7 Imágenes del hospital Ángeles	272
Figura 5.8 Distancia entre el aeropuerto de El Paso, Texas y Centro Médico de Especialidades en Ciudad Juárez	275
Figura 5.9 Hospital Star Médica	278
Figura 5.10 Distancia entre Midland, Texas y Ciudad Juárez, Chihuahua	317
Figura 5.11 Puentes internacionales.....	320

Listado de tablas

Table 0.1 Stakeholders categories and number of interviews	35
Tabla 0.2 Total codes by category and phase of the investigation	38
Tabla 1.1 Tipos de turismo de salud. Características o propósito	92
Tabla 1.2 Tipología de movilidad de pacientes	93
Tabla 1.3 Países famosos por áreas de especialidad	94
Tabla 1.4 Organizaciones acreditadas por la JCI en países seleccionados.....	98
Tabla 1.5 Rango promedio de ahorro en gastos de salud en principales destinos médicos.....	99
Tabla 1.6 Categorías de turismo médico en función del tipo de paciente en destinos seleccionados	101
Tabla 3.1 Actores principales por grupo de categorías de Stakeholders	132
Tabla 3.2 Total de códigos por categoría y fase de la investigación	137
Tabla 4.1 Principales indicadores turísticos de Ciudad Juárez, Chihuahua, México	146
Tabla 5.1 Características del turismo médico de frontera	164
Tabla 5.2 Criterios para el análisis de cada uno de los cuadrantes	167
Tabla 5.3 Factores a considerar para el desarrollo del destino médico internacional	167
Tabla 5.4 Servicios complementarios durante el regreso a casa	168
Tabla 5.5 Propósito de la visita y tipo de cirugía en cada cuadrante	170
Tabla 5.6 Formas de operar el turismo médico en la frontera Juárez- El Paso.....	177
Tabla 5.7 Aplicación del modelo en otros destinos de turismo médico	179
Tabla 5.8 Modelo teórico general de turismo médico.....	186
Tabla 5.9 Disponibilidad de recursos humanos.....	199
Tabla 5.10 Personal médico en acuerdo especial que labora en establecimientos particulares de salud con servicio de hospitalización por tipo de personal según número de camas censables al 31 de diciembre de 2014	200
Tabla 5.11 Personal no médico que labora en establecimientos particulares de salud con servicio de hospitalización por tipo de personal según número de camas censables en el Estado de Chihuahua al 31 de diciembre de 2014.....	202
Tabla 5.12 Matrícula de instituciones de educación superior pública y privada en las áreas de salud en el Estado de Chihuahua ciclo escolar 2014-2015.....	204
Tabla 5.13 Formación de recursos humanos para la salud en Ciudad Juárez.....	205
Tabla 5.14 Infraestructura de salud.....	207
Tabla 5.15 Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud por municipio y nivel de operación según institución al 31 de diciembre de 2014	208
Tabla 5.16 Infraestructura de salud en Ciudad Juárez.....	209
Tabla 5.17 Recursos humanos del sector salud por área geopolítica, 2000	210
Tabla 5.18 Establecimientos de hospedaje registrados por municipio según tipo de alojamiento al 31 de diciembre de 2014.....	211
Tabla 5.19 Cuartos y unidades de hospedaje registrado por municipio según tipo de alojamiento al 31 de diciembre de 2014.....	212
Tabla 5.20 Establecimientos de hospedaje registrados por municipio según categoría turística del establecimiento al 31 de diciembre de 2014	212

Tabla 5.21 Cuartos y unidades de hospedaje registrados por municipio según categoría turística del establecimiento al 31 de diciembre de 2014	213
Tabla 5.22 Principales indicadores de la ocupación de hoteles y moteles de los centros turísticos por residencia 2014.....	213
Tabla 5.23 Llegada de turistas a establecimientos de hospedaje por centro turístico y municipio según categoría turística del establecimiento 2014.....	214
Tabla 5.24 Llegada de turistas a establecimientos de hospedaje por centro turístico y municipio según residencia 2014	214
Tabla 5.25 Establecimientos de preparación y servicio de alimentos y de bebidas con categoría turística por municipio según clase de establecimiento al 31 de diciembre de 2014.....	215
Tabla 5.26 Otros establecimientos que prestan servicios relacionados con el turismo por municipio al 31 de diciembre de 2014.....	215
Tabla 5.27 Otros establecimientos que prestan servicios relacionados con el turismo por municipio al 31 de diciembre de 2014.....	216
Tabla 5.28 Sucursales de la banca múltiple (comercial) por municipio según principales instituciones al 31 de diciembre de 2014	217
Tabla 5.29 Vehículos de motor registrados en circulación por municipio según clase de vehículo y tipo de servicio al 31 de diciembre de 2014	217
Tabla 5.30 Pasajeros atendidos en los aeropuertos del Sistema Aeroportuario Mexicano por municipio según tipo de aviación 2014	217
Tabla 5.31 Oferta de servicios de salud en Ciudad Juárez. Establecimientos ubicados en calles de proximidad a puentes internacionales.....	218
Tabla 5.32 Características del sistema de salud en países seleccionados.....	244
Tabla 5.33 Población en el condado de el Paso, Texas, 2013.....	308
Tabla 5.34 Perfiles de salud en el condado de El Paso, Texas, 2013	309

Índice

Resumen	22
Resum	23
Abstract	24
Summary of the research	26
Introducción	74
1.1 Interés y relevancia del estudio	75
1.2 Objetivos y pregunta de investigación.....	79
1.3 Estructura de la tesis.....	80
1 Bases conceptuales	84
1.1 Turismo	86
1.2 Turismo médico.....	87
1.3 Tipologías de turismo médico	92
1.4 Importancia del turismo médico.....	94
1.5 Desarrollo del turismo médico.....	99
2 Destinos turísticos y frontera	104
2.1 Destinos turísticos	105
2.2 Fronteras y turismo	112
2.3 Elementos de un destino de turismo médico.....	118
3 Metodología	125
3.1 Justificación de la elección del caso de estudio	126
3.2 Aproximación metodológica	127
3.3 Obtención de información	128
3.3.1 Obtención de información primaria.....	128
3.3.2 Obtención de información secundaria	135
3.4 Análisis de la información.....	135
3.5 La categorización de los datos sobre el desarrollo del turismo médico en Ciudad Juárez	138
4 Ciudad Juárez como destino de turismo médico	141
4.1 Descripción de Ciudad Juárez y su entorno	142
4.2 Narrativa del surgimiento y evolución de Ciudad Juárez como destino de turismo médico de frontera	148
5 Resultados	158
5.1 Identificación de categorías de turismo médico en Ciudad Juárez	159
5.1.1 Conceptualización del modelo teórico de turismo médico.....	161
5.1.2 Modelización a partir de la combinación de dimensiones	163
5.1.3 Identificación de criterios de pertenencia a dimensiones y cuadrantes.....	167
5.1.4 Aplicación del modelo al caso de estudio.....	171
5.1.5 Otros destinos de turismo médico y el modelo.....	179
5.1.6 Principales diferencias en función de los cuadrantes y modelos.....	180

5.1.7 Propuesta del modelo teórico general de turismo médico.....	185
5.2 Principales aspectos del desarrollo de un destino de turismo médico de frontera	189
5.2.1 Contexto del propio destino.....	189
5.2.2 Contexto del mercado de origen	223
5.2.3 Integración de actores.....	242
5.2.4 Estrategias de producto y comercialización	269
5.2.5 Frontera.....	297
6 Discusión	322
7 Conclusiones	340
7.1 El desarrollo del turismo médico en el caso de estudio.....	341
7.2 Contexto del propio destino.....	343
7.3 Contexto del mercado de origen	345
7.4 Integración de actores.....	348
7.5 Estrategias de producto y comercialización	350
7.6 Frontera.....	352
7.7 Recomendaciones a los actores	354
7.8 Principales limitaciones del estudio y futura investigación	356
8 Anexos	360
Anexo1 Ejemplo de guía de entrevista.....	361
Anexo 2 Stakeholders que participaron en el estudio	363
Anexo 3 Asignación de categorías y número de entrevistas.....	364
Bibliografía	369
Páginas web consultadas.....	388

Resumen

La asistencia sanitaria se ha constituido en uno de los temas primordiales del siglo XXI. Los problemas relacionados con la atención médica contemporánea han generado una creciente demanda de servicios por parte de pacientes fuera de sus países de origen. En el marco de la teoría fundamentada, mediante 69 entrevistas en profundidad, realizadas de 2013 a 2015, esta investigación analiza el proceso de desarrollo de Ciudad Juárez, Chihuahua, México como un destino turístico médico de frontera. Se presenta una narrativa de la génesis y evolución del caso de estudio. Después se ha desarrollado un modelo teórico dual que incluye elementos de frontera. Posteriormente, como resultado del análisis temático, se han encontrado 5 temas principales o áreas de relevancia para el desarrollo de un destino de turismo médico en una región de frontera: contexto del propio destino, contexto del mercado de origen, integración de actores, estrategias de producto y comercialización, y elementos de frontera. A partir de este estudio, se logra entender la realidad del destino médico fronterizo y sus singularidades. En la discusión de los resultados y en las conclusiones se destaca la influencia de las vertientes de política pública, económica y social en el desarrollo del destino médico. Por otra parte se hace evidente que la realidad que se manifiesta en el inadecuado desarrollo de la ciudad, es un elemento que afecta su posicionamiento como destino de turismo médico internacional. El entorno fronterizo que delimita el encuentro de dos Estados (México-Estados Unidos) es complejo; ofrece por una parte, elementos que facilitan el desarrollo del destino, (como la proximidad), pero por otra, provoca tensiones y dificultades que emergen de la aplicación de las políticas de seguridad de ambos países.

Palabras clave: turismo médico, Ciudad Juárez, desarrollo de destinos, frontera, México, Estados Unidos.

Resum

L'assistència sanitària s'ha constituït un dels temes cabdals del segle XXI. Els problemes relacionats amb l'atenció mèdica contemporània han generat una creixent demanda de serveis per part de pacients fora dels seus països d'origen. En el marc de la teoria fonamentada, mitjançant 69 entrevistes en profunditat, realitzades del 2013 al 2015, aquesta investigació analitza el procés de desenvolupament de Ciudad Juárez, Chihuahua, Mèxic com una destinació turística metge de frontera. Es presenta una narrativa de la gènesi i evolució del cas d'estudi.

Després s'ha desenvolupat un model teòric dual que inclou elements de frontera. Posteriorment, com a resultat de l'anàlisi temàtic, s'han trobat 5 temes principals o àrees de rellevància per al desenvolupament d'una destinació de turisme mèdic en una regió de frontera: context del propi destí, context del mercat d'origen, integració d'actors, estratègies de producte i comercialització, i elements de frontera. A partir d'aquest estudi, s'aconsegueix entendre la realitat de la destinació metge fronterer i les seves singularitats.

En la discussió dels resultats i en les conclusions es destaca la influència de les vessants de política pública, econòmica i social en el desenvolupament de la destinació metge. D'altra banda es fa evident que la realitat que es manifesta en un inadequat desenvolupament que ha patit la ciutat, és un element que afecta el seu posicionament com a destinació de turisme mèdic internacional. L'entorn fronterer que delimita la trobada de dues cultures Mèxic-Estats Units és complex. Ofereix d'una banda, elements que faciliten el desenvolupament de la destinació, com la proximitat, però de l'altra, provoca tensions i dificultats que emergeixen, de l'aplicació de les polítiques de seguretat dels dos països.

Paraules clau: turisme mèdic, Ciudad Juárez, desenvolupament de destinacions, frontera, Mèxic, Estats Units.

Abstract

Health care has become one of the main topics of the 21st century. The problems related to contemporary medical care have generated a growing demand for services by patients outside their countries of origin. Within the framework of grounded theory, through 69 in-depth interviews conducted from 2013 to 2015, this research analyzes the development process of Ciudad Juárez, Chihuahua, Mexico, as a border medical tourist destination. A narrative of the genesis and evolution of the case study is presented. A dual theoretical model that includes border elements is then developed. Afterwards, as a result of the thematic analysis, 5 main themes or areas of relevance for the development of a medical tourism destination in a border region were found: context of the destination, context of the home market, integration of actors, product and marketing strategies, and border issues. From this study, one can understand the reality of the border medical destination and its peculiarities. In the discussion of the results and in the conclusions, the influence of the aspects of public, economic, and social policy stands out in the development of the medical destination. On the other hand, it becomes clear that the reality manifested in an inadequate development that the city has suffered is an element which affects its positioning as an international medical tourism destination. The border environment, which delimits the meeting of two cultures, Mexico-the United States, is complex; it offers, on the one hand, elements that facilitate the development of the destination, like proximity, but, on the other hand, it causes tensions and difficulties that emerge from the application of the security policies of both countries.

Key words: Medical tourism, Ciudad Juárez, destination development, border, Mexico, United States.

Summary of the research

The importance of tourism activity on the global economy has been manifested through a constant growth of the sector. The World Tourism Organization (2015) reports that during the last six decades this branch has experienced a continuous expansion and diversification becoming one of the world's most important and growing economic sectors (WTO, 2015).

According to the long term predictions of the WTO included in *Tourism Toward 2030*, the arrivals of international tourists on a global scale will grow 3.3% per year between 2010 and 2030 until reaching 1.8 billion. France, the United States, Spain, and China continue to lead both in international arrivals and in income. Mexico rejoined the top ten countries in arrivals in tenth place (WTO, 2015). This reincorporation of Mexico as one of the most visited countries in the world could be exploited by diversifying the type of tourist services it offers globally. On the other hand, almost a third of the world population that travels does so for motives other than the pleasure of vacationing; one of the reasons for travelling which becomes more important every day is health.

Travelling for health motives is known as “medical tourism.” Health tourism emerged as a distinct market niche in the tourist industry (Connell, 2006) and has rapidly grown to become an international sector in which people travel long distances to receive medical, dental, and surgical treatment while at the same time enjoying a vacation (Heung, Kucukusta, & Song, 2010). This type of tourism has grown dramatically in recent years mainly because of the high costs of treatments developed in western societies, long waiting lists, relatively inexpensive international flights, and favorable exchange rates.

The motivations of patients for choosing medical tourism have been studied by Hunter-Jones (2005); Rosenmoller, McKee, and Beaten (2006); Lee (2007); Glinos, Beaten, Helble, and Maarse (2010); Hopkins, Labonté, Runnels, and Packer (2010); Cormany and Baloglu (2011); Sarwar, Manaf, and Omar (2012); Johnston, Crooks, and Snyder (2012); Connell (2013); Lautier (2014); Ho, L. H., Feng, S. Y., and Yen (2015); Adams, Snyder, Crooks, and Johnston (2015).

The statements made about the field of research enable the identification of some guidance in studying the phenomenon in question towards the behavior of the person who carries out medical tourism. In the same way, the satisfaction of the patient has been studied by V. A. Crooks, Kingsbury, Snyder, & Johnston (2010); Herrick (2007b); and Wendt (2012). While the subject of competitiveness of medical tourism destinations has been addressed by Enright & Newton (2004); Caballero & Mugomba (2006); (Lagiewski & Myers, 2008); (Johnson & Garman, 2010); (Chin & Campbell, 2012); (Orozco & Bejarano, 2014); and (H. K. Lee & Fernando, 2015).

As examples of studies which have focused on the potential implications to health systems that this exchange of services can bring, we find (Hunter-Jones, 2005); (Rosenmoller, McKee, & Beaten, 2006); (C. Lee, 2007); (I. Glinos, Baeten, Helble, & Maarse, 2010); (Hopkins, Labonté, Runnels, & Packer, 2010); (Cormany & Baloglu, 2011); (Sarwar, Manaf, & Omar, 2012); (Johnston, Crooks, & Snyder, 2012); (Connell, 2013); (Lautier, 2014); (Ho, L. H., Feng, S. Y., & Yen, 2015); (Adams, Snyder, Crooks, & Johnston, 2015).

One of the important aspects for participating in the medical tourism industry is the participation of the government with a clear definition of its policy on this issue. Among the authors who have studied the topic of Policy and planning of medical

tourism are (Irvine, 2002a); (Carrera & Bridges, 2006); (Herrick, 2007a); (Jenner, 2008); (Hazarika, 2010); (Leng, 2010); (Pocock & Pua, 2011); (Martínez Álvarez, Chanda, & Smith, 2011); (N. T. Lunt, Mannion, & Exworthy, 2013); and (Medhekar, 2014b). They agree that the medical tourism industry requires a great amount of resources which makes the private sector being able to develop medical tourism of a destination without the decisive participation of the government, unlikely.

Presentation of the Problem

The health sector has been significantly affected by economic globalization in spite of its nature of the public, non-commercial, good (Vargas Hernández, 2010). This affectation is reflected in the emergence of new forms of organization for medical attention and in the increase of the cross-border exchange of this type of services. A global restructuring in health systems due to the high costs of medical services, particularly in developed countries, has resulted in the creation of an international market of health care and attention (Vargas Hernández, 2010).

Some authors like Carrera and Bridges (2006) claim that severely limited formal literature is currently being issued which is compounded by the conceptual ambiguity it faces with respect to health tourism and medical tourism. They mention as fundamental research tasks the further development of reliable and comparable data; factors affecting the promotion and attraction for the practice of both types of tourism, health and medical; and the impact of medical tourism for local health systems (Carrera & Bridges, 2006).

There is a considerable amount of research on medical tourism, but the great majority of it has been conducted from a demand perspective. By contrast, from a supply perspective, there are only a few studies like the one that examines if a certain place can become a medical tourism destination (Ching-Chi, du Cros, & Vong, 2011), or the one that shows the significant local economic impact of trade of health services for the exporting country (Lautier, 2014). However, the review of the literature indicates that the processes, which make a destination of this nature emerge as such have not yet been sufficiently studied. Furthermore, the majority of the studies of this phenomenon focus on long distance journeys without paying specialized attention to the case of cross-border medical tourism.

On the other hand, the relationship of tourism with political borders has only recently attracted the attention of researchers in spite of the fact that, on a more general level, the academic study of borders attracts considerable interest (Ioannides, Nielsen, & Billing, 2006). A subject that has been only superficially examined refers to the obstacles, which inhibit the development of medical tourism in a cross-border context. In the same way, studies on medical tourism related to the diaspora are scarce. On this topic, we find important contributions from Ormond (2014) and N. Lunt et al. (2014) who have studied medical tourism of the diaspora of Korea in New Zealand.

These days, in the face of the problem of lack of medical insurance coverage in the United States and the crisis its health system faces, the citizens of that country are looking for options to meet their needs for medical services, which they can afford. This explains the upward trend in the demand for medical tourism which, additionally, is seen by some authors as the response to a deficiency in the American health system in view of the fact that each year the United States spends more on health care but insures a fewer number of people. The spending on health

for 2015 is anticipated to be one of every five dollars spent (Cortez, 2008). In 2013 over 900 thousand Americans traveled abroad in search of various types of health care from dental care and cosmetic surgery to heart surgery and orthopedics. At least 50 countries currently offer their services to the international patient, and each year nearly 11 million patients visit hospitals and clinics in countries other than their place of residence (Woodman, 2014).

The increase in the number of Americans without medical insurance, especially in the middle class, coupled with the effective marketing of medical tourism businesses to influence a growing number of Americans who travel abroad to receive medical attention, is the result of a neoliberal policy which argues through international organizations like the World Bank and the International Monetary Fund which Structural Adjustment Programs, like the reduction of public spending on health and on other sectors, make the use of economic resources more "efficient" (Smith, 2012). Some authors refer to the shortage of doctors, the growth of the sector for financial gain, the medical industrial complex, the role of Congress and of the executive power, and many other critical issues of the health system of the United States (and Canada, which constitute the border medical tourism market) as factors which favor the decisions of looking for medical attention in other countries (Pincus, 2006).

China, India, Korea, Malaysia, the Philippines, South Africa, Thailand (and now Mexico) are only some of the competing countries seeking to attract patients from abroad as a source of economic development (Jenner, 2008). The growth in demand is so high that it has led to the creation of companies in countries like the United States and Canada which specialize in advertising and sending consumers to international destinations as diverse as the ones mentioned. The majority of these companies offer a wide range of health services and include added values like booking airplane tickets, hotels, and tours, which can be taken before or after undergoing surgery (Whittaker, Manderson, & Cartwright, 2010), (Turner, 2012).

The marketing of health services, called medical tourism, plays an important role for many countries and regions among which are Brazil, the Caribbean, South Korea, Costa Rica, the United Arab Emirates, the United States, Hungary, India, Israel, Malaysia, Mexico, the Czech Republic, Singapore, South Africa, Thailand, Taiwan, and Turkey (Woodman, 2014) which, in the development of this industry, have seen economic benefits like the increase of the Gross Domestic Product and the creation of an equilibrium in the trade balance from foreign exchange earnings (Ramírez de Arellano, 2007), but there is also the possibility of a high affectation on the health systems of these countries (Whittaker et al., 2010). Medical tourism is an example of how the forces of globalization are reconfiguring what had been a relatively stable localized service: medical treatment in each country. (Jenner, 2008).

Moreover, the lack of data and information systems generates parallel functions in governmental areas; completely disconnected financial and information flows create instability in the system. Additionally, the feeling that no institution has the responsibility and control is created. The incomplete registration of transactions and costs generated by the use of health services by foreign patients in the local structures creates great difficulty for the development of policy and planning in the different levels of actions related to medical tourism.

In view of this, the results presented in this research highlight their importance for the comprehension of the medical tourism industry in a border destination where reliable estimates and research have proven to be a challenge.

Justification of the Research

As diverse typologies arise which try to explain and systematize tourism activity, it becomes more evident that the lack of information generated complicates the analysis regarding its behavior, evolution, planning, and development; therefore, its study is more complicated. In spite of the fact that one sector of the academic community dedicated to the study of medical tourism has harshly criticized some of the existing models for its study, in which even a lack of academic precision is mentioned (Connell, 2006), the current literature on the topic in question has laid the foundation for the growth of the industry. In the last two decades a good number of studies on medical tourism has been produced.

However, in the majority of the cases reference is made to the lack of information and statistic data that reveal the actual behavior of this phenomenon of globalization. The difficulty in making advances in academic research due to the shortage of reliable and comparable international data has been mentioned by authors like Lim (2005); Rosenmoller et al. (2006); Turner (2007); Cortez (2008), Glinos et al. (2010); Johnston, Crooks, Snyder, & Kingsbury (2010); Pocock & Pua (2011); Hamlin (2012); Connell (2013); Lautier (2014); and V. Crooks (2015). Moreover, there is very little academic literature on the destinations of medical tourism in particular. The increasing competition that arises among different regions, countries, or localities, which see an option for socioeconomic development in health tourism, encourages research on the subject.

The case study of Ciudad Juárez as a destination for medical attention is justified due to this locality facing a complex social reality characterized by the lack of resources for addressing various problems that are considered critical like the provision of basic services that have been displaced within the priorities of attention due to the period of insecurity and violence that took place five years ago. The resources of government budgets were prioritized to the attention of the problems mentioned. The very complexity of the phenomenon, as well as the increasing competition which has developed in recent years on this subject, demands the participation of different sectors and areas of the economy whose coordination is not easy to achieve due to its requiring a specialized approach that would enable the addressing of the reality of a health tourism destination. This thesis provides the study of a case of border medical tourism. The development of tourist destinations in general is taken as a theoretical basis and is adapted to the typology of medical tourism as applicable according to the empirical evidence of the case study and the existing literature.

The opinions of the people interviewed coincide in that medical tourism could become an option for the economic development of the region. However, in the review of the literature on the experiences of other medical destinations like India, Malaysia, Thailand, and Singapore suggests that, in spite of the fact that the results of these countries are favorable from an economic perspective, upon having decided to implement a policy for developing medical tourism, a parallel rise in costs of services has been produced which impacts inflation, coupled with the problems of equity and lack of coverage. Furthermore, the academic literature on the increasing

role of the market as a leader of global health highlights the trend towards privatization of health care.

The mainstream of development literature, supported by the neoliberal economic theory, argues that governments should only fund an “essential” or “basic” level of health care (Smith, 2012). The argument used by international organizations like the World Bank and the International Monetary Fund is the search for “efficiency” in health care and in other sectors. Criticism of the impact that structural adjustment programs promoted by these international organizations in health care have had has generally focused on their negative effect on: (a) the results of health of people living in poverty; (b) the reduction of public health budgets; and (c) the resulting decrease in quality, the affectation of cost, and the provision of health care services (Smith, 2012). However, there are very few studies that relate these problems with medical tourism and prove, with empirical research, what the situation and reality of a medical destination is. This is one of the consequences that would have to be avoided given that in Mexico the trend towards privatization of health care is becoming apparent.

Objectives and Research Question

In the analytical framework described above, the research question of this thesis arises.

How is the development of a border medical tourism destination characterized?

This research question will be answered through the study of a specific case which is Ciudad Juárez, Chihuahua in Mexico located on the border with El Paso, Texas in the United States. In order to answer this question we will follow these three more particular objectives:

1. Descriptively know the evolution of the concrete case of Ciudad Juárez, Chihuahua, Mexico.
2. Model the relevant aspects, which enable the understanding of medical tourism in a border zone.
3. Understand the aspects and elements that condition the development of the destination.

Structure of the Paper

This research contributes the study of medical tourism in a border city to academic literature. In the first chapter the results of academic papers on health tourism and medical tourism are analyzed. The main concepts and typologies are presented, and the differences between these two types of tourism are specified. The contemporary general trend towards the increase of the demand of medical tourism services is established, examining how both the modality of medical tourism and scholars of the topic's perception of this have evolved in the recent past.

In the second chapter the definition of tourist destination used in this paper is established after examining a set of definitions, levels, and typologies proposed by various authors; some typologies of systems of destinations in general are also presented for their application to medical tourist destinations in particular. Subsequently, the constructs of tourism and border analyzing their different modalities of organization and functioning are addressed.

In the third chapter the methodology designed for the carrying out of the empirical study of the thesis is presented. The section presents the justification of the choice of the topic of study demonstrating the economic and social importance it acquires for the countries involved in medical tourism. Later, the procedure followed for the realization of the investigative process is explained mentioning the works cited for its formulation and presenting examples of the interview guide used in the field research. The theoretical *sampling* procedure and the techniques used for the processing and analysis of the data collected are also explained.

In the fourth chapter the descriptive results, derived from the data collected, about the present reality of Ciudad Juárez and its evolution as a tourism destinations are also presented in this chapter. The story of a system in movement with the narrative of the emergence and evolution of Ciudad Juárez as a medical tourism destination is explained. Six hospitals are talked about specifically: two which are the most traditional; one with over 60 years of services, and another with 27; another two which are located practically at the crossing of the border bridges, one with a career path of over 40 years serving a low-income population, and another which has been in business for 15 years; the last two are the new hospitals specifically designed to attract medical tourism with luxury infrastructure, hotel type, belonging to large hospital chains in the country. In all, this way, the chapter gives an overview of the destination and their condition as border medical tourism destination.

The fifth chapter presents the main and more analytical results of the research and is divided into two parts. First the dual theoretical model of medical tourism product of this paper, which contemplates both the reactive and planned models, is explained. In the second part the five resulting main themes of the thematic analysis are unfolded, which represent the main elements to be taken into consideration for the development of a border medical tourism destination: context of the destination, context of the home market, integration of actors, product strategies and marketing, and border issues.

The sixth chapter is devoted to discussion. Here the results of the study are contrasted with the contributions of contemporary academic literature on the various topics that have been addressed in this paper. The main findings and contributions of the dissertation are highlighted as well as the differences identified with results of previous academic studies on the topics which make up this thesis.

Finally, the seventh chapter corresponds to the conclusions in which the scope of the purposes of the paper is valued, and some reflections on the lessons learned throughout the entire process are presented; in the same section the limitations of it are analyzed, and at the end a set of recommendations are presented to the managers of border tourist destinations.

5. Methodology

The paradigm of the study corresponds to constructivism which is a research paradigm that denies the existence of an objective reality “claiming instead that realities are social constructions of the mind and that both constructions and individuals exist (although it is clear that many constructions will be shared)” (Guba and Lincoln, 1989, p. 43) in (Glaser & Strauss, 1967). Under this paradigm, the research presented has been conducted in the field of medical tourism with a qualitative approach using the Grounded Theory methodology (Strauss & Corbin, 2002). The methodology is selected because it provides a set of strategies useful for

the study of a phenomenon, which consists of a process of located interaction, meaning a process contextualized and mediated by cultural issues. Another element which favored the choice of the mentioned methodology is that, when dealing with the subject of medical tourism, the phenomenon involves health care, the care of patients which is “an encounter with the other, an encounter with that which is different from ourselves, with how disturbing this can be” (De la Cuesta Benjumea, 2006) p. 136. Qualitative studies in general make evident components of health care that are not considered in quantitative studies and thereby enable the comprehension and just valuation of the job of providing health care.

In view of this, this thesis studies how the creation of a supply of health services in the border area, which responds to a demand from foreign patients, most of whom are from the neighboring country, has been produced in the context of a city of Mexico which borders on the United States (Ciudad Juárez). The reality of a border medical tourism destination is different from that of other destinations, which lack this quality. This reality has its own voice; everything it can say about its situation, about its demands, about its satisfactions, its difficulties and solution options has not been heard, in short, about its status as a border medical tourism destination, which is what really matters to this research.

Our world and experiences are completely mediated by the forms used to think, encode, transmit, register the information that comes to us and that emerges from us. Therefore, kept in mind from the beginning of the research was the need to focus on a particular aspect of medical tourism: the development process of the medical destination. In academic literature numerous papers dealing with a whole wide and varied range of subjects within the study of medical tourism are emerging from a descriptive and qualitative perspective oriented towards the comprehension of some aspects of the demand for medical attention (Adams et al., 2015), (Runnels et al., 2014), (Casey, Crooks, Snyder, & Turner, 2013), (Johnston et al., 2012), but from this research the aim is to delve into specific aspects that would not have been dealt with previously like the development process of a medical destination from a perspective of the supply and, particularly, border city medical tourism and tourism of the diaspora, and generate specific knowledge, which helps reduce the gaps of research on the topic. These aspects relate to the particularities and aspects that characterize the development of this type of medical destinations.

For this reason, focusing on a specific sector like border medical tourism and, more specifically, medical tourism of Ciudad Juárez as a case study which has had a secondary and passive role in the different studies analyzed, as well as talking about success and not failure, even about integration and not exclusion of the city, stood as a desirable challenge.

As the research advanced, the obtainment of knowledge with regard to this process started becoming an issue that took on increasing relevance because of its size and complexity which have to do with contradictory objectives from the very essence of the constructs which define it, like “tourism” and “medical” which imply opposite connotations. It is interesting the way in which the actors involved in the in-depth interviews narrated from their perspective (of the supply) the personal situation of health with regard to health care in the country of origin or of residence of the patients and the achievement of success in their health care project passing through the choice of Ciudad Juárez as receiving destination and overcoming the various obstacles which any person in said situation faces a priori.

For this, the interviews were conducted starting from a series of open questions in order to know the history behind the process, and, in this way, as they were getting interesting answers from the speeches of the actors involved, a theory was being constructed through the inductive process with elements of constant comparison which culminated with the results reflected in this thesis and which are clarified in a contribution of three different types of results to contribute to the knowledge of the phenomenon of medical tourism on the borders.

The interviews were addressed to a theoretical sample of best informants from each of the relevant groups of stakeholders. The interviews were semi-structured and the information obtained were later on analyzed by means of thematic analysis, from which both, a theoretical typology of medical tourism destinations in border areas, and a set of issues relevant for the emergence and development of this type of destination, were obtained.

Data Collection

This section contains the elements related to the data collection. Since we have worked with primary and secondary sources of information, we firstly present those related to primary information sources and secondly, those related to secondary sources of information.

Obtaining Primary Information

During the process of selection of people to interview, we started from the four hospitals that Chihuahua state government through the Ministry of Economy, has been selected to develop a cluster of medical tourism. Two of them belong to the most prestigious hospital chains in the country, so they offer quality services and scientific and technological progress in its health infrastructure. The other two institutions are the most recognized some time ago by the communities on both sides of the border and finally, using the criterion of proximity, two hospitals, which are located very close to the international crossings at Juarez-El Paso were selected.

Several informants pointed to two hospitals, they say, could be of interest for research: the Angeles Hospital and Medical Star. Both newly created in the city, whose owners are entrepreneurs with great economic power. These health institutions have an infrastructure designed to obtain international quality accreditations and were designed to serve international patients. Thus the process of obtaining primary information began with interviews with senior staff of these hospitals.

a) Sampling

The interviews were addressed to a theoretical sample of best informants from each of the relevant groups of stakeholders. This type of sampling It has been chosen because we need to identify the main actors, which could provide the necessary information reliably. This type of sampling is based on what emerges from the data. It is called so because it serves to refine, develop and complete categories, and finally the systematic use of analytical procedures leads to more abstract levels of analysis (De la Cuesta Benjumea, 2006).

A non-probabilistic way of sampling in which decisions related to people to be included in the sample, was used, based on a variety of criteria that included expertise in the research topic, the ability and willingness of the participants who would be more likely to provide adequate data, both in terms of relevance and depth. This type of sampling known as "purposive sampling" has been used by authors like (Hunter-Jones, 2005); (Assenov et al., 2011); (V. Crooks et al, 2012.); (El-Khardali et al., 2012) in studies specifically for medical tourism.

The technique of "snowball" was used to obtain from participants their recommendation of other actors who were related and have experience, knowledge and ability to collaborate in interviews. This technique was chosen because of the positive assessment of their use for identifying the "best Informants", following the example of (IA Glinos, Baeten, & Maarse, 2010). (IA Glinos, Baeten, Helble, et al, 2010); (V. Crooks et al, 2012.) (Snyder et al, 2012.); (Casey et al, 2013.) (J Hanefeld et al, 2014); (Adams et al., 2015), which have used this technique in medical tourism-related studies.

Resulting Stakeholders

Based on Knight & Mugomba, (2006) model, and Heung et al, (2010) who have studied the medical tourism stakeholders, the following categories of stakeholders were selected:

Government officials at the federal, state and municipal level, academia, university authorities, physicians surgeons from different specialties, hospital administrators, managers of hospitals, insurance companies, travel agencies, hospitality staff, nondirective tourism promoters, medical tourism facilitators companies, media staff, professional associations, medical lane staff, social organizations, associations of hotels and motels, hotel managers, chambers of commerce and industry.

Table 0.1 Stakeholders categories and number of interviews

Federal government authorities	1
State government authorities	6
Municipal government authorities	10
Hospital directors	9
Physicians surgeons	8
expert academic in tourism sector	5
Hospital administrators	7
Dental specialists	3
University authorities	2
Media	2
Travel agencies	2
Social organizations	2
Associations of hotels and motels	2
Chambers of Commerce	2
Insurance companies	1
Enabling Companies	1
Non-managerial staff hospitality	1
Professional Associations	1

Personal medical lane	1
Tourism promoter	1
Optical manager	1
Hotel managers	1

69 total in-depth interviews were conducted.

b) The Interview as a Technique for Obtaining Information

Most of the information was obtained through open interviews in a first phase and semi-structured at a later stage. In depth interview was chosen as a technique for obtaining information because "the research interview aims, through the collection of a set of private knowledge, building the social sense of individual behavior or reference group of that person "(Blasco and Otero, 2008).

In the first phase 26 in-depth interviews were conducted with an open and relatively unfocused sampling, even with open questions posed to know the history of medical tourism from the experience and perspective of the actors. With questions like: could you tell me the story of when and how it started in Ciudad Juarez medical tourism? Or, Tell me from your experience, how it has been the creation of a medical destination in Ciudad Juarez?

As it was progressing, we were identifying situations that were sensed to provide relevant information, and as the data were analyzed, the results were used to conduct research to other groups and to the various locations that might broaden the interpretation. Thus, it was continued until stopped new concepts arise, that is, when data is saturated. It was the time when it began to find repetitive data that stopped providing new information. Theoretical saturation was achieved when the theoretical explanation that emerged from the research itself was of interest and relevance.

The issues on which respondents were asked are related to the intention of knowing how it has evolved the border medical destination. The basic questions related to the different analytical dimensions of development Medical supplies were for example,

Why it originates, how it arises and develops Ciudad Juarez as a medical tourism destination? Related to the genesis and dynamics.

Who participates in the cluster and what is their role? Referring to the dynamics of the destination. As it was emerging relevant information on actions taken by some participant's actors, questions to learn more about aspects of leadership were oriented.

How do the capacities of stakeholders in construction, dynamics and development of a medical destination? questions concerning the attributes of the actors.

How the actors, who assumes leadership governed? Which refers to its coordination mechanisms.

What kind of resources are exchanged and what the results are? Question on relationships and results.

Questions to explore aspects of coordination among organizations for example, can be summarized as follows: What is the function and characteristics of the

relationships built between the public and private sector? How many meetings have been held for participating in the cluster and for medical tourism project? Who calls? Who are those who participate?

What is the level of formality and informality on which they are based and if it determines perform better relationships? What kind of information or knowledge flows through them?

In this sense, the approach based on institutions was critical to understanding the processes of interaction between the public and private sectors.

Obtaining Secondary Information

Given the difficulty of finding locally disaggregated information related to the subject of study, we used other secondary sources. For example, in Ciudad Juárez there is a civil association called "Plan Estratégico de Juárez A.C" "Strategic Plan for Juárez, AC" which is defined as a nonprofit and nonpartisan organization that aims to build a citizen force involved in public affairs, proposing and demanding a better city. This group develops an annual report of a system of indicators called "Asi estamos Juárez" (AEJ), which measures the elements that affect the Juárez people quality of life, from a broad platform of statistical data and perception.

AEJ takes a methodological effort looking as accurately as possible in the integration, analysis and interpretation of information. For this, the system is supported by local and national experts and enrichment that comes from the experiences of the Mexican Network for Just, Democratic and Sustainable Cities. System fonts are two: the latest official data available and self-perception survey. For this research it has consulted the results of this report for the year 2014.

The inductive approach allowed ideas to emerge from the data. Through the relationship of primary information secondary information and based on the constant comparative method, as advanced in conducting the interviews was emerging a set of categories to analyze the process of developing a medical tourism destination . These categories were defined from conducting the first interviews.

On a second stage the interviews were semi-structured and the information obtained were later on analyzed by means of thematic analysis, from which both, a theoretical typology of medical tourism destinations in border areas, and a set of issues relevant for the emergence and development of this type of destination, were obtained.

In the empirical study developed, it has been considered more appropriate to use a hierarchical method or macro-concepts. On the one hand, it has been mindful acceptance of such methods as the more conventional and used in empirical research, and on the other, has been taken into consideration the size of the sample, it should be remembered that 69 interviews were conducted that were processed with the N-VIVO as support for coding, creating nodes and categories of analysis for the construction of theory underpinning steps and operations at the level of the text, but also at the conceptual level to define relationships between codes, superior categories, subcategories and networks of categories.

The thematic analysis involved six steps:

(1) A review of the interviews transcript's and notes. (2) Pooling. In a face to face meeting with the directors of theses, findings on issues that were emerging and outliers were discussed. (3) Creating a preliminary coding scheme identified the general thematic concepts and components. This implied levels of collaboration in the creation of macro categories and related issues, which were handled until ensured that they responded and were related to the study objectives and themes and outliers identified in the meeting. (4) Encoding of data in *N-Vivo*, with advice on refinement and interpretation by my directors. (5) Identification of trends and relevant patterns to the issues under analysis, namely those concerning the necessary elements for developing a medical tourism destination and the creation of a theoretical model of border medical tourism. (6) Disclosure of a more refined interpretation of the meaning in the encoded data through a comparison of trends and patterns with existing knowledge in literature and the study objectives. This comparison, once it was finished, it was exposed to the thesis supervisors for confirmation.

This analytical process allowed the common themes emerge despite differences on the type of medical tourism in the participants, their work environment and work histories.

Below is a table showing the number and percentage of codes that emerged and their distribution in the macro categories defined as thematic analysis in each of the phases of the research.

Table 0.2 Total codes by category and phase of the investigation

Category	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total	%
Context of the destination	40	38	19	97	13
Context of the home market	22	24	14	60	8
Product strategies and marketing	46	191	38	275	37
Border issues	30	73	11	114	15
Integration of actors	60	83	60	203	27
Total	198	409	142	749	100

6. Results

We first found two relevant dimensions of the activities in the medical tourism destination: the quality of the service (high quality and lower quality) and the intensity of the service (high intensity and complexity and lower intensity and complexity). As a result, by combining these dimensions we build a typology stemming from a 2x2 matrix. In each quadrant a particular category or type of medical tourism is defined, which are characterized as in the figure below.

Figure 0.1 Typological Model of Medical Tourism

	Planned Model Offer of High Quality Services International	Pop/Reactive Model Offer of Services of Standard Quality Cross-border
High Intensity	Quadrant 2 <ul style="list-style-type: none"> • High standing hospital infrastructure • Superstructure • Human Resources Training • Accessible Geographic Distance • Reputation of the Hospital and the Doctors. • Offer of Specialty Services of Reference • Higher Costs than Those of Quadrant 1 • Training of Doctors Abroad • High Quality of Facilities and Services • International Accreditation • Bilingual Communication • Marketing • High Technology • They have facilitators 	Quadrant 1 <ul style="list-style-type: none"> • Modest hospital infrastructure • Hospitals close to the international crossings • Geographic proximity • They offer services at a lower cost than those of Quadrant 2, • Their market is a population of neighboring countries • Offer of basic specialty services • They lack facilitators and the use of marketing
Low Intensity	Planned Model Offer of High Quality Services International Quadrant 3 <ul style="list-style-type: none"> • Highly specialized clinics and dental offices, they hire the services of facilitators, they use the most advanced technology and materials that exist on the international market. • Bilingual Communication. • They receive patients from farther away. 	Pop/Reactive Model Offer of Services of Standard Quality Cross-border Quadrant 4 <ul style="list-style-type: none"> • Dental offices, pharmacies, • Optical stores and doctor's offices. • They are located at sites close to the international crossings • Their market is the border population that resides in neighboring cities. • They lack planning, coordination and of the use of facilitators of medical tourism.

The model was developed from the supply perspective, which includes analysis of facilities and services offered by the medical destination. For example, on the left side of the figure are located the infrastructure, superstructure, facilities and services according to state of the art characteristics to meet the expectations of patients. To provide an international standard of medical services, a destination needs to have good communication structure and staff that provides medical care and they are able to communicate in English. One of the most important elements is government involvement in promoting medical tourism destination, for example through national campaigns and marketing strategies abroad and the use of public-private management strategies.

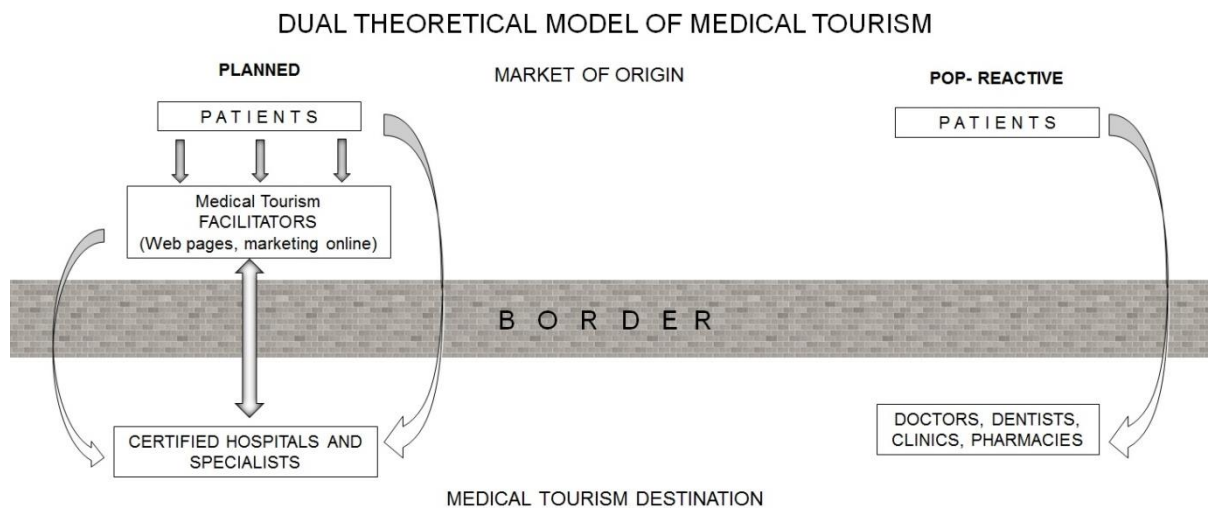
When planning the characteristics of medical tourism in a double entry matrix, it has been possible to divide the types of services offered in the border. That is, from a planned perspective the type of services is identified on the left side of the matrix, where elements of the international medical tourism mostly studied in the literature are located, while from an emerging perspective, its characteristics appear on the right side of the matrix, where the model components are placed for cross-border medical tourism. This classification will allow testing the model in other border and international destinations.

By grouping the elements that define them, it has been possible to identify at least four different types of supply of health care services, which require different ways of operating, planning and execution. This grouping resulted in making the analysis from the vertical axis of the matrix, by doing so, the categories of high quality and standard quality arose. Moreover, by making the analysis from the horizontal axis, the categories of high intensity and low intensity were created.

The last step was to identify two main models of destination development, planned and reactive, where the latter was found related to cross-border tourism. This model can be used to see what type of medical tourism is dominant or what combination of medical tourism are present in medical tourism destinations; and particularly for the case of border destinations, it is here found the emergent character and predominance of the cross-border mode of medical tourism development.

Therefore, a dual theoretical model of medical tourism is identified from the analysis of the collected data, which contributes to the knowledge on the reality that exists in a border city by showing what the particularities and aspects that define a medical destination of this type are.

Figure 0.2 Dual Theoretical Model of Medical Tourism



The proposal contemplates, on the one hand, how health care providers have historically operated on the border, which we have called the Emerging or Reactive mode Medical Tourism; it deals with medical and dental offices; pharmacies; clinical studies, radiology, and laboratory cabinets; clinics and hospitals in the city that have traditionally served both the local and cross-border populations. As for volume, it is the one that receives the most patients; its prices are affordable, and the quality of its services is standard.

On the other hand, we found two new hospitals operating within the framework of the Planned mode; they have been established in the city since 2007 with first world infrastructure, esthetic image, and quality services that are attracting medical specialists from other regions of the country who are enjoying success in their medical tourism business attracting patients who are not only coming cross-border but from farther away.

In the analytical framework described above, a classification of elements was made to group the data into two categories that were defined as: Planned and Pop-Reactive, depending on the forms of emergence and evolution and the elements that define its characterization. These categories correspond to the proposal for a general theoretical model which is given in this thesis. The planned model functions in state of the art hospitals and dental clinics which provide health care to international patients, whilst in the pop-reactive model, the providers offer health care services to cross border patients. In the latter case, the patients go directly to physicians and clinics and they do not use the intermediaries' services. The providers of this kind of health services usually are located on the streets located near to the international crossing bridges. On the other hand, the providers of the planned model use the facilitators, web pages and marketing online to attract medical tourism patients.

The model can be applied to other medical destinations as shown in the figure below:

Figure 0.3 Application of the Model of the dominant types of medical tourism in other Medical Tourism Destinations

	Planned Model Offer of High Quality Services International	Pop/Reactive Model Offer of Services of Standard Quality Cross-border
High Intensity	Quadrant 2 State of the Art, Hospitals and Facilities. Rochester, United States; Bangkok Thailand; Mumbai, Delhi, Bangalore, Chennai and Hyderabad in India; San José in Costa Rica, and Monterrey and Ciudad Juárez in Mexico.	Quadrant 1 Ciudad Juárez, Mexico
Low Intensity	Quadrant 3 Highly specialized clinics and dental offices with use of advanced technology and materials. Hungary, Turkey Thailand, South Korea, Mexico, and Singapore, Cd. Juárez and Los Algodones, Mexico.	Quadrant 4 Ciudad Juárez, Mexico Tijuana, Mexico Los Algodones, Mexico

After identifying this theoretical typology of medical tourism destinations and the role borders can play in it, another analytical exercise was done, by which relevant aspects that made it possible the development process of a border medical tourism destination, were obtained. The five selected categories and their thematic content made it possible to respond to our research question and know the reality of border medical tourism. Based on the above, the main elements that determine the development of a medical destination are as follows:

As a first result of the thematic analysis, the obstacles facing health care providers on the border are identified, which are aspects of the **context of the medical destination**. Here elements of public policy related to the development of medical tourism are addressed like health policy, tourism, and migration; moreover, institutional and health aspects are touched on, which are fundamental for understanding that reality as well as the infrastructure and resources that the place

relies on to be considered a medical tourism destination and the image of the destination. A highlighted fact is the arrival of specialists from other regions of the country with renowned career paths who see Ciudad Juárez as an attractive destination for establishing their medical tourism business.

By the same token, the difficulties that foreign patients face in their country of residence for treatment of a health problem was also identified, like the causes or reasons for which the demand for medical services is generated in Ciudad Juárez, which is set out in the **home market context** section. In this section there is an analysis of the demographic context of the market, the health policy and insurance carriers in the United States, the sociocultural context of the United States and Canada as a potential market.

Health, just like education, employment, social protection, and daily life are part of and articulate a person's life project. It is for this reason that the absence of any of these types of satisfiers in the country of origin or of residence and having it available in an area of proximity as close as Ciudad Juárez, which is a few minutes from the city of El Paso, Texas and Las Cruces, New Mexico, with the advantage provided by the cultural similarity of people with Hispanic roots, coupled with the price differential given by the exchange rate, the medical destination for its quality of being a border, it is viewed as the best option for solving the health care problems of those patients.

In the third section named **integration of actors**, the relationships among the state, the market, and the actors involved in the development of the medical tourist destination of Ciudad Juárez, Mexico are addressed. It also includes the aspects of support and leadership of groups, identified as problems for the advance of medical tourism. The gaps identified with respect to integration have to do with the role which government has played for the development of this activity. The way in which the tourist destination has developed with the participation of key actors, the identification of empty spaces of power and the stagnation of the tourist sector which could be in full swing under more favorable and solid conditions of collaboration.

Product and marketing strategies is the name given to the fourth theme, which analyzes the situation of the medical tourist destination from product design, additional services, market segmentation, and marketing. With regard to the product, the most successful cases by number of patients treated, quality of services provided, and evidence of patient satisfaction on web pages of the medical specialists, occur in the hospitals and clinics that offer to provide an integrated product. In these cases the participants are: airlines of El Paso, Texas, given that they receive the patients at the airport of that city; hotels in the same place because some patients choose to stay on the American side and go to Ciudad Juárez to receive the medical treatment (surgery and specialized dental care, among others).

Regarding additional Services, Ciudad Juárez is known for the quality of its cuisine; however, there are still aspects which need to be addressed in order for it to become internationally attractive. As for the hotels, despite there being a great amount of options, none of them has facilities suitable for the treatment of patients. This may be attributed to the fact that medical tourism patients who seek surgery are generally treated in the two new hospitals that have hotel type infrastructure in which both the patient and his/her accompanying relative stay. Therefore, there is no demand for hotel services for medical tourism patients. Another of the aspects that need

attention is the esthetic image of the streets and avenues of entry to the city, both by air and land, at the international crossings. It is noteworthy that doctors and hospitals that receive medical tourism patients from farther away, meaning, not cross-border, are the ones who have contracting services from international medical tourism enabling companies, but the additional services offered to these visitors, like air and land transportation and hotel services, are provided by companies of El Paso, Texas. That is to say, they acquire medical or dental care in Ciudad Juárez, and the rest of the services are acquired in El Paso.

In the case study, the tourist product within the framework of the theoretical model of medical tourism proposed offers at least four options for different services according to the quadrant from which the company that provides health care services is located. Each one of these quadrants integrates businesses that offer different options for a segment of the differentiated market. It was identified in the case study that the four most traditional hospitals in the locality have their market segment clearly identified; their services are directed to cross-border patients of Mexican origin who function in the pop-reactive model. They have defined their care objective of patients who come from a radius of 300 miles. The two new hospitals, on the other hand, direct their market strategy at patients who come from anywhere; they are the ones who have developed some active online marketing strategies, and they are investing large amounts of resources in it.

As for marketing, the business model of a bariatric surgeon with a vision for business stands out. He has carried out two market studies; he performs his surgeries in certified hospitals and has a group of renowned doctors on his staff. All the members of his company are bilingual; he invests close to a third of his income in online marketing. He attributes a high percentage of the success to the recommendation of his service which his patients make to their friends and relatives and to internet blogs. Therefore, successful strategies translate into hospital agreements, safe transportation from the El Paso, Texas airport to the hospital in Ciudad Juárez and to the end of the treatment. Guaranteed quality by the care of doctors trained in the United States with a great career path and care in certified hospitals, competitive price, creation of an organizational structure oriented towards quality with safety, and maintaining permanent communication with the patients and with the patient's family doctor in his/her country of residence, which highlights a big difference in the service provided.

Finally, the **border factors** affecting the development and evolution of the medical tourist destination are addressed. One of the aspects that stood as a challenge was the analysis of the main limitations existing for the development of the border destination. In this section state policies regarding the border are addressed with a focus on the institutional aspects. This implies that the underlying understanding of institutions is broader since it refers not only to organizations but also to institutional mechanisms like procedures and legal standards (formal or informal, explicit or implicit of the systems of rules. In which the problems of long waiting times for international crossings are highlighted, and they are related to the control and surveillance of cross-border movement, which affects the development of medical tourism. The diaspora as a natural market which addresses the elements identified with regard to the market segment that demands the highest number of medical services in Ciudad Juárez. Economic activities and population growth on the border, in which a narrative is made of the influence of the maquiladora (assembly plant)

industry on the development of the locality and on medical tourism given that the first exchanges of medical services on the border date back to the sixties when, upon the maquiladora industry being established in Ciudad Juárez, medical insurance from American companies was provided to managers, supervisors, and high-level administrative officers of Ciudad Juárez, who went to hospitals in El Paso, Texas for treatment. Finally, cross-border territorial integration, which expresses the potential that exists in the city for becoming a regional cross-border destination, is addressed.

Therefore, medical tourism, identified as a development option for the border city of Juárez, Mexico, has implications that are directly related to its condition of a border city and with the phenomenon of migration, which has been decisive in the socioeconomic, cultural, and political evolution of Ciudad Juárez, whether as a center of attraction for populations from other states in the country or as a search option solution (due to its proximity) to the health problems of millions of people of Mexican origin residing in the United States.

7. Discussion

This research analyzes the origin and evolution of medical tourism at a border destination and the process that has been carried out for its progress taking into account the border situation that characterizes the case study; the factors that influence the development of the medical destination were also analyzed. To date there is limited evidence in tourist literature on previous papers having developed and contrasted a theoretical model with these characteristics, so it is considered that the results of this doctoral thesis will make this first contribution to the empirical knowledge.

The results demonstrate the influence of the border on the generation of elements of interdependence with regard to the provision of health care services. The phenomenon of medical tourism seen as consumer patient care depends to a great extent on the health and security policies of the neighboring country, which may be modified in accordance to the necessities and priorities of its government policy.

The study is unique for two reasons. Firstly, there is progress in the line of research that connects the development of medical tourism destinations with borders. This was achieved with the fulfillment of a model built from an inductive form through the realization of the empirical study in order to know the reality of the development of the destination from the perspective and experience of the participants. Secondly, this research was aimed at the study of two limitations found in the previous research, medical tourism of the diaspora, and care for cross-border patients. The findings of the empirical work are discussed below, and they are contrasted with the studies of the literature on the subject.

One of the papers that addresses travel for health reasons that traces its existence to the time of ancient Greece was the one by Turner & Ash, (1991); whereas Goodrich & Goodrich, (1987) conduct the first studies addressing health tourism with that term. As of them, (Mueller & Lanz Kaufmann, 2001), (Pennings, 2006), (Connell, 2006), (Johnson & Garman, 2010), (Bookman & Bookman, 2007), (Todd, 2011), and (Glinos, Baeten, Helble, & Maarse, 2010) refer to the phenomenon of seeking medical care abroad with similar ideas with regard to the obtainment of medical services at a lower cost and with immediate accessibility, elements that coincide with the findings of this paper.

The authors who have studied this subject have still not finished defining the concept of medical tourism. What the majority do agree on is that medical tourism emerges when the health system in a country fails to provide its population with the services it needs for its well-being. In this paper constructs have been identified that reinforce the ideas of Whittaker, Manderson, & Cartwright, (2010), who affirm that “the inequalities and failures in the health systems of the countries of origin impel to a great extent the need to travel to receive care” (Whittaker, 2010, p. 336).

Meanwhile, Kangas, (2010) and Crooks, Valorie A., Cameron, Keri, Chouinard, Vera, Johnston, Rory, Snyder, Jeremy, and Casey, (2012) identify an inadequate use of concepts given that referring to the purpose of travel as “tourism” trivializes the health problem. In this paper it has been found that patients cross the border to seek medical care lacking the tourist element; therefore, it coincides with the definition of Glinos et al., (2010) which refers to the phenomenon of medical tourism as “mobility of cross-border patients” which involves the deliberate movement out of the country of residence, and they may or may not have health care coverage.

The discoveries of this doctoral thesis coincide with the contributions of Jenner, (2008) who identifies that through medical tourism service providers seek to attract patients from abroad as a source of economic development in which China, India, Korea, Malaysia, the Philippines, South Africa, Thailand, and now Mexico are only some of the competing countries.

This research analyzes the development process of a border medical tourism destination. A narrative has been prepared in order to know the origin and evolution of medical tourism in the case study of the border city of Juárez, Chihuahua, Mexico. By knowing the history of the emergence of this phenomenon on the border of Juárez, Chihuahua, Mexico, with El Paso, Texas, in the United States, the elements necessary for designing a proposed theoretical model of medical tourism were obtained. Additionally, the thematic analysis conducted enabled the generation of a theory which favors the knowledge of the development process of border medical tourism through the identification of five macro categories: (1) Context of the Destination, (2) Context of the Home Market, (3) Integration of actors, (4) Product and Marketing Strategies, and (5) Border issues.

The starting point for the development of a border medical tourism destination is having a favorable environment that facilitates the achievement of objectives that will result in the evolution towards that development. The thematic analysis enabled the identification of four elements that the stakeholders consider relevant; the first of them is the institutional context.

Lerda, Acquatella, and Gómez (2005) address institutional and organizational context as a determinant of the results in the modern economy of development. They refer to the importance --for behavior and for the results of individual actions-- the political, economic, and social environment has in that said actions to occur whose characterization basically depends on the type of behavior of the other agents and on the quality of the institutional-organizational infrastructure into which they are inserted.

In this research it was found that the model of social policy adopted by the Mexican State is characterized by the reduction of the offer of public services. It begins to delegate them to other actors; for example, in the case of health, with the creation of the *Seguro Popular* (subsidized health care that offers coverage to Mexicans who do

not have formal employment) with the participation of the private sector in the provision of public health services strengthening the private sector with public resources through the management of subrogation agreements by saturation. The offer of medical tourism services that exists in the city is through hospitals, clinics, and private doctor's offices, who do not receive government support for the development of medical tourism at the place even though at the federal level the main medical tourism destinations of the country are promoted in which Ciudad Juárez is included. Ciudad Juárez, like many border cities, suffers from lack of resources, among other reasons, due to the insecurity crisis that it underwent five years ago, which prompted the use of resources to be allocated mainly to the attention of issues related to that topic.

With regard to the health context, in Mexico there is a segmented National Health System. Tamez, González, & Eibenschutz, (2008) assert that *Seguro Popular* is a key part of health inequity. As a result of the creation of *Seguro Popular* the difference of the population's access to medical services increased. The privatization of health is promoted, inequity increases, and this contributes to increasing the great social inequality.

The results of this research point to the insufficient amount of human resources for health. Hospitals and doctor's offices, both public and private, have a high demand for services; therefore, if the demand of medical tourism patients increases, care capacity will be insufficient for both locals and foreigners, who would have priority for providers of private health services, who receive out of pocket payments.

As for tourist infrastructure González-Herrera & Álvarez-Hernández, (2014) conducted a participatory diagnosis of tourism in Ciudad Juárez in which they identified that the tourist infrastructure of the city needs to be improved and developed. The findings of this research confirm the results of these authors and contribute knowledge with regard to the fact that the number of hotels and restaurants of the city may be large; however, the majority of hotel services correspond to a three star category. In the event that the tourist destination of Ciudad Juárez decides to take a chance on international medical tourism, it will have to plan the growth and development of the infrastructure of high standing tourist services, which currently has little presence in the city.

In the same token, the study conducted by González Herrera and Álvarez Hernández (2014) of tourism in Ciudad Juárez, from the voices of local actors, identified within a list of problems perceived by public-private management "care prioritized only to the maquiladora industry." Their findings coincide with the opinions of the stakeholders of medical tourism of this research, who repeatedly expressed that medical tourism is not a priority for government and that the support and actions of government are aimed at strengthening the maquiladora industry. This allows for the appreciation of the existence of competition between sectors for receiving care and support from the agents of development of the socioeconomic activities of the location.

Regarding the image of the city, Blasco and Cuevas (2013) make reference to the critical episode derived from the bad image associated with the violence in the city five years ago; they also mention that, in spite of this, the volume of crossings over the international bridges amounts to over 22 million per year emphasizing that there is still no knowledge on the profile and wishes of these visitors. The revelations of

this thesis reaffirm that Ciudad Juárez continues with great economic and commercial dynamism based on the increase of international crossings registered in recent years and that the perception of the people interviewed regarding the image of the city is improving.

On the other hand, with regard to the architectural and urban image of the city Jusidman & Almada, (2007) make statements about the characteristics of Ciudad Juárez as an industrial urban center. They make reference to the high levels of pollution and environmental problems as well as a very wide gap between rich and poor, which overwhelmingly manifests itself in the urban landscape. This landscape, sometimes uncomfortable for visitors, is the one referred to by Canally & Dallen, (2007) about the border on the Mexican side, which is a reality that the destination of Ciudad Juárez will have to address if it wishes to be attractive for international visitors.

The thematic analysis enabled the identification of relevant elements of the home market, which have been studied by other authors. For example, Macias & Morales, (2001) conducted a survey at a health fair in South Los Angeles County close to 140 miles from the USA-Mexico border. The survey revealed that 14 percent of the participants had crossed the border to seek medical care during 2001. Almost 80% of those who cross the border to receive medical care were not insured; 70% reported that the most common reason for seeking care in Mexico is the low cost; 28% indicated the purchase of medications of which the ones most frequently acquired were antibiotics and for pain. 90% of the survey respondents were not insured. The authors assert that the high cost of health care and the lack of insurance obligates the poor and uninsured to seek low cost medical care and medications in Mexico to meet their most urgent health needs in spite of the burden of cost and travel. The findings of this doctoral research with regard to the pop-reactive medical tourism model confirm the statements of these authors. Contributed to the literature are the discoveries concerning the proposed planned model, which demonstrates the existence of Anglo-Saxon patients seeking bariatric surgery services with one of the most successful surgeons in the city in which 90% of his patients are of Anglo-Saxon origin, and only 10% are African Americans and of the diaspora.

As for the participation of the insurance companies, Todd, (2012) thinks that as the health travel market matures and becomes an activity whose expenses are reimbursed by insurers, employers, or self-funded medical insurance policies, these will react negatively if "tourism" is mentioned as a part of the episode of care, for which they assume the financial responsibility for the payment of risk claim. The contribution which Todd, (2012) makes regarding the possible consolidation of the exchange of health services between countries in the future, in trade logic, makes important economic sense from a business perspective. Moreover, it allows for the visualization of development of medical tourism options to destinations that, despite not having great natural beauty tourist attractions, as is the case of Ciudad Juárez, can offer other benefits more related to the provision of health care services.

Meanwhile, Vargas Heredia, (2013) states that the gap of people without medical coverage has been steadily increasing to the point that in 2009, 16.7% of people who lived in the United States did not have insurance. This percentage represents 50.7 million people who lack protection for the whole year, excluding those who were without coverage during that period which would increase this number. The

revelations of this thesis contribute knowledge with regard to the fact that patients who seek health care on the border buy insurance as it is mandatory in the United States with the health reform, but they choose the minimum coverage since it is the least expensive, but even with insurance, they prefer to seek care in Ciudad Juárez due to the difference in cost and the immediate availability of service.

The shortage of doctors was mentioned as one of the factors that influence the context of home market for choosing medical tourism in Ciudad Juárez. This aspect, in addition to being one of the ones that generate the problem of lack of health care in the countries of origin, also emerges as a result of the development of medical tourism in the countries of destination. NaRanong & NaRanong, (2011) assert that the medical tourism of Thailand has worsened the shortage of medical personnel by attracting more workers from the private and public sectors to hospitals that offer their services to foreigners. This has substantially elevated costs in private hospitals, and it probably also has an effect on public hospitals and on the universal health care insurance that covers the majority of Thai citizens. Brain drain can also undermine medical training in the future. The results of this research point to the reproduction of this problem. The characteristics of the health system in Mexico are different. In Ciudad Juárez, the majority of health professionals render their services in both sectors, the public and the private, but the financial reward of the private sector that treats medical tourism patients is an attraction for increasing brain drain not only between sectors but also from rural areas to urban ones, which could generate problems of lack of care capability and of equity in provision by the services only being available for those who have the economic resources to purchase private services.

Meanwhile Vijaya, (2010) affirms that in India, health tourism is a potential source of income, but it also competes with the domestic health sector and could transfer some of the health problems of developed countries to developing countries. He also mentions the shortage of nursing personnel with supervision duties, which results in constant rotation and shortage of personnel. The discoveries of this thesis are similar as far as not having a sufficient number of nurses in the city to deal with the demand of local and medical tourism services; nevertheless, an interesting element arose in this topic given that the longest standing hospital in the city has a school of nursing. They mentioned that for years they have provided nurses to hospitals in the United States. Moreover, another one of the hospitals that treats low-income patients has built a new school of nursing, which will be able to deal with twice as many students as its current capacity, reaching a thousand students, so it follows that the educational policy is beginning to align with the health policy in order to have more health professional at the destination.

The findings of this doctoral research reaffirm the statements of Herrick, (2007), Bernal, (2007), Wranik, Dominika W. Durier-Copp, (2009), and Ormond, (2014b), who have addressed the problem of the shortage of health professionals with respect to the development of medical tourism.

The people interviewed made reference to the problems that foreign patients who seek medical services in Ciudad Juárez face. Among these problems, the high costs of operation in the neighboring country, the high costs of surgeries, long waiting lists to receive the necessary care, stand out. These results confirm the statements of (Knickman & Snell, 2002), (Connell, 2006), (Jarman & Greer, 2010), (Moscardo, 2011), (R. Smith, Martínez Álvarez, & Chanda, 2011), (Horton & Cole, 2011a),

(Wendt, 2012), (K. Smith, 2012), (Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lundt, 2014), and (Guseva, 2014).

Wilson (2010) asserts that the set of services of Thai medical tourism takes advantage of a less developed economy and tries to overcome the disadvantage of a non-Western location which is less safe and modern in the global south making use of the existing state resources and affective dispositions including orientations to hospitality perfected in the services sector and in the cultural codifications of the social hierarchy. The reviewed literature makes little reference to the subject of the emotional relationship to medical tourism; in particular, no value is placed on an emotional doctor-patient relationship, which has been one of the elements that have emerged with more relevance in this research. The personnel of hospitals and doctor's offices interviewed repeatedly mentioned that the medical tourist likes the friendly service and warm care s/he receives; although elements of the historical relationship between Mexico and the United States may have an influence on this result.

In accordance with Leigh Turner (2007) the problem of health care in Canada is due to the long waiting lists even for a visit with the family doctor. Delays for medical procedures such as hip and knee replacement, spinal surgery, and certain ophthalmologic procedures are a serious problem in Canada. The federal and provincial governments are struggling to shorten waiting lists and provide timely care. Patients often wait months for appointments with specialists, diagnostic tests, and treatment. The lack of access to family doctors can make it particularly difficult to obtain treatment. Recognizing that many Canadians face the difficulty of receiving fast treatment, medical tourism companies promote trips to medical facilities in other countries. The services being demanded by Canadian patients in Ciudad Juárez are bariatric surgery and specialized dental care like implantology and oral rehabilitation offered by planned medical tourism.

The existence of the demand of this type of services corresponds to the psychological-cognitive aspect of consumer behavior on the attributes of products and services (Kotler, 2000), aspects which, related to medical tourism, have been studied by P. C. Smith & Forgione, (2007), Heung, Kucukusta, & Song, (2010), and P. C. Smith & Forgione, (2007). On the other hand, with what the patient receives in return for the expenditure incurred, in terms of time, money, and effort spent to travel to the medical destination and obtain a medical service needed, the quality and value perceived by visitors would lead them to participate in the blogs of these health professionals and to recommend these health professionals by word of mouth to their friends and family. Belonging to this approach are variables like the quality and value perceived, which are generally associated with rational perceptions of the consumer patient.

On the other hand, the emotional aspect of the experience of the visit of patients for health services has been studied by Yeon, Lee, Kearns, & Friesen, (2010) for the case of Korean patients residing in New Zealand who return to Korea to seek health care and by Horton & Cole, (2011b) who suggests that the particular culture of medicine practiced in clinics on the United States-Mexico borders can be as an important factor for influencing patient loyalty as convenience and cost given that they return to seek medical care in a family doctor relationship. He also mentions that those patients who substitute care received in the border hospital for their health insurance plan of the United States did so not only because of cost but also for what

they perceived as the distinctive style of medical practice at the border hospital. Those interviewed mentioned the speed of services, the personal care, effective medications, and the emphasis on clinical discretion as distinctive signs of “Mexican medical practice” as opposed to the characteristics of service that requires references and frequent testing, the impersonal doctor-patient relationship, treatment protocols, uniforms, and reliance on surgery, which they have experienced in the health system of the USA. His study was referring to a private clinic in Tijuana, Baja California, Mexico, and the results of this thesis confirm the relevance of the emotional aspect of the visiting experience of patients who go to Ciudad Juárez for health reasons achieving their satisfaction through a means and generating loyalty to the destination. The findings confirm the importance patients of the diaspora give to the model of care practiced in Mexico.

The results of the paper demonstrate that for the field of medical tourism, in the pop-reactive model, emotional aspects are stronger perhaps because of the historical relationship between Mexico and the United States and due to the fact that the majority of patients who are treated in this model are of Mexican origin. Whereas for the field of planned medical tourism, cognitive aspects carried more significant weight in which the variables of quality and value perceived are generally associated with rational perceptions of the consumer patient.

Regarding aspects of integration, the results of the paper demonstrate that for the field of medical tourism, the aspects of integration are crucial in the development of the destination, and, through this, significant progress can be made in the consolidation of the medical destination; moreover, it encourages the development of the social capital of the destination.

Concerning integration and coordination, the paper enabled the verification, for the field of border medical destinations, of the mediating role of coordination and collaboration established in the academic literature as well as the impact of integration on tourist products and attractions. The existence of a blurred destination system was identified, which is one of the types of system expounded by Ejarque, (2014), who affirms that at the destinations where this type of structure exists, tourist products and attractions are not integrated into each other because there is neither coordination nor collaboration among the producers of the services. The result is that the destination is not able to have a clear personality on the market. There are many destinations of this type which develop a supply that is not organized in any way on a territorial level (Ejarque, 2014). These characteristics were identified in the pop-reactive medical tourism model in which the evolution of the supply of services is related to the growing behavior of the demand but with neither the coordination nor collaboration of the actors.

The barriers to the development of medical tourism identified in this study are similar to the ones mentioned by some authors who are scholars on the subject; for example, aspects of lack of integration and promotion as mentioned by Heung, Kucukusta, and Song (2011), who highlight the obstacles for the development of tourism in general. In turn, Keyser (2002) pointed out that the restricted access to financial markets, the lack of confidence on the part of international and national investors, the requirements and complicated tax procedures, limited budget allocation, the lack of integration and tourism promotion are elements that inhibit the development of tourism in a region in particular. All these aspects were present in the results of this paper.

Johnston, Crooks, Snyder, & Kingsbury, (2010) make statements about forms like the government of India has supported the medical tourism industry with subsidies in the form of disposition of public land, reduction to corporate taxes, reduction of import tariffs on medical equipment for the use of private hospitals that serve medical tourism, among others. In the case study of this thesis, information has been found on the support of government to the development of medical tourism with promotional activities through *ProMéxico* (a trust fund of the Mexican government that promotes international trade and investment) and with the Creation of the System of Quality for the certification of Hospitals through the Secretariat of Health. Everything seems to indicate that the government of Mexico has not yet decided to take a chance on medical tourism as a development strategy with stronger actions like other governments such as the ones of India, Singapore, and Thailand have done.

Pocock & Pua, (2011) state that medical tourism offers an opportunity for the coordination of policies among ministries, given that the objectives of the Ministry of Health, of trade, and tourism are not easily reconciled. He refers to the experience of coordination in the countries of Thailand, Singapore, and Malaysia. An apparent convergence in trade, tourism, and Ministry of Health priorities is being carried out in the three countries, and this is a reflection of the growing acceptance of health as a private good worldwide. In this case study the discoveries indicate the existence of limited coordination among the different levels of government. Private sector actors seemed to have more knowledge than public sector actors about the actions taken by the federal government to promote the development of medical tourism.

Heung et al., (2010) highlight the relevance of coordination between medical institutions and hotels for the recovery period of patients after a surgery. Nevertheless, in Ciudad Juárez this type of coordination does not exist yet perhaps because of the fact that patients who need to stay a few days after the medical treatment prefer to stay in the neighboring city of El Paso, Texas, in the United States. This enables the highlighting of the importance of border elements that facilitate this type of arrangements for patients. On the other hand, the existence of hospitals specially built for medical tourism treatment reduces the need for hotel service given that they stay at the hospital, which has hotel features. Moreover, in the review of literature no references were found mentioning a medical tourist destination offering an integrated service in a city region in which medical care is offered at a site and additional services like air transportation and lodging are offered on the other side of the border. In view of this, the contribution to the literature of the empirical case of Ciudad Juárez is considered to be of great relevance.

The revelations regarding coordination among organizations participating in medical tourism on the border coincide with the ones mentioned by authors like Dawn & Pal, (2011) with regard to the problems of coordination among organizations in India. They mention the lack of coordination among the various players in the industry like the operators of airlines, hotels, and hospitals as a weakness of the destination in their *FODA* (Acronym for Feature-oriented domain analysis: a domain analysis method which introduced feature modelling to domain engineering) analysis. These aspects were also mentioned in the case study with the particularity that patients who arrive at the destination by air use the airlines of El Paso. Tourism in Ciudad Juárez lacks Destination Management Organization (DMO) of the municipality; there is a Conventions and Visitors Bureau which carries out the activities of promotion of

tourism of the city, but it is a trust of the state government, so the lack of strategic action of the tourism sector on the municipal level is identified.

Heung, Kucukusta, & Song, (2011) state that the products of medical tourism combine the components of health and tourism; therefore, strategic coordination between the two sectors is essential. In India there is coordination among the national government, the state governments, and numerous federal agencies to promote medical tourism. Nevertheless, the findings of the case study reveal different elements in the sense that the product is oriented mainly to the provision of health services in which, additionally, coordination between the sectors of health and tourism is limited. This is perhaps due to the fact that tourist attractions are also limited and the absence of a powerful organization with institutional support for managing tourism in the locality.

In regards to the subject of roots, Jusidman and Almada (2007) state that the lack of decisive action by the government contributes significantly to promoting a sense of rootlessness and lack of belonging in the population of Ciudad Juárez. This situation inhibits participation with initiatives and proposals for carrying out joint actions with the authorities in order to improve their environment and the services available.

One example of this situation is found in the period of insecurity that the city went through five years ago when many business owners migrated to other cities leaving the city devoid of business leadership. In the review of the literature no references were found assigning value to the issue of roots with regard to leadership for medical tourism as these findings show.

Even though critics of medical tourism present strong arguments about the affectations that it has brought to countries like India, Thailand, and Malaysia, Cortez (2010) argues that developing countries can alleviate the problem medical tourism generates to health systems in the countries of destination through the use of the proceeds from foreign patients to the cross-subsidization of public health care of local citizens, and it can use other tools to discourage internal brain drain from public hospitals. The net results of medical tourism in developing countries depend in large part on the form in which these countries decide to use the proceeds from foreign patients. In the case study no specific actions of this type were identified, related to medical tourism. This may be due to the fact that the medical destination is still at an early stage of development. On the other hand, despite the fact that a destination at an early stage is being dealt with, chances are that in the intermediate term corporate medical tourism industries will be set up given that some of the people interviewed stated that there is interest from owners of large hospitals in establishing themselves at the locality, and they are just waiting for the right economic, social, and, especially, political conditions so that the government surrogacy services are guaranteed.

In the literature it was found that (Gupta, 2008) makes statements about the affectation the public health system of India has suffered, and he affirms that those who win in the medical tourist industry are the corporate medical sector and a section of medicine professionals in the country. He also affirms that society sees no mechanism by which the proceeds earned by the industry will strengthen the public health system of the country as it is expressed in the speeches of government. One of the mechanisms managed by the government of India with corporate hospitals has been to provide free care to poor patients in exchange for

receiving government subsidies, which corporate hospitals have repeatedly refused, and they have escaped from this commitment unpunished. On the other hand, reserving some beds for the poor in elite institutions does not address the need to increase public investment in health three to five times the current level. It is advisable to take into account the experience of what is happening in other countries in case it is decided to take a chance on medical tourism at those levels given that in Mexico there are serious problems of access and equity in health services Tamez, González, & Eibenschutz, (2008) that could worsen if the necessary precautionary measures are not taken.

As for leadership Sharma (2015), comments on the government initiatives of India for attracting pharmaceutical industries. He affirms that this sector is growing very rapidly, and the government is committed to obtaining a position of global leadership in the supply of medications or drugs worldwide. The government of India has made several provisions to exempt this sector from different types of direct and indirect taxes in its 2011-12 budget. Some of them are the following:

- 1) There is no increase in excise duty and service rates.
- 2) Reduction of import duties and excise duties for equipment and machines used for diagnostic testing.
- 3) Reduction on taxes on chemicals, equipment, and machines used for diagnostic testing.
- 4) Keeping the diagnostic services that are out of reach in the country of origin at accessible service rates.
- 5) The elimination of the existing anomaly between bulk drugs and formulations for easing the collection of excise duty.
- 6) Providing incentives for promoting hospital infrastructure and the medical devices manufacturing industry.
- 7) Under Article 35AD, a weighted deduction of 150% of the capital expenditure allowed to hospitals is proposed. This amendment will apply with respect to 2013-14 and subsequent years.
- 8) Under Article 35 (2AB), the weighted deduction of 200% of the expenses incurred at the research and development facilities have been extended for 5 more years, meaning until March 31, 2017. This amendment will apply with respect to 2013-2014 and subsequent years (until 2017-18).
- 9) Under Article 80 D, a deduction of 5 thousand rupees is allowed for costs incurred during the year as a result of the preventive health check-up of a person, his/her spouse, children, or parents.
- 10) An increase in service tax rate from 10% to 12% is proposed.
- 11) Specific exemption provided by health services.
- 12) Base rate of central excise duty increased from 10% to 12% and the rate merit increased from 5% to 6%.
- 13) Exemption from excise duty, countervailing duty (CVD) is proposed in specified lifesaving medications.

On the other hand, regarding product and marketing strategies, Todd, (2011) favors an economic definition by stating that medical tourism is the practice of travelling out of the hometown to get medical or dental services, expensive and sophisticated diagnostic tests, which, depending on the place of destination and the requested procedure, may entail a savings of between 50% and 90% of the price paid in the country of origin. The results of this research paper confirm the ideas of this author by virtue of the fact that the significant savings that patients treated in the case study obtain is one of the main motives for seeking care out of the country of residence.

On the subject of product and marketing strategies, on market segmentation, Goodrich & Goodrich, (1987) assert that in health tourism, there are at least two possible forms of market segmentation: health and income. They establish that geographic, demographic, psychological, price, use, and benefit aspects are included in market segmentation. Confirming these statements, the information obtained in the interview of the bariatric surgeon enabled the identification of, that thanks to his market study in which demographic aspects were included to know the population of the diaspora that would be able to demand his services, geographic location, health, since the number of people with obesity was sought, prices of the services in the country of origin, and income, allowed him to design a service aimed at a segment of the market with financial capacity to acquire quality services offered in the framework of the planned medical tourism model.

Heung et al., (2011) assert that medical tourism products combine the components of health and tourism. The findings of this thesis, however, identify that at the border medical destination the providers seem to be more oriented towards providing a quality health service; therefore, without disqualifying the contributions of these authors, given that Ciudad Juárez has limited tourist attractions, it is affirmed that there are other options for the health services at destinations where other elements, like the proximity of a destination, the quality of the health professionals, and the cost seem to carry significant weight.

In accordance with Alsharif, Labonté, & Lu (2010), the cost of services, the reputation of the medical specialist, and the accreditation of the hospital are the most important factors when choosing medical care abroad. Nevertheless, in the case of the bariatric surgeon who successfully operates on medical tourism at the medical destination of Ciudad Juárez, the order may be different since they consider that the career path and reputation of the specialist carry more weight than cost. Moreover, accreditation would be another debatable element since the hospitals in Ciudad Juárez have the quality certification that the government of Mexico grants through the Secretariat of Health, but they lack international accreditation. This case exemplifies the existence of other distinct forms for attracting medical tourism, which turn out to be successful given that this surgeon performs, on average, 60 surgeries per month.

In the study conducted by Alsharif et al., (2010) on medical tourism in four countries, a big difference was identified in the size of the hospitals. They mention, for example, that the hospitals of India participating in the study were all big with 600 to 850 beds; in China they were medium and big with 310 to 1,200 beds; in Jordan they were all medium with 150 to 350 beds; while in the United Arab Emirates the only participating hospital was small with less than 100 beds. All these hospitals were

private; not one offered exclusive care to international patients, and they lacked restrictions on the number of patients to treat with those characteristics at a given time; several of them had “VIP” rooms available for patients willing to pay the extra costs, which were used more frequently by international patients. On these parameters, it can be affirmed that the private hospitals of Ciudad Juárez are all small given that the majority have less than 100 beds, and only one has 120.

Gan & James, (2011) studied the nature of product differentiation in the medical tourism market of the United States. These authors assert that the facilitators of medical tourism in the United States function like a monopolistic competition industry. They choose to differentiate their services in various ways including the list of countries and hospitals they use, the range of treatments in which they specialize, the degree of participation of the professionals of medicine in the company, and the types of auxiliary services offered. The authors conduct an exploratory study of differentiation among 46 enabling companies. Using principal component analysis, three components are detected: an emphasis on providing a wide selection of destinations, another in the concern of the doctor, and one more in the travel aspects of medical tourism. In the case study, these findings indicate that only the bariatrics medical group and advanced dentistry services are the ones used by the services of medical tourism enabling companies. The most relevant contributions indicate that what is attracting patients of these specialties is precisely not having to travel to another country farther away due to the risks this involves along with the quality and career path of the health professional of the locality even when the journey involves the tourism episode which Ciudad Juárez lacks, thus highlighting the importance of the geographical proximity of the destination with the home market, which, additionally, for the tourism of the diaspora there is linguistic and cultural proximity, which have been studied by Ormond & Sothern, (2012).

Assenov, Rerkrujipimol, & Ilian, (2011) studied the marketing strategies used by the providers of medical tourism services in Thailand to create more value through services and distinguish themselves from their growing number of competitors. These services include the development and intensification of relationships with customers by offering both air and land medical transportation, apartments with services for families accompanying the patient, cafeterias and restaurants, online immigration service, translation of different languages, individual personal care, personal nursing care, online services for medical arrangements, contact centers, patient center, hotel selection, reservations, sightseeing services, Internet and wifi services, etc. The results in this case study show some similarity for example the land transportation service and online services for medical arrangements; nevertheless, progress is still required in the development of a comprehensive service for the medical tourist patient especially in tourist services despite being a different model of medical tourism in which the majority of the visitors are cross-border.

It is in this type of cross-border tourism in which it is seen that the businesses related to health are strengthened with the visit of patients of Mexican origin, who know the culture and the language, who enjoy Mexican food that is familiar to them. By contrast, where tourist services options could be expanded and improved is with planned tourism patients as their only demand is for medical care, but transportation and lodging services are provided by providers of El Paso, Texas. Perhaps in

another stage of the evolution of the medical destination, when the development of the destination is planned and sufficient, organized work is done at all levels to improve the image of the city and achieve a better perception of the destination, it will be able to move towards a medical destination that receives more international patients. Meanwhile, the providers of planned medical tourism services will continue offering the border as a destination and sharing the provision of services with El Paso, Texas, which provides more safety and comfort to patients.

Regarding the analysis of border aspects, tourism of the Mexican diaspora in the United States had great relevance given that, as for volume of visitors, it was found that the majority of medical tourism patients seeking care in Ciudad Juárez are of Mexican origin.

Yeon et al., (2010) explore the phenomenon of the return of migrants to their country of origin in search of surgeries with the specific case of immigrants from Korea to New Zealand, and they demonstrate the existence of a special link between health and the place. They affirm that if immigrant patients have the financial capacity, they will seek not only effective treatment but also emotional medical care. In accordance with the review of the literature of this investigative paper, there is little evidence that places value on this aspect. In the case study, it is considered to be a relevant element since it was mentioned by the majority of the people interviewed with regard to factors for which patients of the diaspora seek medical care on the border.

As for cultural differences, some authors consider that cultural differences between the two sides of a border attract many tourists; for others it becomes an important barrier. For example, for many travelers, the inability to communicate in their own language in the host society causes them to avoid certain destinations (Dallen J. Timothy, 1995), (D.J. Timothy, 2001). Basala and Klenosky (2001) arrived at the conclusion that fluency in the language of the destination was a determinant of the choice for some people to visit that site. They found that tourists who seek familiarity when they travel are less likely to visit countries where they are not able to speak, in this case, English. These statements support the affirmations of Cohen and Cooper (1986) that tourists in droves generally travel to destinations in which their own language is also spoken. While English is widely understood by businessmen and sellers who offer tourism services, in the border community of Mexico, Spanish is the main language and the one most commonly heard; this can cause a certain fear to communicate to potential foreign visitors. In the case study, the findings with regard to planned medical tourism service providers, which correspond to the new hospitals and to the highly specialized dental clinics, the affirmations of these authors are confirmed given that they give much relevance to English proficiency. However, in the pop-reactive model, the findings contribute to the literature that patients of the diaspora request to be treated in Spanish even if they are offered services in the English language.

On the other hand, the influence of familiarity and emotional aspects were verified coinciding with the contributions of Ormond, (2014a), who has studied medical tourism of the diaspora with Korean patients who return from New Zealand to Korea. He refers to the “therapeutic” aspect for them given that the house means familiarity with the health system in “their land,” expectations of medical authorities and patient management, closeness to family and friends, and the absence of linguistic barriers

comfort and empower medical tourism patients of the diaspora. At the medical tourism destinations, businessmen are gradually recognizing the benefits of responding to the health needs of the migrants of their diasporas. This is confirmed in the case study with evidence from publications of the *ProMéxico* agency, which mentions that the market segment at whom medical tourism of Mexico is aimed is Mexicans residing in the United States (PROMEXICO, 2013).

Migrants of the diaspora spend their money differently from the completely foreign, and it is thought that they require less intermediation to mitigate “otherness.” Moreover, the repetitive nature of their visits generates more stable flows; they are less affected by seasonal variation and less volatile in times of economic and political crisis.

The results obtained in this research demonstrate the influence of spatial elements derived from the situation of border of the medical destination under study. The term border for people who live in the border region or for those whose daily life is directly affected by borders is associated with their rules imposed directly by them and with popular images of the border, either as a barrier or as a merger. What the borders represent is constantly reconstituted by those human beings who are regulated, influenced, and limited by them.

Similarly, significant differences of border destinations can be appreciated with regard to international destinations that receive patients from farther away. Aspects like language, infrastructure, image, type of patients, the market segment served within each one of the four types of services offered on the border enable the affirmation that Ciudad Juárez can be considered a unique case for product differentiation and its own characteristics in which the sale of a medical product with additional services in the neighboring country is highlighted.

8. Conclusions

It is affirmed that the research reached the general goal set at the beginning of this thesis, which was defined in the following way: *“To analyze the development process of a border medical tourist destination.”*

The results provide the following theoretical contributions to the literature of the development of border medical tourism destinations:

- Design and prove a dual model of medical tourism that contemplates the aspects of a border destination.
- Confirm the influence of the condition of border in the genesis and evolution of the border medical tourist destination
- Analyze the service providers’ perception of the patients-consumers of medical tourism.
- Determine that the variables regarding influence for the development of a medical destination do not function in the same way in international tourist destinations as in border tourist destinations.

The conceptual model proposed in this paper enables the clear visualization of the relationships that exist between the types of services offered by the destination, the satisfaction of the visitors, the bilateral health trade situation, the marketing, and the

elements that drive the tourism of the diaspora to return to Mexico for medical attention.

The results presented contribute to the knowledge of medical tourism through the construction of a proposed theory for knowing the development of a border medical tourist destination. They support that the explanation of the emergence of the phenomenon under study is the result of participation in a neoliberal economic model by developed countries in which participation of the private initiative in the marketing of health services is leading patients to look to meet their medical attention needs in other countries, generally developing countries, in which the costs are more affordable.

Macias & Morales (2001) claim that the high cost of health care and the lack of insurance forces poor, uninsured patients of the United States to seek low-cost medical care and medications in Mexico in order to meet their most urgent health needs despite the cost and burden of travel. The findings, with regard to the pop-reactive medical tourism model, confirm the statements of these authors, but the revelation of the proposed planned model is contributed to the literature, which demonstrates the existence of Anglo-Saxon patients seeking bariatric surgery services with one of the most successful surgeons in the city. This is a surgery that has an average cost of \$10,000 in which 90% of its patients are of Anglo-Saxon origin, and only 10% are African Americans and of the diaspora.

The Development of Medical Tourism in the Case Study

Medical tourism was carried out in two stages: The first arose spontaneously along streets located at points near the international crossings and was characterized by an influx of Mexican American patients who have demanded medical care services in Ciudad Juárez out of tradition since, when the border line between Ciudad Juárez and El Paso was drawn over a century and a half ago, the Mexican people who lived on the land that was now on the other side of the Rio Grande were used to the medical service of Mexico, and they continued seeking care on the Mexican side. This demand caused the emergence of the traditional hospitals that exist in the locality like *el Centro Médico de Especialidades*, which currently has a career path of 67 years of service to the communities of Juárez and El Paso; *el Hospital de la Familia (Femap)*, which has been in business for over 40 years; and the *Poliplaza Médica* hospital, which has served the community for 28 years. Patients who attended these hospitals were mainly seeking general medical consultation and specialist services, general dental consultation and dental specialist services, some surgeries, purchasing of medications, glasses, and radiology and laboratory studies. In a second period, at the end of the administration of President Vicente Fox in 2007, Juárez saw the arrival of two new hospitals of the most important chains of the country: *el Hospital Ángeles* and *el Star Médica*, which begin to attract a different type of medical tourism, not only cross-border patients but patients from other cities far from the border, who seek another type of care more oriented to surgery like bariatric and esthetic.

By the same token, it is concluded that the tourist destination is becoming a magnet for medical surgeons coming from other cities of the country considering that, in accordance with the interviews conducted, the doctors who are performing the most surgeries on patients from abroad are from other regions of the country, who were attracted by the quality of the new hospitals, the strategic location of border of the

medical destination, the affordability of the air transportation to the city of El Paso, Texas, which has connection to the most important points of the United States, and the increase of the demand for medical attention from patients of the neighboring country. This second stage was accompanied by the movement toward a health reform promoted from the period of the political campaigns of the presidential candidates of the United States at that time, Hillary Clinton and Barack Obama.

This study concludes that planned medical tourism did not arise before for two reasons: first, the regional and national interest of driving the development of the maquiladora export industry as an important economic development project; and, second, the difficult situation of insecurity and violence that struck the city between 2007 and 2011. However, after those years, the quality of medical care and the difference in cost provided by the exchange rate were extremely attractive, and this led to an influx of medical tourists that continues increasing day by day. The demand preceded the supply despite the fact that the border region did not have the quality equipment required for an international supply of medical services. As of 2008 the hospital infrastructure was modernized and bonds have been created not only at the regional level but at the national level with which a certain functional unit arose although many of the traditional activities prevail.

Therefore, it is concluded that in Ciudad Juárez there is a model or pattern of organization of tourist space according to what the authors call spontaneous tourist spaces and planned tourist spaces (Barbaza, 1970), (Vera Rebollo, López i Palomeque, Marchena Gómez, & Anton Clavé, 2011).

Regarding the analysis of the type of medical care services of the border destination, this paper joins the 100 papers reviewed by J. Hanefeld, Lunt, Smith, & Horsfall (2014), which found the existence of different types of medical tourism that depend on the treatment required, for example, dentistry services and cosmetic and fertility surgery. These authors state that the motivations of patients is a complex topic. Beyond cost, they value aspects of availability and distance, but they admit that more research is required on the matter. Indeed, the diversity of types of services proved to be a relevant dimension in this research because of the influence of the border situation and the differentiation of the product that generated the arrival of the new hospitals.

The empirical study enables the affirmation that the medical destination of Ciudad Juárez is in the first stage of the cycle proposed by (Butler, 1980) given that surgeons of various medical specialties are identified who function in the planned model that they are beginning to make the destination known for the quality of its services, the hospital infrastructure, and the advance in the technology they have. Everything seems to indicate that the demand for services will begin to grow, and the destination will be attractive for other investors of the medical tourism industry.

The border medical tourism model proposed offers some advantages with regard to the elements mentioned by some authors like Ávila Bercial and Barrado Timón (2005) about the traditional model. Since it offers at least four different options for getting health care depending on the quadrant in which one may wish to participate and a wide variety of services to some customers who are characterized by their growing ability to choose in motivational, seasonal, and territorial aspects.

These authors go into detail about the traditional or Fordist model which is a model characterized by its insufficient differentiation in form, time, and territory, and which,

in spite of its enormous size, offers a relatively reduced diversity to some consumers that, as was pointed out in the introduction, if they are characterized for anything, it's for their growing ability to choose in motivational, seasonal, and territorial aspects (Avila Bercial & Barrado Timón, 2005).

With regard to the proposal of Gunn (1988) relating to the environmental concern and the development of the destination, the stakeholders interviewed are carrying out marketing strategies and market studies to respond to its needs. However, still missing is the development of the planning of the environmental development to provide care to the growing number of patients who visit the city.

Main Elements in the Development of a Medical Tourism Destination

The discussion of the analytical results regarding the main elements or areas of relevance to study the development of a medical tourism destination brought up important conclusions. These are presented below, first for the context of the destination, then for the context of the home markets, afterwards for the integration of actors, followed with conclusion regarding product and marketing strategies, and finishing with conclusions related to the border.

Context of the Destination

Confirmed in the case study are the statements of (López-Arellano & Blanco Gil, 2008) those who set forth that the recent political plurality in the country is expressed in different models of social policies and in the tension in the practicing of government between local and national levels, which complicates the advance and consolidation of some projects like medical tourism. In recent decades a greater corporatism has been outlined in key sectors like communications, transportation, education, and, in recent years, health.

In the study conducted, the influence of the institutional and organizational context as a determinant of the results in the modern economy of the referred to development was clear (Lerda, J.C., Acquatella, J., & Gómez, 2005) highlighting the importance that the political, economic, and social environment has, for behavior and for the results of individual actions, in that said actions occur, whose characterization basically depends on the type of behavior of the other agents and the quality of the institutional-organizational infrastructure into which they are inserted. In this sense, it is concluded that in an institutional context with a trend towards privatization of health services, from a market point of view, a very favorable environment for the development of medical tourism is being created given that there is infrastructure and high quality resources in order to be competitive in the international market especially in the area of bariatric surgery and specialized dentistry which turned out to be the most highly demanded treatments by foreign patients who seek high quality service.

It is also concluded that in the dual model of commercialization and neobenevolence existing in the public health institutions, detailed by (López-Arellano & Blanco Gil, 2008), "captive" markets are released vigorously promoting the resolution of health needs in market circuits, and public affairs in poor populations are focused on through a limited number of benefits that make up the so-called basic service packages in which the participation of private hospitals is increasing. In this institutional and health context, it is concluded that the local population would be at high risk of facing the rising costs of services promoted by the increase of the

demand for services of foreign patients-consumers if the necessary steps are not taken to plan the growth of the supply and carry out the actions necessary to guarantee the provision of health services to the local population.

As for infrastructure and resources, it is concluded that, in accordance with the parameters of the size of hospitals by number of beds mentioned by (Alsharif, Labonté, & Lu, 2010) in hospitals of India, China, Jordan, and the United Arab Emirates, in the border destination all the private hospitals are small considering that only one has 120 beds, and the rest have less than a hundred. Moreover, all these hospitals of the case study mentioned having high percentages of hospital occupancy, which means that if the demand of medical tourism increases, the local population seeking to be treated in private hospitals may not find a space, and this would create the same problem which exists in generating countries like the United States and Canada with long waiting lists for surgery. This problem already exists in the public hospitals of Ciudad Juárez especially when specialized care is required of specialty surgeries of reference for which the patients are sent to other cities like Monterrey, Nuevo León; Torreón, Coahuila; or Mexico City.

Regarding human resources for health, it is concluded that the destination has medical specialists renowned for their career path and professional quality, but a sufficient number for serving both demands for services, local and foreign, is lacking. The average of the *OCDE* is 3.2 doctors for each one thousand inhabitants. In Mexico, at the national level, the average is 1.5, and in the state of Chihuahua, it is 1.2. This data was confirmed and leads to the conclusion that the doctors of the border city who have recognition and career path in their medical practice and have not hired the services of an enabling company, mentioned that it is because they do not need it given that they always have a lot of work. In the case of nursing personnel, the same happens. The medical destination lacks sufficient nursing personnel to provide care to local and foreign patients.

However, it is concluded that everything seems to point to an alignment of the education policy with the health policy given that the local public university has considerably increased the enrollment of freshmen students of medicine, nursing, and dentistry. Similarly, in 2015 one of the hospitals built a new nursing school with a capacity for one thousand students, which doubles the previous capacity.

With regard to the image of the destination, it is concluded that two relevant aspects must be addressed. On the one hand, tending to the image of the country is necessary seeing that the influence it has on the image of the tourist destination has been demonstrated. Ciudad Juárez has not yet managed to reverse the image of insecurity for the wave of violence that struck the city five years ago, and this is an aspect which must be addressed if the desire is to move towards an international medical destination. The other aspect which needs to receive attention is the improvement of its architectural and urban image on the issues of conservation, maintenance, and modernization as well as in regulation to avoid visual pollution at least in the areas most visited by tourists.

Context of the Home Market

The context of the home market, which is mainly the neighboring country, presents a complex and uncertain scenario given that the approval of Congress of the Health Reform is incipient. However, the predictions of scholars on the subject point to a

growth of the demand of services abroad, which begins to manifest itself with an upward trend, at least in the last three years, on the Juárez-El Paso border.

It is concluded that the tourists' interests in travel and leisure take on a secondary role to knowledge and quality as attributes of the doctors, hospital facilities, and technological advancement, which were transmitted by the operator of medical tourism. By means of this paper, it was possible to verify that border medical tourism destinations are distinct, more oriented to the provision of the health service than to offering a tourist service.

The case study analyzed in this research reveals that cross-border patients can be seen as a somewhat marginal phenomenon; this coincides with the ideas of (Medhekar, 2014). The doctors interviewed mentioned that their patients have told them that they prefer to be treated in doctor's offices and hospitals located as close as possible to their houses, in a system familiar to them, close to their relatives, and with service providers who speak their language, in which they know what they can ask for and what they can expect to receive. Travelling abroad to seek treatment is never the first option; it is rather the result of specific circumstances like the high cost of care in the country of residence, the lack of insurance for medical care, or the limited coverage of the insurance.

In the aspect regarding insurance carriers, generally, the insurance does not cover esthetic surgery; as for dental services, most often patients lack coverage, or it is very limited, so the payment is made out of pocket, or the patient handles the reimbursement with the insurance company if that possibility exists. It was identified that the hospital administrators do not carry out direct management with funding organizations like the insurance companies of the United States or Canada, which could create the precedent by which insurance funds would directly engage with practicing doctors without the intermediary role of the association of American or Canadian doctors.

The available evidence, though limited, suggests that patients who receive care abroad tend to feel reasonably satisfied with what they receive although it largely relates to those whose care is obtained in the framework of specific purchasing agreements in which an informed buyer is acting on their behalf to ensure the quality of the care provided. Patients describe the importance of access to information in all stages in obtaining care. This is particularly important before they go abroad with questions about the available options for care; their rights and privileges; repercussions of costs; administrative procedures involved; transportation arrangements; and management before, during, and after the main treatment.

For the case of surgeries contemplated in the scheme of the patient's insurance coverage, some hospitals that have a lot of experience in the locality mentioned accepting payment with insurance whereas in one of the new hospitals, they mentioned that they do not accept insurance carriers.

What are the characteristics of foreign patients who seek medical services in Ciudad Juárez? The data available is fragmentary and incomplete, but the information obtained in the in-depth interviews indicates that there is a demand for services linked to the medical specialty and the type of care. For example, bariatric surgery is sought mainly by patients of Anglo-Saxon origin with an average age between 20 and 40 years. The specialist performed 900 bariatric surgeries in 2015 of which 200

were from the border region, and 700 were patients coming from places from over 500 miles; 90% come from the United States.

This section examines the experiences and expectations of those involved in the processes by which patients receive treatment abroad. However, it is necessary to reiterate a previously made observation: there is very little systematic information on the perspectives of those involved and, in particular, of the patients, seeing that there are few studies on their points of view, and this study was conducted from a perspective of the supply. However, the evidence that exists is very consistent.

When patients cross the border on their own initiative to seek medical attention in Ciudad Juárez, they often do it influenced by the difficulty with which the service in question can be accessed in the country of origin. One of the elements mentioned is the lack of medical insurance coverage; another is the price differential the border provides considering that currently the exchange rate is around 17.50 Mexican pesos per dollar, and it is quite variable. The mobility of patients turned out to be an important phenomenon in the cross-border context and particularly for the obtainment of certain type of services like consultation with general practitioners and specialists, purchasing of medications, radiology and laboratory studies, and purchasing of glasses.

This provides an important comparative advantage to the services offered by Mexican providers in Ciudad Juárez by being able to offer a quality service at a price that most often represents an approximate savings of 75 to 80%. For example, a medical consultation with a specialist in El Paso costs \$200 whereas in Ciudad Juárez, the best specialists charge 500 Mexican pesos, which is equivalent to less than \$30, which is 15%; this means a savings of 85% on consultations with specialists who receive them immediately with no wait times. Another example is the one of *el Hospital de la Familia*, which serves low-income patients in which the cost of a hysterectomy is 7 thousand Mexican pesos whereas in the United States the procedure has a cost of \$8,000; the savings at this hospital is 95%; or bariatric surgery in a luxury hospital with the best specialists that reports savings of 65% in comparison with the same procedure in the United States.

The proximity is clearly important for the provision of health care services since patients can be at home after surgery without the risks of long trips or flights, but it is also important for the mobility of health professionals. This research contributes to the knowledge of the phenomenon of medical tourism in which an upward trend was identified at the border destination with respect to the training of human resources based on a significant increase of the enrollment of health professionals in the areas of medicine, nursing, and dentistry in recent years. However, hospitals recount the problem of the mobility of nurses to the United States, attracted by the best salaries offered to those professionals.

It is concluded that the majority of medical tourists who visit the border are satisfied with their experience by virtue of them recommending the services to their family and friends in the different service options analyzed in this thesis.

The annual growth of the rate of health services imports in Canada between 2004 and 2009 was 1 % (Runnels et al., 2014). In accordance with the review of the literature, it is affirmed that Canada can be one of the markets with the greatest potential due to the problems that waiting lists face for the care of certain treatments. In Ciudad Juárez patients from Canada are currently received in the medical tourism

planned model particularly for the care of bariatric surgery and dental specialties. It is concluded that in the interim, the demand of Canadian patients can increase if the conditions of safety and quality of services offered in Ciudad Juárez are maintained or improve.

Integration of Actors

This research paper has contributed to the literature of medical tourism by conducting a critical review of the initiatives of the governmental policy for the sustainable development of the medical tourism industry in Mexico. A significant gap has also been identified at the destination of the case study on the management and development of policies on medical tourism.

It is concluded that the actions of the government of Mexico, up to the time of this research, to promote the development of medical tourism have been specifically the promotion of the destinations and the creation of the System of Certification of quality of hospitals. It raises the conjecture that this may be due to the prediction of the potential impact of the development of medical tourism in the destination, which currently faces a complex social reality.

It is expected that the demand for health services by medical tourists will continue growing in view of the fact that the governments of developed countries and employers are increasingly seeing medical tourism as an option for reducing the costs of public health care (Wendt, 2012). Not only patients with public or private medical insurance will increase the demand for services on the border but also the consumer patient who does not have insurance and pays for services out of pocket. By contrast, the government of Mexico apparently has not yet decided to bet on medical tourism as an option of diversification for economic development. This affirmation is based on the comparisons of the initiatives other governments have carried out in which medical tourism is regarded as a primary source of growth, for example, the case of Singapore, Thailand, India, and Malaysia.

Regarding aspects of integration and coordination, it is concluded that the mediating role of coordination and collaboration established in the academic literature, like the impact of integration on products and tourist attractions, is quite relevant. The existence of a system of diffused destination was identified, which is one of the types of system set forth by (Ejarque, 2014), who states that at the destinations in which this type of system exists, the products and tourist attractions are not integrated with each other because there is neither coordination nor collaboration among the producers of services. The result is that the destination cannot have a clear personality on the market. There are many destinations of this type, which develop an offer that is not organized in any way at the territorial level (Ejarque, 2014). These characteristics were identified in the pop-reactive medical tourism model in which the evolution of the supply of services is related to the growing behavior of the demand but with neither coordination nor collaboration of the actors.

Similarly, the paper made it possible to verify for the planned medical tourism model the importance of the mediating role of the external operators to the destination or facilitators. For this type of medical tourism that corresponds to the majority of the studies of the literature, the existence of a system of dependent destination, which is another of the types of system set forth by (Ejarque, 2014) who points out that at the destinations in which integration, creation of products, and valuation are in the hands of operators external to the destination or of tour operators, the tourism management

agency cannot develop its role of coordination and promotion of the offer because it has neither autonomy nor authority over the product, and, consequently, it cannot offer its own added value. All mass tourism destinations distributed by tour operators are part of this typology. We could speculate that in the case of medical tourism service providers who hire the services of external facilitators, this type of dependence can be generated.

On the other hand, the information obtained in this thesis offers knowledge on the form of operation of the medical tourism sector in Ciudad Juárez. It is concluded that the absence of a destination management organization (DMO) at the municipal level affects the results of its evolution. Medical tourism that exists in the city has been promoted mainly by hospitals and medical specialists. Poor coordination was identified among both public and private organizations.

It is identified that the association between health service providers and tourism and hotel services providers is essential for providing a satisfactory experience to the patient who expects an integrated service. It was found that in this aspect the medical destination still has a long way to go given that no evidence of actions of cooperation or association was located among organizations for medical tourism. On the other hand, a positive aspect was discovered in regards to market segmentation. Health care providers have developed a focused approach to the needs of the consumer patient for the marketing, the product, and the provision of the service according to the profile of the patient they receive, for example, *el Hospital de la Familia*, which serves over 30 thousand cross-border patients per year who seek a service of standard quality and whose satisfaction is demonstrated, in addition to what is expressed by the actors involved, with the numbers of patients seen, which increases each year. *El Centro Médico de Especialidades*, which serves patients in consultation with specialists renowned for their quality has earned their loyalty for over 60 years, and the two new hospitals that have infrastructure and marketing strategies can offer services that exceed the expectations of the Anglo-Saxon patients who visit them.

With regard to leadership it is concluded that there are different individual leaderships at the border medical destination because they do not work together under a common one. By virtue of the fact that a very important element of the integration coordination is the existence of leadership and of a system of systemic management, it is desirable to encourage the participation and generation of commitments that help to identify and consolidate group leaderships that facilitate progress in the medical tourism development processes. Also, the problem of lack of roots identified in this paper it is concluded that it has prevented the presence of both singular and systemic leaderships. The definition of roots proposed by Schwartz (1999) supports the understanding of this topic which was mentioned by several of the people interviewed as a problem that can be associated with the lack of group leaderships in Ciudad Juárez.

Product and Marketing Strategies

The medical tourism industry in Ciudad Juárez is diverse as several types of it were found. For example, depending on the treatment, the supply of specialized dentistry services with clinics that have almost three decades of experience with foreign patients was found. On the other hand, the supply of bariatric surgery services in which the existence was identified of a group that offers comprehensive service to

the patient suffering from obesity and that has developed a successful model of business; it is one of the most relevant cases of medical tourism of Ciudad Juárez. Found with regard to cost was the existence of a hospital that is a unique case given that it was created under a legal structure of civil society, which serves low-income patients from both sides of the border. In the case of the supply of services of hospitals, doctor's offices, pharmacies, optical stores, dentists, and bureaus on the streets and avenues close to the international crossings, this is another type of medical tourism for which proximity is relevant.

Another type of medical tourism is the mentioned case of the bariatric surgeon who performs his surgeries in the new hospitals. Identifying the relationship that exists between the success of his business and the effectiveness of marketing has been simple given that the result of the visit of consumer patients exceeds the expectations generated by contracted enabling companies. This is because they are treated in new luxury hospitals by a staff that is 100% bilingual and doctors trained in the United States in hospitals certified for their quality. On the other hand, hearth medical consultation and cardiac surgery are sought by patients of Mexican origin between 40 and 65 years of age. The specialist treats around a thousand medical tourism patients in consultation and ten in heart surgery annually.

Another element that favors the satisfaction of the patients is the warm treatment they receive from the health professionals, which are elements of emotional satisfaction that influence loyalty to the destination (Kotler, 2000). This author mentions the importance of creating more satisfactory solutions to the needs of consumers although he does not refer to emotional aspects but cognitive or rational ones, so it will be necessary to carry out additional efforts to go into detail about the emotional aspects of the satisfaction of patients-consumers of medical tourism. Loyalty is important when reducing customer acquisition costs and price sensitivity because customers provide recommendations, positive reviews, and the best advertising, which affects increased revenue. In accordance with the results of the study, it is concluded that the benefits of loyalty to the most traditional doctors and hospitals of the locality are robustly produced.

Regarding the contribution of elements of innovation, hospitals and dental clinics have implemented safe transportation to take patients from El Paso to Ciudad Juárez to be treated and take them back to their homes or to the airport if required.

It is concluded that the providers of health services of the case study are reaching a large number of market participants because consumer patients belong to distinct market segments taking into account income and state of health for the costs of the acquired services, the type of treatment sought, and the results of the market studies conducted by the actors involved. Therefore, the destination offers a perfectly differentiated product, perhaps more by chance, for a sum of circumstances, among which lack of investment should be noted, than for an active policy and a considered strategy.

The proposed theoretical model of border medical tourism offers the advantage of health care to a population coming from an increasingly segmented market by virtue of the spaciousness of supply of health services ranging from pharmacies of generic or recognized laboratory brand medications, through optical stores, dental offices, consultation with family doctor, consultation with medical specialists, clinical analysis laboratories, radiology studies, specialized services like dialysis, specialized dental

treatments, general and reference surgeries, all in a range of different offers for the various economic possibilities of the patients.

In the areas of medicine in which providers have developed specific strategies for attracting foreign patients, like in the cases of the supply of specialized dental care and bariatric surgery, medical tourism is an important phenomenon that is generating a positive multiplier effect on border economic development. Nevertheless, these cases are isolated individual efforts, so it is identified that there is a need for better mechanisms to support the planning, implementation, and monitoring of the development process of the destination, which should also include the care process of the foreign patient with actions to ensure transparency and reduce legal ambiguity.

As for the planned medical tourism model, the results of the paper suggest that the attempt of the two new hospitals to define their brand in the tourist destination, putting itself forward as a high quality destination; promoting high technology, hospital infrastructure, and proven career path of its specialists; and investing in infrastructure of hotel type hospitals with luxury rooms; still does not produce the expected results. The consumer patients seeking medical care services in these two hospitals are still, in their majority, patients of Mexican origin coming from both sides of the border. Bariatric surgeries of one the most successful and renowned specialists in the medical destination are performed at these hospitals, but this is not the majority of the doctors who operate at these hospitals. It is also worth noting that the successful cases that serve a large number of foreign patients in the planned model is due to the fact that they rely on the hiring of international enabling companies who send them patients in exchange for a payment of approximately 30% of the cost of the service.

The satisfaction of the patient-consumer with the visit to the hospitals and clinics that operate in the planned model of the medical destination was expressed in a very positive way; the existence of blogs on web pages were talked about that show the satisfaction with the health services and additional services like the cuisine and local ground transportation. In like manner, in the pop-reactive model, the comments thereon revolved around the patients expressing feeling very well treated by the doctors and support staff. This could be attributed to the characteristics of the model of patient care of the Mexican system, which has been mentioned by authors like (Horton & Cole, 2011), who emphasize the differences in the form of organization of the health services on both sides of the border.

It is also concluded that there is a big opportunity for expanding medical tourism services to business tourists, which carries significant weight at the border destination, taking advantage of the already existing supply of health services that range from luxury hospitals to options adjustable to the budgets of patients according to their individual needs. Additionally, the findings with regard to the growing demand for dental care, minor surgeries, and preventive care that require short recovery periods suggest that these visitors are potential consumers of recreational activities that will not require services and lodging in redesigned rooms, so little investment would be needed to host many of these medical tourists.

The Border

In regards to the analysis of bilateral trade, this paper contributes relevant information for reducing the absence of research found by (Smith, Martínez Álvarez,

& Chanda, 2011) in the review of 68 articles and reports on this type of health trade. These authors assert that there is a shortage of data and discussion on said bilateral trade, and they recommend obtaining more evidence on health trade both at the national and international level, and countries are encouraged to consider bilateral trade instead of the multilateral perspective. As for the impacts that medical tourism could cause, the evidence of a bilateral perspective suggests that the negative aspects can be reduced, and the positive ones can be capitalized on.

The early initiatives of institutional association and arrangements among hospitals on both sides of the border, through the initiative of enabling companies that are beginning to appear at the destination, if established, can help reduce the perception of risk to the patient. This type of agreements for facilitating cross-border care could stimulate some changes in national policies and generate other options of governance mechanisms. It is concluded that in the intermediate term, the actions of cooperation between health care actors from both sides of the border can be materialized if the conditions for the provision of health services of the neighboring country are not modified.

The territory where Ciudad Juárez is located and its being a border is one of the fundamental aspects that would enable the consolidation of the medical tourism destination by virtue of the proximity providing the ease of crossing the border, even on foot, and the possibility of getting medical care immediately without having to wait months to be treated. Nevertheless, the dependence on the unpredictable government policy of the neighboring country stands out as an obstacle for its progress.

It is concluded that the primary structure of barriers or restrictions for travelling across the border between the United States and Mexico carries significant weight (Timothy & Canally, 2008) in particular consumer patients of health services when making the decision to seek medical attention because it discourages visitors that in order to cross they sometimes have to wait in line a considerable time, which can be from thirty minutes to one or two hours.

One of the interesting findings that can be interpreted as the beginning of a more organized program among the health systems of both border cities (El Paso and Ciudad Juárez) is the one that recounts the visit of officials of one of the most important hospitals of El Paso to one of the most traditional hospitals of Ciudad Juárez to initiate dialogue in seeking care options under a scheme of subrogation of cross-border health services. Nevertheless, up to the time in which the interviews were conducted, the collaboration agreement had not yet been established. The type of care is specialized and the care package is specific and clearly defined. The patients to serve would be those whose insurance coverage does not cover the services that they need. Cataract treatment, gynecology, dermatology, and orthopedics were identified.

Concerning the tourism of the diaspora, it is concluded that treatment of the patient is one of the highest attraction value elements, and the findings reinforce the ideas presented by Hanefeld, Smith, Horsfall, and Lunt (2014) with regard to the following: "Cost plays an important role in the explanation of why Mexican immigrants in the United States return to Mexico for treatment, but confidence emerged as the key determinant factor" (Johanna Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lunt, 2014, p. 412). This can, in part, be linked to the barriers of language and also to the search for more

affective care as suggested by a study of the Korean immigrants to Australia (Lee, Kearns, & Friesen, 2010). This analysis contributes to the construction of a better understanding of the form of operation of the border medical tourism industry, particularly of the diaspora.

As for the competitiveness of a medical tourism destination, it is concluded that the high quality and low cost of services are the main variables that determine its competitive position. This confirms what is said by (Lagiewski & Myers, 2008). The demand of consumer patients will continue to grow; this is affirmed based on the existing problems in the home market identified both in the literature and in the empirical work. Even if health care providers are the private sector, it should contribute to the strategic solution of the identified local social problem from a perspective of the participation of stakeholders with a view to boost medical tourism in Ciudad Juárez, since the advance of this type of tourism could contribute, in the medium and long term, to reversing the image of insecurity that has affected the tourist destination during recent years.

Based on the knowledge and understanding of the views and attitudes of the actors involved, it is recognized that the problems of Ciudad Juárez for reactivation in the case of pop-reactive medical tourism and the positioning as a tourist destination in the case of the planned medical tourism model is complex and conditioned by different factors like the improvement of the destination's image and the security policy of the United States that relates to the surveillance and supervision of international crossings. Nevertheless, in this research a contradiction was identified as to the creation of a supply of services for foreigners when the demand of local patients is not covered in full.

In the area of studies of this research we were unable to locate academic research that had previously combined the development of destinations, medical tourism, and border tourism constructs from a supply perspective.

As for the place of medical tourism in relation to tourism in Ciudad Juárez, what stands out is the fact that the interviewed actors who receive the most medical tourism patients, when asked their opinion about the use of other services of tourist infrastructure of the locality like the hotels, they mentioned that the majority of the patients who come to Ciudad Juárez for treatment stay in El Paso. This implies that currently the local hotel sector is not benefitting from the economic flow that medical tourism could generate. In the same way, those who are receiving benefits from this activity are the airlines of El Paso that have become a destination of the people whose objective is medical care in Ciudad Juárez; these people come from various states of the U.S.A and Canada then cross the border by land in transportation covered by the same hospital or clinic in which they will receive the medical care. It is concluded that the formalization of cooperation activities to "sell" the border region as a medical destination could benefit the actors of both sides of the border.

Recommendations for Practitioners

The results of this thesis can help policymaking with a basis of more information available. The significant and growing number of American citizens who lack medical insurance coverage, coupled with the high costs of health services in that country and the aging of the population, which at the same time will generate a greater need for services for senior citizens, enables the visualization of the growth of the demand

for medical tourism services especially in the border region with Mexico derived from its vicinity, the ease of access, and the low costs of quality health care.

Following the ideas of (Tosun, Timothy, Parpairis, & Macdonald, 2005), the creation of a joint cross-border tourism organization is recommended. Generating sufficient financial resources and increased participation of business stakeholders and non-governmental organizations (ONG, for its Spanish acronym) from both sides of the border are essential for the successful implementation of joint marketing strategies of tourism for the growth of the sector.

The supply of medical tourism services in Ciudad Juárez is arising spontaneously, unplanned, without considering the distortions that can occur in the economic and local health system. This affirmation is based on the lack of a strategic plan, a master plan or any formal, documented evidence of some type of planning exercise. The negative elements that can emerge are those in which preference would be given to foreign patients over local patients; brain drain of health personnel from the public sector to the private; the allocation of public resources, already scarce, to the private health sector to the detriment of the public sector.

For the case study of the Juárez-El Paso border, in the atmosphere of tension existing between the persistence of borders through the affirmation of the sovereignty of the State and the competitive forces for the elimination of borders through the liberalization of trade, the former has the advantage with the consequent impact on the market.

It is considered that the stage in which the destination finds itself is a very good time for the managers of the destination to look into the identification of its difficulties, performing an in-depth diagnosis and developing a long-term plan of action that enables them to define the necessary strategies for advancing in the life cycle of the tourist destinations explained by (Butler, 1980). Ultimately, if a destination wants to continue to be competitive, beyond low cost and high quality of medical service, it is recommended that it direct its efforts toward the brand of the destination for its experience in a specific type of medical procedure. Like any other form of tourist experience, it is critical to ensure that a friendly attitude and careful attention impregnate the medical experience of the visitor during his/her stay at the destination.

A model of medical tourism that makes reference to the characteristics presented by cross-border medical tourism was proposed. It stands out that the areas in which it would have to advance to achieve competitiveness of the destination are related to government initiatives, integration and coordination, the development of the medical industry, health professionals, and facilitators. In the case study it is identified that the tourism industry in general and medical tourism in particular have to advance, the latter toward a more equitable provision of health care for local patients whereas private hospitals should plan their activities taking into account the provision of services to international patients. Maintaining and improving as much as possible the quality of care at an affordable cost with immediate attention without waiting time as well as offering safety, privacy in hygiene facilities and world-class quality for treatment in health centers, infrastructure, and tourist facilities in general.

It is concluded that the demand for medical services from foreigners will continue to increase to the extent that the problems which patients face domestically do not find solution options in their country. At the level of the destination, care should be

focused on offering solutions to health problems with quality services for both local and visiting patients.

Medical tourism has demonstrated its quality through its cutting-edge facilities, commitment to accreditation, attention to patient care, the high number of doctors with credentials from the USA, and advanced medical training. This growing industry has the potential to benefit or harm both participating health systems but, through careful planning based on research and the will to look for innovative answers to this growing phenomenon, benefit could be sought for people in the participating countries.

The phenomenon of the Canadian patients' search for medical care outside their country is intriguing because there is publicly funded universal coverage of health care in Canada. Federal legislation limits the availability of private health services domestically; therefore, access to many treatments in private hospitals is largely inaccessible to the majority of Canadians. There is no single Canadian health system. Management and provision of health care is the separate responsibility of each one of the 13 provinces and territories. The federal government of Canada participates in the financing of health care of each province. In [sic] described context supports the recommendation of orienting marketing strategies to the Canadian market.

Main Limitations of the Study and Future Research

Some research has gaps and limitations in terms of the gathering of information and area of study, among others. The inconsistencies in the definition of medical tourism and the lack of verifiable data made the research difficult; nevertheless, the empirical work performed, sheds light on a subject about which little is known in academic literature.

One limitation of this study was the approach from the perspective of supply, analyzing the aspect of demand exclusively from the opinions of the service providers due to their experience with patients. Therefore, a future line of research on relevant aspects of patients who seek medical attention in border destinations from a perspective of demand is open. In particular, it is interesting to investigate the response of consumer patients to the services of enabling medical tourism companies. Therefore, further research is required that includes the specific input of the demand, meaning the patient.

Another limitation worth noting is derived from the characteristics of the system chosen to be empirically analyzed. Being a more inductive approach, an attempt was made to examine the different features of the evolution of the destination from the experience of the actors involved. Therefore, as seen, the identified categories derived from thematic analysis (context of the destination, context of the home market, integration of actors, product and marketing strategies, and border) are representative of the different theoretical contexts. However, within the case study chosen for knowing the development and evolution of medical tourism were the topics that emerged with more power, and the purpose of knowing the reality of the border medical destination is fulfilled given that these topics reflect the situation in which the destination finds itself with regard to medical tourism.

Concerning the generalization of the results, the intention is not to generalize the findings to the entire population of similar cases; all that is being studied is how

plausible the logic of the analysis is in order to develop a new theory on its basis (Mitchel, 1983). The characteristics of the case study extend to other cases because of the strength of its explanatory reasoning. The results would be useful for, among other, border destinations that have a shared history and the existence of a considerable diaspora like the case of Mexico with the United States.

On the other hand, it would be interesting to verify if the proposed dual theoretical model of medical tourism is applicable for the analysis of another type of tourism like tourism for diversion, adventure tourism, and cultural tourism.

The future research could be a comparative analysis of medical tourism on other borders of the different countries of the world. Another of the possible future lines of research would be one related to the behavior of the provision of services to local patients at the current time and its monitoring to see the impact which the increase in demand of medical tourism has on the care of the local population.

Even if the participation of multiple sectors in medical tourism can be a source of miscommunication and misunderstandings, it is also an advantage because academics and practitioners are facing unknowns from multiple directions with significant potential for collaboration. The recent institutional arrangements through the industries involved will provide case studies to shed light on future opportunities. The growing popularity of medical tourism will attract more attention and make consumers more aware of medical tourism as an option in their decision making. Market players have significant growth opportunities.

(Kotler, 2000) mentions the importance of creating more satisfactory solutions to the needs of consumers although he does not refer to emotional aspects but to cognitive or rational ones like quality and the value of the service acquired, so in future research it will be necessary to go into detail about the emotional aspects of patient-consumers' satisfaction of medical tourism. Another possible future research will be one related to the trends in human resource allocation taking place in regard to the cross-border flow of medical and hospital professionals.

Of great relevance to the case study would be knowing the behavior trends of the tourism of second and third generation diaspora to see if they join the demand for cross-border services of the first generation, pressured by the burden of the high costs of health care and health insurances of the United States, or they will seek treatment in the host country.

Another area of interest would be the research on the perception of patients and their cross-border medical care expectations before and after having had a care experience abroad. The previous areas of research are only a few in which research is needed on the topic.

Introducción

1.1 Interés y relevancia del estudio

La importancia de la actividad turística en la economía a nivel mundial se ha manifestado a través de un constante crecimiento del sector. La Organización Mundial del Turismo (2015) informa que durante las seis últimas décadas este campo ha experimentado una continua expansión y diversificación, convirtiéndose en uno de los sectores económicos de mayor envergadura y crecimiento del mundo (OMT, 2015).

Según las previsiones a largo plazo de la OMT, incluidas en *Tourism Towards 2030* (Turismo hacia 2030), las llegadas de turistas internacionales a escala mundial crecerán un 3,3 % anualmente entre 2010 y 2030, hasta alcanzar los 1.800 millones (OMT, 2015). Francia, Estados Unidos, España y China siguen ocupando los primeros puestos tanto por llegadas internacionales como por ingresos. México se reincorporó al grupo de los diez primeros países por llegadas, en el décimo puesto (OMT, 2015). Esta reincorporación de México como uno de los países más visitados del mundo podría ser aprovechada a través de una diversificación del tipo de servicios turísticos que ofrece a nivel global. Por otra parte, casi un tercio de la población mundial que viaja, lo hace por motivos distintos al placer de vacacionar, una de las razones de viaje que cobra más importancia cada día es la de la salud (OMT, 2015).

El turismo de salud emergió como un nicho de mercado distinto en la industria turística (Connell, 2006) y rápidamente ha crecido para convertirse en un sector internacional donde las personas viajan largas distancias para obtener cuidado médico, dental y quirúrgico, disfrutando al mismo tiempo de un periodo de vacaciones (Heung, Kucukusta, y Song, 2010). Esta modalidad de turismo ha crecido considerablemente en los últimos años, primordialmente debido a los altos costes de los tratamientos desarrollados en las sociedades occidentales, las largas listas de espera, la oferta de vuelos internacionales relativamente económica y las tasas de cambio favorables.

Las motivaciones de los pacientes para tomar la opción del turismo médico han sido estudiadas por Hunter-Jones (2005), Rosenmoller, McKee y Beaten (2006), Lee (2007), Glinos, Beaten, Helble y Maarse (2010), Hopkins, Labonté, Runnels y Packer (2010), Cormany y Baloglu (2011), Sarwar, Manaf y Omar (2012), Johnston, Crooks y Snyder (2012), Connell (2013), Lautier (2014), Ho, L. H., Feng, S. Y., y Yen, (2015), Adams, Snyder, Crooks y Johnston (2015).

Las declaraciones mencionadas en la bibliografía acerca del campo de investigación permiten identificar cierta orientación del estudio del fenómeno en cuestión, hacia el comportamiento del paciente que realiza turismo médico. De la misma manera, la satisfacción del paciente ha sido estudiada por Crooks et al., (2010), Herrick, (2007b) y Wendt, (2012). Mientras que el tema de la competitividad de los destinos de turismo médico lo han abordado Enright y Newton, (2004), Caballero y Mugomba, (2006), Lagiewski y Myers, (2008), Johnson y Garman, (2010), Chin y Campbell, (2012), Orozco y Bejarano, (2014) y H. K. Lee y Fernando, (2015).

Como ejemplos de estudios que se han enfocado en las implicaciones potenciales a los sistemas de salud que puede traer este intercambio de servicios se encontró a Hunter-Jones, (2005), Rosenmoller et al., (2006), C. Lee, (2007), I. Glinos et al., (2010), Hopkins et al., (2010), Cormany y Baloglu, (2011), Sarwar et al., (2012),

(Johnston et al., 2012), Connell, (2013), Lautier, (2014), Ho, L. H., Feng, S. Y., y Yen, (2015), Adams et al., (2015).

Uno de los factores que ha jugado un papel importante a la hora de participar en la industria del turismo médico es la participación del gobierno, con una clara definición de su política sobre este tema. Entre los autores que han estudiado la temática de política y planificación del turismo médico se encuentran Irvine, (2002a), Carrera & Bridges, (2006), Herrick, (2007a), Jenner, (2008), Hazarika, (2010), Leng, (2010), Pocock & Pua, (2011), Martínez Álvarez et al., (2011), N. T. Lunt et al., (2013) y Medhekar, (2014b). Ellos coinciden en que la industria del turismo médico requiere una gran cantidad de recursos, por lo que es poco probable que el sector privado pueda desarrollar el turismo médico de un destino, sin la participación decidida del gobierno.

El sector salud ha sido afectado significativamente por la globalización económica a pesar de su naturaleza de bien público no comercial (Vargas Hernández, 2010). Esta afectación se refleja en la emergencia de nuevas formas de organización para la atención médica y en el incremento del intercambio trasfronterizo de este tipo de servicios. Una reestructuración mundial en los sistemas de salud debido a los altos costes de los servicios médicos, particularmente en países desarrollados, ha dado como resultado la creación de un mercado internacional de cuidados y atención de la salud (Vargas Hernández, 2010).

Algunos autores como Carrera y Bridges (2006) afirman que actualmente existe la emisión de una literatura formal severamente limitada que se ve agravada por la ambigüedad conceptual que ésta enfrenta, respecto al turismo de salud y turismo médico. Mencionan como tareas de investigación fundamentales el desarrollo de datos fiables y comparables; el análisis de los factores que inciden en el impulso y atracción para el ejercicio de ambos tipos de turismo, (de salud y médico), y el análisis del impacto del turismo médico para los sistemas sanitarios locales (Carrera y Bridges, 2006).

A medida que surgen diversas tipologías que tratan de explicar y sistematizar la actividad del turismo, se hace más evidente que la carencia de información generada dificulta el análisis relativo a su comportamiento, evolución, planificación y desarrollo, por lo tanto, más complejo es su estudio. A pesar de que un sector de la comunidad académica dedicada al estudio del turismo médico ha criticado duramente algunos de los modelos existentes para su estudio, donde incluso se menciona falta de rigor académico (Connell, 2006), la literatura actual sobre el tema en cuestión ha servido para fundamentar el crecimiento de la industria. En las últimas dos décadas se ha producido un buen número de estudios sobre turismo médico.

Sin embargo, en la mayoría de los casos se hace referencia a la falta de información y datos estadísticos que permitan conocer el comportamiento real de este fenómeno de la globalización. La dificultad para realizar avances en la investigación académica debido a la escasez de datos fiables y comparables a nivel internacional ha sido mencionada por autores como Lim, (2005), Rosenmoller et al. (2006), Turner, (2007), Cortez (2008), Glinos et al. (2010), Johnston, Crooks, Snyder, y Kingsbury (2010), Pocock y Pua (2011), Hamlin (2012), Connell (2013), Lautier (2014) y Crooks (2015). Además, existe muy poca literatura académica sobre los destinos de turismo médico de frontera, en particular. La creciente competencia que surge entre

distintas regiones, países o localidades que ven en el turismo de salud una opción de desarrollo socioeconómico incentiva la investigación sobre el tema.

Existe un considerable número de investigaciones sobre turismo médico, pero la gran mayoría han sido realizadas desde una perspectiva de la demanda. En cambio, desde una perspectiva de la oferta existe solo un reducido número de estudios, como el que examina si un determinado lugar puede convertirse en un destino de turismo médico Ching-Chi et al., (2011), o bien el que demuestra el significativo impacto económico a nivel local del comercio de servicios de salud para el país exportador Lautier, (2014). Sin embargo, la revisión de la literatura indica que todavía no se han estudiado suficientemente los procesos que hacen que un destino de esta naturaleza, emerja como tal. Además, la mayoría de los estudios de este fenómeno se concentran en desplazamientos de larga distancia sin prestar atención especializada al caso del turismo médico transfronterizo.

Por otra parte, la relación del turismo con las fronteras políticas ha llamado la atención de investigadores sólo recientemente, a pesar de que en un nivel más general el estudio académico de las fronteras atrae un interés considerable (Ioannides, Nielsen, & Billing, 2006). Un tema que ha sido explorado sólo superficialmente se refiere a los obstáculos que inhiben el desarrollo del turismo médico en un contexto transfronterizo. De igual forma, los estudios sobre turismo médico relacionados con la diáspora son escasos. Sobre este tema se encontraron importantes aportaciones de Ormond, (2014a) y Lunt et al., (2014), quienes han estudiado el turismo médico de la diáspora de Corea en Nueva Zelanda.

En la actualidad, ante el problema de falta de cobertura de seguro médico que existe en los Estados Unidos y de la crisis que enfrenta su sistema de salud, los ciudadanos de ese país buscan opciones para satisfacer sus necesidades de servicios médicos que puedan pagar. Una de estas opciones se encuentra en los territorios fronterizos que han identificado esta necesidad y han iniciado desde hace una década la creación de una oferta de servicios especializada para atender pacientes de turismo médico. Sin embargo, este fenómeno aún no ha sido suficientemente estudiado en la frontera Ciudad Juárez-El Paso.

Lo anterior explica la tendencia a la alza de la demanda del turismo médico, que además es vista por algunos autores como la respuesta a una deficiencia en el sistema de salud norteamericano, ya que cada año Estados Unidos gasta más en atención de la salud, pero asegura a un menor número de personas. El gasto en salud para 2015 se prevé que será de uno de cada cinco dólares gastados (Cortez, 2008). En 2013 más de 900,000 estadounidenses viajaron al extranjero para buscar atención sanitaria de diversos tipos, desde atención dental y cirugía estética hasta cirugía de corazón y ortopedia. Al menos 50 países ofrecen actualmente sus servicios al paciente internacional y cerca de 11 millones de pacientes visitan hospitales y clínicas cada año en países distintos a su lugar de residencia (Woodman, 2014). Las cifras de pacientes que realizan turismo médico son importantes y algunos países como la India, Tailandia y Malasia, dirigen sus estrategias de marketing hacia países como Estados Unidos y Canadá. Es innegable que la proximidad geográfica juega un papel importante en la decisión de los pacientes al seleccionar un destino médico, no obstante, se requiere profundizar en el análisis del fenómeno.

El aumento en la cantidad de estadounidenses sin seguro médico, sobre todo en la clase media, aunado a la comercialización efectiva de las empresas de turismo médico para influir en un número creciente de norteamericanos que viajan al extranjero para obtener atención sanitaria, es consecuencia de una política neoliberal que argumenta a través de organismos internacionales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que los Programas de Ajustes Estructurales, como la reducción del gasto público en salud y en otros sectores, hacen más “eficiente” el uso de los recursos económicos (Smith, 2012). Algunos autores se refieren a la escasez de médicos, el crecimiento del sector con fines de lucro, el complejo médico industrial, el papel del Congreso y del poder ejecutivo y muchas otras cuestiones críticas del sistema de salud de los Estados Unidos como elementos que favorecen las decisiones de buscar atención médica en otros países (Pincus, 2006).

China, India, Corea, Malasia, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia (y ahora México) son sólo algunos de los países competidores que buscan atraer pacientes del extranjero como una fuente de desarrollo económico (Jenner, 2008). Es tanto el crecimiento de la demanda, que ha generado la creación de empresas en países como Estados Unidos y Canadá, especializadas en publicitar y enviar consumidores a destinos internacionales tan diversos como los mencionados. La mayoría de estas compañías ofrecen una amplia gama de servicios de salud e incluyen valores agregados como reserva de boletos de avión, hoteles, y excursiones que pueden realizar antes o después de someterse a una intervención quirúrgica (Whittaker, Manderson, y Cartwright, 2010), (Turner, 2012).

La comercialización de los servicios de salud, denominado turismo médico, desempeña un relevante papel para numerosos países y regiones entre los que se encuentran Brasil, El Caribe, Corea del Sur, Costa Rica, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Hungría, India, Israel, Malasia, México, República Checa, Singapur, Sudáfrica, Tailandia, Taiwán y Turquía (Woodman, 2014), que han visto en el desarrollo de esta industria beneficios económicos que han supuesto el aumento del Producto Interior Bruto (PIB) y el equilibrio en la balanza comercial por el ingreso de divisas (Ramírez de Arellano, 2007). Pero también existe la posibilidad de una gran afectación a los sistemas de salud de estos países (Whittaker et al., 2010).

El turismo médico es un ejemplo de cómo las fuerzas de la globalización están reconfigurando lo que había sido un servicio localizado relativamente estable: el tratamiento médico en cada país (Jenner, 2008).

Además, la falta de datos y sistemas de información genera funciones paralelas en áreas gubernamentales y los flujos financieros y de información completamente desconectados crean desequilibrio en el sistema. Adicionalmente se genera la sensación de que ninguna institución tiene la responsabilidad y el control de los programas que se implementan sobre el turismo médico. El registro incompleto de las transacciones y los costes generados por el uso de servicios de salud por parte de pacientes extranjeros en las estructuras locales, genera una gran dificultad para la elaboración de políticas y la planificación en los diferentes niveles de las acciones relacionadas con el turismo médico.

Todo lo anterior pone de relieve la importancia de los resultados que se presentan en esta investigación para la comprensión de la industria del turismo médico en un

destino de frontera, donde las estimaciones e investigaciones fiables han demostrado ser un desafío.

El estudio del caso de Ciudad Juárez como destino de atención sanitaria se considera relevante debido a que existe una larga tradición de prestación de servicios sanitarios a pacientes transfronterizos y un aumento en la demanda de servicios. No obstante, existen escasos estudios sobre el turismo médico de las fronteras que permitan conocer la realidad de un destino de turismo médico con estas características. ¿Cuáles son las circunstancias que se presentan para su desarrollo? ¿Qué tipo de pacientes solicitan los servicios? ¿Qué tipo de tratamientos son los que buscan?, ¿Cómo han respondido los prestadores de servicios a esta demanda? ¿Qué dificultades enfrentan? Esta localidad enfrenta una realidad social compleja, caracterizada por la falta de recursos para afrontar diversas problemáticas que se consideran prioritarias como la prestación de servicios básicos que han sido desplazados de las prioridades de atención debido a la etapa de inseguridad y violencia que se vivió hace cinco años. Los recursos de los presupuestos de gobierno estuvieron priorizados hacia la atención de la problemática mencionada. La propia complejidad del fenómeno, así como la creciente competencia que en los últimos años se ha desarrollado en esta materia, demanda la participación de distintos sectores y áreas de la economía como el turismo médico, cuya coordinación no es fácil de lograr, ya que requiere un enfoque de aproximación especializado que posibilite abordar la realidad de un destino turístico de salud. Esta tesis aporta el estudio de un caso de turismo médico de frontera. Se toma como base teórica el desarrollo de destinos turísticos en general y se adapta a la tipología del turismo médico lo aplicable de acuerdo a la evidencia empírica del caso de estudio y la literatura existente.

1.2 Objetivos y pregunta de investigación

En el marco de análisis descrito previamente, surge la pregunta de investigación de esta tesis.

¿Cómo se caracteriza el desarrollo de un destino de turismo médico de frontera?

Esta pregunta de investigación será respondida a través del estudio de un caso específico, que es Ciudad Juárez, Chihuahua, en México, ubicada en la frontera con El Paso Texas, en Estados Unidos. Con el propósito de dar respuesta a esta pregunta se planteó el siguiente objetivo general.

Analizar el proceso de desarrollo de un destino turístico médico de frontera.

Para lograrlo, se definieron los siguientes objetivos específicos.

1. Conocer de manera descriptiva la evolución del caso concreto de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
2. Modelizar los aspectos relevantes que permite entender el turismo médico en una zona de frontera.
3. Identificar y entender los aspectos y elementos que condicionan el desarrollo del destino.

1.3 Estructura de la tesis

Para el logro del objetivo propuesto la presente investigación se ha estructurado en tres partes que quedan recogidas en siete capítulos.

La primera parte de la tesis responde a la voluntad de contextualizar teóricamente la investigación realizada. Esta fase ha consistido en una exhaustiva revisión de la literatura sobre los temas centrales que enmarcan esta tesis doctoral: el turismo médico, el desarrollo de destinos turísticos y la frontera.

Los capítulos primero y segundo pretenden ofrecer una visión global que ayude a situar los diferentes constructos que son objeto de análisis de esta investigación. A partir de la revisión bibliográfica de las aportaciones de diferentes autores, se pretende ofrecer un esbozo de las transformaciones, procesos y eventos que pueden ayudarnos a entender la realidad del fenómeno del turismo médico y la importancia del mismo en una ciudad fronteriza que se desarrolla como destino turístico médico.

El capítulo uno presenta el turismo médico, describe las diferentes realidades y las diferencias entre las diversas tipologías que existen de este fenómeno, los distintos enfoques para su estudio y los principales destinos internacionales que se conocen. Precisamente otro de los objetivos de esta primera parte es mostrar la complejidad de este fenómeno y evitar el reduccionismo que implica su análisis aislado. En segundo lugar se muestran los argumentos presentados por diferentes autores que ayudan a entender la importancia de este fenómeno en el conjunto de la sociedad actual y especialmente en determinados sectores que se ven sometidos a determinadas circunstancias relacionadas con el turismo médico, con los servicios médicos que tienen a su alcance.

El capítulo dos aborda el tema de destinos turísticos y frontera. El constructo de destino turístico, las tipologías de destinos y los sistemas desarrollados; también se examinan las definiciones de turismo y frontera.

En la segunda parte de la tesis se ha tratado de situar las observaciones en un marco social más amplio. Se presenta de forma detallada la estrategia metodológica utilizada para realizar el trabajo investigativo. Estos elementos son contenidos en el capítulo tres que muestra el abordaje inductivo desde un paradigma constructivista. Se menciona la población objeto de estudio, los métodos utilizados para la obtención de datos (muestreo selectivo de informantes clave), las técnicas utilizadas (entrevistas en profundidad, abiertas y semi-estructuradas) y el análisis temático.

El constructivismo es un paradigma de investigación que niega la existencia de una realidad objetiva, "afirmando en cambio que las realidades son construcciones sociales de la mente, y que existen tantas construcciones, como individuos (aunque es evidente que se compartirán muchas construcciones)" Guba y Lincoln, (1989, p. 43) en Glaser y Strauss, (1967). Bajo este paradigma, la investigación que se presenta se ha llevado a cabo en el campo del turismo médico con un enfoque cualitativo, utilizando como metodología la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). La selección de esta metodología obedece a que proporciona un conjunto de estrategias útiles para el estudio de un fenómeno que consiste en un proceso de interacción situado. Es decir, un proceso contextualizado y mediado por asuntos culturales. Otro elemento que favoreció la elección de la metodología mencionada

es que, al tratarse del tema de turismo médico, el fenómeno implica la atención sanitaria, el cuidado de pacientes, que es “un encuentro con el otro, un encuentro con lo diferente a nosotros mismos, con lo perturbador que esto puede ser” (De la Cuesta Benjumea, 2006 p.136). Los estudios cualitativos en general, hacen evidentes componentes de la atención sanitaria que no son considerados en los estudios cuantitativos y permiten de esta forma la comprensión y la justa valoración del trabajo de brindar atención sanitaria.

Por lo anterior, esta tesis estudia cómo se ha producido en el contexto de una ciudad fronteriza de México con los Estados Unidos (Ciudad Juárez) la creación de una oferta de servicios de salud en el espacio fronterizo que viene a dar respuesta a una demanda por parte de pacientes extranjeros, en su mayoría provenientes del vecino país. La realidad de un destino de turismo médico fronterizo es distinta a la de otros destinos que carecen de esta cualidad. Esta realidad tiene voz propia, no se ha escuchado todo lo que puede decir acerca de su situación, de sus demandas, de sus satisfacciones, sus dificultades y opciones de solución; en definitiva, de su condición como destino de turismo médico fronterizo, que es lo que verdaderamente interesa a esta investigación.

Nuestro mundo y vivencias están completamente mediatizados por las formas que se usan para pensar, codificar, transmitir, registrar la información que nos llega y que emerge de nosotros. Por consiguiente, desde los inicios de la investigación se tuvo muy presente la necesidad de centrarse en un aspecto concreto del turismo médico: el proceso de desarrollo del destino médico. En la literatura académica están surgiendo numerosos trabajos que abordan toda una amplia y variada gama de temáticas dentro del estudio del turismo médico desde una perspectiva descriptiva, y cualitativa, orientados hacia la comprensión de algunos aspectos de la demanda de atención sanitaria Adams et al., (2015), Runnels et al., (2014), Casey, Crooks, Snyder, y Turner, (2013), Johnston et al., (2012) pero desde la presente investigación se pretende profundizar en aspectos concretos que no hubiesen sido tratados con anterioridad, como el proceso de desarrollo de un destino médico, desde una perspectiva de la oferta y particularmente del turismo médico de ciudad fronteriza y el turismo de la diáspora. Generar conocimientos específicos que coadyuven a reducir los *gaps* de investigación sobre el tema. Estos aspectos se relacionan con las particularidades y los aspectos que caracterizan el desarrollo de este tipo de destinos médicos.

Por este motivo, centrar la atención en un sector específico como es el turismo médico de frontera y más concretamente, el turismo médico de Ciudad Juárez como caso de estudio, el cual ha tenido un papel secundario y pasivo en los diferentes estudios analizados, así como hablar del éxito y no del fracaso, incluso de integración y no de exclusión de la ciudad, se alzaba como reto deseable.

A medida que se avanzaba en la investigación, la obtención de conocimiento respecto a este proceso se fue convirtiendo en un tema que cada vez adquiriría mayor relevancia por las dimensiones y complejidad del mismo, que tienen que ver con objetivos contradictorios desde la esencia misma de los constructos que lo definen, como “turismo” y “médico” que implican connotaciones opuestas. Es interesante la forma en que los actores participantes en las entrevistas en profundidad narraron desde su perspectiva (de la oferta) la situación personal de salud, con relación a la atención sanitaria en el país de origen o de residencia de los pacientes y la consecución del éxito en su proyecto de atención sanitaria, pasando

por la elección de Ciudad Juárez como destino receptor y la superación de los distintos obstáculos a los que a priori se enfrenta cualquier persona que se encuentre en dicha situación.

Para ello, al momento de realizar las entrevistas, se partió de una serie de preguntas abiertas para conocer la historia detrás del proceso y de esta forma, a medida que se iban obteniendo respuestas interesantes, a partir de los discursos de los actores participantes, se fue construyendo una teoría a través del proceso inductivo con elementos de comparación constante, que culminó con los resultados que se plasman en esta tesis y que se traducen en una aportación de tres distintos tipos de resultados para contribuir al conocimiento del fenómeno del turismo médico en las fronteras.

Estos tres constructos turismo médico, frontera y desarrollo del destino turístico conforman la esencia de la tesis y son analizados con más detenimiento en los siguientes capítulos.

A lo largo de la tercera parte, a partir del capítulo cuatro se presenta en primer lugar la contextualización del caso de estudio, se describe la situación de Ciudad Juárez y su entorno, y una narrativa de la génesis y evolución del turismo médico en ese destino, la ciudad fronteriza de Juárez, México, con El Paso, en Estados Unidos. Adicionalmente, en el capítulo cinco se presenta el modelo teórico dual de turismo médico, que explica de forma teórica la interrelación entre la literatura de turismo médico aplicada en el marco de los destinos turísticos y la frontera, en el cual se han identificado las características que distinguen un destino médico fronterizo y sus diferencias de los destinos internacionales mayormente estudiados en la literatura.

Al final de la tercera parte se muestra el resultado analítico que se ha realizado en el estudio empírico basado en los aspectos relevantes, producto del análisis temático que facilitan la comprensión de la realidad del proceso de desarrollo de un destino de turismo médico fronterizo, que ha permitido extraer un conjunto de elementos para la discusión, que se presenta en el capítulo seis y las conclusiones que se presentan en el último capítulo.

1 Bases conceptuales

Los avances en la tecnología de las telecomunicaciones, un rápido incremento en la movilidad humana, el cambio de las relaciones políticas y muchas otras innovaciones han aumentado el ritmo de la globalización. El proceso de globalización ha reunido a muchos países en una variedad de relaciones económicas, sociales y políticas, lo que resulta en que las economías del mundo cada vez más participan en un sistema interdependiente (Ohmae, 1992). Si bien esto tiene muchas implicaciones positivas, la globalización está dejando atrás las estructuras y reglas necesarias para su gestión. En muchos destinos turísticos, las instituciones, los sistemas de administración públicos y la mentalidad social a menudo están mal preparados para los rápidos cambios que se producen. Por otra parte, si bien la globalización en sí misma no es suficiente para establecer la estabilidad política necesaria para el desarrollo sostenible, sin la globalización, la cooperación y la colaboración entre los países sería inviable. Por lo tanto, en el proceso de la globalización, la cooperación y la colaboración entre los países son esenciales para lograr un desarrollo sostenible, incluyendo el desarrollo sostenible en el turismo (Timothy, 1999). Uno de los sectores que ha sentido con mayor fuerza el efecto de la globalización es el turismo, el cual se desarrolla vigorosamente entre países que sostienen estrechas relaciones de colaboración.

La Organización Mundial del Turismo (2015) afirma que durante las seis últimas décadas el turismo ha experimentado una continua expansión y diversificación, convirtiéndose en uno de los sectores económicos de mayor envergadura y crecimiento del mundo. Esto ha traído como consecuencia que un número creciente de destinos de todo el mundo se han abierto al turismo y han invertido en él, haciendo del mismo un sector clave para el progreso socioeconómico, a través de la creación de puestos de trabajo y de empresas, la generación de ingresos de exportación y la ejecución de infraestructuras.

Las llegadas de turistas internacionales (visitantes que pernoctan) batieron el récord de los mil 133 millones a escala mundial en 2014, partiendo de los mil 087 millones en 2013. La demanda siguió siendo fuerte en la mayoría de los mercados emisores y destinos, a pesar de las constantes dificultades geopolíticas, económicas y sanitarias presentes en algunas zonas del planeta. Con 46 millones más de turistas viajando por el mundo (+4,3 %), 2014 ha sido el quinto año consecutivo de fuerte crecimiento, por encima de la media a largo plazo (+3,3 % anual) desde la crisis financiera de 2009 (OMT, 2015).

En este marco, antes de examinar las tipologías y conceptos de turismo médico es necesario partir de la definición de turismo, por lo cual se presentan las enunciaciones tradicionales del mismo.

En este capítulo se analizan el origen del turismo médico, las diferencias entre turismo de salud y turismo médico, la incongruencia del término, sus implicaciones y los distintos nombres con los que se conoce este tipo de turismo, posteriormente se estudian con más detalle las características más relevantes del fenómeno en cuestión y las diversas tendencias que presenta según la aproximación desde la cual se realice su estudio. Se analiza la importancia que está adquiriendo este fenómeno; el crecimiento del mercado y los ahorros promedios en los principales destinos, para finalizar con las afectaciones que puede traer a los países participantes.

1.1 Turismo

Sergio Molina (2002) menciona los primeros esfuerzos por definir al turismo, que datan de la década de los treinta. El elemento gravitante se circunscribía al desplazamiento, al viaje efectuado por los turistas. Así, el turismo se entendía como el desplazamiento de los turistas, que reunía ciertas características específicas en cuanto a duración y motivación. En torno a tales conceptos se estructuraron diferentes definiciones que presentaban escasas variantes, las cuales, a su vez, incidieron en la determinación de un modelo tradicional interesado en los servicios de transportación, de alojamiento y de alimentación.

En este marco, Hunziker y Krapf (1942) elaboraron una definición que se considera clásica:

Turismo es el conjunto de las relaciones y los fenómenos producidos por el desplazamiento y permanencia de personas fuera de su lugar de domicilio, en tanto que dichos desplazamientos y permanencia no están motivados por una actividad lucrativa principal, permanente o temporal.

Benschdeit, en Molina E. y Rodríguez A (2002) afirmaba:

El turismo es el conjunto de relaciones pacíficas y esporádicas que resultan del contacto entre personas que visitan un lugar por razones no profesionales y los naturales de este lugar.

Posteriormente, la Organización Mundial del Turismo (OMT) elaboró un concepto de turismo que resulta muy restringido para comprender los alcances del fenómeno. Su utilidad se limita a usos estadísticos:

El turismo es el desplazamiento fuera del lugar de residencia habitual, por un periodo mínimo de 24 horas y un máximo de 90 días, motivado por razones de carácter no lucrativo.

Este concepto ha servido de soporte para elaborar estadísticas en todo el mundo a partir de las cuales se intenta describir y explicar el fenómeno en una localidad, región, país o continente (Molina E. y Rodríguez A, 2002).

Obviamente, el turismo no alcanza a ser reflejado por ninguna de las definiciones señaladas. El turismo hoy en día ha alcanzado connotaciones, significados y consecuencias de una gran complejidad que trascienden elementos cuantitativos e incrementalistas. Actualmente es el resultado de procesos sociales y culturales, no completamente cuantificables, que resultan imprescindibles para comprenderlo y para llevar a cabo acciones que permitan obtener de él los mejores rendimientos globales, ya sean financieros o no financieros (Molina E. y Rodríguez A, 2002).

En este capítulo se examinan los conceptos turismo de salud y turismo médico; términos que si bien en ocasiones son usados indistintamente en la literatura académica, en este trabajo se plantea la composición de distintos elementos para cada uno de ellos. Sin embargo, cabe mencionar que en México se hace referencia a este fenómeno, como turismo de salud o turismo médico indistintamente. El turismo de salud se extiende a otras modalidades turísticas como el turismo de bienestar o *wellness*, convirtiéndose en un concepto más integrador, mientras que el turismo médico se refiere a la prestación de atención sanitaria o el comercio de bienes y servicios de salud entre países. Para abordar el análisis de estos constructos se consultaron los trabajos desarrollados por un conjunto de

académicos investigadores especialistas en la materia, que destacan por la importancia de sus trabajos.

1.2 Turismo médico

El turismo médico, también conocido como turismo de salud, o viajes por motivos de salud, es un término inicialmente acuñado por las agencias de viaje y los medios masivos de comunicación para describir el creciente fenómeno de las personas que buscan atención médica en países distintos al de origen (Kumar, 2009). La población viaja para hacer uso de un servicio que es más económico que en su país, particularmente aquellos pacientes que tienen que pagar estos servicios de su bolsillo, porque carecen de seguro médico o porque éste tiene una cobertura limitada (S.S. Rose Mary, 2014). O a la vez, cuando a nivel local no se ofrecen o no son accesibles ciertos tipos de tratamientos, o también se debe a largas listas de espera para un procedimiento no urgente en su sistema público de salud (Snyder, Crooks, y Johnston, 2012).

El origen de los viajes internacionales por motivos de salud se remonta a la época de la antigua Grecia, donde existía un santuario en honor de Asclepios, dios de la medicina; era el lugar al cual se acudía para curarse de diversos males. Con el transcurso del tiempo se incrementó el número de lugares de este estilo en el mundo griego, que se visitaban primordialmente en busca de la salud disminuyendo su significación estrictamente religiosa (Louis Turner y Ash, 1991). Desde entonces los viajes por motivos de salud se han diversificado considerablemente.

El turismo de salud es considerado por muchos autores como un término holístico, del cual se derivan el turismo médico y el turismo de bienestar. Es definido como un 'nicho' Connell, (2006), o la suma de todas las relaciones y fenómenos resultantes que conducen a mejorar, promover, estabilizar o restaurar la salud y realzar la moral de los individuos (Mueller y Lanz Kaufmann, 2001).

El término 'turismo de salud' usualmente se refiere a los desplazamientos que realiza una población en busca de un destino que se considera saludable por sus características o atributos físicos (como aguas termales o minerales, así como un clima agradable), o por las actividades que se pueden realizar en función de dichos atributos (baños en spas, meditación, yoga, entre otros). El 'turismo médico', en cambio, usualmente se refiere a los desplazamientos que hacen las personas en busca de capacidades clínicas, de la infraestructura médica y de los costes del destino. Los turistas o viajeros médicos suelen buscar procedimientos electivos, así como cirugías especializadas complejas tales como reemplazo de articulaciones, cirugía cardíaca, procedimientos dentales, cirugía bariátrica y estética. Casi todos los tipos de cuidado de salud, incluyendo psiquiatría, adicciones, tratamientos de medicina alternativa e incluso de convalecencia se incluyen en el turismo médico (Todd, 2012).

En la época contemporánea el turismo médico se produce entre países ricos y pobres, y está motivado por una variedad de elementos, tales como: el costo del tratamiento, la calidad de los servicios, la longitud del tiempo de espera, el procedimiento, legalidad, y disponibilidad de la medicina complementaria y alternativa (Bookman y Bookman, 2007).

Efectivamente como dice Connell,(2006), el turismo médico vincula los viajes de placer, el acto de buscar diversión, relajación, escape del estrés y las tensiones de

la vida diaria, con la búsqueda deliberada de intervenciones médicas, como la cirugía cardíaca, de órganos y médula ósea, inyecciones de células madre, mejoras corporales y cuidado dental. Pero esto sucede en destinos con grandes atractivos turísticos. No obstante el turismo médico que existe en otro tipo de destinos, puede presentarse sin vincular la atención sanitaria al viaje de placer. Existen varios factores que han contribuido al desarrollo del turismo médico en los últimos diez años. El alto costo del tratamiento y la atención en Estados Unidos ha dado lugar a que cierta parte de la población busque activamente alternativas médicas menos costosas.

Johnson y Garman, (2010 P. 171) definen el turismo médico de la siguiente manera: *es cuando un individuo viaja fuera de su región o país en búsqueda de atención médica que es más accesible, de mayor calidad, de menor costo, o alguna combinación de estos factores.*

Los viajes de salud internacionales, a veces también llamados “turismo médico”, han sido ampliamente definidos como los movimientos de las personas de un país a otro para obtener los servicios de salud (Pennings, 2006). Este movimiento de personas desafía los imaginarios territoriales tradicionales de los Estados-nación, donde la atención sanitaria se ha producido, distribuido, regulado y consumido a nivel doméstico y que han sido históricamente un aspecto central para el proyecto biopolítico de la gestión de la población y la legitimación de la regla estatal.

Los pacientes sometidos a procedimientos esenciales podrían ser atraídos por los bajos costes y una mayor accesibilidad de atención en otros países, mientras que los pacientes de opción electiva (por ejemplo la elección de una cirugía estética) buscan, además del costo asequible, recuperarse en un entorno tranquilo y que les garantice un cierto anonimato (Todd, 2012).

Es común encontrar que los destinos de turismo de salud y turismo médico atraigan a los pacientes a través de una combinación de oferta de servicios que incluya la calidad de la atención médica con sus terapias y recuperaciones en lugares naturalmente atractivos. Sin embargo, autores como Kangas, (2010) y Crooks, Valorie A., Cameron, Keri, Chouinard, Vera, Johnston, Rory, Snyder, Jeremy y Casey, (2012) hacen énfasis en que al referirse al turismo médico y promocionar una atención médica combinada con vacaciones, se tiende a vincular en exceso los desplazamientos por motivos de salud con aquello que tradicionalmente se asocia a las vacaciones, como prácticas lúdicas, ocio y consumo.

Por su parte, Kangas, (2010) menciona que el referirse a los viajes para recibir tratamientos para prolongar la vida como ‘turismo’ trivializa las condiciones de salud y la falta de servicios en el país de procedencia, haciendo que el viaje parezca más frívolo. Agrega la autora, que la gente viaja en busca de la atención médica, porque no tienen acceso a ella en su país.

Milstein y Smith, (2007) se refieren a los pacientes internacionales como “de alta mar” al realizar viajes muy largos o como “refugiados”, término que denota la intención de escapar de una realidad amenazante que podría transformar su forma de vida en su país de residencia. En los Estados Unidos, por ejemplo, una cirugía con un costo de 200 mil U.S. dls. les llevaría a tener que vender su casa, o a una situación de endeudamiento o empobrecimiento, lo cual es una de las situaciones

que los pacientes buscan evitar. Ambas alusiones revelan la imposibilidad de algunos sistemas de salud para cumplir con la tarea principal de cualquier sistema de salud moderno: prevenir y atender enfermedades (Leal, 2011), sin exponer a los ciudadanos a tener que buscar opciones fuera de su país. Incluso otros autores se refieren a los pacientes que se ven obligados a viajar para realizar procedimientos que son fuera de la ley en sus propios países, como “exiliados” (Matorras, 2005).

Todd,(2012) se inclina por una acepción económica. Plantea que el turismo médico es la práctica de viajar fuera de la ciudad natal para acceder a servicios médicos o dentales, pruebas de diagnóstico costosas y sofisticadas que, dependiendo del lugar de destino y el procedimiento solicitado, pueden comportar un ahorro de entre un 50 y un 90 % del precio pagado en su país de origen.

I. Glinos et al., (2010) han analizado la movilidad de pacientes transfronterizos y proponen una tipología para ser utilizada en lugar del término ‘turismo médico’. Definen la movilidad de pacientes transfronterizos de la siguiente forma:

Otra forma de denominar el fenómeno es la movilidad de pacientes transfronterizos que viajan a otro país con el propósito de recibir atención médica planificada. Esto implica un movimiento deliberado, fuera del país de residencia donde viven y pueden o no tener cobertura de atención médica. “Por cobertura de atención médica entendemos el derecho que tiene cada paciente de tener acceso a la atención sanitaria, por el hecho de estar afiliado a un régimen de seguro de salud, ya sea público o privado” (I. A. Glinos, Baeten, Helble, y Maarse, 2010 p.1146).

Se sabe que el viajar para recibir atención médica en la búsqueda de bienestar (*wellness*) ha existido desde hace mucho tiempo. Destinos, tales como Harley Street, en Londres, o Houston, Texas en Estados Unidos, son famosos como centros internacionales de atención médica. No obstante, en las últimas dos décadas una forma de “globalización inversa” se ha producido con los pacientes de los países más desarrollados que viajan en busca de atención médica a los países menos desarrollados, por una combinación de razones que implican costo, acceso, servicio y calidad, volcando nociones implícitas de la territorialidad de atención de la salud (Connell, 2013). El turismo médico es un ejemplo de cómo las fuerzas de la globalización están reconfigurando lo que había sido un servicio localizado relativamente estable: el tratamiento médico en cada país (Jenner, 2008).

La idea que de forma común viene a la mente de las personas al hablar de turismo se relaciona generalmente con experiencias agradables, hermosas vistas panorámicas, diversión y esparcimiento. Lo que genera que al usar la palabra ‘turismo’ conjuntamente con el término ‘médico’ da origen a un conflicto que se deriva de la asociación con el concepto médico, el cual se relaciona directamente con enfermedad, malestar, molestia, dolor y, en ocasiones, angustia y depresión. Los autores que han estudiado este tema no acaban aún de definir el concepto de turismo médico. Con lo que sí concuerdan la mayoría es que el turismo médico surge cuando en un país el sistema de salud no brinda a su población los servicios que necesita para su bienestar, como establecen Whittaker y colaboradores: “Las desigualdades y los fallos en los sistemas de salud de los países de origen impulsan en gran medida la necesidad de viajar para recibir atención” (Whittaker, 2010, p. 336).

Ante esta indefinición del constructo surgen varios cuestionamientos, el turismo médico ¿es turismo? ¿es siempre igual? La revisión de la literatura apunta hacia

una orientación en la que el turismo es algo completamente distinto a los viajes por motivos de salud. Se trata de un fenómeno complejo que adquiere distintas características en cada destino, dependiendo de las necesidades de tratamiento de cada paciente.

En las últimas dos décadas el turismo médico ha crecido considerablemente (Whittaker et al., 2010), al grado que ha generado la creación de empresas en países como Estados Unidos y Canadá especializadas en publicitar y enviar a consumidores a destinos internacionales tan diversos como Barbados, Costa Rica, India y Tailandia. Turner, (2012) dice que la mayoría de estas compañías ofrecen una amplia gama de servicios de salud e incluyen valores agregados como reserva de boletos de avión, hoteles y excursiones que pueden realizar antes o después de someterse a una intervención quirúrgica.

En la actualidad, ante el problema de falta de cobertura de seguro médico que existe en los Estados Unidos y de la crisis que enfrenta su sistema de salud, los ciudadanos de ese país buscan opciones para satisfacer sus necesidades de servicios médicos que puedan pagar. Esto explica la tendencia a la alza de la demanda del turismo médico, que además es vista por algunos autores como la respuesta a una deficiencia en el sistema de salud norteamericano; ya que cada año Estados Unidos gasta más en atención de la salud, pero asegura un menor número de personas. El gasto en salud para 2015 se prevé que será de uno de cada cinco dólares gastados (Cortez, 2008).

El progresivo número de estadounidenses sin seguro médico, sobre todo en la clase media, se ha unido a la comercialización efectiva de las empresas de turismo médico y así han producido un número creciente de norteamericanos que viajan al extranjero para obtener atención sanitaria. China, India, Corea, Malasia, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia y ahora México son sólo algunos de los países competidores que buscan atraer pacientes del extranjero como una fuente de desarrollo económico (Jenner, 2008).

El turismo de salud rápidamente ha crecido y se ha convertido en un sector internacional donde las personas viajan largas distancias para obtener cuidado médico, dental y quirúrgico, disfrutando al mismo tiempo de un periodo de vacaciones (Heung et al., 2010). Esta modalidad de turismo ha aumentado en los últimos años, debido a los altos costes de los tratamientos desarrollados en las sociedades occidentales, las largas listas de espera, la oferta de vuelos internacionales relativamente económica, las tasas de cambio favorables y el envejecimiento de la generación del *baby boom* de la posguerra, muchos de ellos con un alto poder adquisitivo (Knickman y Snell, 2002), (Taleghani et al., 2011 p.549), (Connell, 2006).

Keckley, (2009) expresa que la creciente tendencia de viajar fuera del país de residencia para obtener servicios médicos, se espera que continúe aumentando de manera exponencial en los próximos diez años. Sin embargo, Todd, (2012) opina que a medida que el mercado de viajes de salud madure y se convierta en una actividad cuyos gastos sean reembolsados por las aseguradoras, los empleadores, o las pólizas de seguro médico autofinanciadas, éstos van a reaccionar negativamente si se menciona el "turismo", como parte del episodio de la atención,

para la cual ellos asumen la responsabilidad financiera del pago de reclamación de riesgos.

La contribución que hace Todd, (2012) relativa a la posible consolidación del intercambio de servicios de salud entre países a futuro, en una lógica de comercio, tiene un sentido económico importante desde la perspectiva empresarial. Además, permite visualizar opciones de desarrollo de turismo médico a destinos que, a pesar de no contar con grandes atractivos turísticos de belleza natural, como es el caso de Ciudad Juárez, pueden ofrecer otros beneficios más relacionados con la prestación de servicios de atención sanitaria, por ejemplo: una oferta de calidad certificada, infraestructura hospitalaria de alto *standing*, ubicación de proximidad, accesibilidad y asequibilidad de servicios para los pacientes y una oferta de profesionales de la salud reconocidos por su trayectoria internacional. Estos elementos aportan una valoración positiva al estudio del desarrollo de destinos turísticos de frontera, los cuales han sido poco estudiados.

La brecha de personas sin cobertura médica ha ido en aumento constantemente, hasta el punto que en 2009, el 16,7 % de las personas que vivían en los Estados Unidos no tenían seguro. Este porcentaje representa 50,7 millones de personas que carecen de protección para todo el año, excluyendo a los que estaban sin cobertura durante ese periodo de tiempo, lo que incrementaría esta cifra (Vargas Heredia, 2013).

Un dato interesante es el que predijo la Oficina de Presupuesto del Congreso: "Sólo el 20 % de los 55 millones de personas que no son ancianos y que no tienen cobertura de protección de asistencia sanitaria obtendrá un seguro durante el 2014" lo que significa que el número de personas sin seguro al 2014 se reduciría a 44 millones de personas. De hecho, se proyecta que esa cifra de no asegurados nunca será menor a los 30 millones de personas durante la próxima década (Edelheit, 2012b).

Autores como Manhas y Ramjit, (2015); Moreira, (2014); Hanefeld, Lunt, Smith, y Horsfall (2014); Yeoh, Othman, y Ahmad,(2013); Turner,(2012); Sarwar et al., (2012), y Assenov, Rerkrujipimol, y Ilian,(2011) han estudiado el turismo médico desde una perspectiva de marketing para entender el comportamiento de los pacientes. Los proveedores de servicios en los países en desarrollo están tratando de ofrecer servicios de calidad que en muchas ocasiones superan las condiciones de los servicios en el país de procedencia. En el deseo de ser auténticos, los proveedores de turismo médico de países en desarrollo pueden ir más allá de la reproducción de autenticidad, al superar los valores y las expectativas típicas culturales de los pacientes extranjeros; se convierten en 'hiperauténticos'. Connell (2006) informa que los hospitales de los países menos desarrollados se dirigen a los turistas médicos, modificando su diseño espacial-material, creando alas de hospitales dedicados al turismo médico y habitaciones individuales que son similares a las habitaciones de un hotel de alta calidad. A la vez, Cook (2010) habla de la contratación de personal multilingüe, servicio de transporte y traslado aeropuerto-hospital-aeropuerto y proporcionando cuidados de enfermería de uno-a-uno.

Para el paciente extranjero, esto puede superar sus expectativas y experiencias de autenticidad, de acuerdo a su formación y comprensión cultural del tratamiento médico y el cuidado en su país de procedencia. Esto es hiperautenticidad; el

servicio está más allá de sus expectativas. Esta situación podría significar que el turista médico ve ahora a los servicios médicos en su país como deficientes, aunque no necesariamente menos auténticos. La mirada del turista es muy sensible con escrutinio en el descubrimiento de las diferencias intrincadas para dar a conocer algo que es "nuevo" (Urry, 1990). Las alteraciones en la organización material y el diseño espacial no sólo son evaluadas a través de la mirada; sino que también son experimentadas y evaluadas de forma activa a través del cuerpo.

Sin embargo, estas batallas sobre las construcciones de autenticidad, continúan. Una encuesta realizada por la Sociedad Australiana de Cirujanos Plásticos informó que 48 de 60 cirujanos han visto al menos un paciente con complicaciones o resultados pobres de turismo cosmético (Metlikovec, 2007). Si bien estos resultados no están ligados por el lugar, los datos sirven para diferenciar el tratamiento en casa (lo conocido y fiable) a partir de los lugares extranjeros de turismo médico (lo desconocido y poco fiable). En consecuencia, no son los espacios o lugares donde se prestan los servicios lo no auténtico, sino más bien las formas de conocimiento, servicios y prácticas en el mismo. El contexto social, los valores culturales y, tal vez, el poder de lucro influyen claramente en esta construcción de la autenticidad (Cook, 2010).

Al mismo tiempo, la acreditación de la Joint Commission International (JCI), comúnmente promocionada como símbolo de alta calidad, con un número de médicos entrenados en Occidente, está asociada con reconocidos hospitales de países desarrollados y se asemeja más a promover una marca que a medir con rigor la calidad. Sobre éstos, el hecho de que un hospital extranjero haya alcanzado la acreditación basada en procesos de la JCI es una señal de que el hospital cuenta con recursos a su disposición y plausiblemente se podría inferir que también alguna información de calidad por la acreditación.

No obstante, nuevamente, se carece de evaluación empírica rigurosa de ese problema. El lugar donde reside la mayor preocupación sobre la calidad es el de la transmisión de enfermedades, y en particular las bacterias resistentes a múltiples drogas (Cohen, 2015). Aquí, en base a lo que se sabe sobre los vectores de transmisión de enfermedades y también los informes de casos clínicos, es justo mencionar que es un problema importante que plantea el turismo médico y que tiene graves consecuencias no sólo para el paciente de turismo médico, sino para otros ciudadanos del país de origen, que pueden estar expuestos a patógenos extranjeros; así como un costo importante para el hospital que tendrá que hacer frente a estas infecciones (Cohen, 2015).

1.3 Tipologías de turismo médico

A continuación se presentan los tipos de turismo de salud y las características o propósito del viaje según Todd (2012).

Tabla 1.1 Tipos de turismo de salud. Características o propósito

Tipos de turismo de salud	Características o propósito
Turismo de salud quirúrgico	Personas que viajan a un destino concreto para someterse a un procedimiento quirúrgico, ya sea como paciente internado en un hospital o como paciente externo (ambulatorio).

Turismo de salud para rehabilitación	Viajar para una rehabilitación de abuso de sustancias por un periodo prolongado, rehabilitación cardiaca y ortopédica.
Turismo de bienestar	Viajar a un complejo que se centra en el mantenimiento de una buena salud o un estado de bienestar. En Europa del Este, este término se asocia estrechamente con centros termales y centros turísticos que cuentan con el uso de agua de mar (talasoterapia) o agua mineral (balneoterapia) y lodos cargados de minerales y nutrientes.
Turismo médico	Las personas planifican unas vacaciones y agregan un procedimiento menor a su agenda, como un chequeo preventivo o un procedimiento cosmético de menor importancia (rellenos dérmicos, masajes, etc.), o incluso un análisis de swing de golf interpretado por un especialista en medicina del deporte o fisiólogo.
Sanaciones culturales	Las personas buscan la relajación o la auto-mejora a través de experiencias culturales e indígenas como el ayurveda, la medicina tradicional china, retiros de yoga, retiros chamánicos, ayunos de limpieza y hospedaje para meditaciones, sudor, etc.
Turismo de salud de anonimato	La gente viaja lejos de su comunidad para obtener la asistencia sanitaria que puede ser ilegal en donde viven, o que simplemente no quieren que otros sepan lo que han elegido hacer por su salud. Muchos profesionales de la salud, funcionarios gubernamentales y celebridades del deporte y entretenimiento se involucran en ello, donde sea posible absoluta discreción.
Slow Food y gastronomía	Personas que viajan a buscar el consejo de un nutricionista, chef personal o aprender nuevos estilos de vida saludables. Esta forma de turismo de salud se dirige a los consumidores que quieren incorporar más alimentos naturales y reducir su dependencia de los alimentos de conveniencia pre envasados y confiar más en la temporada, la granja a la mesa, maridajes de química de alimentos, e incluso los beneficios del vino y el resveratrol.
Turismo de salud de la tercera edad o jubilación	Una de las tendencias demográficas más comunes identificadas en todo el mundo es el envejecimiento de la población de la mayoría de las naciones. El interés académico sustancial, el gobierno y los medios de comunicación se han centrado en este fenómeno, con muchas predicciones hechas sobre el probable impacto de esta tendencia demográfica en una serie de sectores, incluido el turismo.
Turismo de diálisis	Personas con enfermedad renal crónica o insuficiencia renal, que viajan con seguridad, con una agenda adecuada y una planificación anticipada. En algunos casos, pueden encontrar la diálisis en el extranjero desde \$ 200 - \$ 400 USD por sesión en lugar de los \$ 4500 por sesión que cuesta en EUA.

Fuente: Elaboración propia con base a Todd (2012).

El turismo médico también puede distinguirse de otros tipos de movilidad de los pacientes internacionales, incluyendo los propuestos por Lunt, Mannion, y Exworthy (2013).

Tabla 1.2 Tipología de movilidad de pacientes

Los visitantes temporales en el extranjero	Algunos turistas inevitablemente tienen que acceder a la asistencia sanitaria en otro país, como resultado de un accidente o una enfermedad repentina mientras están de vacaciones o por negocios. Estos tratamientos se financian en común a través de los seguros privados. Dentro de la Unión Europea existen arreglos recíprocos que cubren la atención básica de salud en tales circunstancias.
---	--

Migración de jubilación	Es un fenómeno internacional creciente y un número importante de ciudadanos del Reino Unido están optando por trasladarse al extranjero y acceder a los servicios de salud proporcionados por su país de adopción.
Pacientes subcontratados	En algunos casos, los pacientes del National Health System (NHS) pueden ser enviados al extranjero para la atención de salud, financiado por la agencia legal o la puesta en marcha como parte de una serie de acuerdos de compra de servicios transfronterizos formales. Tales arreglos a menudo han sido facilitados por las resoluciones judiciales, como el caso Kohl-Dekker en la Unión Europea (UE) (Exworthy et al. 2001). Del mismo modo, un número creciente de pacientes procedentes del extranjero están subcontratando tratamientos en el Reino Unido y se trata por tanto de los proveedores privados y del NHS, con la financiación de los gobiernos nacionales, las regiones de salud y aseguradoras de terceros (Bertinato et al 2005, Rosenmöller et al 2006, Glinos et al., 2010).

Fuente: Lunt, Mannion, y Exworthy (2013).

Con relación a las áreas de especialidad por las que son reconocidos algunos países participantes en el turismo médico. Se presenta la siguiente tabla.

Tabla 1.3 Países famosos por áreas de especialidad

País	Especialidad
Singapur	Procedimientos de alta gama
Tailandia	Cirugía cardíaca, ortopédica y reasignación de género
Europa del Este	Turismo dental
España	Tratamiento de fertilidad

Fuente: Hanefeld, Smith Horsfall y Lunt (2014)

1.4 Importancia del turismo médico

La asistencia sanitaria se ha convertido en uno de los temas primordiales del siglo XXI, pues los gobiernos y los individuos enfrentan problemas complejos relacionados con la atención médica contemporánea, tales como el costo, la asequibilidad y el cambio de las tendencias demográficas (Jenner, 2008). En este mismo orden de ideas Vargas Hernández (2010) refiere que el sector salud ha sido afectado significativamente por la globalización económica, a pesar de su naturaleza de bien público no comercial y establece como marco para la definición del turismo médico, el modo 2 de suministro internacional de servicios de salud de acuerdo con la Organización Mundial de Comercio OMC, que contempla: La compra de un servicio de salud en un país por parte de un consumidor que usualmente reside en otro país. El turismo médico es un ejemplo de cómo las fuerzas de la globalización están reconfigurando lo que ha sido previamente un servicio estable localizado de atención médica (Jenner, 2008).

Uno de los principales conflictos que se enfrentan a la hora de estudiar el turismo médico es la confrontación del hecho de aceptar que los servicios de salud, cada vez más se están convirtiendo en un bien privado sujeto a comercialización, ya que de acuerdo con Reid, (2009), el cuidado de la salud es un derecho, al igual que la educación, garantizado por las constituciones de los países o sistemas jurídicos. El acceso a tratamiento no debe estar en función de la capacidad que tiene el paciente

para pagar. La cobertura universal es la regla y el seguro de salud no puede ser un negocio lucrativo (Reid, 2009). Sin embargo, la realidad que enfrenta la población de algunos países como Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido es muy distinta a lo que serían sus derechos, donde los pacientes han tenido que buscar otras opciones de atención sanitaria en el extranjero, por diferentes razones, que implican costo, acceso, servicio y calidad (Connell, 2013).

El turismo médico se constituye en la respuesta a la problemática que enfrentan algunos sistemas de salud al no estar en posibilidad de ofrecer a sus ciudadanos la atención médica de carácter público y de cobertura universal a la que se tiene derecho. Según Whittaker et al., (2010), las desigualdades y fallos en los sistemas de salud de los países de origen provocan en gran medida la necesidad de viajar para recibir la atención médica. Entre estos problemas destacan los altos costes de operación en el país de procedencia, los elevados costes de cirugías y largas listas de espera para recibir la atención necesaria, factores mencionados por autores como Knickman y Snell (2002), Connell (2006), Jarman y Greer (2010), Moscardo (2011), Smith y otros (2011), Horton y Cole (2011), Wendt (2012), Smith (2012), Blondeau (2014), Hanefeld y otros (2014), y Guseva (2014).

En América del Norte, tanto los Estados Unidos como Canadá enfrentan situaciones complejas en sus sistemas de salud. De acuerdo con Leigh Turner (2007), el problema de atención sanitaria en Canadá es debido a largas listas de espera, incluso para visitar al médico familiar. Los retrasos para intervenciones médicas, tales como reemplazo de cadera y rodilla, cirugía de columna, y algunos procedimientos oftalmológicos son un grave problema en ese país. Los gobiernos federales y provinciales están luchando para acortar las listas de espera y proporcionar atención oportuna. Los pacientes a menudo esperan meses para obtener citas con especialistas y así, adquirir pruebas de diagnóstico y recibir tratamiento. La falta de acceso a los médicos de familia puede hacer particularmente difícil la obtención de tratamiento. Reconociendo que muchos canadienses carecen de la posibilidad de obtener un tratamiento rápido, las empresas de turismo médico promueven los viajes a las instalaciones médicas en otros países (Leigh Turner, 2007b).

También se considera un fenómeno importante para su estudio por las amenazas potenciales que representan para los servicios sanitarios de los países emisores y receptores de pacientes. Lo anterior significa que si esta actividad económica no es planificada adecuadamente, podría provocar una mayor inequidad en el sistema sanitario; un aumento de la escasez de profesionales de la salud calificados; lo que es una de las causas para la prestación de servicios deficientes a la población en los países de destino. Asimismo, deteriorar la calidad de la atención, aumentar los problemas de acreditación que traen como consecuencia un crecimiento descontrolado del sector privado y el aumento de precios de los tratamientos médicos (Hazarika, 2010).

Desde la perspectiva económica, este fenómeno es uno de los sectores del turismo de más rápido crecimiento a nivel internacional. Actualmente algunos países están planificando los aspectos jurídicos y prácticos para participar en este mercado. Los países en desarrollo, en particular, se preparan para ofrecer servicios e instalaciones de lo más avanzado a los clientes internacionales que les permita entrar en el mercado internacional (Heung, Kucukusta, y Song, 2011).

La existencia de la demanda de este tipo de servicios parece corresponder con la vertiente psicológico-cognitiva del comportamiento del consumidor sobre los atributos de productos y servicios examinados por Kotler, (2000), aspectos que, relacionados con el turismo médico, han sido estudiados por Smith y Forgione, (2007) y Heung et al. (2010). Por otra parte, con lo que el paciente recibe a cambio del gasto efectuado, en términos del tiempo, dinero y esfuerzo, empleados para desplazarse al destino médico y obtener un servicio médico que necesita; la calidad y el valor percibidos por los visitantes, los llevaría a participar en los blogs de estos profesionales de la salud y a recomendarlos de boca a boca con sus familiares y amistades (Litvin, Goldsmith, y Pan, 2008), (Lunt, Hardey, y Mannion, 2010). A este enfoque pertenecen variables como la calidad y el valor percibido, que generalmente se asocian con percepciones racionales del paciente consumidor.

Según Bookman y Bookman (2007), el comercio internacional en los servicios médicos, tiene un gran potencial para la economía mundial. Ramírez de Arellano (2007) menciona que la inversión en la industria médica es una forma de aumentar el producto interno bruto (PIB), mejorar los servicios, generar divisas, crear un equilibrio más favorable en la balanza comercial e impulsar el turismo. Muchos países han reconocido la oportunidad de negocio que representan los viajes por motivos médicos, especialmente cuando se combinan con el turismo (Heung et al., 2010).

Cada vez un mayor número de países participan en este sector. Países como Singapur, India, Tailandia, Brunei, Cuba, Hong Kong, Hungría, Israel, Jordania, Lituania, Malasia, las Filipinas, y los Emiratos Árabes Unidos están emergiendo como los principales destinos de salud. Muchos otros países, entre ellos Colombia, Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, México y Turquía también están en el proceso de hacerse atractivos destinos para el cuidado de la salud, especialmente para la cirugía estética (Singh, 2008). Por su parte Connell (2006) menciona que Asia sigue siendo la principal región para el turismo médico, mientras que Woodman (2014) afirma que los mejores destinos de turismo médico son Costa Rica, India, Israel, Malasia, México, Singapur, Corea del Sur, Taiwán, Tailandia, Turquía y Estados Unidos.

El abordaje de las dimensiones del mercado se considera un reto, ya que las estimaciones y previsiones varían ampliamente entre las firmas de investigación del mundo. Estas disparidades se deben a inconsistencias en la definición de viajes médicos y la falta de datos verificables a nivel de país (Connell, 2013; Helble, 2011; Woodman, 2014; Yu y Ko, 2012).

Woodman (2014) define un viajero médico como cualquier persona que viaja a través de las fronteras internacionales con el fin de recibir atención médica. No se cuentan los expatriados en el país, turistas que necesitan atención médica de emergencia, acompañantes de viajeros médicos, o múltiples episodios de pacientes que se producen en el transcurso de una visita médica.

Con estas variables en cuenta se estima que el tamaño del mercado es de USD 38,5 a 55 billones basado en aproximadamente once millones de pacientes transfronterizos en todo el mundo que gastan en promedio de 3 mil 500 a 5 mil USD por visita, incluyendo todos los costes relacionados con la medicina transfronteriza y transporte local, la estancia hospitalaria y el alojamiento. Se estima que unos 1,2

millones de estadounidenses viajaron al extranjero para la atención médica en 2014 (Woodman, 2014). Esta situación está siendo aprovechada por los países en desarrollo que elaboran distintas estrategias para atraer los pacientes consumidores de atención sanitaria.

Wilson (2011) afirma que el conjunto de servicios de turismo médico tailandés aprovecha las ventajas de una economía menos desarrollada y trata de superar la desventaja de una ubicación no occidental, menos segura y moderna en el sur global, haciendo uso de los recursos estatales existentes y disposiciones afectivas, incluidas las orientaciones a la hospitalidad, perfeccionada en el sector servicios y en las codificaciones culturales de la jerarquía social. La literatura revisada hace escasa referencia al tema de la relación afectiva en el turismo médico, en particular, no se pone en valor una relación médico-paciente afectiva. Es interesante que en Tailandia se pone énfasis en las disposiciones afectivas sobre todo en el servicio turístico.

Knickman y Snell, (2002) se refieren a los desafíos que presentará para el sistema de salud de los Estados Unidos el envejecimiento de la población. Se prevé que la carga asociada a los gastos médicos no cubiertos se convertirá en muy grave. Los *babyboomers* que en 2030 tendrán entre 66 y 84 años, los “adultos jóvenes” llegarán a 61 millones de personas, que sumados a los que nacieron antes de 1946 los “adultos mayores”, que suman otros 9 millones adicionales, para el 2030 serán un total de 70 millones de personas que demandarán atención médica y que actualmente el sistema de salud no está preparado para atender. De la misma forma Woodman, (2014) hace referencia a la importancia de la variable demográfica al hacer mención de que la población mundial está envejeciendo y cada vez cuenta con mayores ingresos, a tasas que superan la disponibilidad de los servicios de salud de calidad. Además, los gastos médicos pagados del propio bolsillo para procedimientos críticos y electivos siguen aumentando, mientras que las naciones que ofrecen atención universal se enfrentan a cada vez mayores cargas de recursos. Estos controladores están obligando a los pacientes a buscar opciones de asistencia sanitaria transfronteriza, ya sea para ahorrar dinero o para evitar largas esperas para tratamiento.

Como un indicador del aumento de los flujos de pacientes transfronterizos, incluso desde países con financiación pública de atención médica universal, la provincia de Ontario, Canadá, vio un 450 por ciento de aumento de 2001 a 2008 en el número de pacientes reembolsados por recibir tratamiento fuera del país. Aun cuando gran parte de este tipo de atención es probable que se llevó a cabo en los Estados Unidos, el aumento sustancial señala el potencial de la nueva participación de los sistemas de salud pública con centros de atención externa, entre ellos se menciona la visita de representantes de un hospital de la India, para promover sus servicios en una conferencia de turismo médico en Toronto, Canadá, a finales de 2009 (Hopkins et al., 2010).

Se calcula que el mercado de turismo médico a nivel mundial está creciendo a un ritmo del 15-25 %, con tasas más altas en el norte, el sureste y el sur de Asia (Woodman, 2014). Una de las formas de percibir el crecimiento del mercado es a través del número de organizaciones de salud que están siendo acreditadas por la Joint Commission Internacional. Esta organización creada en 1951, es una organización sin fines de lucro que identifica, mide y comparte con el mundo las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes.

Brindan liderazgo y soluciones innovadoras para ayudar a las organizaciones de atención de la salud a mejorar el desempeño y los resultados en todos los entornos. Cuentan con un equipo de expertos que trabaja con hospitales y otras organizaciones de atención de la salud, sistemas de salud, ministerios gubernamentales, entidades de salud pública, instituciones académicas y empresas para lograr el mejor desempeño en la atención a los pacientes (“JCI-Accredited Organizations | Joint Commission International,” 2016).

A continuación se presentan los países con el mayor número de organizaciones de atención de la salud acreditadas por la Joint Comission International (JCI) y por tipo de programa de acreditación al mes de agosto de 2014. (Se presentan los de mayor cantidad de organizaciones acreditadas por orden descendente).

Tabla 1.4 Organizaciones acreditadas por la JCI en países seleccionados

País/ Programas	Emiratos Árabes Unidos	Arabia Saudita	Turquía	Brasil	Tailandia	Corea del Sur	China	Irlanda
Total de organizaciones acreditadas	89	65	50	45	37	32	31	26
Hospital	51	53	41	27	32	6	24	15
Atención ambulatoria	13	2	2	10	5	19	1	4
Atención primaria	1	5		2				
Atención continuada	1			2				1
Atención en el hogar				3				1
Laboratorio clínico	22	4	4					
Transporte médico	1		1	1				4
Hospital como centro médico académico		1	2			7	6	1

Fuente: Construcción propia con base en las cifras de la Joint Comission International, 2014

Como puede apreciarse, los Emiratos Árabes Unidos es el país con el mayor número de acreditaciones con la Joint Commission International. Tailandia, a pesar de ser considerado el país pionero por las experiencias que aporta al estudio de la literatura de turismo médico, se encuentra en el quinto lugar, después de Brasil, que es el único país de América que aparece en los primeros ocho países, con el mayor número de organizaciones acreditadas por esta organización. En la información obtenida en esta investigación se hizo referencia a los altos costes de la acreditación internacional. México sólo cuenta con diez organizaciones acreditadas.

Usando los costes en los Estados Unidos a través de una variedad de especialidades y procedimientos como un punto de referencia, a continuación se presenta el rango promedio de ahorro en gastos médicos para los destinos más transitados (Woodman, 2014).

Tabla 1.5 Rango promedio de ahorro en gastos de salud en principales destinos médicos

País	Porcentaje de ahorro
Brasil	20-30 %
Costa Rica:	45-65 %
India:	65-90 %
Malasia:	65-80 %
México:	40-65 %
Singapur:	25-40 %
Corea del Sur:	30 a 45 %
Taiwán:	40-55 %
Tailandia:	50-75 %
Turquía:	50-65 %

Fuente: Construcción propia con base en Woodman (2014).

1.5 Desarrollo del turismo médico

Los mayores beneficiarios de la reestructuración global de la asistencia sanitaria han sido unos pocos países, los cuales han experimentado crecimiento económico, cambio tecnológico, migración de retorno de trabajadores sanitarios cualificados, el crecimiento de una clase media (que ha reclamado la atención de salud superior), y son los principales nudos de comunicaciones aéreas internacionales; mayor número de expatriados y los nuevos mercados previstos para el crecimiento de la clase media hospitalaria del sector privado y el turismo médico posterior. Si bien esos factores fueron positivos, el aumento del turismo médico fue también una respuesta a la crisis financiera asiática de finales de 1990, ya que los países asiáticos buscaron fuentes alternativas de crecimiento económico, datos que coinciden con la expansión del turismo médico (Connell, 2013).

El fenómeno del turismo médico es complejo, diverso y multifactorial, los pacientes que buscan la atención sanitaria en otros países ya no son solamente las personas con abundantes recursos económicos, sino que cada vez se identifica una mayor segmentación del mercado. Sobre este tema Goodrich y Goodrich, (1987) afirman que en el turismo de salud hay al menos dos formas posibles de segmentación del mercado: la salud y los ingresos. Establecen que en la segmentación del mercado se incluyen aspectos geográficos, demográficos, psicológicos, de precio, uso y beneficios. Mientras Heung, Kucukusta y Song (2011) afirman que los productos de turismo médico combinan los componentes de la salud y el turismo. De acuerdo con Alsharif, Labonté y Lu (2010) el costo de los servicios, la reputación del médico especialista y la acreditación del hospital son los factores más importantes al elegir la atención sanitaria en el extranjero. Es interesante que estos autores destaquen los servicios de la atención sanitaria, lo que permite abrir opciones de otros tipos de destinos donde el elemento turístico no está presente, al menos de forma definitoria.

En el estudio realizado por estos mismos autores sobre el turismo médico en cuatro países, se identificó una gran diferencia en el tamaño de los hospitales. Ellos

mencionan por ejemplo que los hospitales de la India participantes en el estudio, todos eran grandes de 600 a 850 camas; en China eran de tamaño mediano y grande, de 310 a mil 200 camas; en Jordania todos eran medianos, de 150 a 350 camas; mientras que en los Emiratos Árabes Unidos, el único hospital participante era pequeño, de menos de 100 camas. Todos estos hospitales eran privados, ninguno ofrecía servicios exclusivos a pacientes internacionales y carecían de restricciones sobre el número de pacientes a atender con esas características. Varios de ellos tenían cuartos "VIP" disponibles para pacientes dispuestos a pagar los costes extras, los cuales eran utilizados con mayor frecuencia por los pacientes internacionales. Estos datos permiten observar las diversas opciones de servicios que pueden integrar el producto médico.

Ejarque (2014) refiere un análisis interesante relativo al producto turístico, el cual al trasladarse al turismo médico permite identificar que ante el empuje de la demanda del paciente-consumidor para adquirir productos turísticos ya no en paquete, sino de manera separada u optar por el *dynamic packaging*, es decir, la creación del paquete con la suma de diversos productos a elección del turista, se recomienda encontrar un justo término medio en una actividad que se sitúe entre la estandarización y la personalización. Una forma de personalización del producto se consigue con la consolidación de marcas especializadas en determinados productos. Por ejemplo, cuando existe un grupo de empresas, donde cada uno de los integrantes tiene un producto preciso y para un segmento específico. De este modo, existen propuestas para jóvenes, para ancianos, para el turista que quiere gastar poco, para quien quiere un producto de calidad, entre otros.

Gan y James, (2011) estudiaron la naturaleza de la diferenciación del producto en el mercado del turismo médico de los Estados Unidos. Estos autores afirman que los facilitadores de turismo médico en ese país funcionan de manera similar a una industria de competencia monopolística. Eligen diferenciar sus servicios de varias maneras, incluyendo la lista de países y hospitales que utilizan, el alcance de los tratamientos en los que se especializan, el grado de participación de los profesionales de la medicina en la empresa, y los tipos de servicios auxiliares que oferta. Los autores realizan un estudio exploratorio de la diferenciación entre 46 empresas facilitadoras. Utilizando el análisis de componentes principales se detectan tres componentes: un énfasis en proporcionar una amplia selección de destinos, otro en la preocupación del médico y uno más en los aspectos de viaje de turismo médico. Esta aportación es relevante para el turismo médico planificado de alcance internacional en el cual participan pacientes consumidores con diversas necesidades de atención médica, quienes cada día buscan estar mejor informados antes de tomar una decisión importante respecto a su salud.

Assenov et al., (2011) estudiaron las estrategias de marketing utilizadas por los proveedores de servicios de turismo médico en Tailandia para crear más valor a través de servicios y diferenciarse de su creciente número de competidores. Estos servicios incluyen el desarrollo y la intensificación de relaciones con los clientes mediante la oferta de transporte médico tanto aéreo como terrestre, apartamentos con servicios para los familiares acompañantes del paciente, cafeterías y restaurantes, servicio de inmigración en línea, traducción de diferentes idiomas, cuidado personal individual, atención personal de enfermería, servicios en línea para los arreglos médicos, centros de contacto, centro de paciente, la selección de hotel, reservas, servicios de excursiones de turismo, servicios de Internet y WiFi, etc. Las

aportaciones de estos autores confirman el liderazgo de Tailandia en cuanto a las estrategias de marketing para atraer pacientes consumidores de servicios de salud.

Uno de los elementos relevantes para ciertos segmentos del mercado como el de la diáspora, han sido mencionados por autores como Connell (2006).

A continuación se presenta una tabla con las categorías de turismo médico en función del tipo de paciente con base en Connell (2006).

Tabla 1.6 Categorías de turismo médico en función del tipo de paciente en destinos seleccionados

Categorías de Turismo Médico	Destino	Servicio
Pacientes de élite	Londres, Nueva York y Berlín	Tratamiento médico exclusivo y costoso
Clase media emergente mundial (2do. nivel de pacientes ricos).	América Latina y Asia	Procedimientos cosméticos
Pacientes de la diáspora de diversa condición socioeconómica	Malta, Corea y México	Diversos tipos de tratamientos y servicios
Pacientes transfronterizos	Territorio Fronterizo	Diversos tipos de tratamientos y servicios
Pacientes desesperados de países desarrollados en búsqueda de una solución como último recurso	Puede ser cualquiera	Diversos tipos de tratamientos y servicios

Fuente: Adaptado de Connell (2006).

En relación a los pacientes transfronterizos, se trata de un aspecto del turismo médico que ha sido poco estudiado y en el que se centra la presente investigación.

Una de las aportaciones relevantes de este estudio es arrojar luz al fenómeno del turismo médico en las fronteras. Macias y Morales, (2001) aplicaron una encuesta en una feria de salud en el Sur del Condado de Los Ángeles, cerca de 140 millas de la frontera EUA-México. La encuesta reveló que el 14 por ciento de los participantes habían cruzado la frontera para buscar atención médica durante el año 2001. Casi el 80 % de los que cruzan la frontera para recibir atención médica no estaban asegurados; mientras que el 70 % informó que la razón más común para la búsqueda de atención en México es el bajo coste; 28 % informó de la compra de medicamentos; de éstos, los adquiridos con mayor frecuencia fueron los antibióticos y para el dolor. El 90 % de los encuestados no estaban asegurados. Los autores afirman que el alto costo de la atención de salud y la falta de seguro obliga a los pobres y no asegurados a buscar atención médica de bajo costo y los medicamentos en México para satisfacer sus necesidades de salud más urgentes, a pesar de la carga de coste y los viajes.

Por otra parte, el aspecto afectivo de la experiencia de la visita de los pacientes para servicios de salud ha sido estudiado por Yeon, Lee, Kearns, y Friesen, (2010), para el caso de pacientes coreanos residentes en Nueva Zelanda que regresan a Corea a buscar la atención de salud. Otros autores, sugieren que la cultura particular de la medicina que se practica en las clínicas fronterizas de México con Estados Unidos puede ser un factor tan importante para influir en la fidelidad de los pacientes, como

la conveniencia y el costo; dado que regresan a buscar la atención médica, en una relación de médico familiar. Menciona también que aquellos pacientes que sustituyen la atención que reciben en el hospital de la frontera por su plan de seguro de salud de Estados Unidos lo hicieron no sólo debido a su costo, sino también por lo que percibieron como el estilo distintivo de la práctica médica en el hospital de la frontera. Los entrevistados mencionaron la rapidez de los servicios, la atención personal, medicamentos eficaces y el énfasis en la discreción clínica como signos distintivos de “práctica médica mexicana”; en oposición a las características del servicio que requiere referencias y pruebas frecuentes, la relación médico-paciente impersonal, protocolos de tratamiento uniformes y la dependencia en las cirugías, que han experimentado en el sistema de salud de EUA. Su estudio fue referente a una clínica privada en Tijuana, Baja California, frontera con San Diego en Estados Unidos (Horton y Cole, 2011).

Vijaya, (2010) afirma que en la India el turismo de salud es una fuente potencial de ingresos; pero también compite con el sector de la salud doméstica y podría transferir algunos de los problemas de salud de los países desarrollados a los países en desarrollo. También menciona la escasez de personal de enfermería con funciones de supervisión, que resulta en una constante rotación y escasez de personal. Por su parte NaRanong y NaRanong, (2011) afirman que el turismo médico de Tailandia, ha agravado la escasez de personal médico por atraer más trabajadores de los sectores privado y público hacia los hospitales que ofrecen sus servicios a los extranjeros. Esto ha elevado los costes en los hospitales privados sustancialmente y es probable que también afecte en los hospitales públicos y en el sistema de salud universal de seguro que cubre la mayoría de los tailandeses. Las declaraciones de estos autores coinciden con las afirmaciones de Chanda, (2002), Herrick, (2007a), Bernal, (2007), Cortez, (2008) Wranik y Martine Durier-Copp, (2009); Medhekar, (2014a) y Ormond, (2014b), quienes han abordado el problema de la escasez de profesionales de la salud en relación con el desarrollo del turismo médico.

Gupta, (2008) hace declaraciones sobre la afectación que ha sufrido el sistema de salud público de la India y afirma que quienes ganan en la industria turística médica son el sector médico corporativo y una sección de profesionales de la medicina en el país. Afirma también que la sociedad no ve ningún mecanismo mediante el cual los ingresos obtenidos por la industria fortalecerán el sistema de salud pública del país, como se expresa en los discursos del gobierno. Uno de los mecanismos gestionados por el gobierno de la India con los corporativos de hospitales ha sido brindar atención gratuita a pacientes pobres, a cambio de recibir subsidios del gobierno, a lo cual en repetidas ocasiones se han negado los hospitales corporativos y han escapado de este compromiso sin castigo. Sin embargo, al reservar algunas camas para los pobres en instituciones de élite no se aborda la necesidad de aumentar la inversión pública en la salud de tres a cinco veces el nivel actual.

Aun cuando los detractores del turismo médico exponen sólidos argumentos sobre las afectaciones que ha traído a países como la India, Tailandia y Malasia; Cortez, (2008) argumenta que los países en desarrollo pueden aliviar el problema que genera el turismo médico a los sistemas de salud en los países de destino mediante el uso de los ingresos procedentes de pacientes extranjeros a la subvención

cruzada de atención de la salud pública de los ciudadanos locales, y puede utilizar otras herramientas para disuadir la fuga de cerebros interna de los hospitales públicos. Los resultados netos de turismo médico en los países en desarrollo dependen, en gran parte, de la forma en que estos países deciden destinar los ingresos procedentes de pacientes extranjeros.

Este capítulo finaliza estableciendo que tanto el turismo de salud como el turismo médico adquieren cada día una mayor relevancia. Particularmente, algunos países en desarrollo, entre los que se encuentra México, han identificado en el turismo médico un nicho de oportunidad para la generación de beneficios económicos. La tendencia indica que empresas facilitadoras de turismo médico, destinos turísticos médicos, las comunidades de la salud y las clases medias y trabajadoras de los países participantes continuarán interactuando en la producción, comercialización y consumo de servicios de turismo médico. No obstante, los gobiernos deberán planificar cuidadosamente sus estrategias de desarrollo del turismo médico. Se trata de un fenómeno complejo que implica cuestiones éticas, de equidad en la prestación de servicios. Además es un tema en el que intervienen varias Secretarías de Gobierno como la de salud, la de economía, la de turismo y la de relaciones exteriores, entre otras, que al mismo tiempo tienen propósitos e intereses distintos, a veces difíciles de articular.

2 Destinos turísticos y frontera

En este capítulo se examinan los constructos, desarrollo de destinos turísticos, frontera y destinos de turismo médico; términos que comparten la relevancia del caso de estudio al tratarse del desarrollo de un destino de turismo médico en la frontera de Ciudad Juárez-El Paso. Debido a la escasa literatura existente sobre el desarrollo de destinos médicos en lo específico, se ha tomado como base el desarrollo de destinos turísticos en general, adaptando los elementos aplicables al turismo médico.

El capítulo se divide en tres partes: En la primera se analizan un conjunto de conceptos que permiten explicar lo que se entiende por destino turístico, lo cual es fundamental para comprender el desarrollo de un destino médico, al constituirse en la unidad de análisis sobre la que recae la construcción del objeto de estudio. En esta primera parte se analizan un conjunto de tipologías de clasificación de destinos turísticos elaboradas por diversos autores y organizaciones. La segunda parte del capítulo hace referencia a la frontera, el turismo que existe en las zonas fronterizas, y sus características, lo que facilitará la comprensión de la realidad del destino médico bajo estudio. En la tercera parte se presentan los elementos de un destino de turismo médico, lo que permitirá realizar el análisis del caso de estudio con base en la teoría sobre esta temática.

2.1 Destinos turísticos

El destino turístico es un conjunto de recursos que generan una capacidad de atracción suficiente para inducir a un viajero a realizar los esfuerzos necesarios para desplazarse hasta él (Ejarque, 2014). Un destino funcionará siempre y cuando responda adecuadamente a los deseos del mercado. En la actualidad para que una ciudad atraiga turistas no basta con que ofrezca un gran número de museos y de monumentos, aunque sean muy interesantes; precisamente el concepto de destino turístico ha evolucionado porque el mercado ya no pide lo mismo. Por otra parte, un destino turístico no es un objeto físico. Tinsley y Lynch, (2001) señalan que el término destino turístico es un constructo, es decir, un objeto conceptual, una creación mental.

La oferta de un destino turístico debe crearse. Cada destino, cada ciudad, cada región tiene su propia historia, sus edificios, sus monumentos y sus habitantes. El destino es un “continente” que tiene que ser llenado con diferentes elementos y al que hay que dotar de contenido. Este proceso de creación y elaboración de los contenidos deberá corresponderse con las características y los factores propios e internos del destino. Es decir, si una región se caracteriza por su excelencia culinaria, deberá aprovechar esta potencialidad para intentar abrirse un hueco como destino de turismo gastronómico (Ejarque, 2014). Como puede observarse, la aproximación al estudio del destino turístico por parte de este autor se enfoca en el mercado.

Otros autores han definido al destino turístico desde perspectivas geográficas, aunque algunas de ellas incluyen componentes de otras áreas del conocimiento. Así, Metelka, (1990) define al destino turístico como el lugar hacia el que se viaja. Por su parte Cooper y Hall, (2008) se refieren al destino como un concepto espacial geográfico, destacando la importancia de los atractivos con un enfoque de demanda en el sentido de que son los visitantes quienes lo definen como tal; otorgan importancia a los recursos naturales y culturales, a instalaciones, infraestructura y

servicios, destacando finalmente la importancia del marketing en la gestión del destino.

Tipologías de destinos

Una distinción importante es la relativa al tipo de actividad predominante que el turista realiza cuando llega a un destino. Desde este punto de vista se pueden distinguir siete tipologías diversas (Ejarque, 2014).

1. El destino de negocios. Es el propio del turismo corporativo, es decir, el relativo al movimiento de los ejecutivos y los hombres de negocios de las grandes empresas y al turismo MICE (*meeting, incentive, conference, exhibition*), turismo en el que se realizan reuniones, viajes de incentivos, asistencia a ferias comerciales y congresos. Madrid es el típico destino de turismo de negocios.

2. El destino vacacional o *leisure*. Tiene como elementos de atracción la cultura, las compras, la gastronomía y el espectáculo. No es el modelo típico de la ciudad de arte italiana, que tiende a ser monotemática. Encajan en este grupo ciudades como Avignon, Salzburgo, o Edimburgo, a las que se acude con motivo de la celebración de sus respectivos festivales teatrales; Londres y Nueva York como capitales del espectáculo y para el turismo de compras; o Amsterdam y Barcelona, sedes de numerosos eventos y exposiciones.

3. Los destinos de sol y playa. Este tipo de destinos se están remodelando, para alargar la temporada cada vez es más frecuente que añadan a las motivaciones ligadas al mar, sol y playa, atractivos propios del turismo de negocios en la temporada baja. Estos destinos pueden mantener precios más económicos en un entorno mejor que el que ofrece una ciudad y desde ese punto de vista resultan por lo tanto muy competitivos. El turismo de mar, sol y playa para seguir siendo competitivo se orienta cada vez más hacia una oferta de vacaciones activas, hacia aquello que los franceses llaman “temporadas náuticas”. Especializándose en algunos deportes, desde el golf hasta el *windsurf*, pasando por la vela o la equitación entre otros.

4. El destino de montaña. Tradicionalmente invernal, tiene hoy como motivaciones también la salud, el bienestar, el deporte o la vida al aire libre. Merece una mención especial además con respecto a otras tipologías porque está evolucionando. Los destinos de montaña están incluso especializándose cada vez más en diferentes tipologías deportivas como el *rafting* (descenso en bote neumático por ríos de aguas bravas) o el *hydrospeed*, las más tradicionales prácticas de escalada, o incorporando variantes innovadoras, como el *free climbing* (que no utiliza las tradicionales protecciones de los escaladores), el parapente, etc. Todas estas actividades tienen la ventaja de atraer clientes dispuestos a pagar más que el turista normal que sólo busca relajarse.

La difusión y el incremento de la demanda de estas actividades se han traducido en la necesidad de adaptar las estructuras invernales a las actividades veraniegas, como los telesillas para los esquiadores, los *ski-lift*, que ahora se utilizan en muchos casos para la subida de las bicicletas *mountain bikes*. Se trata de prácticas muy difundidas en Estados Unidos que van encontrando cada vez un mayor eco tanto en España como en Francia. En la mayoría de los destinos de esquí están provistas actividades recreativas para aquéllos que han esquiado durante todo el día y se quieren divertir, pero sobre todo para los acompañantes de los esquiadores y para

los que no practican este deporte. Conscientes que el futuro de estos destinos está en captar el turismo familiar. También es posible desarrollar las actividades de congresos y convenciones de no más de 50 personas.

5. Los destinos rurales. Son pequeñas localidades de no más de 50 mil habitantes. Ofrecen al turista tranquilidad, bienestar y deporte. Una nueva tipología de oferta consiste en la participación en la vida cotidiana de una granja y de algún modo en la actividad agrícola. Tanto en Francia como en Alemania se organizan fines de semana durante los cuales se enseña a los visitantes a elaborar queso, cultivar hortalizas o criar animales. El problema de este tipo de destino es su comercialización, que no resulta fácil, aunque los contactos con los tour operadores cada vez permiten un mayor acercamiento a nuevos mercados y una ampliación del producto.

6. Destinos únicos y ecológicos. En ellos el cliente busca nuevas experiencias. Se trata de experiencias de turismo ecológico que ofrecen una amplia oferta: la naturaleza no contaminada de Costa Rica, los paisajes únicos de Sudáfrica o de Namibia, que hacen posible además el contacto con una fauna extraordinaria, o el senderismo en el Himalaya, por citar algunas. La variedad de servicios y su nivel de calidad no son demasiado importantes para este tipo de cliente, pues el atractivo del destino se encuentra en la naturaleza. Es una de las formas de turismo denominado “de interés especial”. Sin embargo, son destinos que mantienen un delicado equilibrio, pues su reto está en difundirse en el mercado sin desnaturalizarse, que es donde radica su atractivo.

7. Destinos exóticos o exclusivos. Por ejemplo, la isla de St. Johns o la cadena de resorts de Sandals, es un concepto muy americano de turismo, aunque existen algunos clubes de vacaciones para europeos en el mar Rojo, las islas Mauricio y las Seychelles. Suelen ser los elegidos para los viajes de luna de miel o para aquellos que se hacen una sola vez en la vida.

Algunos autores han estudiado el destino turístico como un sistema. Cada uno de ellos aporta elementos valiosos, pero distintos para el estudio de los sistemas turísticos (Mill & Morrison, 1992), (Ritchie y Crouch, 2005), (Capone, en Lazzeretti y Petrillo, 2006), y (Hall y Page, 2010).

Elementos del sistema de un destino

Ejarque, (2014) define con base en Laws (1985) el sistema destino como un grupo de agentes unidos por relaciones con reglas específicas en el que la acción de cada sujeto influye en la de otros, de manera que los objetivos comunes tienen que definirse y alcanzarse de un modo coordinado. El autor subraya por lo tanto, que la oferta individual de un hotel, restaurante, *bed & breakfast*, campo de golf o agroturismo influye en el contexto general de la misma forma que el contexto determina el producto. Este autor pone énfasis en la necesidad de coordinación y colaboración entre los actores participantes para el éxito del destino.

Son varios los componentes del sistema turístico de un destino. Se trata de elementos, agentes y recursos que directa o indirectamente colaboran entre sí, muchas veces sin ser conscientes de ello. La colaboración es consecuencia del hecho de que los miembros del sistema se ven motivados e incentivados por la demanda, que es el propio mercado nacional o internacional el que usa las

atracciones, los servicios y las infraestructuras de los propios residentes en el destino.

Según Ejarque (2014) los elementos integrantes del sistema de un destino son:

- Oferta museística y cultural
- Locales nocturnos
- Restaurantes
- Hoteles y otros alojamientos
- Infraestructuras
- Instalaciones para el ocio y tiempo libre
- Puntos de información turística
- Transportes
- Apartamentos, casas agroturismo de alquiler
- Servicios turísticos complementarios
- Comercios
- Habitantes

Tipologías de sistemas de destinos

Existen varias tipologías de sistemas de destinos. Se han seleccionado las de Ejarque, (2014) y Mill y Morrison, (1992), debido a la relación identificada con el desarrollo del caso de estudio. El primero los categoriza en tres tipos: el sistema de destino difuso, el sistema de destino dependiente y el sistema de destino integrado, mientras el segundo incluye dentro del sistema turístico tres elementos: el mercado, el marketing y el destino de viaje.

En primer lugar, Ejarque,(2014) afirma que en un sistema de destino difuso los productos y los atractivos turísticos no están integrados entre sí porque no existe coordinación ni colaboración entre los productores de los servicios. La consecuencia de ello es que el destino no puede tener una personalidad clara en el mercado. Existen muchos destinos de este tipo, que desarrollan una oferta que no está organizada de ningún modo a nivel territorial (Ejarque, 2014). Por otra parte, el mismo autor hace una diferenciación al identificar un sistema de destino dependiente y declara que este tipo de destinos es propio de los destinos maduros, en los que la integración, creación de productos y valorización están en manos de operadores externos al destino o bien de los tour operadores. En este caso, el organismo de gestión turística no puede desarrollar su papel de coordinación y promoción de la oferta porque no tiene autonomía ni autoridad sobre el producto y, en consecuencia, no puede ofrecer un valor añadido propio. Todos los destinos de turismo de masas distribuidos por los tour operadores forman parte de esta tipología.

Finalmente, este autor propone un sistema de destino integrado y afirma que este sistema todavía es un modelo poco difundido; está implantado predominantemente en los destinos que se han visto obligados a combatir una decadencia provocada por el descenso de la demanda. Constituye el modelo más eficaz para un entorno competitivo. A título de ejemplo, cita destinos como Las Vegas en Estados Unidos, Rímini en Italia, y la isla de Mallorca en España.

El segundo tipo de sistema que se ha seleccionado para esta investigación es el propuesto por Mill y Morrison, (1992) quienes otorgan al atractivo turístico del destino, una gran relevancia dentro del sistema. Estos autores proponen una definición sencilla de sistema turístico que incluye sólo tres elementos: el mercado, el marketing y el destino de viaje. Esto deriva directamente de la definición de atractivo turístico que presentan de la siguiente manera:

Los aspectos centrales del turismo son los atractivos; los atractivos por definición, tienen la habilidad de atraer gente hacia ellos. (...) En una localidad, agregar factores a los atractivos (servicios, transporte, hospitalidad) ayudará a asegurar el disfrute (...) Los atractivos (...) buscan satisfacer las necesidades recreacionales de los visitantes. En gran medida pueden ser desarrollados en cualquier sitio y actuar como inductores del crecimiento, por lo que tienden a ser desarrollados de inicio en una región turística (Mill y Morrison, 1992 p.65).

Estos autores destacan el atractivo como el factor que origina la movilidad del turista hacia el destino en la búsqueda de servicios que le brinden satisfacción, entretenimiento, cultura, negocios, salud, o cualquier otro tipo de satisfactor que motive a los visitantes a desplazarse de su lugar de residencia. La premisa de que los atractivos turísticos son la base que sustenta el destino ha sido generalmente aceptada por los estudiosos del turismo. Estas afirmaciones otorgan relevancia al concepto de imagen del destino como elemento que favorece su desarrollo.

Desarrollo de destinos turísticos

Al abordar el desarrollo de un destino turístico, es necesario aproximarse a las teorías sobre el desarrollo. Pearce, (1988) examina el desarrollo turístico de forma sistemática, delineando los diferentes factores que le atañen y enfatizando la naturaleza de las relaciones existentes entre ellos.

La forma que puede asumir el desarrollo turístico varía enormemente de una situación a otra, de un contexto a otro. Ya no existe un tipo único de desarrollo turístico, como ya no existe un solo modelo de crecimiento agrícola, industrial o urbano (Pearce, 1988, p.15)

Este autor define el desarrollo turístico específicamente como la provisión o el mejoramiento de las instalaciones y servicios idóneos para satisfacer las necesidades del turista, y definido de una manera más general, también puede incluir los efectos asociados, tales como la creación de empleos o la generación de ingresos.

Según Pearce, (1988) un punto de partida útil para realizar un análisis sistemático del desarrollo turístico se encuentra en el modelo de Miossec, (1976) relacionado con la dinámica del espacio turístico, al determinar la evolución estructural de las regiones turísticas en el tiempo y el espacio. Este autor considera cuatro elementos básicos: 1. Los centros turísticos, 2. Las redes de transporte, 3. La conducta de los turistas y 4. Las actitudes de las autoridades y de la población local.

Como marco de referencia del desarrollo turístico, el modelo de Miossec (1976) contiene diversos puntos de utilidad. En primer lugar incorpora un elemento dinámico, el de desarrollo de la región en el tiempo y el espacio. Este concepto de dimensión espacial-temporal es decisivo tanto en el análisis de procesos pasados como en la planificación del rumbo que tomará el desarrollo futuro.

En segundo lugar, intenta ofrecer un panorama de esta evolución. Los cambios de la conducta de los turistas y de la población local guardan relación con el crecimiento de los centros vacacionales y con la expansión de la red de transporte. Sin embargo, de acuerdo con Miossec (1976), cada uno de los cuatro elementos no necesariamente se desarrolla al mismo ritmo, lo que constituye la fuente de muchos de los problemas que el turismo puede originar. El factor clave es que el impacto tiene relación con el desarrollo, y de mayor importancia que los impactos particulares se vinculan con etapas específicas del mismo. Es evidente la existencia de un importante elemento espacial en la organización y planificación del turismo.

En términos generales, la comprensión de los procesos del desarrollo turístico conducirá a un mayor conocimiento y a una comprensión más plena de la forma en que los lugares cambian o pueden cambiar a medida que se establece o expande el turismo (Pearce, 1988).

De acuerdo con Todaro, (1994), el desarrollo de la economía debe estar preocupado con la formulación de políticas públicas apropiadas para afectar a una gran transformación económica, institucional y social de las sociedades enteras en el menor tiempo posible. Cualquier análisis realista de los problemas de desarrollo requiere la administración de suplementos de variables estrictamente económicas, tales como ingresos, precios y las tasas de ahorro con factores no económicos institucionales igualmente pertinentes, incluyendo la naturaleza de los sistemas de tenencia; la influencia de las estratificaciones sociales y de clase; la estructura de los sistemas de crédito, educación y salud; la organización y la motivación de la burocracia gubernamental, la maquinaria de la administración pública; la naturaleza de las actitudes populares hacia el trabajo, el ocio y la auto-mejora; y los valores, roles y actitudes de las élites políticas y económicas (Todaro, 1994).

En las sociedades capitalistas subdesarrolladas, como las de Latinoamérica, el modelo social de organización está condicionado y orientado al logro de objetivos económicos, principalmente del exterior. Este fenómeno se encuadra dentro de las características de las relaciones centro-periferia, en las cuales, a partir del centro, el capital se transnacionaliza como piedra angular de poder al que se someten las actividades, las expectativas y las aspiraciones de los habitantes de las regiones periféricas (Molina E. y Rodríguez A, 2002).

En este proceso, las desigualdades se acentúan a la vez que se niega, en algunos casos y de manera irreversible, la posibilidad de acceder a condiciones de vida más elevadas. Para la periferia latinoamericana, todo ello implica sacrificar el desarrollo por el crecimiento, aumentar la dependencia a cambio de la autogestión y el autocontrol, y relegar la posibilidad de los cambios cualitativos. En otras palabras, este proceso lleva a la distorsión cultural, a la incapacidad para desarrollar fuerzas y capacidades propias y a una degeneración de los valores sociales, en conclusión, a un empobrecimiento cualitativo de las necesidades y preferencias del grupo humano y de sus miembros (Molina E. y Rodríguez A, 2002).

Las diversas tipologías de los procesos de desarrollo turístico generalmente tienen en cuenta las características de los empresarios turísticos y el recurso por ser desarrollado, la forma de desarrollar el recurso, el contexto del desarrollo y su organización espacial (Pearce, 1988).

Sobre el contexto de desarrollo del destino, algunos autores declaran que la reciente pluralidad política en el país se expresa en diferentes modelos de políticas sociales

y en la tensión en el ejercicio de gobierno entre los niveles local y nacional, lo que dificulta el avance y consolidación de algunos proyectos como el de turismo médico. En las últimas décadas se ha delineado un mayor corporativismo en sectores clave como las comunicaciones, el transporte, la educación y, en los últimos años, la salud. En el estudio realizado resultó clara la influencia del contexto institucional y organizativo como condicionante de los resultados en la moderna economía del desarrollo al que se refieren Lerda, Acquatella, y Gómez, (2005), destacando la importancia que tiene –para el comportamiento y para los resultados de las acciones individuales– el medio ambiente político, económico y social en que dichas acciones se dan, cuya caracterización depende básicamente del tipo de comportamiento de los demás agentes y de la calidad de la infraestructura institucional-organizativa en que están insertos. Otros autores han identificado la existencia de un modelo bipolar de mercantilización y neobeneficencia en las instituciones públicas de salud López-Arellano y Blanco Gil, (2008), donde se liberan mercados "cautivos", promoviendo activamente la resolución de las necesidades de salud en los circuitos de mercado y se focaliza el quehacer público en poblaciones pobres, a través de un número limitado de prestaciones que conforman los llamados paquetes básicos de servicios. Este contexto ha generado un entorno favorable a la mercantilización de los servicios de salud, en el que el turismo médico puede florecer.

Algunos autores afirman que el destino turístico es un sistema en el cual interactúan empresas, instituciones locales, administraciones públicas y población local Butler, (1980), Laws, (1995), Gunn, (1997), Pearce, (1988). Este sistema contempla la necesidad de cooperación y coordinación de todos los agentes implicados y representa una realidad organizativa en forma de red relacional, lo que no significa que la estructura relacional se limite al destino turístico en sí mismo, sino que tiene o puede tener vínculos externos que influyen en el producto turístico resultante y en su demanda.

Butler (1980) presenta el ciclo de evolución de un destino turístico, basado en el concepto de ciclo de producto, con el cual las ventas se producen lentamente al principio, luego experimentan una rápida tasa de crecimiento, se estabilizan y posteriormente declinan; en otras palabras, se trata de una curva asintótica básica. Para atraer a los viajeros a que visiten de nuevo las atracciones turísticas, los propietarios deben aprender a satisfacer los deseos y expectativas de los visitantes. Esto requiere en particular el conocimiento de las necesidades tanto del paciente-turista como del entorno medioambiental. Sus acciones se deben orientar a la creación de servicios y atracciones que mejoren la satisfacción del visitante mientras se mantiene la integridad natural del medio ambiente local. Para esto, se deberán tomar en cuenta los principios para el uso del suelo, el diseño de sitios para la oferta de servicios, enfocándose en lograr que los esquemas de desarrollo sean compatibles con los esfuerzos para proteger el medio ambiente. Un diseño cuidadoso puede satisfacer las necesidades de los visitantes, y el interés comercial (Gunn, 1988).

El estudio realizado por Barbaza (1970) distinguió tres tipos de desarrollo situados a lo largo de las costas del Mediterráneo y del mar Negro de acuerdo con los siguientes criterios: 1) El tamaño y extensión de la población existente y la vitalidad y diversidad de sus actividades antes de la introducción del turismo. 2) La naturaleza espontánea o planificada de las instalaciones turísticas ofrecidas, y 3) La naturaleza localizada o extensiva del área turística.

De acuerdo con Vera Rebollo, López i Palomeque, Marchena Gómez, y Anton Clavé (2011), los espacios turísticos espontáneos (que en la propuesta de modelo teórico se denomina reactivo-emergente), son espacios turísticos sobre los que no se ha reflexionado previamente: tratan de responder de forma rápida a los requerimientos y necesidades de la demanda, se va generando una especie de desarrollo turístico desordenado, donde nada es claro, sin seguir algún plan. El desarrollo o crecimiento turístico obedece a impulsos, de forma irregular, carente de fases claras. Los autores mencionan que existe una falta de control público sobre el proceso de desarrollo, donde se presentan excesos urbanos y medioambientales. Asimismo, se carece de la previsión de posibles impactos, lo que genera que aparezcan problemas y conflictos.

Por otra parte, en relación a los espacios turísticos planificados, los autores citados mencionan que son espacios turísticos que responden a un planteamiento inicial de objetivos cuantitativos y cualitativos a medio y largo plazo. El desarrollo turístico es ordenado y claro, siguiendo un plan preestablecido. Se trata de un desarrollo secuenciado, con etapas y fases definidas. Existe control en todo momento del proceso de desarrollo: público o privado y contempla la previsión de impactos (Vera Rebollo et al., 2011).

Para algunos países de destino el turismo médico es deseable debido a que los costes de los servicios son más elevados para los pacientes extranjeros que para los domésticos, a pesar de que el costo sigue siendo menor del que pagarían en su país. En contraste, para los gobiernos de algunos países de destino su interés no obedece a la diferencia de precios, sino como una forma de construir infraestructura de atención sanitaria. En Malasia, por ejemplo, existe un precio único que cobran los hospitales tanto a extranjeros como a pacientes locales. Esto es debido a que la población de pacientes no es lo suficientemente numerosa como para sostener el nivel de altas especialidades como trasplantes, fertilización in vitro, entre otras, que el gobierno considera necesarias. Al sumar pacientes de cualquier parte, (particularmente de sus vecinos de Indonesia) pueden mantener múltiples facilidades con una mejor cobertura geográfica y mantener también economías de escala.

Para tal fin, el Consejo de viajes de atención de salud de Malasia monta una enorme (y bastante pródiga) conferencia celebrada en Kuala Lumpur, giras FAMI (visitas de familiaridad que implican recorrer varios hospitales de la región, una pieza ubicua de la industria, y ha llevado a cabo eventos satélite en diversas ciudades de destino de varios países, entre ellos uno en los Estados Unidos se asoció con la revista *Scientific American*. Esto se está convirtiendo en un libro de jugadas bastante estándar para el país de destino, donde los gobiernos toman en serio la meta de aumentar el flujo de pacientes que fluyen a ellos. Gran parte de lo que se ha hecho en la industria, fue iniciado por Tailandia (Cohen, 2015).

De igual forma que se examina el desarrollo del destino, ahora es necesario aproximarse a las teorías sobre la frontera.

2.2 Fronteras y turismo

En los planteamientos teóricos de la geografía política abundan las clasificaciones de fronteras, que grosso modo pueden agruparse en dos grandes categorías: concepciones tradicionales y emergentes sobre la frontera (Newman y Paasi, 1998 p. 187). Dentro del primer grupo se ubican visiones deterministas que se ocupan de

estudiar la separación de espacios físicos, mientras que las visiones funcionalistas se centran en el carácter abierto o cerrado de las fronteras, con el objetivo de proporcionar un primer acercamiento al grado de conflicto y separación que existe entre países aledaños. Estos conflictos y separaciones condicionan el movimiento de bienes, servicios y personas en las fronteras; en función de las modalidades que asuman dichos intercambios, se les define como alienadas, coexistentes, interdependientes o integradas (Martínez, 1994 p. 6).

Las concepciones emergentes sobre las fronteras tienen su origen en la interdisciplina, la teoría crítica y la posmodernidad. En su mayor parte, sugieren la desaparición de las fronteras, ya que apuntan hacia el fin del Estado nación en su formato tradicional; señalan que gracias a la globalización se han incrementado las transacciones entre países vecinos, dando lugar a la formación de espacios de flujo donde las fronteras entendidas tradicionalmente ya no son funcionales (Rincones, 2004).

Por otro lado, las ideas emergentes dan cuenta del papel de los espacios transfronterizos en la construcción de identidades socioespaciales; al permitir estudiar los efectos de la creación de símbolos y las relaciones de poder en la creación de identidad en grupos sociales y en individuos, proceso fundamental en la construcción de lugares de encuentro y diferenciación entre los fronterizos. Las ideas emergentes de frontera también consideran las múltiples connotaciones del concepto dentro del discurso y la narrativa, y de los sentidos metafóricos. En estos planteamientos, la atención se centra en cuestiones como las de quién crea las nuevas concepciones de frontera o mediante qué procesos (Rincones, 2004).

Los flujos turísticos internacionales y los patrones de movilidad no ocurren al azar. Son el resultado de una serie de factores que incluyen crecimiento económico, factores culturales, históricos y acceso al transporte. Sin embargo, también son el resultado de las actividades de los Estados y sus políticas y estrategias de planificación y comportamiento. Por ejemplo, en el nivel más básico, los viajes internacionales requieren una decisión política con respecto al acuerdo de un Estado para permitir la entrada a su territorio. En ninguna parte de la ley internacional se menciona el derecho de entrar en espacios exteriores (Hall, 2008).

Dentro de las funciones de las fronteras políticas, se destaca la función económica y la de seguimiento y control del flujo de personas. Algunos países erigen fuertes barreras físicas y legales para mantener distantes a ciertos sujetos indeseables o para limitar el número de personas que puedan entrar a su territorio. De esta forma también protegen su economía al filtrar el flujo de mercancías (y servicios) a través de las fronteras nacionales o la imposición de altos aranceles y tasas mediante la limitación de la competencia interna con los productores extranjeros (Timothy, 2001).

La historia de las relaciones entre sociedades es una historia de fronteras, de límites, de ocupación de espacios; de construcción de territorios y apropiación de recursos; y es, también, la historia de la rectificación de esos límites y esas ocupaciones, a partir del uso de la diplomacia o el poder disuasivo de la fuerza (Abízano, 2013).

De acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial del Turismo (OMT), los turistas internacionales son personas que cruzan una frontera internacional y permanecen al menos una noche en el país de destino, La mayoría de las

estadísticas elaboradas por esta organización reflejan esta definición y las cifras son sustanciales, sin embargo, no toman en cuenta los millones de personas que cruzan las fronteras nacionales y regresan a casa el mismo día. Los viajes diarios internacionales en ambas direcciones a lo largo de las fronteras de los Estados Unidos con México y los Estados Unidos con Canadá, suman más de 100 millones de viajes internacionales adicionales que no son contabilizados cada año (Timothy, 2001).

Se sabe que las fronteras son también lugares de tránsito por los que circulan flujos de personas, mercancías y mensajes simbólicos, cuyo origen y destino son extraregionales, pero que muchas veces producen efectos locales de diverso tipo, desde consumos y utilización de servicios hasta actividades comerciales, entre otros. Estos flujos son los que más dificultan la delimitación externa de la región ya que el núcleo duro o central es más fácilmente definible (Abinzano, 2013).

Al examinar el turismo de fronteras y las comunidades fronterizas Sofield, (2006) se basa en una definición de ciencia política que demarca los límites externos de un Estado nación y su ejercicio de la soberanía. Los avances en las tecnologías de la movilidad y los medios de transporte han influido en la expansión de los límites territoriales a lo largo de los siglos, entre terrestre, marino y aéreo, lo cual se relaciona con las formas contemporáneas de turismo. El turismo de frontera, por tanto, se refiere al turismo internacional, la visita que implica desplazamientos de las fronteras de los estados soberanos. Para explorar los espacios sociales y culturales de las comunidades fronterizas donde la política a menudo desempeña un papel importante y los estudios culturales que se combinan con la teoría antropológica y sociológica.

A principios del siglo XXI los turistas disfrutaban del privilegio de poder viajar casi a cualquier lugar del mundo, en la mayoría de los casos sin restricciones gubernamentales, con solo un puñado de excepciones. Los ciudadanos de algunos países tienen derechos limitados para viajar, como consecuencia de restricciones del gobierno local; otros ciudadanos carecen de la riqueza acumulada necesaria para financiar un viaje y todavía hay algunas fronteras que dividen a las naciones beligerantes. Se sabe que los territorios en la frontera son siempre, por definición, periféricos del centro, por lo que a menudo se encuentran "alejados" de las políticas y acciones de los organismos de gestión de los destinos y demás instituciones competentes con concepciones centralistas (Lovelock y Boyd, 2006).

En el caso de los territorios situados en la frontera, resulta fundamental para comprender su evolución saber cómo ha sido la relación con los organismos de gestión de los destinos y las instituciones que se relacionan con el desarrollo de los mismos. Así pues, existen potencialidades derivadas de las interdependencias, inter e intra destinos en la frontera, que están siendo desaprovechadas debido a que la planificación y consumo turístico del territorio se hace siguiendo criterios administrativos, y no siempre se logra el desarrollo óptimo (Blasco Franch y Guía Julve, 2010).

Ahora es de conocimiento común en la literatura académica que algunas de las fronteras internacionales y sus territorios adyacentes atraen a los turistas. Existen varios tipos de turismo que han llegado a ser famosos en lugares adyacentes, o que se superponen, a las fronteras políticas. Estos incluyen actividades como ir de compras, juegos de azar, la prostitución y los procedimientos médicos, actividades

creadas por las condiciones en que el precio, o ventajas fiscales legales ayudan a prosperar al turismo fronterizo. La frontera, como una atracción turística o destino, sólo es una de las pocas relaciones que los estudiosos han identificado entre el turismo y las fronteras internacionales (Timothy, Guia, y Berthet, 2014).

En cuanto a las limitaciones a los viajes Timothy, (2001) identificó dos grandes categorías de elementos de disuasión para viajar creadas por las fronteras internacionales: percibidas y reales. Las barreras percibidas se crean cuando hay un choque de diferentes idiomas y culturas, sistemas políticos, y económicos en las fronteras. Estas diferencias hacen que mucha gente se vuelva reacia a viajar al extranjero. Las barreras reales, que también influyen en las barreras percibidas, son las creadas por los requisitos estrictos de cruce, una infraestructura fronteriza defensiva y prohibiciones oficiales. Éstas impiden físicamente a las personas viajar a través de fronteras, mientras que las limitaciones percibidas son más propensas.

Lepp y Gibson, (2003) aplicaron el concepto de restricciones a los viajes internacionales para examinar las barreras que las personas perciben al realizar viajes al extranjero. En su estudio operacionalizaron siete factores de riesgo, asociados con los viajes internacionales: problemas de salud, la guerra e inestabilidad política, el terrorismo, la comida extraña, política y dogmas religiosos, las diferencias culturales y los delitos menores. Por su parte, Canally y Timothy, (2007) mencionan dos factores más: Los trámites y formalidades para cruzar las fronteras y las diferencias económicas que funcionan como limitaciones a los viajes transfronterizos.

Es común que los trámites fronterizos establezcan una barrera perceptual-psicológica al cruzar la frontera. En un estudio de Timothy y Tosun, (2003) se encontró que los trámites fronterizos creaban un impedimento psicológico para algunos turistas que visitan la frontera de EUA con Canadá. En estos casos, los procedimientos de aduanas e inmigración, así como las actitudes intimidantes y hostiles de los agentes fronterizos, aumentaron la percepción de la existencia de una barrera en la frontera (Canally y Timothy, 2007).

La proximidad a una frontera internacional puede ser una variable importante que influye en la disposición de la gente para cruzar o no la frontera. Un modelo de los viajes transfronterizos propuesto por Timothy y Butler, (1995) sugiere que la gente tiende a cruzar una frontera con mayor frecuencia si viven cerca de ella, porque entienden mejor los procedimientos de cruce fronterizo y lo que se encuentra en el otro lado. Su modelo indica que existe una fuerte relación entre la distancia desde el hogar hasta el destino y el nivel de familiaridad o experiencia de los viajeros con la frontera (Canally y Timothy, 2007).

En lo que se refiere al análisis del comercio bilateral, Smith, Martínez Álvarez, y Chanda, (2011) encontraron un vacío de información en la revisión de 68 artículos y reportes sobre este tipo de comercio de salud. Estos autores afirman que existe una escasez de datos y discusión sobre dicho comercio bilateral. Esta evidencia limitada ofrece algunas sugerencias. Los países exportadores pueden beneficiarse del turismo médico mediante la generación de divisas y revertir la fuga de cerebros, pero corren el riesgo de crear un sistema dual, donde la población local es desplazada. Los países importadores pueden beneficiarse de aliviar las listas de espera y la reducción de los costes sanitarios, pero pueden correr el riesgo de calidad de la atención y la responsabilidad legal. Sin embargo, la evidencia de una

perspectiva bilateral sugiere que los aspectos positivos pueden ser capitalizados y los negativos se pueden reducir. Estos autores recomiendan la obtención de un mayor número de evidencias sobre el comercio de salud tanto a nivel nacional como internacional y se recomienda a los países considerar el comercio bilateral en lugar de la perspectiva multilateral.

En lo relativo a la imagen que se tiene de la frontera, se encuentran aspectos diferentes en cada caso que se relacionan con aspectos socioeconómicos. Por ejemplo, para la frontera de México con Estados Unidos, el paisaje de esta al norte refleja prosperidad económica, planificación urbana organizada, espacios verdes, casas más grandes y normalmente más nuevas, calles y tráfico ordenados. En cambio, las condiciones al sur de la frontera son menos ordenadas y la pobreza es evidente por la forma de vestir de las personas y la condición de la mayoría de los edificios, incluyendo casas y calles. Asimismo, el paisaje urbano cerca de la frontera difiere significativamente; en que las ciudades fronterizas de Estados Unidos se caracterizan por tener restaurantes de marca y tiendas espaciosas, bien iluminadas que ofrecen una gran variedad de prendas de vestir, zapatos, juguetes y electrodomésticos. La escena en el lado mexicano se compone de calles llenas de farmacias, tiendas repletas de recuerdos, todo está tenuemente iluminado, hay mendigos, niños pobres y vendedores ambulantes (Canally y Timothy, 2007).

Para los estadounidenses que tienen poca experiencia de viajar en el mundo en desarrollo, y en las ciudades de la frontera en particular, la confusión y la disimilitud del paisaje del lado mexicano, de sus entornos normales, sin duda haría que muchos visitantes se sintieran nerviosos e incómodos; estas cuestiones sacan a la luz la idea de familiaridad y cómo el nivel de familiaridad de una persona con un lugar, influirá en la experiencia de viaje.

Una noción que afecta la forma en cómo perciben los turistas las restricciones a los viajes es el nivel de familiaridad. Algunos estudios han examinado el papel de la familiaridad en la elección de un destino por parte de los turistas. Perdue, (1985) Mazursky, (1989), y Lepp y Gibson, (2003) sugieren que las personas que tienen un conocimiento suficiente del idioma del país de acogida, sus costumbres, tradiciones y la gastronomía local, es más probable que se lo consideren como un destino. Aunque esta noción se ha observado en varios otros contextos, no ha sido examinado en el contexto de viajar a las regiones fronterizas (Canally y Timothy, 2007).

En las últimas décadas, el turismo ha formado parte de un grupo reducido de industrias de servicios que dominan cada vez más la economía global postindustrial (Prideaux, 2005).

Las fronteras internacionales se han considerado tradicionalmente como barreras a la interacción humana. De hecho muchas fronteras se han definido y delimitado precisamente con el fin de limitar el contacto entre sociedades vecinas o filtrar el flujo de personas, bienes, servicios e ideas entre los países. Como resultado, los destinos turísticos, especialmente aquellos en la periferia nacionales, han tendido a desarrollarse de un modo claramente condicionado por la limitación de la soberanía nacional. El mundo está lleno de ejemplos en los que las regiones adyacentes en diferentes países comparten excelentes recursos culturales y naturales, y por lo tanto el potencial para el desarrollo turístico y la conservación conjunta. Por desgracia, las fronteras políticas tienen una historia de obstaculizar la planificación

colaborativa, que ha dado lugar a desequilibrios en el uso, el desarrollo físico, la promoción y la gestión sostenible de los recursos compartidos (Timothy, 1999).

Timothy et al., (2014) destacan cinco tipos de roles que desempeña el turismo para cambiar el curso de las fronteras políticas o de otra manera, alterar el paisaje físico de una frontera internacional. Cabe señalar que esta tipología no representa un modelo secuencial de importancia de cualquier relación sobre otra.

1. El turismo subsecuente, se refiere a situaciones en las que el turismo no era en realidad un agente importante de cambio en la frontera, pero se convirtió en un usuario sobresaliente de los territorios que fueron cedidos o fronteras que se han alterado poco después que tuvo lugar el cambio. Uno de los mejores ejemplos es el área en disputa El Chamizal entre los EUA y México. Debido a los cambios inducidos por el hombre en el Río Grande, la frontera entre los dos países en El Paso, Texas, y Ciudad Juárez, Chihuahua, fue alterada. Como resultado, en 1963, después de una larga disputa, EUA y México firmaron un acuerdo de intercambio de territorios. Hoy en día el territorio cedido en México comprende mayormente el parque Chamizal, que se utiliza como zona de recreo y atracción turística en Juárez. El área cedida en EUA comprende Chamizal National Memorial, operado por el Servicio de Parques Nacionales de Estados Unidos, y sirve como una importante atracción turística en El Paso para conmemorar el intercambio de tierras al final de la disputa del Chamizal. Si bien el cambio en la frontera no fue instigado por el turismo, los territorios intercambiados y la frontera años después, sí se han convertido en atracciones turísticas en ambos lados de la frontera México-EUA.

2. El impacto del segundo tipo de turismo en las fronteras políticas es la envoltura de un recurso, lo cual se refiere a situaciones donde las fronteras se cambian a través del conflicto o de la contestación, o las partes intentan cambiar de esta manera el curso de una frontera para asegurar que un determinado recurso está incluido dentro de un país reclamante.

3. La tercera situación, la patrimonialización de las fronteras, se produce cuando las fronteras y sus demarcaciones se convierten en marcadores históricos y lugares de interés. En este caso, el turismo, inevitablemente, cambia la forma en que las fronteras son vistas e interpretadas. Rara vez cambia el curso de la frontera y los marcadores originales, pero sí a menudo suman al ambiente de la frontera existente.

4. El cuarto tipo, la infraestructura modificada se produce cuando el turismo crea la necesidad de cruces fronterizos adicionales, los servicios relacionados con la frontera y demarcaciones de límites adicionales.

5. Por último, el intercambio territorial puede ocurrir cuando los países están de acuerdo en intercambiar terrenos adyacentes, generalmente de igual tamaño o valor, para dar cabida a las necesidades del turismo, ya sea debido a una atracción existente o para proporcionar espacio para el desarrollo de infraestructura relacionada con el turismo.

Es complejo definir las fronteras locales de un destino turístico en la medida que cambian constantemente a través de las complejas prácticas y discursos debido a factores históricos, políticos y económicos (Sofield, 2006). A este respecto, en la última década del siglo XX, aproximadamente 9 millones de inmigrantes obtuvieron residencia legal en los Estados Unidos y otros tres millones de inmigrantes entraron

ilegalmente. Desde la década de los 60 los mayores grupos de inmigrantes han provenido de Latinoamérica, Asia y El Caribe. La mayoría de inmigrantes ilegales provienen de México y se estima que entran a los Estados Unidos de 300 mil a 500 mil inmigrantes ilegales al año. Se proyecta que la población hispana crecerá a principios de siglo a 40 millones o 15 % de la población total del país, formando la más grande minoría de población en ese país (Ruiz-Beltran y Kamau, 2001). Estas personas son quienes potencialmente realizan el turismo de la diáspora Connell, (2013), gracias a las relaciones de amistad y parentesco con personas de su país de origen, con los que mantienen comunicación.

Algunos estudios recientes sugieren que los destinos turísticos de la actualidad deberían delimitarse sobre la base de los patrones de consumo (Blasco, Guía, y Prats, 2013) en lugar de las fronteras administrativas convencionales (Dredge, 1999). Sin embargo, sea cual fuere la situación, se requiere el elemento de la cooperación. La literatura sobre este elemento, en varias ocasiones combina y a veces contrasta dos principales tipos de cooperación, a saber: la formal que se basa en contratos, o convenios y la informal, basada en relaciones (Beritelli, 2011).

Para que esto suceda, se necesita la construcción y fortalecimiento de las redes de actores, ya que la interacción entre ellos es propiciada por las experiencias de colaboración diversas, la ayuda mutua y solidaridad en torno a problemas públicos en los distintos espacios sociales (Mariñez, 2007). La interacción entre los actores de la política, influye en la capacidad del estado para actuar, la selección de instrumentos de política e indicadores y potencialmente incluso, la definición de los problemas de política (Hall, 2011). Asimismo, los actores locales que intervienen en la actividad turística son aquellos individuos, grupos o instituciones cuyo sistema de acción coincide con los límites de la sociedad local, los cuales pueden definirse según el escenario en el que se desenvuelven. La relevancia que adquieren los actores participantes en el turismo lleva a la necesidad de sustentar su participación en la teoría del capital social, la cual se explica enseguida con su potencialidad de ser aplicada al turismo.

De acuerdo con Ejarque (2014), la capacidad de configurarse como un sistema integrado constituye uno de los elementos de competitividad en un destino turístico. La integración de todos los agentes y los distintos productos dentro de un diseño común marca la diferencia en la oferta. La imagen del destino en efecto está unida a su producto global y obviamente al nivel de calidad del servicio que ofrece. Y en esta constante búsqueda de calidad, la difícil tarea de coordinar organizaciones y estrategias de actuación individuales, le corresponde al organismo de gestión turística.

En el marco descrito del desarrollo de destinos y frontera, se presenta a continuación los elementos de un destino turístico médico, que constituye el tema principal de esta tesis.

2.3 Elementos de un destino de turismo médico

Una vez descrito el marco de análisis del desarrollo de un destino y del ámbito de la frontera, a continuación se presentan los elementos para el desarrollo de un destino de turismo médico.

Viajar a otros países para resolver un problema de salud es una tendencia que está creciendo desde hace dos décadas (Whittaker et al., 2010). Autores como Horowitz

y Rosensweig, (2007) hacen referencia a que esta situación se presenta cada vez en más lugares que se convierten en destino de turistas médicos y ha llevado a que un considerable número de naciones, territorios y ciudades establezcan políticas turísticas y de salud adaptadas a este fenómeno. Aun cuando el fenómeno de turismo médico sigue creciendo, algunas de sus implicaciones siguen siendo desconocidas.

Ante la escasez de modelos teóricos como punto de partida para el análisis de un destino de turismo médico, se tomó como referencia el trabajo de Crouch y Ritchie, (1999), que expresa que las manifestaciones del desarrollo de un programa de turismo exitoso incluye 6 categorías:

1. Económica. Aumento de los gastos, creación de empleos, los gastos típicos de un turista médico son en pago de servicios de atención sanitaria, hospedaje, alimentación, medicamentos, transporte, servicios financieros, de comunicación. Por tanto se tendría un impacto positivo en la creación de empleo y capacitación en cada una de estas áreas. Hoteles, restaurantes, farmacias, servicio de taxi bilingüe, bancos, cajeros automáticos (ATM's), servicio de internet, teléfonos públicos.
2. Física. Construcción de nuevas instalaciones como hospitales, farmacias, bancos, comercios, restaurantes, hoteles, infraestructura local como carreteras, puentes, entre otros, imagen física de la ciudad.
3. Social. Fortalecimiento del tejido comunitario a través de voluntariado, mayor interés local y la participación en eventos regionales.
4. Psicológica. Aumento del orgullo local y el espíritu comunitario, mayor conciencia de las percepciones no locales.
5. Cultural. Nuevas ideas de la exposición a otras culturas y su modo de vida, fortalecimiento de las tradiciones y los valores regionales.
6. Política. Mayor grado de reconocimiento internacional de una región y sus valores, la propagación de los valores políticos sostenidos por el gobierno y la población.

Según Woodman, (2014), la creación de un destino de clase mundial de la salud es compleja. Por tanto, los destinos más transitados fueron seleccionados tomando en consideración una variedad de factores, que incluyen: La participación del gobierno y la inversión del sector privado en la infraestructura de salud, el compromiso demostrable con acreditación internacional, garantía de calidad y transparencia de los resultados, el contar con un flujo Internacional de pacientes, el potencial de ahorro de costes en los procedimientos médicos, la transparencia política y la estabilidad social, el contar con excelente infraestructura turística, reputación sostenida por la excelencia clínica, historia de la innovación de la salud y el logro, la adopción exitosa de las mejores prácticas y la tecnología médica del estado del arte, disponibilidad de personal médico con experiencia entrenado internacionalmente (Woodman, 2014).

Todd, (2012) coincide con Woodman (2014) en cuanto a que el diseño del producto de turismo de salud es complicado. El desarrollo de destinos de turismo de salud es mucho más complejo que la mera logística de llegadas de pacientes, gestión del suelo, y la coordinación de la salida.

Más de 130 países han anunciado su intención de centrar los esfuerzos en la atracción de los visitantes de turismo de salud a sus destinos turísticos más importantes. Muchos ya han abandonado sus esfuerzos en la comprensión de que el desarrollo de un programa de destino de turismo de salud es mucho más que la conjunción de los hospitales, médicos, y hoteles como activos destacados y comercialización de los mismos como un "producto" (Todd, 2012).

Para desarrollar un Programa de Turismo Médico, según Todd, (2012), se requieren los siguientes pasos:

- Creación de iniciativas de política pública y cuantiosas inversiones en conjunto con un fuerte compromiso del gobierno.
- Desarrollo de un marco legal.
- Desarrollo de un plan sectorial de turismo médico.
- Definición del tipo de programa de turismo médico que se desea crear, la estrategia y las características que lo harán único.
- Involucrar a los actores tomadores de decisiones y definir los roles que desempeñará cada uno de ellos, incluyendo la colaboración desde fuera de la organización.

Elementos que Todd, (2012), considera debe tener un destino de turismo médico.

A nivel de hospital:

1. El cuidado de enfermería y su característica de ser bilingüe {características del personal de salud que atiende al turista médico.
2. Los servicios. (comodidades o *amenities*).
Relaciones públicas para pacientes internacionales.
Teléfono
Restaurant
Tienda de conveniencia
Área de alimentos
TV con canales en inglés y programas en inglés
Clima artificial controlable por el paciente.
Conexión a internet desde los cuartos de cada paciente.
3. Registros Médicos [Bases de datos de registros médicos]
Entregar al paciente antes de su alta y en idioma inglés o el del paciente, si fuera diferente.
4. Acreditación de Hospital como elemento de calidad
Acreditación con la JCI
A nivel de servicios complementarios a la atención médica:
5. El Regreso a casa (servicios complementarios a la atención médica)
Hospitales y hoteles cercanos al aeropuerto
Servicio de taxi bilingüe (servicio de transporte)
Hotel con servicio de alimentos y bebidas 24 horas.
Acompañamiento del personal de relaciones públicas del hospital para lo que se pudiera ofrecer (Retraso o cancelación de vuelos, noches adicionales de hotel, alimentos a horarios fuera de lo normal, etc).
6. Conexiones aeroportuarias
En ocasiones, se presentan contratiempos en las conexiones entre vuelos, se requiere entonces que haya hospitales, hoteles, farmacias, taxis, cajeros

automáticos (ATM's), teléfonos públicos y restaurantes de calidad en esos lugares, adicionalmente a los destinos de turismo médico.

7. Envío de registros médicos al doctor del país de origen, a tiempo y en idioma inglés.

Según Todd, (2012), se requiere de iniciativas de política pública y cuantiosas inversiones en conjunto con un fuerte compromiso del gobierno. El turismo médico no es algo que pueda hacerse solo con la inversión privada. Construir un destino de turismo de salud requiere el desarrollo de un marco legal que puede ser aplicado junto con normas claras de seguridad y calidad, herramientas de medición y evaluación y criterios de acreditación para los operadores turísticos y otros que quieren comercializar el producto adecuadamente, una vez que hayan sido desarrollados y estén listos para el mercado. Cualquier cosa menor que esto es un desastre en la creación de un destino inseguro, mal diseñado que realmente resta valor a la marca del destino. Los procesos de re-ingeniería pueden ser subcapitalizados, y demasiado tarde para mantener una ventaja competitiva.

Todd, (2012) recomienda para el éxito de un destino de turismo médico, para el largo plazo, realizar un esfuerzo de asociación público-privada que combine la inversión nacional y extranjera directa, el apoyo del gobierno, y el desarrollo de la capacidad educativa para formar a trabajadores cualificados en este nuevo dominio. Los beneficios de la participación de un experto en la materia que tenga la calidad clínica, la seguridad y las operaciones de fondo, experiencia en turismo y en administración sanitaria, la comprensión de la forma de atraer tanto a los mercados corporativos y de consumo y el trabajo con las normas de reembolso de terceros y estén familiarizados con comercialización y limitaciones de publicidad. Muy pocos de ellos existen, que también tengan profundo conocimiento del dominio del turismo médico. Eso significa que puede tener que encontrar el candidato más fuerte y complementar el resto con varios expertos adicionales. Ahí es donde los costes comienzan a acumularse. Viajes y dietas de los expertos más sus honorarios son costosos para muchas naciones.

Por esa razón, a menudo estos proyectos son iniciativas de políticas públicas financiadas a través de proyectos de cooperación de la Troika. Por ejemplo, los proyectos del Fondo Monetario Internacional (FMI) combinan los intercambios de personal con sus homólogos del Banco Central Europeo (BCE) y la Comisión Europea (CE) y otras instituciones europeas que son responsables de las políticas monetarias y de tipo de cambio y las políticas comunes en otras áreas, tales como el seguimiento de las políticas fiscales, la regulación del sector financiero y de supervisión, las políticas de comercio y competencia, así como otras políticas estructurales (Todd, 2012).

En la actualidad, los programas conjuntos en Europa central y oriental demostraron su utilidad cuando los países de la zona del euro, Chipre, Grecia, Irlanda, y Portugal pidieron el apoyo del FMI. En esa etapa, la colaboración se amplió para incluir a otro compañero, el BCE. Este aumento de la cooperación entre el FMI, la CE y el BCE en los países del programa se ha conocido como la "Troika". Discusiones similares se llevan a cabo para otras uniones monetarias, incluyendo la Comunidad Monetaria de África Central y la Comisión Económica, Unión Monetaria del Caribe Oriental, y la Unión Económica y Monetaria. Esto conduce el negocio de desarrollo de turismo médico a un ambiente totalmente nuevo. Uno que es más formal y tiene una mayor

posibilidad de éxito. Al considerar el enfoque similar al proceso de Troika, cabría cuestionarse si un destino está listo para comprometerse con este nivel de apoyo político y financiero.

Los viajes médicos internacionales muchos son de las poblaciones de la diáspora en el extranjero, en particular los mexicanos en Estados Unidos y una diáspora oriental más global de la India y Oriente (Connell, 2013).

Según Bookman y Bookman, (2007), los pacientes occidentales viajan cada vez más a los países en desarrollo para el cuidado de la salud, los cuales están ofreciendo cada vez más sus habilidades y facilidades para atraer a los clientes extranjeros. Este comercio internacional de servicios médicos tiene un enorme potencial económico para los países en desarrollo y las implicaciones graves para el cuidado de la salud en todo el mundo. Los autores proponen que el turismo médico no es una estrategia de crecimiento universalmente factible. En cambio, es exitosa sólo en países con ventajas económicas y políticas que les permiten navegar por los obstáculos nacionales e internacionales para el comercio de los servicios médicos. También se sugiere que la industria del turismo médico exitoso, cuando se combina con la cooperación entre los sectores público y privado, puede conducir a mejoras en la salud pública en los países en desarrollo (Bookman y Bookman, 2007).

Por su parte Connell, (2013), destaca que aunque en muchos artículos se supone o implica que la mayoría de turistas médicos son relativamente visitantes adinerados de los países desarrollados (del norte y del Golfo), a los países más pobres, la mayoría del turismo médico ocurre al otro lado de las fronteras cercanas, y no necesariamente a los países más pobres. La geografía y la cultura influyen en la movilidad. Las barreras del idioma, las limitaciones financieras y la falta de información limitan la disponibilidad para viajar; las personas mayores, las mujeres y los trabajadores no calificados son menos dispuestos a viajar, incluso en los casos donde están involucrados importantes ahorros de costes, por lo que tal vez renuncien a este tipo de atención médica (Connell, 2013).

Las últimas décadas han sido testigos de la expansión del mercado global de servicios de salud.

En lo referente a la cooperación entre actores públicos para acciones de intercambio de servicios de salud entre países, Rosenmoller et al., (2016) identifican la existencia de este tipo de prácticas en Alemania, Bélgica, Francia, Irlanda y Eslovenia, donde los acuerdos establecidos para facilitar la atención transfronteriza han estimulado cambios en las políticas nacionales. Estos a menudo han surgido de la cooperación sobre la base de acuerdos locales entre proveedores y compradores.

Según Rosenmoller et al., (2006) algunas organizaciones de financiación, como los fondos de seguro de salud alemán, han comenzado a aceptar contratos con los proveedores en zonas turísticas en el extranjero, por ejemplo con los médicos alemanes con sede en Mallorca. Esto es de particular interés, ya que crea un precedente por el que los fondos de seguros se involucran directamente con los médicos en ejercicio, sin la asociación de médicos alemanes jugando un papel de intermediario. Esto podría tener implicaciones para los mecanismos de gobernanza en vigor en Alemania y no sería la primera vez que los acuerdos establecidos para facilitar la atención transfronteriza han estimulado cambios en las políticas nacionales.

Los ejemplos en los que se proporciona la atención a una población que se extiende a una frontera nacional proporcionan muchas experiencias interesantes. Estos a menudo han surgido de la cooperación sobre la base de acuerdos locales entre proveedores y compradores, como se ve en los casos de Bélgica, Francia, Irlanda y Eslovenia.

Estas formas de cooperación son a menudo dentro de un marco más amplio de la cooperación transfronteriza, a menudo con el apoyo de los fondos Interreg de la UE (o los fondos del Programa de Reconciliación para la paz en Irlanda). Estos proyectos a menudo tratan de lograr un uso óptimo de la capacidad en ambos lados de la frontera, con los pacientes y profesionales de la salud que cruzan en ambas direcciones (Rosenmoller et al., 2006).

Si bien estos proyectos frecuentemente proporcionan soluciones pragmáticas a los problemas locales específicos, puede haber problemas una vez que el intercambio de pacientes se lleva a cabo, a menudo debido a la falta de una base jurídica sólida. Esta observación pone de relieve la importancia de las formas que se establecen por el cual los involucrados en la colaboración transfronteriza pueden comunicar sus dificultades a los legisladores y maneras en que los legisladores pueden responder adecuadamente a estas dificultades. Existen prácticas que proporcionan una cuenta inestimable de la experiencia real de los beneficios y retos derivados de la movilidad de pacientes en Europa, de los cuales se puede aprender.

Existe un considerable número de investigaciones sobre turismo médico, pero la gran mayoría han sido realizadas desde una perspectiva de la demanda. En cambio, es escaso el número de trabajos realizados desde una perspectiva de la oferta. Además, la revisión de la literatura indica que todavía no se han estudiado suficientemente los procesos que hacen que un destino de esta naturaleza, emerja como tal. De igual manera, la mayoría de los estudios de este fenómeno se concentran en desplazamientos de larga distancia sin prestar atención especializada al caso del turismo médico transfronterizo. Para tratar de reducir este hueco de investigación, se aporta a la literatura un mayor conocimiento del desarrollo de destinos médicos de frontera, para lo cual se ha planteado la siguiente pregunta de investigación, que orienta el proceso metodológico para desarrollar el estudio empírico del presente trabajo.

¿Cómo se caracteriza el desarrollo de un destino de turismo médico de frontera?

3 Metodología

Para responder a la pregunta de investigación planteada al final del capítulo dos se ha elegido un caso de estudio claramente representativo del fenómeno bajo estudio. Concretamente se trata de Ciudad Juárez, Chihuahua México frontera con El Paso, Texas en Estados Unidos, donde se observan desde hace décadas diversas trayectorias de desarrollo de un turismo médico en un contexto claramente de frontera internacional.

En este capítulo se presenta primero de forma breve la justificación de la elección del caso de estudio y posteriormente el procedimiento metodológico llevado a cabo que permita conocer la realidad del desarrollo del destino médico del caso de estudio. Por tanto, el objetivo de este capítulo es detallar el proceso a través del cual ha sido realizada la presente investigación. Una descripción del caso se presenta al inicio del capítulo siguiente, que aborda los resultados del trabajo investigativo con el objeto de contextualizar el fenómeno bajo estudio.

3.1 Justificación de la elección del caso de estudio

La investigación realizada tuvo como guía orientadora la pregunta de investigación planteada en un principio. ¿Cómo se caracteriza el desarrollo de un destino de turismo médico de frontera? El trabajo se fundamenta en dos elementos importantes: en primer lugar, en el trabajo de campo desarrollado desde principios de 2013 hasta finales de 2015, y en segundo lugar, en la información secundaria que fue necesario consultar para poder dar a esta investigación la validez y rigor científico que supone una tesis doctoral.

El eje principal del trabajo de campo ha sido el seguimiento de la evolución del fenómeno del turismo médico en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, y más concretamente, de los prestadores de servicios de atención sanitaria que reciben pacientes de las ciudades vecinas en los Estados Unidos.

La elección de este destino médico y de los centros de atención sanitaria privados, obedece a dos motivos: Uno de naturaleza teórica y otro exclusivamente práctico.

El teórico, por decirlo de una manera comprensible, es que se tenía conocimiento de que en Ciudad Juárez comenzaba a haber un aumento en la demanda de servicios de salud por parte de pacientes extranjeros. La ciudad es conocida en la región como un sitio que ofrece buenos servicios médicos, además de contar con un volumen importante de comercio transfronterizo. Al transitar por una etapa crítica de inseguridad y violencia, que afectó a todos los sectores de la sociedad, el turismo médico se alzaba como un tema importante que podría favorecer la recuperación y el desarrollo de la ciudad. Por tanto, lo que ocurría en la población, a ese respecto, era interesante. También se tenía interés en ver lo que sucedía con los médicos, los hospitales, los centros de servicios y empresas de salud, y que hacían y decían los administradores de hospitales, las autoridades de gobierno y los principales actores del turismo médico. Se tenía particular interés en identificar si el turismo médico se contemplaba como una parte integrada del sistema de salud y cómo se estaba llevando a cabo esta integración.

3.2 Aproximación metodológica

El abordaje metodológico seleccionado fue exploratorio debido a que no hay muchos estudios realizados que relacionen el fenómeno del turismo médico con la frontera. Al ser un fenómeno novedoso dentro del ámbito de aplicación se requiere un marco que aporte flexibilidad para poder indagar acerca del tema. Siguiendo las ideas de Selltitz (1965), este tipo de esquema proporciona un marco flexible que permite lograr un conocimiento más preciso del fenómeno a efectos de poder generar una base empírica. Además, de acuerdo con este autor, la definición del objetivo de investigación permitirá avanzar en el conocimiento del fenómeno bajo estudio Selltitz, Jahoda y Deutsch,(1965), lo cual se pretende lograr con esta tesis.

La metodología utilizada se ubica dentro del enfoque cualitativo en tanto que busca la comprensión de las acciones humanas y entender la realidad del fenómeno. El método básico seleccionado fue la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967)

El paradigma bajo el cual se realiza la investigación, de acuerdo a las ideas de Glasser y Strauss (1967) es el constructivista. Para garantizar un diseño de investigación fuerte, los investigadores deben elegir un paradigma de investigación que sea congruente con sus creencias acerca de la naturaleza de la realidad. Conscientemente someter tales creencias a una interrogación ontológica en primera instancia iluminará las posibilidades epistemológicas y metodológicas que están disponibles (Glaser y Strauss, 1967).

La aproximación de la Teoría Fundamentada, como una metodología de análisis inductiva generativa propone un proceso de análisis cualitativo con el objetivo de generar proposiciones teóricas fundamentadas en los datos empíricos (Trinidad Requena, Carrero Planes, y Soriano Miras, 2006). El análisis se realizó bajo la aplicación sistemática del método comparativo constante y los criterios de muestreo teórico y saturación conceptual de las categorías encontradas. De este modo, la teoría fundamentada, en su diseño y progresiva transformación de los datos, fue una alternativa metodológica en el análisis cualitativo para la generación sistemática de teoría.

Este apartado pretende describir el proceso llevado a cabo para la conducción del estudio empírico en cada una de sus fases: histórico-descriptiva, conceptual, y analítica, que se corresponden con la elaboración de la narrativa de la génesis y evolución del turismo médico, la construcción del modelo teórico y la generación de las categorías o aspectos relevantes para el desarrollo del destino, producto del análisis temático.

Para Devine y Roberts (2003) al igual que para Jack (2005), la elección de los métodos depende de los objetivos asociados a cada investigación; por eso, en vez de pronunciarse por el equilibrio de enfoques y técnicas cuantitativas y cualitativas, indican que el uso de las primeras debería orientar las indagaciones vinculadas a la medición y correlación de variables, en tanto que el uso de las segundas, lo recomiendan para dirigir el proceso investigativo cuando los objetivos estén asociados a la comprensión de procesos sociales (Devine y Roberts, 2003);(Jack, 2005).

La selección del enfoque y de las técnicas empleadas derivó de la contextualización de la zona de estudio y de la definición de objetivos de investigación. La elección del tipo de estudio y la conceptualización del modelo teórico se hizo con base en las características de ese entorno y de los hallazgos en la primera revisión de la literatura. Como podrá apreciarse, existen consideraciones relevantes derivadas de la contextualización y de las incipientes aproximaciones al estudio del fenómeno del turismo médico transfronterizo, que favorecieron la inclinación hacia un enfoque cualitativo, ya que coinciden con las ideas de Brewer y Hunter, (1989), quienes mencionan la importancia que adquieren los estudios cualitativos ante la dificultad de identificar una población objeto de estudio en temas relacionados con la salud.

3.3 Obtención de información

En este apartado se presentan los elementos relacionados con la obtención de información. Dado que se ha trabajado con fuentes de información primaria y fuentes de información secundaria, se presentan en primer término los relativos a las fuentes de información primaria y en segundo término, los relacionados a las fuentes de información secundaria.

3.3.1 Obtención de información primaria

Para la elección de las personas a entrevistar, se partió de los cuatro hospitales que el gobierno del Estado de Chihuahua a través de la Secretaría de Economía, ha seleccionado para desarrollar un clúster de turismo médico. Dos de ellos pertenecen a las cadenas hospitalarias de mayor prestigio del país, por lo que ofrecen calidad en sus servicios y avance científico y tecnológico en su infraestructura de salud. Los otros dos son los más reconocidos desde tiempo atrás por las comunidades de ambos lados de la frontera y finalmente, utilizando el criterio de proximidad, se seleccionaron dos hospitales más, que se encuentran ubicados muy cerca de los cruces internacionales Juárez-El Paso.

Varios informantes señalaron dos hospitales que, según ellos, podían ser de interés para la investigación: el Hospital Ángeles y el Star Médica. Ambos de nueva creación en la ciudad, cuyos dueños son empresarios con un gran poder económico. Estas instituciones de salud cuentan con una infraestructura pensada para obtener las acreditaciones de calidad internacional y fueron diseñados para atender pacientes internacionales. De esta forma se inició el proceso de obtención de información primaria, con las entrevistas a personal directivo de estos hospitales.

a) Muestreo

A continuación se plantea el sistema de muestreo utilizado y posteriormente se describen los distintos actores o stakeholders de los cuales se obtuvo la información.

Se ha elegido el muestreo teórico para identificar los actores de los cuales se iba a obtener la información necesaria de forma confiable. Este tipo de muestreo se realiza con base en lo que emerge de los datos. Se le denomina así, debido a que sirve para refinar, elaborar y completar las categorías, y por último el uso

sistemático de los procedimientos analíticos lleva a niveles más abstractos de análisis (De la Cuesta Benjumea, 2006).

Se utilizó una forma de muestreo no probabilístico en el que las decisiones relativas a las personas a ser incluidas en la muestra fueron tomadas, con base en una variedad de criterios que incluyeron conocimientos especializados en el tema de investigación, la capacidad y la voluntad de los participantes que serían más propensos a aportar datos adecuados, tanto en términos de relevancia como de profundidad. Este tipo de muestreo conocido como “purposive sampling” ha sido utilizado por autores como Hunter-Jones, (2005); Assenov et al., (2011); Crooks et al., (2012); El-Jardali et al., (2012) específicamente para estudios de turismo médico.

Las primeras personas entrevistadas fueron los directivos de los cuatro hospitales privados que integran el clúster médico mencionado. Utilizando la técnica de “bola de nieve”, se solicitó a las personas entrevistadas, su recomendación de otros actores que estuvieran relacionados y tuvieran experiencia, conocimiento y posibilidad de colaborar en las entrevistas. De esta forma fue surgiendo la información de los actores que por su trayectoria y conocimiento del tema, podrían aportar información valiosa para la investigación. Esta técnica fue elegida debido a la valoración positiva de su uso para la identificación de los “best informants”, siguiendo el ejemplo de Glinos, Baeten, y Maarse, (2010); Glinos, Baeten, Helble, et al., (2010), Crooks et al., (2012), Snyder et al., (2012); Casey et al., (2013); Hanefeld et al., (2014); Adams et al., (2015), los cuales han utilizado esta técnica en estudios relacionados con el turismo médico.

Las personas entrevistadas opinaron que el tema es muy interesante y tuvieron una actitud positiva y abierta al participar en esta investigación. De las 69 entrevistas realizadas, solo una persona se negó a aceptar que la entrevista fuera grabada, no obstante estuvo dispuesta a participar.

Por tanto, el muestreo estuvo alejado de la definición clásica ofrecida por la perspectiva cuantitativa, a través de la cual, el muestreo queda definido en una fase anterior al trabajo de campo. Por el contrario, en esta experiencia, las unidades de análisis que iban a formar el trabajo de campo se fueron generando en torno al desarrollo de la investigación. De esta forma, al seleccionar el grupo de hospitales que integran el clúster de turismo médico de Ciudad Juárez y avanzar en cada una de las entrevistas a estos actores, fue posible identificar la interconexión de la recogida con el análisis de los datos. El identificar esta relación fue fundamental para observar la espiral a través de la cual fue posible ir identificando qué tipo de grupos, informantes o nuevos escenarios debían explorarse para lograr la progresiva densificación y emergencia de teoría formal.

En todo momento, estuvo presente el propósito de la investigación: *analizar el desarrollo del turismo médico, ¿cómo funciona en una zona de frontera como Ciudad Juárez? y ¿en qué se concreta la oferta del producto turístico?* El estudio de este desarrollo se realizó desde una perspectiva analítica inductiva que permitiera culminar con un modelo teórico para estudiar este fenómeno a partir de la

identificación del rol de los stakeholders, su influencia en el desarrollo del destino, y las particularidades de la ciudad ubicada en la frontera.

Por tanto, la forma de realizar el muestreo teórico, teniendo en mente el propósito de generar modelos teóricos de turismo médico, fue en primer orden, coleccionar los datos, para después codificarlos, analizarlos y decidir qué datos coleccionar en adelante y dónde encontrarlos para desarrollar una mejor teoría a medida que se iba perfeccionando. Es decir, fue un muestreo dirigido por la propia teoría que iba emergiendo (Trinidad Requena et al., 2006).

Uno de los puntos importantes fue el cuestionamiento de ¿A qué grupos o actores tendría que volver necesariamente en las sucesivas recogidas de información una vez analizados los primeros datos? El criterio fue seleccionar los grupos o actores en la medida que proporcionaban una mayor variabilidad respecto al grupo inicial. Este concepto hace referencia a cómo dentro del fenómeno u objeto investigado hay que tener presente todos aquellos ejemplos que den muestra de la amplitud del mismo. Es decir se trató de buscar los extremos dentro del fenómeno que la variable dice representar. De esta forma, se identificó, por ejemplo, el hospital que atiende pacientes de bajos recursos de ambos lados de la frontera, por las propiedades y variabilidad que aportó a la teoría que se estaba construyendo. Para asegurar el criterio de saturación teórica Trinidad Requena et al., (2006) consideran que es imprescindible la utilización del método comparativo constante. Se trató de extender lo más posible la amplitud de los rangos de datos de cada una de las categorías. A partir de la elección de los grupos que se comparan, se consigue la saturación teórica. Se trató de expandir las diferencias en los grupos, y de éste modo, se maximizó la variedad de datos y de las propiedades de las categorías. De esta forma, el método de análisis comparativo constante fue el modo de generar la teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los datos. Se requirió la saturación de los datos, y no la prueba, contrastación o verificación de hipótesis. El objetivo, por tanto no fue la verificación, por lo que no existe un deseo de generalización. Glaser y Strauss, (1967 p.102) sostienen que las propiedades no tienen que ser necesariamente causas, sino que también pueden ser condiciones, consecuencias o dimensiones.

La saturación teórica es el criterio a partir del cual se decidió cesar el muestreo de los distintos grupos pertenecientes a cada una de las categorías. Esto sucedió cuando ya no se encontró ningún tipo de información adicional que permitiera desarrollar nuevas propiedades de las categorías o nuevas categorías. Estos criterios estuvieron delimitados por los propios límites empíricos de los datos, la integración y densidad de la teoría y la sensibilidad teórica del análisis (Trinidad Requena et al., 2006), por eso fue importante combinar el proceso de recogida y del análisis.

Por este motivo y acorde a Trinidad Requena et al., (2006) la preocupación central con este tipo de muestreo, era hallar información relevante para la teoría que se estaba buscando, más que el número correcto de unidades de análisis o de su selección al azar. Nunca se siguió un desarrollo lineal. Se realizaron en total 69 entrevistas en profundidad, sin embargo, nunca se supo a priori el número de

observaciones a realizar, además tampoco se sabía qué muestrearíamos ni dónde hacerlo. Fue sólo a través del descubrimiento de incidentes y de su posterior saturación cuando se comenzó a inferir nuevos códigos y propiedades.

Un incidente es la parte de la unidad de muestreo que puede ser considerada como analizable separadamente porque contiene referencias importantes para lograr el objetivo de la investigación. Es también una porción del contenido que se separa por aparecer allí uno de los símbolos, palabras clave o temas que se consideran oportunos desde los propios datos (Trinidad Requena et al., 2006).

Previo al inicio de las entrevistas, se elaboró un listado de posibles categorías o grupos de stakeholders para incluir actores que se desempeñen o se relacionen en este tipo de actividad. En general, los stakeholders o (las partes interesadas) son individuos u organizaciones que son afectados o pueden afectar el desarrollo de un proyecto. Por lo tanto, conseguir su involucramiento es un componente crucial del proceso de desarrollo del proyecto. Es importante conocer la opinión y preocupaciones de los interesados para facilitar mejor el desarrollo de un proyecto que responda a las necesidades de los stakeholders o grupos de interés (El-Gohary, Osman, y El-Diraby, 2006).

Stakeholders resultantes

Con base en el modelo de Caballero y Mugomba, (2006), y Heung et al., (2010) que han estudiado los stakeholders del turismo médico, se seleccionaron las siguientes categorías de stakeholders:

- Autoridades gubernamentales a nivel federal, estatal y municipal
- Sector académico
- Autoridades universitarias
- Médicos cirujanos de distintas especialidades
- Administradores de hospitales
- Directivos de hospitales
- Compañías de seguros
- Agencias de viajes
- Personal de Hostelería, no directivo
- Promotores turísticos
- Empresas facilitadoras de turismo médico
- Medios de comunicación
- Asociaciones de profesionistas
- Personal de línea médica
- Organizaciones sociales
- Asociaciones de hoteles y moteles
- Cámaras de comercio
- Gerentes de hoteles
- Cámaras de comercio e industrias

Tabla 3.1 Actores principales por grupo de categorías de Stakeholders

Categorías de Stakeholders	Entrevistas realizadas
Autoridades de gobierno federal	1
Autoridades de gobierno estatal	6
Autoridades de gobierno municipal	10
Directores de hospitales	9
Médicos cirujanos especialistas	8
Sector académico experto en turismo	5
Administradores de hospitales	7
Especialistas en odontología	3
Autoridades universitarias	2
Medios de comunicación	2
Agencias de viajes	2
Organizaciones sociales	2
Asociaciones de hoteles y moteles	2
Cámaras de comercio	2
Compañías de seguros	1
Empresas facilitadoras	1
Personal de hotelería no directivo	1
Asociaciones profesionales	1
Promotor turístico	1
Personal de línea médica	1
Responsable de óptica	1
Gerentes de hoteles	1

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

En total, se realizaron 69 entrevistas en profundidad.

b) La entrevista como técnica de obtención de información

Se eligió la entrevista en profundidad como técnica para la obtención de información debido a que *“la entrevista de investigación pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo”* (Blasco y Otero, 2008).

La mayor parte de la información se obtuvo a través de entrevistas abiertas en una primera fase y semi-estructuradas en una fase posterior, a directores y administradores de hospitales, autoridades gubernamentales, organismos descentralizados, medios de comunicación, autoridades educativas, prestadores de servicios turísticos y residentes de la zona fronteriza, durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2015. Las entrevistas tuvieron una duración media de 90 minutos.

En la primera fase se realizaron 26 entrevistas en profundidad con un muestreo abierto y relativamente desenfocado, incluso con preguntas abiertas realizadas para conocer la historia del turismo médico desde la experiencia y perspectiva de los actores. Con preguntas como ¿Me podría contar la historia de cuándo y cómo empezó en Ciudad Juárez el turismo médico? O bien, Cuénteme desde su experiencia, como ha sido la creación de un destino médico en Ciudad Juárez. O cuénteme desde su perspectiva como se ha desarrollado el fenómeno del turismo médico en Ciudad Juárez? Este tipo de muestreo, hizo posible encontrar categorías (de personas, de sucesos, como el liderazgo de algunos actores, su influencia en la

comunidad para que se realicen acciones a favor del turismo médico, entre otras) en las cuales profundizar. A medida que se fue avanzando, se fueron identificando situaciones que, se intuía, proporcionarían información relevante, y a medida que los datos eran analizados, se utilizaban los resultados para dirigir la investigación a otros grupos y a las localizaciones diversas que podrían ampliar la interpretación. De esta forma, se continuó hasta que dejaron de surgir nuevos conceptos, es decir, cuando se saturaron los datos. Fue el momento en que se empezó a encontrar datos repetitivos que dejaban de aportar información novedosa. La saturación teórica se logró cuando la explicación teórica que surgió de la propia investigación resultó de interés y relevancia.

A partir del material obtenido en las entrevistas, se procedió al análisis de la narrativa utilizada por Riessman, (2003) para continuar con la reconstrucción de los procesos que han situado a Ciudad Juárez como un destino de turismo médico en México. Una vez que se realizó la transcripción de las grabaciones, se llevó a cabo el análisis narrativo de la información usando como base teórica que orientara el proceso, el método de la teoría fundamentada, que propone el desarrollo del análisis temático, para definir los temas que van surgiendo de la información recabada y posteriormente definir las categorías de análisis que integran cada uno de los temas (Tuckett, 2005).

De esta forma fue posible apreciar las unidades temáticas que surgieron de las narraciones. Los discursos de los actores entrevistados muestran sus puntos de vista sobre el fenómeno del turismo médico que se está presentando con mayor incidencia en las últimas dos décadas. El objetivo metodológico fue plantear preguntas genéricas para que los actores hicieran una reconstrucción de su experiencia, a través de relatos y puntos de vista que permitieran entender la realidad del proceso, ¿cómo se ha ido constituyendo Ciudad Juárez como destino de turismo médico?, tratando de identificar momentos cruciales, iniciativas que han tenido éxito e iniciativas que no han prosperado, acciones importantes realizadas, agentes que han participado, relaciones significativas, es decir, relatos y puntos de vista a partir de una entrevista semi-estructurada cuya estructura estuvo determinada por los elementos exploratorios que se requieren para realizar el análisis temático, de donde se obtendrán los temas producto del análisis.

La investigación se divide en una serie de componentes que incluyen el conocer la historia de cómo surgió Ciudad Juárez como destino médico, cómo ha venido evolucionando en su proceso de desarrollo del destino y generar una teoría a partir del conocimiento de las experiencias de las personas participantes.

A medida que se fue avanzando en la realización de las entrevistas, fue surgiendo información relevante que orientaba para la elaboración de las preguntas posteriores.

Las condiciones institucionales, las políticas y programas, así como las características de las capacidades y de la base de conocimiento acumuladas en los sectores público y privado, son factores relevantes que se fueron mostrando en los datos analizados para comprender por qué o como se desarrollan los destinos turísticos, así como sus resultados y limitaciones. El análisis de las políticas

gubernamentales e institucionales, públicas y privadas ha sido un elemento importante para comprender en los distintos niveles, las características de las interacciones entre el sector público y privado. Las interacciones se ven favorecidas cuando se han logrado conformar espacios de coordinación. Por lo anterior, en el análisis de las interacciones entre los sectores público y privado, la capacidad de las instituciones para coordinar e integrar a los participantes son elementos que ayudaron a entender los procesos de desarrollo del destino médico.

Los temas sobre los cuales se preguntó a los entrevistados se relacionan con la intención de conocer cómo ha evolucionado el destino médico fronterizo.

Las preguntas básicas relacionadas con las distintas dimensiones analíticas del desarrollo del destino médico fueron por ejemplo,

¿Por qué se origina, cómo surge y se desarrolla Ciudad Juárez como destino turístico medico? Relacionada con la génesis y la dinámica.

¿Quiénes participan en el clúster y cuál es su papel? Referida a la dinámica del destino. A medida que iba surgiendo información relevante sobre las acciones realizadas por algunos actores participantes, se orientaron las preguntas para saber más sobre aspectos de liderazgo.

¿Cómo influyen las capacidades de los actores en la construcción, dinámica y desarrollo de un destino medico? pregunta relativa a los atributos de los actores.

¿Cómo se gobiernan los actores, quien asume el liderazgo? Que alude a sus mecanismos de coordinación.

¿Qué clase de recursos se intercambian y cuáles son los resultados obtenidos? Pregunta relativa a las relaciones y resultados.

Las preguntas para conocer los aspectos de coordinación entre organizaciones por ejemplo, pueden resumirse en las siguientes: ¿Cuál es la función y las características de las relaciones que se construyen entre el sector público y privado? ¿Cuántas reuniones se han realizado para la participación en el clúster y para el proyecto de turismo médico? ¿Quién los convoca? ¿Quiénes participan?

¿Cuál es el nivel de formalidad e informalidad sobre el que se basan y si este determina un mejor desempeño de las relaciones? ¿Qué tipo de información o conocimientos fluye a través de ellos?

En este sentido, el enfoque basado en las instituciones fue fundamental para comprender los procesos de interacción entre los sectores público y privado.

Cuando surgió información relativa al desarrollo del destino con base en la cooperación transfronteriza, se orientó las preguntas para conocer el grado de confianza entre las instituciones que pudieran colaborar, dado que era interesante conocer el origen y el desarrollo del destino turístico medico

En el proceso de diseño de las dimensiones que integran el enfoque de esta investigación, un elemento importante para conocer el desarrollo del destino médico fue el conocer su historia, desde sus inicios.

3.3.2 Obtención de información secundaria

Por otra parte, ante la dificultad para encontrar información desagregada a nivel local, relacionada con el tema de estudio, se recurrió a otras fuentes secundarias. Por ejemplo, en Ciudad Juárez existe una asociación civil denominada “Plan Estratégico de Juárez, A.C.” que se define como una organización sin fines de lucro y apartidista que tiene por objetivo la construcción de una fuerza ciudadana que participe en los asuntos públicos, proponiendo y exigiendo una mejor ciudad. Esta agrupación desarrolla un informe anual de un sistema de indicadores denominado *Así Estamos Juárez* (AEJ), que mide los elementos que inciden en la calidad de vida de los juarenses, a partir de una amplia plataforma de datos estadísticos y de percepción.

AEJ realiza un esfuerzo metodológico buscando la mayor precisión posible en la integración, análisis e interpretación de la información. Para esto, el sistema es apoyado por expertos locales y nacionales, además del enriquecimiento que proviene de las experiencias de la Red Mexicana por Ciudades Justas, Democráticas y Sustentables. Las fuentes del sistema son dos: los datos oficiales más recientes disponibles y la propia encuesta de percepción. Para esta investigación se ha consultado los resultados de este informe para el año 2014.

La aproximación inductiva permitió que las ideas emergieran desde los datos. A través de la relación de la información primaria con la información secundaria y con base en el método comparativo constante, a medida que se avanzaba en la realización de las entrevistas fue surgiendo un conjunto de categorías para analizar los procesos de desarrollo de un destino de turismo médico. Estas categorías se fueron definiendo a partir de la realización de las primeras entrevistas.

3.4 Análisis de la información

Una vez que las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas, se llevó a cabo el análisis de la información usando como base teórica que orientara el proceso, el método de la teoría fundamentada, que propone el desarrollo del análisis temático, para definir los temas que van surgiendo de la información recabada y posteriormente definir las categorías de análisis que integran cada uno de los temas (Tuckett, 2005).

Durante la aplicación de la teoría del análisis temático, resultó de gran utilidad plantearnos las preguntas que propone la literatura como por ejemplo, que es lo que realmente quieren decir cuando mencionan “se les va a convocar posteriormente” o bien preguntarme, si el entrevistado estaba únicamente usando las palabras correctas durante la entrevista y por lo tanto, imaginar que siguió después de lo comentado.

También fue de gran utilidad mientras se codificaba la información, escribir comentarios al margen, pues de esta forma se avanza en la reducción o síntesis de la información en el proceso de conclusión y verificación a través de estos pequeños registros. Todos estos procesos de auditoría, lectura, codificación marginal remarks y registros de notas al margen descritos aquí como lectura y teorización,

contribuyeron al seguimiento de las entrevistas en profundidad y consecuentemente para tomar decisiones sobre el muestreo siguiente, con propósitos teóricos.

El proceso de codificación, escritura y teorización de la investigación, representó una extensión de la reducción de los datos, para que surgieran las conclusiones (conclusión drawing and verification) y entonces empezó el “data display” o visibilidad de los datos.

En el estudio empírico que se plantea, se ha considerado como más adecuado la utilización de un método jerárquico de los conceptos o macro temas, que después denominamos aspectos relevantes. Por un lado, se ha tenido presente la aceptación de este tipo de métodos como los más convencionales y utilizados en la investigación empírica, y por el otro, se ha tenido en consideración el tamaño de la muestra, se debe recordar que se realizaron 69 entrevistas que fueron procesadas con el software N-VIVO como apoyo para su codificación, creación de nodos y categorías de análisis para la construcción de teoría sustentando pasos y operaciones en el nivel del texto , pero también en el nivel conceptual al definir relaciones entre códigos, categorías superiores y subcategorías, además de redes de categorías.

Se tuvo en consideración las características de la muestra, los objetivos de investigación y las características y utilidad que aportan las diversas categorías de análisis y se tomó como base un estudio cualitativo de Casey et al., (2013) sobre los roles de los cuidadores informales de los pacientes de turismo médico, se eligió la secuencia de pasos a seguir para el desarrollo del análisis temático de esta investigación. Esta elección obedece a que se trata de un estudio de un tema relacionado con el turismo médico que también utiliza el análisis temático para la construcción de categorías, además, porque estos autores han realizado valiosas aportaciones al estudio del turismo médico, utilizando el método cualitativo.

El análisis temático involucró seis pasos

1. La revisión de las transcripciones de las entrevistas en profundidad y notas.
2. Puesta en común. En una reunión presencial con los directores de tesis se comentaron los hallazgos sobre los temas que iban emergiendo, así como los valores atípicos.
3. La creación de un esquema de codificación preliminar que identificó los conceptos temáticos generales y sus componentes. Esto implicó niveles de colaboración en la creación de los aspectos relevantes y sus temas vinculados, que fueron manipuladas hasta que se aseguró de que daban respuesta y tenían relación con los objetivos del estudio, así como los temas y valores atípicos identificados en la reunión.
4. Codificación de los datos en N-Vivo, con la asesoría en refinamiento e interpretación por parte de mis directores.
5. Identificación de las tendencias y patrones relevantes a los temas objeto de análisis, a saber, las relativas a los elementos necesarios para el desarrollo

de un destino de turismo médico y la creación de un modelo teórico de turismo médico fronterizo.

6. Revelación de una interpretación más refinada del significado en los datos codificados, a través de una comparación de las tendencias y patrones con los conocimientos existentes en la literatura y los objetivos del estudio. Esta comparación, una vez realizada, fue expuesta a los directores de tesis para su confirmación.

Este proceso analítico permitió que los temas comunes emergieran a pesar de las diferencias del tipo de turismo médico en el que funcionan los participantes, su entorno e historias de trabajo.

A continuación se presenta una tabla que muestra el número y porcentaje de códigos que emergieron y su distribución en las macro categorías definidas como producto del análisis temático en cada una de las fases de la investigación.

Tabla 3.2 Total de códigos por categoría y fase de la investigación

Categoría	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Total	%
Contexto del propio destino	40	38	19	97	13
Contexto del mercado de origen	22	24	14	60	8
Estrategias de producto y comercialización	46	191	38	275	37
Frontera	30	73	11	114	15
Integración	60	83	60	203	27
Totales	198	409	142	749	100

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

En la primera fase de la investigación, realizada en 2013, las primeras 26 entrevistas fueron con preguntas más abiertas para conocer la historia del surgimiento del turismo médico en Ciudad Juárez. Como puede apreciarse, el número de códigos que emergieron de esta etapa de la investigación, de la categoría de contexto e integración/coordinación, fueron mayores que los de estrategias de producto y comercialización y de los de frontera, lo cual es congruente, dado que se trataba de narrar como había iniciado el fenómeno del turismo médico en la localidad y las dificultades y fortalezas que identificaban. Cabe mencionar que en la categoría de contexto fueron agrupados los códigos tanto del contexto del propio destino, como los del mercado de origen. Separándose en otra etapa al momento de definir los conceptos más relevantes que influyen en el desarrollo de un destino de turismo médico de frontera.

Al identificar los temas de interés que fueron surgiendo, se fue orientando las entrevistas hacia la obtención de información relevante en los temas que se quería profundizar. De esta forma, se puede apreciar que en la segunda fase, el mayor número de códigos lo obtuvo la categoría de estrategias de producto y comercialización, seguida por integración y frontera.

En la última fase se empezó a identificar la saturación teórica. En todas las categorías se observó una reducción en el número de códigos. En esta etapa, la categoría que tuvo el mayor número de códigos fue integración.

Se analizaron en total 749 códigos. En el primer ejercicio de tematización, se identificaron 120 temas, en el segundo se redujo a 43, en el tercero a 25, en el cuarto a 12 y en el quinto a 5 que fueron los aspectos relevantes que finalmente fueron definidos, y son: Contexto del propio destino; Contexto del mercado de origen; Integración; Estrategias de producto y comercialización y Frontera.

Dentro de cada uno de estos grandes temas se obtuvo un conjunto de subtemas, los cuales se presentan de forma detallada en el capítulo de resultados.

3.5 La categorización de los datos sobre el desarrollo del turismo médico en Ciudad Juárez

Las categorías que se generaron de los datos de las entrevistas en profundidad, se obtuvieron a partir del análisis de contenido de las mismas. Con base en estos resultados se puede observar como producto del análisis global de la información, que la categoría *Estrategias de Producto y Comercialización* fue la que obtuvo mayor peso, debido a que obtuvo como resultado 275 códigos asociados al árbol temático de la misma, además por el conjunto de dimensiones detectadas para su análisis. Este número corresponde a un 37 % de los códigos totales del análisis temático, que ha sido de 749.

En segundo lugar de importancia porcentual se encuentra la categoría *Integración* que obtuvo 203 códigos asociados a su árbol temático, que corresponden a un 27 % del total. Esta categoría tiene una relevancia especial, a través de las dimensiones que la integran. Esta situación demuestra la importancia que otorgan las personas entrevistadas a los aspectos relacionados con esta temática.

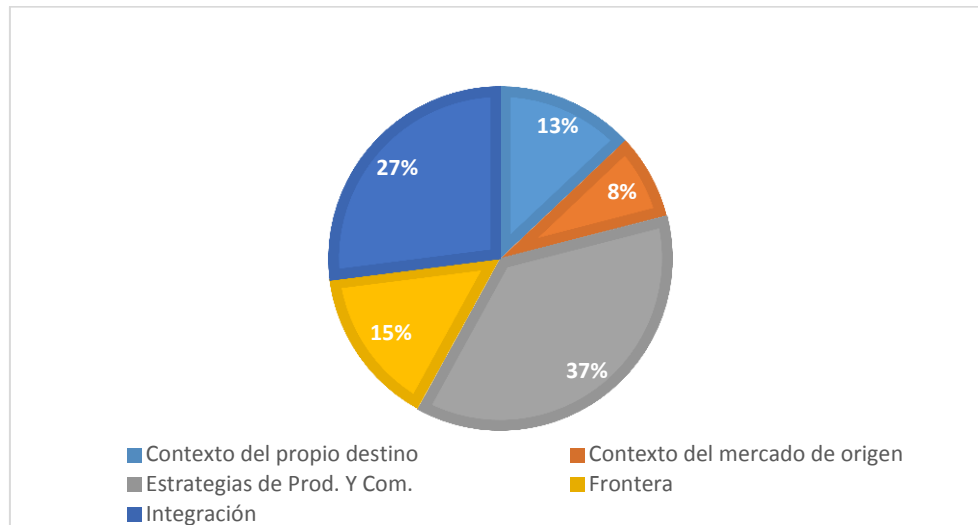
El tercer lugar por el número de códigos asignados en la tematización, lo ocupa la categoría de *Frontera*, con 157 registros sobre este tema, que a su vez corresponde a un 15 % del total. Las dimensiones que integran esta categoría, permiten identificar las fortalezas del destino, que actualmente actúan como elemento de atracción tanto de pacientes como de profesionales de la salud, empresas prestadoras de servicios, e inversionistas.

El cuarto lugar por el número de códigos asignados lo obtuvo la categoría *Contexto del propio destino* con 97 registros sobre el tema, que corresponde a un 13 % del total de códigos y finalmente, el quinto lugar lo obtuvo la categoría *Contexto del mercado de origen*, que obtuvo 60 códigos que corresponde a un 8 % del total.

Cabe mencionar que las categorías de contexto del propio destino y contexto del mercado de origen incluyen los códigos que permiten identificar la realidad que viven los habitantes de las comunidades fronterizas de ambos lados de la frontera con relación al fenómeno del turismo médico, las cuales se analizarán detalladamente en el capítulo de resultados.

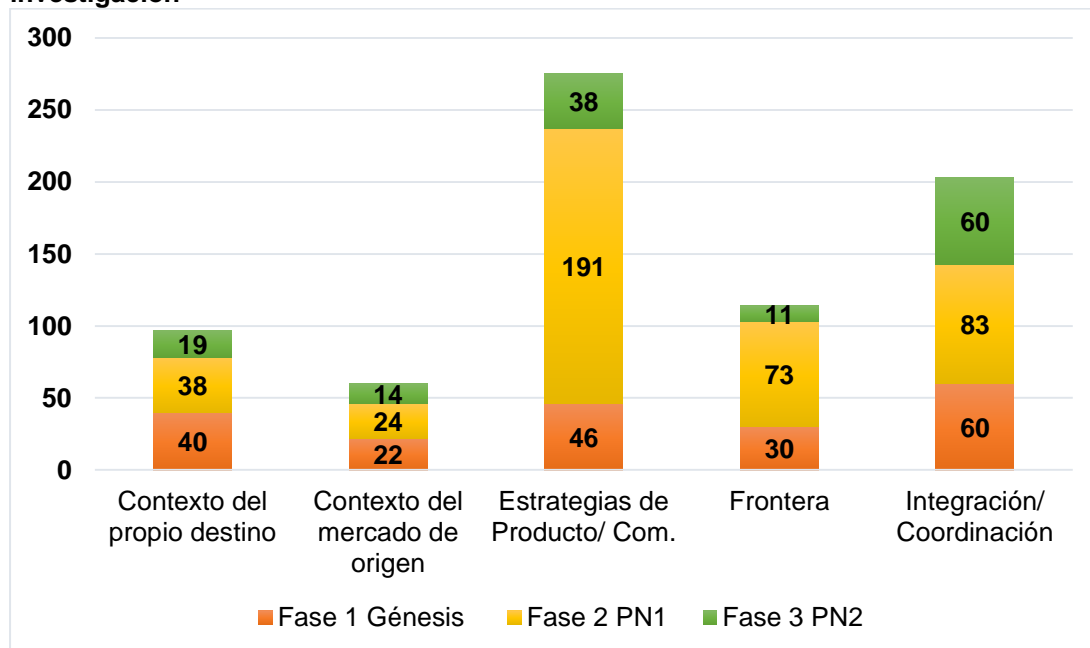
A continuación se muestran unas gráficas que permiten observar la distribución de los códigos en las categorías definidas.

Figura 3.1 Distribución de códigos en categorías de análisis



Fuente: Construcción propia con base en conocimiento empírico

Figura 3.2 Distribución de códigos en las categorías de acuerdo a las etapas de investigación



Fuente: Construcción propia con base en conocimiento empírico.

De esta forma se ha presentado el procedimiento metodológico llevado a cabo para la realización de la presente investigación. En el capítulo siguiente se presenta de forma descriptiva el contexto del caso de estudio así como la narrativa de la génesis y evolución del turismo médico en esta ciudad fronteriza.

4 Ciudad Juárez como destino de turismo médico

Este apartado inicia con una presentación de las razones que sustentan la selección del tema y el caso de estudio, demostrando la importancia económica y social que reviste el fenómeno del turismo médico tanto para la región, como para ambos países. El propósito de este capítulo es presentar y describir el contexto, la realidad del caso específico de Ciudad Juárez. El capítulo se divide en dos partes. La primera de ellas es una presentación general de su geografía, desarrollo histórico, rasgos sociodemográficos, infraestructura turística e indicadores turísticos recientes. En la segunda parte se presenta también una descripción de Ciudad Juárez como destino de turismo médico, sus orígenes y crecimiento.

La primera parte ha sido elaborada a partir de información secundaria fácilmente accesible en diversas fuentes oficiales de información. En cambio, para poder realizar el segundo apartado ha sido necesario diseñar dentro de la recogida de datos, un conjunto de preguntas, de las cuales, a partir del análisis de sus respuestas, ha sido posible diseñar una narrativa del proceso de la génesis y evolución de Ciudad Juárez como destino turístico médico. Por tanto, la parte que aquí se describe y que sirve para que el lector tenga una mayor comprensión de la realidad del fenómeno en esta frontera, no es algo que sencillamente se ha obtenido de información secundaria. Por el contrario, el hecho de que no existiera un estudio similar, ha obligado a incorporar un elemento de trabajo empírico adicional, que siguiendo el análisis de la narrativa de las entrevistas, ha permitido reportar un resultado, que aún cuando no es el principal, constituye un elemento de ramificación del trabajo empírico que enriquece el conocimiento del fenómeno del turismo médico en la frontera del caso de estudio.

4.1 Descripción de Ciudad Juárez y su entorno

El presente trabajo de investigación trata del turismo médico de frontera. El punto de partida es entender la complejidad que se vive de manera cotidiana en un destino con estas características, dado que los cambios en las políticas de ambos países impactan los flujos comerciales y de personas que transitan cada día hacia uno y otro lado de la frontera para satisfacer distintas necesidades. Por tanto, conocer la realidad que se vive en un destino de esta naturaleza permitirá comprender las condiciones que favorecen o dificultan las potencialidades del territorio.

La frontera norte está integrada por un conjunto de regiones a lo largo de más de 3 mil 200 kilómetros colindantes a los Estados Unidos. Se deben de considerar los 81 municipios de México y los 25 condados de Estados Unidos que son colindantes, en torno a la línea que divide a ambos países, sin embargo, la mayoría de las cifras se encuentran agregadas a nivel estatal, por lo que se consideran a los estados colindantes con los Estados Unidos. En la región residían en 1980 cerca de siete millones de habitantes (43% del lado mexicano) y para 1995 esta cifra era cercana a los 10.5 millones de personas, 45% del lado mexicano (Díaz-Bautista, Aviles, y Rosas Chimal, 2003).

Ciudad Juárez se ubica al norte de México y del estado de Chihuahua, a orillas del río Bravo. Cuenta con una extensión territorial de 3,561.14 kilómetros cuadrados y una población de 1,332,131 habitantes (INEGI, 2010). Por tanto, su densidad de población es de 374 Hab/Km.² Es considerada una de las más importantes ciudades

de la frontera de México con Estados Unidos de Norteamérica, la ciudad más próxima es El Paso, Texas, seguida por Las Cruces en el estado de Nuevo México y del lado mexicano Nuevo Casas Grandes, que se ubica a 272.5 Km, y Chihuahua, capital del estado a 361 Km.

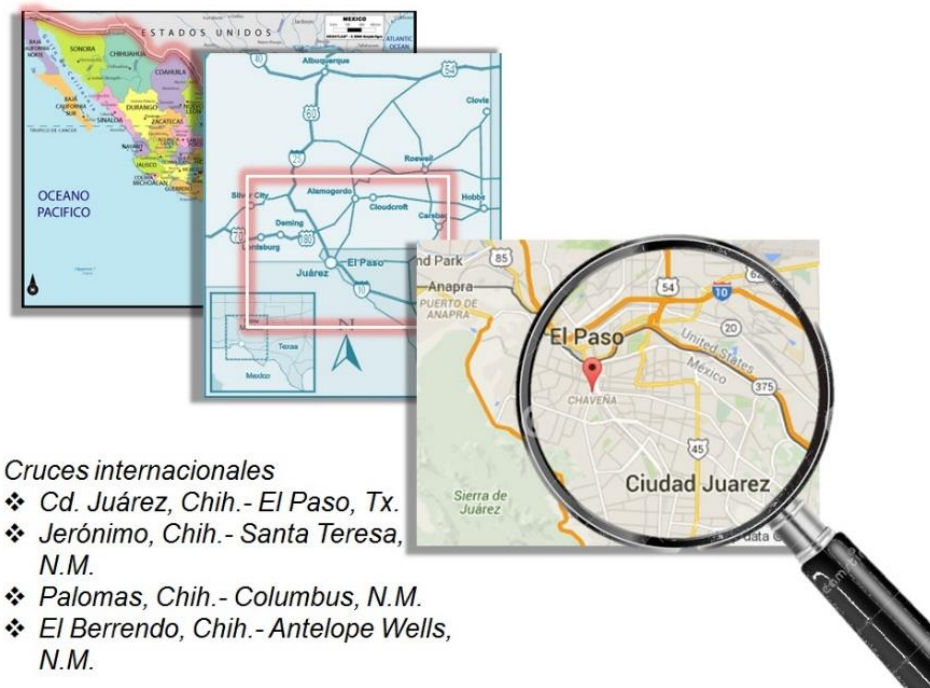
En el censo del 2010, en Estados Unidos, El Paso Texas arrojó una población de 800,647 habitantes. La combinación de estos dos municipios, (Juárez y El Paso) conforman el área metropolitana más grande a lo largo de la frontera de EUA / México con más de dos millones de habitantes. El Paso desempeña un papel importante en el comercio internacional, ya que es un punto de entrada clave a Estados Unidos desde México. Así que las acciones conjuntas entre Juárez y El Paso pudieran convertirse en oportunidades para la atracción de mayores inversiones. La composición de la población ocupada es un determinante importante para el análisis de la situación geoeconómica de la región, para la cual se hizo una agrupación en tres grandes sectores: industrial, comercio y servicios.

Ciudad Juárez tiene un gran atractivo como fuente de trabajo. Este factor originó una inmigración masiva y aceleró el crecimiento durante la segunda parte del siglo XX. A causa de esto se debe la fuerte presencia de trabajadores de distintas partes de México. El número de visitantes que llegaron a Ciudad Juárez vía aérea, utilizando el aeropuerto de Ciudad Juárez, aumentó de 702,904 en 2013 a 769, 029 en 2014 (Grupo Aeroportuario AOMA). Lo anterior refleja el dinamismo de la actividad que existe en la ciudad. Es la frontera de México con mayor operación y la única ciudad con aduanas y puentes abiertos las 24 horas.

La industria maquiladora ha sido desde la década de los sesenta el motor de la economía local. Es uno de los puntos industriales más importantes del norte de México. Cuenta con más de 40 parques industriales en los que destacan mayormente empresas dedicadas a las ramas electrónica, automotriz y médica. En 2014 contaba con 314 empresas maquiladoras. El empleo generado por la Industria Maquiladora de exportación creció de 2013 a 2014 un 7.3 % (INEGI, 2014). La ciudad posee una situación privilegiada al ser frontera con los Estados Unidos por el intercambio comercial y de servicios que se realiza de manera cotidiana.

La vocación económica natural de la frontera norte es la industria. Así lo determinan sus características geográficas, sus recursos naturales, su enorme zona semidesértica cuya escasez de agua limita el avance de algunas áreas, y en otras imposibilita el desarrollo racional y ordenado de otras actividades productivas. En cambio, su amplia frontera con los Estados Unidos, sus vías de comunicación, su riqueza minera y energética, su infraestructura educacional y su benigno clima laboral son factores que han propiciado el crecimiento de la actividad fabril (Díaz-Bautista et al., 2003).

Figura 4.1 Mapa de la situación geográfica de la franja fronteriza México-Estados Unidos, donde se ubica Ciudad Juárez, Chihuahua, México



Fuente: Construcción propia con base a www.geografiainfinita.com, www.google.com/maps, www.worldmapfinder.com, www.mobes.info, es.dreamstime.com. 24 abril 2016.

A pesar de las grandes diferencias que existen entre Ciudad Juárez y otras ciudades no fronterizas, la región ha sido transformada, especialmente a partir de mediados de los ochenta, en una zona de desarrollo y convergencia económica. Se entiende por desarrollo económico fronterizo el proceso de transformación de la frontera que se caracteriza por la expansión de la capacidad productiva, dadas ciertas dotaciones iniciales de factores, el aumento de los promedios de productividad por trabajador y de ingresos por persona, los cambios en la estructura de clases y de distribución del ingreso de grupos y la organización social, las modificaciones en la disposición de la infraestructura fronteriza, y la evaluación de las organizaciones políticas, todo lo cual permite elevar los niveles medios de vida de la frontera norte. El desarrollo, definido así, se ha basado en un modelo de caracterización micro regional con la especialización gradual del trabajo y los correspondientes cambios tecnológicos, así como en la mayor utilización de la energía y de los factores iniciales de cada región.

El impulso propiciado por la mundialización de la economía y la formalización del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica afecta a las economías regionales y municipales interfronterizas. Por lo que se reconoce la vocación de la frontera con el exterior. En casi la totalidad de las subregiones de la frontera entre los Estados Unidos y México se observa un proceso de crecimiento y desarrollo económico. El impulso de las economías fronterizas debido a la apertura comercial es aparente. Sin embargo, nadie puede decir con certeza cuál es su potencial real y cuál será el futuro de la frontera norte (Díaz-Bautista et al., 2003).

En México y en la frontera norte en particular, los mayores problemas estructurales son el centralismo, la pobreza y el desempleo, que muchas veces son tratados al margen de las grandes políticas de desarrollo y desvinculados de su entorno territorial. El país tiene la necesidad de reconstruirse en sus diversos referentes económicos, sociales e institucionales, en donde una de las estrategias fundamentales de desarrollo económico se basa en las dinámicas territoriales y los esfuerzos de los actores locales. En la frontera norte de México se tiene una realidad compleja y heterogénea, desarticulada muchas veces en los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales del centro del país y de otros estados. Existe una mezcla de realidades económicas, sociales y culturales.

El capital humano de la región fronteriza es importante para el desarrollo económico. La educación superior desempeña un papel clave en la conformación del desarrollo económico sustentable y del crecimiento económico de la frontera. Las escuelas de educación media superior así como las universidades capacitarán a los líderes a cargo de la gestión del futuro. La próxima generación de dirigentes de la frontera precisará de las aptitudes necesarias que le permitan operar en dos sistemas, culturas e idiomas diferentes. Actualmente existe un movimiento que apunta hacia una mejor articulación de las universidades mexicanas y estadounidenses en la región fronteriza, pero se requieren de cambios mayores para atender las necesidades actuales y futuras de la región. Los organismos y las universidades fronterizas de Estados Unidos y México han asumido su papel de líderes en cooperación y creación de programas binacionales, con lo cual la región fronteriza se ha convertido en innovadora en este importante ramo. Algunos autores consideran a la educación como un elemento indispensable para el desarrollo, por lo que se considera deseable elevar la competitividad del país en el entorno mundial, mejorando el sector educativo, así como la capacidad de todos los mexicanos para tener acceso a mejores niveles de educación (Díaz-Bautista et al., 2003).

El mercado de la frontera norte se puede entender como un sistema auto organizador, pero autónomo y a la vez dependiente con respecto a su región. De ahí que la economía fronteriza no puede considerarse como una entidad cerrada. Es una instancia autónoma y dependiente de otras instancias (económicas, sociológicas, culturales, políticas, etc.). En esta perspectiva, el efecto de un determinado modelo de desarrollo no se limita simplemente a aumentar o disminuir el PIB per cápita o incrementar el comercio, pues su aplicación genera ajustes y desajustes de forma exponencial que implican un proceso multiforme de degradación tanto del ambiente, como de los recursos y su asignación, de identidad, comunidad, solidaridad y cultural (IMIP, 2014).

Ante la compleja realidad social que ha vivido la ciudad en los últimos cinco años, se elaboró por parte del Instituto Municipal de Investigación y Planeación (IMIP) una propuesta de recuperación del Plan Maestro de Desarrollo Urbano del Centro Histórico de Ciudad Juárez, que toma en cuenta los ejes estratégicos señalados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como base para la recalificación del espacio público y el fortalecimiento institucional. En el Plan Maestro de Desarrollo Urbano del Centro Histórico de Ciudad Juárez (PMDUCH) se contemplan una serie de acciones de recalificación urbana y ambiental, mismas que buscan mejorar el

entorno urbano para favorecer la interacción y la convivencia social, además de promover el cuidado del medio ambiente. Por otro lado, un segundo eje referido al fortalecimiento institucional, plantea una intervención con estrategias para el fortalecimiento del capital social cubriendo seis rubros principales: educación, seguridad, salud, cultura, desarrollo económico y social (IMIP, 2013).

A continuación se presenta una tabla que muestra en términos generales los principales indicadores turísticos de la ciudad los cuales son analizados a mayor detalle en el capítulo de resultados, en el apartado de infraestructura y recursos.

Tabla 4.1 Principales indicadores turísticos de Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Hoteles	102
Moteles	33
Número de cuartos	Hotel 6.203 Motel 1.593
Agencias de viajes	54
Empresas arrendadoras de Automóviles	16
Restaurantes	900
Cafeterías	90
Discotecas y centros nocturnos	70
Bares	200
Centros de enseñanza turística	2
Módulos de auxilio turístico	3
Transportadoras turísticas especializadas	35
Sucursales de banca múltiple comercial	145

Fuente: Construcción propia con base a INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

SECTUR Monitoreo Data Tur. www.datatur.beta.sectur.gob.mx (27 de abril de 2015)

Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo, Departamento de Gestión.

Los datos de la tabla muestran el gran dinamismo de la ciudad fronteriza. El número de hoteles y habitaciones de hospedaje se consideran suficientes para la demanda actual de servicios turísticos. No obstante, se destaca que ninguno de ellos cuenta con instalaciones adecuadas para la atención de pacientes. Por otra parte, la gran mayoría de los hoteles son de categoría tres estrellas, por lo que el destino requiere una planificación del crecimiento de infraestructura que contemple un mayor número de hoteles de categoría de cuatro y cinco estrellas en caso de apostar al turismo médico planificado orientado a la atención de pacientes internacionales, como estrategia de desarrollo. En cuanto a la cantidad de restaurantes, la cifra muestra que existe un número considerable de este tipo de establecimientos. Además

Ciudad Juárez es reconocida por su gastronomía. Se ubica entre las diez mejores plazas a nivel nacional por sus servicios culinarios. 2(3) Entrevista a persona del grupo de autoridades del sector turístico. Por otra parte, la existencia de 145 sucursales de la banca comercial demuestra el dinamismo económico y la importancia del flujo monetario que se maneja en la ciudad, donde la existencia de la industria maquiladora ha jugado un papel determinante para su crecimiento. La presencia de ésta ha sido detonante del turismo de negocios y convenciones, el cual es el tipo de turismo que ha tenido un desarrollo más importante en la localidad. Una vez delineado el contexto del caso de estudio, se presentan los resultados.

Esta disertación analiza el desarrollo del turismo médico, en un contexto de globalización en la frontera de Ciudad Juárez, México; así como el rol asumido por los diversos actores participantes en esta actividad.

La investigación se plantea el objetivo de entender la realidad del turismo médico en una ciudad fronteriza como Juárez, México, que históricamente ha sido un destino en la prestación de servicios de salud a la población, en su mayoría de origen hispano, de los estados vecinos de la Unión Americana. Se profundiza en los contextos sociales, económicos, políticos, culturales e institucionales, en los cuales se ha venido desarrollando el turismo médico de Ciudad Juárez.

Este fenómeno se ha materializado debido fundamentalmente a la presión que ejercen las necesidades impuestas por un modelo de atención sanitaria neoliberal a los pacientes estadounidenses, quienes han buscado opciones de solución a su problemática de salud en una ciudad como Juárez, dando así origen a una creciente demanda que ha sido atendida por prestadores de servicios que fueron surgiendo de manera espontánea, generando de esta forma el antecedente del turismo médico planificado que se desarrolla actualmente en la localidad.

México, por su combinación cultural de elementos prehispánicos y europeos, ha creado a lo largo de los siglos una serie de elementos que lo caracterizan por sus valores casi únicos. Además, el posicionamiento geopolítico que tiene Ciudad Juárez ha permitido que aquellos eventos deportivos y culturales que se realizan en dicha ciudad cuenten con la visita de cientos de turistas y excursionistas interfronterizos, quienes cruzan la línea divisoria internacional solo para poder apreciar los eventos que “del otro lado” no se realizan (González-Herrera y Álvarez-Hernández, 2014).

Ciudad Juárez ha sido históricamente uno de los pilares del turismo fronterizo a nivel mundial, ya que su participación en esta actividad inició prácticamente ante la designación de esta ciudad como una frontera entre México y Estados Unidos. Así, las diferencias en el campo de la política, la cultura y prácticas comerciales permitieron que visitantes de ambos países cruzaran con el objeto de realizar comercio y actividades recreativas. De la misma forma, los conflictos políticos en uno o en otro lado de la frontera hicieron de esta región una zona de atracción para aventureros y personas con el interés de las emociones fuertes. Por tanto, la región se fue adaptando a los entornos políticos de ambas naciones, lo que generó diferentes flujos turísticos y sus consecuentes atracciones (González-Herrera y Álvarez-Hernández, 2014).

La región binacional de Ciudad Juárez y El Paso con un evidente potencial turístico inexplorado no cuenta con un proceso de planificación turística integral continuo que oriente las decisiones públicas y privadas en materia de desarrollo turístico regional e inversiones para el mejoramiento económico local. La principal promoción del turismo regional es mediante las actividades culturales e históricas, y aunque la región entera recibe los beneficios de estos recursos, el máximo potencial turístico es obstaculizado por una falta de concentración de esfuerzos conjuntos (Cuevas y Zizaldrá, 2009).

González-Herrera y Álvarez Hernández (2014) afirman que las opiniones de los actores participantes en su estudio, apuntan hacia la dirección de que Ciudad Juárez requiere diversificar las opciones de actividades para el desarrollo, por lo que el turismo médico se constituye en una de las mejores opciones de inversión para generar riqueza y desarrollo económico y social. El diagnóstico que estos autores realizaron destacan los siguientes elementos a considerar: contribución del turismo a la diversificación del desarrollo local ya que impulsa a otras actividades sociales y económicas dada su condición de ciudad fronteriza (no solo depender de las maquiladoras). (González-Herrera y Álvarez-Hernández, 2014).

Otros elementos mencionados por estos autores incluyen: generación de fuentes de empleo para la ciudad, falta de proyección estratégica y de planificación turística integrada a nivel de destino, atención únicamente priorizada a la industria maquiladora, baja capacidad del destino para la generación y atracción de inversiones, insuficiente coordinación entre el sector público y privado, limitadas relaciones inter-institucionales en la ciudad, falta de continuidad de los programas y proyectos en desarrollo al producirse cambios de administración.

Se analiza la visión del turismo médico a partir de una postura jerárquica gubernamental, desde el ámbito superior, enfocándose principalmente en las percepciones locales; las formas de entender el fenómeno, así como los compromisos con el desarrollo del mismo a nivel local. Con fundamento en las experiencias de los prestadores de servicios, educadores, tomadores de decisiones, elaboradores de políticas y ciudadanos, esta investigación aporta tres distintos tipos de resultados con sus respectivas columnas metodológicas para contribuir al conocimiento del fenómeno del turismo médico en las fronteras.

A continuación se presenta un resultado descriptivo que surge del análisis histórico de un sistema dinámico por naturaleza, basado en la narrativa del surgimiento y evolución de Ciudad Juárez como destino de turismo médico.

4.2 Narrativa del surgimiento y evolución de Ciudad Juárez como destino de turismo médico de frontera

Con base en las ideas de Bolívar y Domingo (2006), la narración que se presenta ofrece un marco conceptual y metodológico para analizar aspectos esenciales del desarrollo de la sociedad en el tiempo de una persona y marca "sus" personales líneas y expectativas de desarrollo, proporcionando el marco biográfico que hace inteligible la complejidad de la vida y de la acción humana y social. La vida puede ser interpretada como un relato, siendo básico para comprender la acción y el conocimiento humano. Así, Ricoeur, (1996) señalaba que interpretar el texto de la acción es interpretarse a sí mismo y McEwan, Hunter y Egan, (1998) identificaban la

narrativa como "la forma propia para caracterizar las acciones humanas" (Bolívar y Domingo, 2006).

El problema que enfrentan algunos países desarrollados como Estados Unidos y Canadá en sus sistemas de salud, donde existe carencia de médicos especialistas y largas listas de espera para poder acceder a los servicios de salud públicos, además la opción de tener una atención médica privada costosa, entre otros motivos, está generando que la población busque opciones para satisfacer sus necesidades de atención médica en el extranjero.

En un intento por establecer las bases para la creación de la política de apoyo a la actividad del turismo médico, en el año 2007, el presidente de la República Mexicana Felipe Calderón Hinojosa promovió las primeras acciones para que el gobierno federal apuntalara las iniciativas de creación de programas hacia el desarrollo del turismo médico (Presidencia de la República, 2007b). Así, las entidades federativas empezaron a identificar posibilidades para la creación de empresas orientadas a la prestación de servicios médicos internacionales. Una de las estrategias de planificación por parte del gobierno federal, para el desarrollo de estas actividades ha sido la creación de clústeres de turismo médico. En el Estado de Chihuahua, actualmente se está creando un clúster de turismo médico siguiendo la política federal, que promueve en México la conformación de clústeres regionales para promover el desarrollo y trabajo en equipo de los diferentes proveedores, en la atención a los pacientes y sus familiares, con el interés de brindar un servicio de alto nivel, coordinado, competitivo y de gran calidad al turista médico y de salud. Por tal motivo, se propone que los médicos, hospitales, hoteles, laboratorios, Cámaras de Comercio y Gobiernos locales unan sus esfuerzos y colaboración para brindar a los turistas las mejores alternativas, propuestas y servicios al cuidado de su salud, logrando además que su visita y estancia exceda sus expectativas (PROMEXICO, 2013). En el clúster del estado de Chihuahua participan los cuatro hospitales privados más importantes de Ciudad Juárez: Centro Médico de Especialidades, hospital Poliplaza Médica, Hospital Ángeles y hospital Star Médica.

Como en todos los fenómenos sociales, existen quienes apoyan esta actividad económica por los beneficios que conlleva, como el crecimiento del Producto Interior Bruto, la creación de empleos, mejoramiento de la calidad de los servicios, fomento al turismo, generación de divisas y crear un equilibrio más favorable de la balanza comercial (Ramírez de Arellano, 2007), (Leigh Turner, 2007a), (Timmermans, 2004). Sin embargo, también se hacen presentes los detractores, que opinan que esta tendencia no traerá beneficios para la salud pública, que únicamente los dueños de hospitales privados se benefician a expensas de la población local y que se promueve la existencia de dos niveles de atención, uno de excelencia para extranjeros, generalmente a cargo de hospitales privados, y otro público, cada vez con menos apoyos para atender a la población local, con tendencia a la privatización (Whittaker et al., 2010).

Por tanto, el consolidar la posición del destino a nivel global, podría tener un costo que la sociedad pagaría en ambos países, tanto los emisores, por ejemplo la sociedad estadounidense, al buscar solucionar su problema de salud en el extranjero, dejará de presionar al gobierno para la creación de políticas públicas que solucionen la problemática de la salud; como los receptores, que podrían generar un sistema de salud de doble vía con una opción privada de excelente calidad para los extranjeros y una opción pública para los locales, cada vez más deteriorada por la

falta de apoyos y financiamiento que se dirigirían a fortalecer al sector privado para consolidar su posición a nivel global. Esto podría pasar, en caso de que no se planifique y se reglamente la forma de operar el turismo médico. Esta disertación no presenta evidencia que apoye ninguna de estas dos posturas del debate. Se enfoca este primer apartado, en una narrativa que permite conocer la historia del surgimiento y evolución del turismo médico desde la experiencia de los principales actores y tomadores de decisiones a nivel local. A partir de este conocimiento, estar en posibilidad de diseñar una propuesta de modelo teórico que describa la realidad de un destino médico de frontera, que se presenta más adelante.

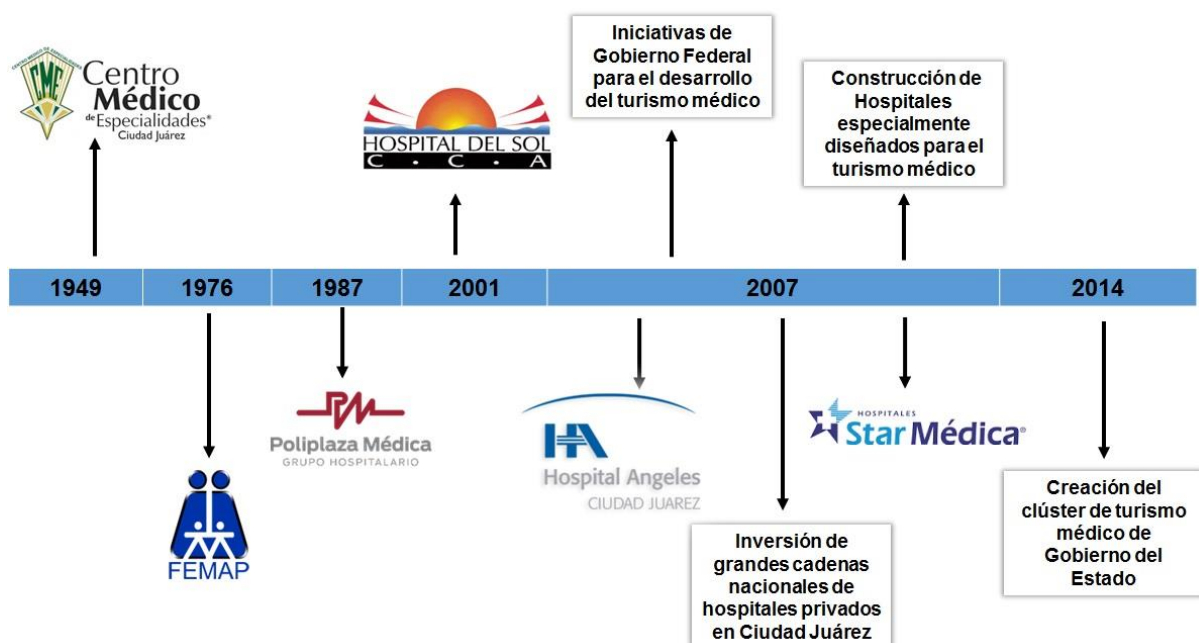
Para muchos de los residentes en Ciudad Juárez, en especial para aquellos que conocen la historia y evolución de la región Paso del Norte, que incluye Ciudad Juárez (Chihuahua), Las Cruces (Nuevo México), y El Paso (Texas), al hablar de las comunidades fronterizas, esto es, de su gente, se expresan diciendo:

“Es que, somos los mismos, hace más de un siglo y medio, cuando se trazó la línea divisoria que separaba los dos países, la gente que quedó del otro lado, era nuestra gente y a eso se puede atribuir una cultura e identidad con gran afinidad en ambos lados de la frontera” 8(34).

Las personas entrevistadas perciben que los pacientes de Estados Unidos han visitado Ciudad Juárez para buscar atención de la salud, medicamentos, servicios dentales y de optometría desde que ellos tienen memoria.

A continuación se presenta una gráfica de línea de tiempo que muestra los acontecimientos más relevantes con relación al desarrollo del turismo médico en Ciudad Juárez.

Figura 4.2 Evolución de los acontecimientos más relevantes para el desarrollo del turismo médico en la frontera Ciudad Juárez- El Paso

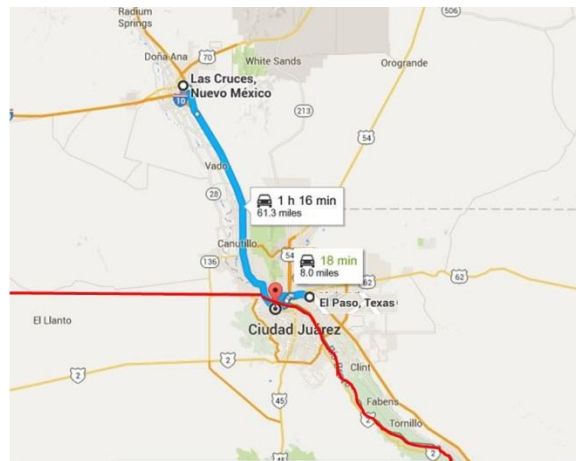


Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

El Centro Médico de Especialidades es el hospital privado que tiene mayor antigüedad a nivel local. Algunos de sus directivos y especialistas participaron en las entrevistas en profundidad para la realización de este estudio. Cuenta con 67 años

de trayectoria ofreciendo sus servicios. Según la opinión de los entrevistados, siempre han contado con pacientes del país vecino del norte, pues es el hospital de mayor arraigo y tradición. Cuenta con la ventaja de tener una ubicación privilegiada, al estar localizado a solo unos minutos del puente internacional de las Américas. Este cruce fronterizo es el de mayor afluencia, por ser libre de peaje. Además, es importante mencionar que Ciudad Juárez, El Paso y Las Cruces conforman una zona metropolitana de más de 2 millones de personas, que interactúan de manera cotidiana en gran parte debido a la proximidad que existe entre ellas.

Figura 4.3 Mapa de Ciudad Juárez, Chihuahua, México; El Paso, Texas y Las Cruces, Nuevo México, EUA.



Fuente: Google Maps. Fecha de consulta: 20 de mayo 2016

La proximidad a una frontera internacional puede ser una variable importante que influye en la disposición de la gente para cruzar o no la frontera. Un modelo de los viajes transfronterizos propuesto por Timothy y Butler (1995) sugiere que la gente tiende a cruzar una frontera con mayor frecuencia si viven cerca de ella, porque entienden mejor los procedimientos de cruce fronterizo y lo que se encuentra en el otro lado. Su modelo indica que existe una fuerte relación entre la distancia desde el hogar hasta el destino y el nivel de familiaridad o experiencia de los viajeros con la frontera (Canally y Timothy, 2007). La cercanía es una situación que ha favorecido en gran medida la movilidad de pacientes extranjeros. Una de las personas entrevistadas en este hospital comentó que hubo una época entre los años sesenta y setenta que el porcentaje de estadounidenses que atendía este hospital era de 25 a 35 % del total de sus usuarios, ya que las compañías de seguros americanas les cubrían sus gastos de salud en México. No obstante, según la experiencia de la persona entrevistada, hubo falta de supervisión y conductas indebidas.

“la forma de gestión de reclamos de pagos por prestación de estos servicios carecía de supervisión por parte de ambos lados de la frontera y empezaron a registrarse fraudes en otras clínicas y hospitales. Por ejemplo, hacían incisiones y las cobraban como cirugías, hasta que las empresas aseguradoras se dieron cuenta de este indebido manejo de las pólizas de seguros y dejaron de cubrir los gastos que se realizaban en hospitales y clínicas de la localidad por lo que las personas que regularmente acudían por atención médica bajo el esquema de cobertura por los seguros médicos estadounidenses se vieron imposibilitados para recibir el servicio en el área mexicana de esta región fronteriza. Hacía falta supervisión y vigilancia” 9(43).

En cuanto a certificaciones, hizo énfasis en que a nivel local, fue el primer hospital certificado por el Programa Nacional de Salud. Sus principales áreas de especialidad son la cirugía cardiovascular, laparoscópica, ortopedia, y estética, aunque ofrecen casi todas las especialidades médicas y en cuanto a formas de pago, entre un 25 a 30 % del número de pacientes provienen de cobertura de aseguranzas mexicanas con gastos médicos mayores, mientras que los pacientes transfronterizos pagan con dinero de su propio bolsillo, en dólares.

Otro de los hospitales de referencia se encuentra ubicado justo al cruzar la calle al salir del puente de cruce internacional Santa Fe. Es el Hospital de la Familia, (FEMAP) un hospital que fue creado hace 40 años, con un sentido materno infantil en su origen, que después se fue modificando hasta llegar a convertirse en un hospital general (desde hace 20 años). Su propósito es atender pacientes de escasos recursos. Ofrece servicios de cirugía, medicina interna, ginecología, pediatría, urgencias, servicios de hospitalización y quirófano. Cuenta con la acreditación por la Secretaría de Salud, a través de su Dirección de Calidad. Según la persona entrevistada, responsable del hospital, la institución reporta la atención de un promedio de 5 mil nacimientos al año. Es una organización social no lucrativa que busca estrategias que generen recursos para sufragar la labor social que realiza. Además, comentó que atienden en promedio 30 mil pacientes residentes de Estados Unidos al año y que por tener una función social, siempre han desarrollado una estrategia de precios bajos. Mencionó también, que acuden pacientes que dicen no ser americanos, pensando que se les cobraría más; sin embargo, aclara que los precios son los mismos para cualquier persona que solicite los servicios. En cuanto al tipo de atención que demandan, reporta que es variado, básicamente desde consulta a médicos generales y a especialistas, cirugías y estudios de diagnóstico, entre otros. Pone como ejemplo el costo de una histerectomía que en Estados Unidos cuesta aproximadamente 8 mil dólares, en este hospital se hace por 7 mil pesos mexicanos que equivale a un 7 % del costo del mismo procedimiento en Estados Unidos. Este hospital no forma parte del grupo de instituciones médicas que integran el clúster médico de Ciudad Juárez. La persona entrevistada comentó que no han sido convocados a las reuniones y que quizá no los van a invitar, por los bajos precios que manejan en sus servicios y su atención dirigida a otro segmento del mercado. Una de las personas entrevistadas de este hospital dijo:

“En turismo médico, le llevamos mucho tiempo y terreno a todos los demás, nada más por haberlo estado haciendo por muchos años”. Sin embargo, no basta con una historia de muchos años de trayectoria, mencionó: “también es cierto que al menos en la frontera México-Estados Unidos existe una historia de desacreditar la atención, de no darle el valor a lo que hacemos acá, en opinión del estándar americano. Es un renglón en el que habrá que trabajar mucho porque esta historia estuvo allí siempre. O sea, culturalmente, y para efectos de estatus social, si tú te atendías del lado mexicano significaba un decremento en tu estatus social. Entonces, habrá que pelear mucho en este aspecto. Por un lado tenemos elementos a favor y por otro lado, elementos como éste y otros, en contra, como la inseguridad” 9(41).

Se realizaron entrevistas a personal que labora en el hospital Poliplaza Médica, uno de los hospitales que inició operaciones en el año de 1987 y que actualmente forma parte del clúster estatal. En una de las entrevistas se comenta que el término de turismo médico se acuña cuando se crean las compañías intermediarias que surgen principalmente en Estados Unidos como un sistema o una organización en el que intervienen tres partes o actores principales: las aseguradoras o financieras, los hospitales y los intermediarios.

En su opinión el turismo médico nunca ha dejado de existir. Lo que cambió son los métodos de pago, pues ahora los pacientes pagan de su propio bolsillo, aspecto que han estado observando en los 27 años de funcionamiento. Mencionó el entrevistado que es el único hospital cuyo capital se conforma por el 100 % de médicos socios. Es reconocido por prestar servicios de buena calidad y se ha ganado la confianza de los pacientes tanto locales, como extranjeros, tiene convenio de subrogación para brindar atención médica a los empleados del municipio de Juárez. Se caracteriza por tener médicos de la localidad, moderno equipamiento y especialistas con gran trayectoria y aceptación de casi tres décadas por parte de las comunidades de ambos lados de la frontera. El entrevistado atribuye el aumento de la demanda de servicios de turismo médico en Ciudad Juárez a que el trato del médico mexicano es más humano, con mayor contacto personal con el paciente a diferencia del sistema de consulta de los médicos norteamericanos. El método que utilizan en México es más clínico, en un 40 o 50 % de las ocasiones llegan al diagnóstico exclusivamente con el método de interrogatorio y de exploración física sin necesidad de exámenes. Eso hace que el paciente perciba que el médico sabe lo que está haciendo y por otro lado también está el aspecto de ahorro, al no tener que pagar por estudios como rayos X y exámenes de laboratorio que sería necesario realizarse en Estados Unidos para poder llegar a un diagnóstico. En opinión del entrevistado, el médico de la frontera de Ciudad Juárez al ser de origen mexicano se gana la confianza del paciente hispano, en parte, por tener las mismas raíces y poder comunicarse en su mismo idioma. Las aportaciones de la persona entrevistada confirman los hallazgos mencionados por (J. Hanefeld et al., 2014) respecto a la “confianza” como factor determinante del regreso de los mexicanos, radicados en Estados Unidos a su país de origen, en busca de atención sanitaria.

Una noción que afecta la forma de percepción de los turistas de las restricciones a los viajes es el nivel de familiaridad. Algunos estudios han examinado el papel de la familiaridad en la elección de un destino por parte de los turistas Purdue, (1985; Mazursky, (1989; Lepp y Gibson, (2003) y sugieren que las personas que tienen un conocimiento suficiente del idioma del país de acogida, sus costumbres, tradiciones y la gastronomía local, es más probable que se considere como un destino. Aunque esta noción se ha observado en varios otros contextos, no ha sido examinada en el contexto de viajar a las regiones fronterizas [y en particular por cuestiones de salud] (Canally y Timothy, 2007). La información que aporta el entrevistado arroja luz sobre los elementos de familiaridad que pueden ser considerados en el caso del turismo médico.

Existe además el Hospital Del Sol, que aunque no forma parte del clúster médico, presenta características importantes debido a que se encuentra ubicado a cinco minutos del puente de cruce internacional de las Américas, es un hospital privado, que inició su actividad en 2001, es pequeño y cuenta con instalaciones modestas pero a través de los años que lleva funcionando ha brindado una atención de muy buena calidad y a precios más accesibles que los grandes hospitales privados de la localidad. Algunos de los médicos especialistas que operan en los grandes hospitales, realizan cirugías y visitas también en este hospital. Su característica más sobresaliente es el buen trato al paciente y a sus familias. Han creado un perfil de enfermería innovador, que los identifica con un enfoque en el factor humano, con una especial entrega a la atención del paciente y sus familiares, sobre todo cuando se trata de enfermos graves. El entrevistado comentó que el 90 % de los pacientes

que atienden de manera privada, provienen de Estados Unidos y que suman aproximadamente mil 500 personas al año. Con relación a la atención médica más humana, J. Lee, Kearns, y Friesen, (2010) sugieren que las decisiones de los inmigrantes están determinadas por las interacciones entre el individuo y la sociedad que se producen en todos los campos sociales transnacionales. Su estudio reveló que existen fuertes preferencias para el tratamiento integral y decisivo en los entornos culturalmente cómodos. El estudio pone de manifiesto un vínculo especial entre la salud y el lugar: establece que si los pacientes inmigrantes cuentan con capacidad financiera, buscarán no sólo un tratamiento eficaz, sino también la atención médica afectiva.

En 2007 se funda el hospital Ángeles, el más moderno de la ciudad, cuenta con helipuerto y ofrece las mejores instalaciones de la región, es visto como un hospital de lujo por la amplitud y belleza de sus instalaciones. Desde sus inicios, fue creado con una visión enfocada al turismo médico. No obstante, la respuesta por parte de los pacientes de Estados Unidos, no fue la esperada en los años 2007 a 2011 principalmente por motivos de la imagen de inseguridad y violencia de la ciudad. Pretenden aprovechar la ubicación de frontera, para desarrollar esta actividad, pues pertenece a la cadena más grande de hospitales del país, que actualmente cuenta con 28 instalaciones médicas distribuidas en varias ciudades de México. Este grupo hospitalario realizó un estudio de mercado donde determinaron la necesidad de que la ciudad debería contar con un hospital de alta especialidad de tercer nivel, es decir, donde se atendieran especialidades de referencia como cirugía cardíaca, torácica, neurocirugía y trasplantes, con las mejores instalaciones y recursos humanos para atender a pacientes privados. Durante los dos primeros años se mantuvo con baja ocupación hospitalaria por motivo de la etapa de inseguridad que se vivió en la localidad en el periodo comprendido principalmente en los años 2007 a 2010, dándose una mejora sustancial en temas de seguridad a partir del 2011, situación que se vio reflejada positivamente en el funcionamiento del hospital. Actualmente el 85 % de los pacientes son pacientes de aseguranzas mexicanas, con gastos médicos mayores. Han aprovechado las debilidades del sector público de salud nacional (como la saturación de pacientes, las listas de espera, la falta de medicamentos, entre otros) convirtiéndolas en oportunidades para ellos como hospital privado, ya que establecen convenios con la industria maquiladora para la atención de su personal. Está certificado por el Consejo de Salud Nacional con homologación a los estándares de la Joint Comission Internacional. A pesar de que el turismo médico aún no representa un alto porcentaje de los servicios demandados, ellos le están apostando a este sector del turismo, ampliando su oferta de servicios y atrayendo los mejores especialistas del país, como es el caso del cirujano de bariátrica que cambió su residencia para vivir en Ciudad Juárez y aprovechar la infraestructura hospitalaria de calidad con la que cuenta el destino médico.

La mayoría de sus pacientes de turismo médico solicitan atención médica del área bariátrica, pero se ofrecen servicios avanzados de cirugía cardiovascular, neurocirugía y ortopedia, que son las áreas fuertes del hospital. Los médicos son de alto nivel de especialidad con dominio del idioma inglés. Las personas entrevistadas, perciben que no hay barreras de comunicación entre médicos y pacientes. Una forma de organización innovadora es la oferta de servicios de atención médica con reconocidos especialistas de las ciudades más importantes del país que acuden a Ciudad Juárez, colaboran y atienden pacientes en esta localidad

por pertenecer a la red de hospitales de esta serie, estos especialistas se trasladan a Ciudad Juárez específicamente para realizar cirugías en este hospital.

La cadena de hospitales Ángeles tiene una agencia en San Diego, California, en los Estados Unidos, que se encarga de dar promoción a los servicios de turismo médico en los 28 hospitales del país que la integran. Según la opinión del entrevistado, esta forma de difusión ha permitido captar el turismo médico, más que la participación en el clúster.

Finalmente, el Star Médica, uno de los más modernos y reconocidos hospitales que se instaló en la ciudad a partir del año 2007. Es un hospital diseñado para el turismo médico, por lo cual ha desarrollado un sistema especial para su atención. Asumió las características de hotel, allí mismo hospedan a sus pacientes, les ofrece seguridad, los recogen en el aeropuerto de El Paso (Texas), y una vez que finaliza su atención los trasladan a la ciudad de El Paso, con acompañamiento durante su estancia en todo momento. Si lo desean, incluso agendan actividades como llevarlos de compras al mejor centro comercial de la ciudad que está ubicado justo enfrente del hospital, con seguridad incluida. Proporciona servicio de alimentación a la carta. Cuenta con médicos de reconocido prestigio internacional y realiza un promedio de 50 a 60 cirugías bariátricas al mes. Para este tipo de procedimientos, reportan que han tenido pacientes de Estados Unidos y Canadá aunque la gran mayoría son de los Estados Unidos. Del total de pacientes que se realizan cirugía bariátrica en este hospital, la persona entrevistada afirma que el 90 % son anglosajones y un 10 % son afroamericanos; cuenta con especialistas reconocidos de otras ciudades del país.

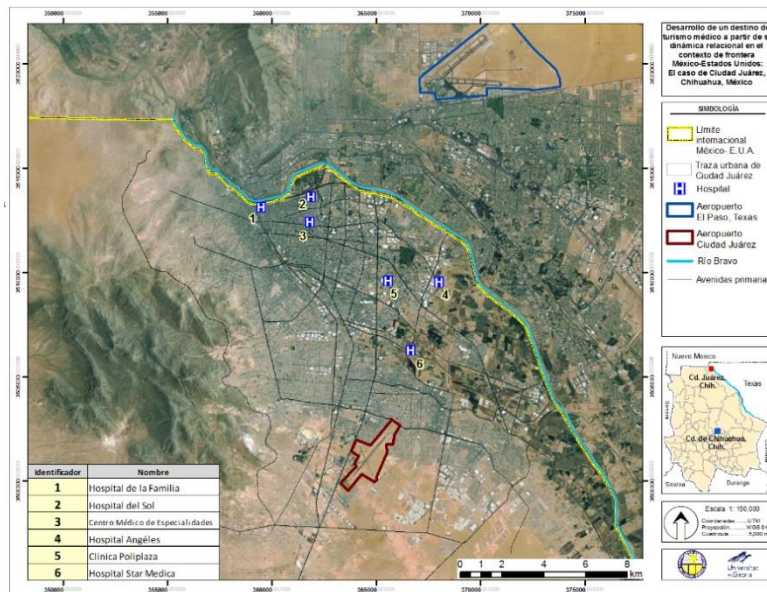
Siguiendo con la técnica de “bola de nieve”, se entrevistó a uno de los actores con mayor presencia para realizar acciones a favor del turismo médico. Esta persona apoya varias causas sociales, con gran liderazgo en la localidad. Al ser sobreviviente de cáncer, ha destinado tiempo y recursos a investigar sobre el tema. Contrató un grupo de especialistas de los Estados Unidos para que realizaran un estudio de diagnóstico que hiciera posible conocer los elementos necesarios para desarrollar el turismo médico a nivel local. Gracias a esta iniciativa, se despertó en la comunidad un interés por el desarrollo de la iniciativa de turismo médico. Comentó que aspira a construir en Ciudad Juárez un instituto oncológico binacional con el apoyo de instituciones similares de los Estados Unidos. Su idea es convertirlo en referente de atracción de médicos especialistas en cáncer de otras latitudes, con el atractivo de integrar la parte estadounidense y la parte mexicana. Mencionó que su visión es por una parte, ayudar a la gente que no tiene posibilidades de pagar un tratamiento de cáncer, así como crear las condiciones para generar los recursos que requiere una inversión de esta magnitud a través del turismo médico.

La narrativa muestra la historia del turismo médico en Ciudad Juárez, trazada a partir de la experiencia de los actores seleccionados para este estudio. Uno de ellos que ha asumido un liderazgo al realizar acciones como la contratación de un grupo de expertos internacionales para realizar un diagnóstico del destino médico, y los directivos, administradores y especialistas de los seis hospitales que atienden pacientes extranjeros. Dos de ellos, el Hospital Ángeles y el Star Médica, iniciaron sus operaciones en 2007, su aparición es simultánea y fueron los primeros que le apostaron al turismo médico planificado en Ciudad Juárez. Los otros dos hospitales privados han experimentado la competencia que originó la llegada de los grandes capitalistas del país a la ciudad; uno de ellos, el Centro Médico de Especialidades,

es el de mayor arraigo y tradición en Ciudad Juárez. El cuarto, Poliplaza Médica, es reconocido también a nivel local. Conjuntamente, los cuatro participan en el clúster médico de gobierno del Estado. Los dos restantes, Hospital de la Familia y Hospital del Sol, fueron seleccionados por recomendación de los propios participantes en las entrevistas, por las características de ubicación cercana a los cruces internacionales, el volumen de pacientes extranjeros que atienden y las características de su oferta de servicios.

A continuación se muestra un mapa con la ubicación de los seis hospitales seleccionados para esta investigación, así como los aeropuertos de Ciudad Juárez y El Paso.

Figura 4.4 Localización de los 6 hospitales de turismo médico de Ciudad Juárez y los aeropuertos de El Paso, Texas, y Ciudad Juárez, Chihuahua



Fuente: Elaborado por Centro de Información Geográfica de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Esta narrativa muestra la historia del surgimiento y la evolución de la oferta de servicios de salud que atienden pacientes extranjeros en el caso de estudio.

El análisis expuesto en esta sección se basa en identificar los principales actores (hospitales), describirlos y explicar su historia sobre todo en lo que concierne al turismo médico. Con base en las aportaciones de las personas entrevistadas y el análisis narrativo realizado en esta etapa, fue posible la construcción del modelo teórico de turismo médico que se propone en el siguiente apartado, mismo que contribuye al conocimiento de la tipología de turismo médico que se da en las fronteras,

5 Resultados

La narrativa del surgimiento y evolución de Ciudad Juárez como destino de turismo médico de frontera, expuesta en la sección anterior, muestra una gran riqueza y diversidad de información sobre el tema. Lo interesante al realizar un estudio que tiene como objetivo conocer una realidad concreta, es descubrir la gran cantidad de datos e información que se matiza en ella misma. En un estudio académico como el que se lleva a cabo, no es suficiente con identificar y describir ese contexto, es necesario trascender esta etapa.

Como hemos observado en el capítulo anterior, en Ciudad Juárez existe una serie de hospitales e infraestructura de atención médica que ha ido evolucionando con el propósito de atraer pacientes internacionales al destino médico y que realizan un determinado tipo de actividades para las cuales existe una demanda por parte de los pacientes del vecino país. Por tanto, uno de los primeros pasos realizados para la obtención de resultados ha sido identificar las actividades de turismo médico existentes en el caso de estudio. A continuación se presentan los resultados de uno de los principales elementos de esta tesis, la propuesta de un modelo teórico de turismo médico. Se inicia por presentar los hallazgos sobre el turismo médico en el caso de estudio.

5.1 Identificación de categorías de turismo médico en Ciudad Juárez

Al identificar los tipos de servicios de salud que se ofrecen en Ciudad Juárez a los pacientes de turismo médico, se encontró que existe una amplia gama de servicios que integran la oferta de atención en distintos tipos de establecimientos como consultorios médicos y dentales, farmacias, ópticas, gabinetes de estudios y laboratorios a población transfronteriza. Estos prestadores de servicios la mayoría están ubicados en calles cercanas a los cruces internacionales y ofrecen la atención inmediata, generalmente con un coste que permite la obtención de ahorros importantes a los pacientes. Adicionalmente se encontró la existencia de hospitales modestos de proximidad a los cruces internacionales, que operan el turismo médico en hospitales que ofrecen servicios de bajo coste dirigido a población de bajos recursos y ofrecen servicios de especialidades básicas como cirugía, medicina interna y ginecología.

Adicionalmente, se observó la existencia de hospitales e instalaciones del *Estado del Arte*, que operan con mayor complejidad la actividad de hospitalización y oferta de atención de especialidades de referencia como cirugía cardíaca, neurocirugía, y trasplantes cuyos servicios son de alta calidad y costes elevados. Se trata de instalaciones hospitalarias que fueron diseñadas desde su origen para la atención de pacientes internacionales de turismo médico, que fueron construidos a partir de 2007 y que además tienen claramente definido su objetivo de atención a pacientes internacionales.

Por otra parte se encontró la existencia de los servicios de odontología, que difieren de los anteriores, que estaban localizados en las calles cercanas a los cruces internacionales. Se trata de clínicas y consultorios dentales de alta especialidad, que utilizan la tecnología y materiales más avanzados, con una mejor imagen estética de las instalaciones e infraestructura. Se ubican en avenidas que ofrecen una mejor

imagen en la ciudad y los especialistas cuentan con reconocidas trayectorias y reconocimientos por la calidad de sus servicios profesionales.

a) Clasificación de las actividades de turismo médico en función de dimensiones relevantes.

Con la información obtenida, se identificó la existencia de dos dimensiones de análisis que se consideran relevantes, dado que no han sido observadas ni utilizadas en la literatura sobre turismo médico. Estas dos dimensiones son:

1. La dimensión que identifica el origen de la oferta en planificada y emergente
2. La dimensión de intensidad de los servicios, que los clasifica en alta y baja intensidad dependiendo de la necesidad de hospitalización.

Por ejemplo, en la oferta de características emergente-reactiva, se han identificado los prestadores de servicios que se sitúan bajo esta dimensión y se afirma por una parte, que se trata de prestadores de servicios cuya oferta carece de opciones de atención hospitalaria. Son consultorios dentales, farmacias, ópticas, consultorios médicos y laboratorios de estudios, ubicados en calles de proximidad a los cruces internacionales. Carecen de planificación, coordinación, marketing y del uso de facilitadores para el turismo médico. Los pacientes que buscan los servicios en este tipo de establecimientos son en su mayoría transfronterizos y de origen mexicano.

Por otra parte, dentro de esta misma dimensión (emergente-reactiva) se encontró la existencia de hospitales modestos con ubicación de proximidad a los cruces internacionales. Ofrecen servicios de calidad estándar y costes menores a los de los grandes hospitales privados de la localidad. Su oferta de atención es la de especialidades básicas, ginecología, cirugía general, medicina interna y pediatría. Su mercado es la población de los condados cercanos a la frontera. Carecen de planificación, de facilitadores y del uso de estrategias de marketing.

En cuanto a la oferta de servicios planificada, ha sido identificada la existencia de dos tipos de prestadores de servicios de atención sanitaria. Por una parte, se encuentran las clínicas y consultorios dentales de alta especialidad. Se trata de especialistas que han desarrollado un negocio exitoso. Cuentan con la contratación de servicios de facilitadores y marketing del turismo médico para atraer pacientes internacionales, utilizan la tecnología y materiales más avanzados que existen en el mercado internacional. Sus precios son más elevados que los de las clínicas dentales que funcionan en el modelo emergente-reactivo. No obstante, para el paciente de turismo médico la obtención de servicios en estas clínicas dentales les permite obtener un ahorro de un 67% en tratamientos como implantes, rehabilitación oral, entre otros, en comparación a los precios en Estados Unidos de procedimientos similares. Una característica importante de estas clínicas es que cuentan con personal 100 % bilingüe.

La segunda opción de servicios de salud que integra la oferta planificada la integran los hospitales creados especialmente para atender turismo médico. Se trata de una infraestructura hospitalaria de alto standing. Operan con mayor complejidad, la actividad de hospitalización, cuentan con una oferta de atención de especialidades

de referencia. (Cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía y trasplantes de órganos sólidos). Ofrecen servicios con comunicación bilingüe. Cuentan con facilitadores de turismo médico para la atracción de pacientes y estrategias de marketing. Sus servicios son de alta calidad y sus costes son más elevados que los de los hospitales del modelo emergente-reactivo, pero aún así siguen siendo atractivos para los pacientes de turismo médico.

Una vez identificadas las características de los prestadores de servicios de atención sanitaria, posteriormente, fue necesario diferenciar los aspectos de calidad e intensidad, lo que facilita identificar el tipo de servicios que se ofrecen para modelizar la combinación de dimensiones y observar sus diferencias o similitudes, para después agruparlas en el modelo que corresponda.

Se identificó la existencia de una oferta de servicios de alta calidad y otra de calidad estándar. Asimismo, se observó que algunos de los prestadores de servicios cuentan con la infraestructura y recursos necesarios para una oferta de servicios que incluya hospitalización, en caso de ser necesario, mientras que otros prestadores de servicios no incluyen esta opción, ya que se trata de unos tratamientos o procedimientos que son de una baja intensidad.

5.1.1 Conceptualización del modelo teórico de turismo médico

El concepto de modelo *emergente-reactivo* surge a partir de la identificación de la forma en que se ha venido dando respuesta a una demanda de servicios de atención sanitaria, siguiendo las ideas de Vera Rebollo (2011). Es decir, ante el aumento de la demanda de atención médica, por parte de pacientes transfronterizos, los hospitales, clínicas, farmacias, ópticas, consultorios dentales, laboratorios y gabinetes de estudios fueron emergiendo al ver la oportunidad de negocio, como una reacción a la demanda, de manera espontánea, carente de elementos de planificación estructurada y sistemática. Incluso, algunos de los actores entrevistados expresaron la duda sobre si es turismo médico o no, ya que la movilidad o flujo de pacientes que históricamente han buscado la atención sanitaria en Ciudad Juárez es un fenómeno que siempre se ha presentado, incluso varias décadas antes de que existiera el concepto de turismo médico.

Por otra parte, el concepto de *modelo planificado* visto como una forma de operar el turismo médico y como marco de acción para el desarrollo del turismo médico sostenible, fue elegida siguiendo los conceptos de (Risteski, Kocevski, y Arnaudov, (2012), que definen la planificación de la gestión de un destino de la siguiente forma:

La planificación de la gestión de destinos es un sistema de gestión estructurado y sistemático, que ofrece una organización del turismo con las herramientas para producir el turismo sostenible y competitivo en un destino. Esta planificación se organiza alrededor de un destino seleccionado por sus visitantes. Cada uno con sus propios activos turísticos naturales y únicos, y las necesidades únicas de desarrollo, de marketing y de gestión. Este tipo de planificación es un paso adelante de los roles tradicionales de marketing de destino y proporciona un enfoque más holístico e integrado para comprender el potencial turístico de cada destino, y los mejores métodos para maximizar ese potencial. La planificación local se desarrolla después

de un amplio proceso de investigación, consulta, retroalimentación, planificación y revisión en el destino. Risteski, Kocevski y Arnaudov (2012) p. 381.

En el contexto de la competitividad del destino, o su sostenibilidad, ha surgido el concepto de Planificación de la gestión de un destino. Es común que exista una brecha entre lo que los consumidores esperan y lo que se les ofrece. Los consumidores conciben el destino como la suma de los productos y servicios ofrecidos en una región determinada de forma individual. Una de las maneras más efectivas para colmar este vacío es el uso de los esfuerzos coordinados de todos los interesados, en todos los niveles de la industria y de las estructuras de gobernanza. Así, *“La Planificación de Gestión de Destino se revela como un mecanismo eficaz para aumentar la cooperación y la colaboración con la industria local y fortalecer las alianzas con las agencias de desarrollo económico regional / consejos regionales e instituciones educativas y de formación”* (Risteski et al., 2012 p.380).

Con el apoyo de la OMT, la Comisión Europea a través del Plan de Acción para un Desarrollo del turismo europeo más sostenible, declara: *“Muchos de los desafíos planteados por la sostenibilidad y las acciones requeridas, puede mejor ser abordado por los diferentes actores que trabajan juntos en un destino”*. Risteski, Kocevski y Arnaudov (2012 p.380).

Los elementos de planificación identificados en los discursos de los stakeholders entrevistados son los siguientes: los nuevos hospitales y los médicos especialistas que reciben pacientes internacionales (no transfronterizos) mencionaron haber realizado estudios de mercado para orientar la oferta de servicios hacia ese nicho; contratación de servicios de empresas internacionales facilitadoras de turismo médico para atraer pacientes; inversión de importantes cantidades de recursos en marketing online; grandes inversiones en infraestructura hospitalaria; formación de recursos humanos; esfuerzos de organización en una primera etapa, a nivel individual. Actualmente el destino empieza a gestionar una mayor colaboración e integración por iniciativa del gobierno estatal, aunque de manera muy tenue.

En lo relativo a la dimensión de alta y baja intensidad, este concepto ha sido identificado al observar que el destino médico ofrece ambas opciones de atención. Por una parte, existe la infraestructura hospitalaria de nueva creación que ofrece servicios para el tratamiento de la mayoría de las especialidades médicas en hospitales de lujo, con características de hotel, considerados de alta gama, donde se ofrecen servicios de atención altamente especializada con la infraestructura y tecnología más avanzada en sus quirófanos y la mejor atención y cuidado del paciente en espacios de mayor comodidad en sus cuartos de hospital. La alta intensidad hace referencia a que cuentan con una oferta de servicios que incluye el equipamiento y atención necesaria en quirófanos para la atención de los pacientes que requieren cirugía y hospitalización, con personal de enfermería especializado por ejemplo en terapia intensiva, entre otros que requieren de una atención de mayor intensidad del tratamiento. En este tipo de servicios, se ha encontrado que existe una correspondencia entre la alta calidad y la alta intensidad en los hospitales y clínicas que ofrecen servicios de alta calidad y dirigen su oferta hacia el mercado internacional, mientras que la oferta de servicios de baja intensidad, se asocia a

servicios de calidad estándar que dirigen su oferta hacia un mercado transfronterizo y que requieren una menor intensidad de tratamiento, es decir, en la mayoría de los casos, no se requiere de hospitalización.

Una vez que han sido identificadas las dimensiones de análisis y su correspondencia con elementos de calidad y características del producto, se está en posibilidad de agrupar los servicios que podrían ser colocados en cada conjunto de prestadores de servicios.

5.1.2 Modelización a partir de la combinación de dimensiones

Una vez realizado el análisis de las actividades de turismo médico existentes en la frontera a nivel cualitativo y habiendo identificado los principales rasgos que caracterizan su evolución como destino turístico, se estará ahora en la posibilidad de identificar aquellos elementos que permitieron la construcción de dos grandes categorías integradoras de las características que definen el modelo teórico dual de turismo médico, (1) la *planificación* y la *espontaneidad* en cuanto a la forma como se ha desarrollado la oferta de servicios de atención sanitaria en el destino, y (2) *la alta o baja intensidad de los tratamientos* que se ofrecen en los distintos establecimientos. Se ha elegido la presentación de esta realidad en una matriz de doble entrada, generando de esta manera, cuatro cuadrantes, donde se sitúan distintos prestadores de servicios de atención sanitaria con diversas formas de operación del turismo médico en la frontera. La matriz que se presenta en la tabla 5.1 representa simplemente la combinación de los cruces de información relativa a las características de los prestadores de servicios y sus productos, que han sido ubicados dependiendo de la intensidad del procedimiento o tratamiento solicitado, los costes de los servicios, el tipo de paciente que busca la atención, la procedencia del paciente, que puede ser transfronteriza o de más larga distancia. En lo relativo a la forma de atraer a los pacientes se ha hecho una distinción importante, dado que existen diferencias que distinguen un modelo de otro. En el lado izquierdo de la tabla se puede apreciar que los hospitales que atienden pacientes de turismo médico dedican alrededor de una tercera parte de sus ganancias al marketing online, a la contratación de empresas facilitadoras del turismo médico que actúan como intermediarias para facilitar a los pacientes la obtención de los servicios de salud en el extranjero. Mientras que en el lado derecho de la tabla fueron ubicados negocios relacionados con la oferta de servicios de salud que tradicionalmente han sido demandados por los pacientes transfronterizos. Se caracterizan por carecer de elementos de planificación y coordinación. Se trata de negocios que han ido emergiendo como una respuesta al aumento en la demanda de servicios, por parte de pacientes del vecino país. Son clínicas, consultorios médicos y dentales, ópticas, laboratorios de análisis clínicos y radiología que se han ganado la lealtad de los visitantes por la buena calidad de sus servicios, y su bajo coste. Los pacientes que acuden a este tipo de negocios, son en su mayoría de origen mexicano. Una vez realizado el proceso de abstracción de la realidad y expresada en una matriz de doble entrada, fue posible identificar las características de los servicios y de los negocios dedicados a la prestación de atención médica. Asimismo, fue posible identificar el tipo de pacientes que buscan la atención en cada uno de los cuadrantes de la matriz.

A continuación se presenta una tabla que muestra las características del turismo médico de frontera en una abstracción de la realidad.

Tabla 5.1 Características del turismo médico de frontera

	Modelo Planificado internacional Oferta de servicios de alta calidad	Modelo Emergente-Reactivo transfronterizo Oferta de servicios de calidad estándar
Alta Intensidad	<p>Cuadrante 2</p> <p>Grandes hospitales creados especialmente para atender turismo médico. Operan con mayor complejidad, la actividad de hospitalización, oferta de atención de especialidades de referencia. (Cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía y trasplantes de órganos sólidos). Comunicación bilingüe. Cuentan con facilitadores y estrategias de marketing. Servicios de alta calidad y costes más elevados que los del cuadrante 1.</p>	<p>Cuadrante 1</p> <p>Hospitales modestos con ubicación de proximidad a los cruces internacionales. Ofrecen servicios de calidad estándar y costes menores a los del cuadrante 2. Su oferta de atención es la de especialidades básicas, ginecología, cirugía general, medicina interna y pediatría. Su mercado es la población de los condados cercanos a la frontera. Carecen de facilitadores y del uso de estrategias de marketing</p>
Baja Intensidad	<p>Cuadrante 3</p> <p>Clínicas y consultorios dentales de alta especialidad, contratan los servicios de facilitadores y marketing del turismo médico para atraer pacientes internacionales, utilizan la tecnología y materiales más avanzados que existen en el mercado internacional. Comunicación bilingüe</p>	<p>Cuadrante 4</p> <p>Consultorios dentales, farmacias, ópticas, consultorios médicos y laboratorios de estudios. Atienden principalmente el mercado transfronterizo. Ubicación de proximidad a los cruces internacionales, carecen de planificación, coordinación, marketing y del uso de facilitadores para el turismo médico.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en trabajo empírico.

a) Análisis de cada uno de los cuadrantes

Cuadrante 1. Oferta de servicios de alta intensidad con calidad estándar. Esta categoría incluye hospitales y clínicas que cuentan con una tradición en la prestación de servicios de salud a pacientes transfronterizos. La alta intensidad hace referencia a que cuentan con quirófanos para la atención de los pacientes que requieren cirugía y hospitalización. Ofrecen los servicios de un hospital general con especialidades como cirugía, ginecología, medicina interna, pediatría y urgencias. La calidad estándar se refiere a que cubren los requerimientos indispensables para lograr la certificación nacional como hospitales de calidad. Sin embargo, se trata de hospitales y clínicas cuya infraestructura e imagen estética es modesta, carente de lujos y comodidades.

A manera de analogía con la clasificación en que se toman diversas variables para la categorización de los hoteles a través de la asignación de estrellas, dependiendo entre otros, del tamaño de las habitaciones etcétera, las dimensiones de un hospital o clínica es uno de los aspectos que también definen la ubicación de un prestador de servicios en estos cuadrantes. Existen además, diferencias de calidad según la

antigüedad y/o la fecha de la última remodelación del hospital o clínica, así como la imagen estética de sus instalaciones.

Cuadrante 2. Alta intensidad con alta calidad. Los servicios de salud que ofrecen los hospitales que se han situado en este cuadrante se definen como de alta intensidad debido a que requieren de servicios de hospitalización con características de mayor especialización, por ejemplo al tratar pacientes en terapia intensiva. Además en estos hospitales se ofrecen servicios de cirugía de especialidades de referencia, que no se ofrecen en los que integran el cuadrante 1, como cirugía torácica, cardíaca, ortopédica y trasplantes. La alta calidad hace referencia a cualidades que van desde la infraestructura, el tamaño de los hospitales, su imagen estética, la tecnología con que cuentan, la trayectoria de los médicos especialistas, la comodidad y el lujo de sus cuartos de hospitalización y una amplia gama de servicios adicionales tanto para los pacientes, como para sus familiares, siempre y cuando cuenten con la capacidad económica para adquirirlos.

En cuanto a las características de los servicios que ofrecen los hospitales clasificados en este cuadrante, se encuentra la moderna infraestructura hospitalaria, que permite la hospitalización en cuartos privados, terapia intensiva, con atención de personal de enfermería con esa especialidad, salas de recuperación así como la enfermería especializada en cada una de las áreas de atención. *La acreditación* de los hospitales se considera también un elemento que garantiza el compromiso con la mejora continua, se busca obtener la acreditación ya sea ante el Sistema Nacional de Calidad o ante organizaciones de acreditación internacionales, como la Joint Commission International.

Uno de los elementos fundamentales para poder operar desde este cuadrante, es la *trayectoria y la reputación profesional del médico especialista*. El reconocimiento que otorga el pertenecer a grupos de profesionales de la salud como *fellows*, hace referencia a la alta calidad y experiencia que puede ofrecer en sus servicios un especialista médico. Otro aspecto a destacar, relacionado con la trayectoria es la constante capacitación y formación que ofrecen, reciben e intercambian entre expertos y profesionales del área de conocimiento y especialidad, así como el hecho de estar en contacto con universidades e institutos de investigación nacionales e internacionales que les permite estar actualizados y a la vanguardia tanto en los procedimientos y tratamientos más novedosos como en el uso de la tecnología más avanzada para realizar su trabajo.

Tanto los hospitales que se sitúan en el cuadrante 2 como las clínicas dentales que se ubican en el cuadrante 3, pertenecen al modelo planificado. Es decir, al lado izquierdo de la matriz, donde existe una oferta de servicios dirigida a pacientes internacionales. Las instituciones que operan desde estos dos cuadrantes requieren de un trabajo de mayor colaboración por parte de los distintos stakeholders de la sociedad relacionados con el desarrollo del turismo médico, así como una considerable inversión en marketing para atraer pacientes internacionales.

Otro de los elementos identificados como cruciales para operar en el cuadrante 2 es la realización de *estrategias activas de marketing* que implican las diversas formas de llegar al mercado de turismo médico para atraer pacientes. En este punto, la

diferencia estriba en que estos profesionales no asumen una posición pasiva como sería la espera de pacientes, sino que toman decisiones de invertir grandes recursos económicos para dar a conocer sus instalaciones, sus servicios, su equipo, su trayectoria, en algunos casos contratando los servicios de una compañía facilitadora que desempeña actividades de gestión como intermediario entre el paciente y el médico u hospital, brindando asesoría e información sobre aspectos de financiación, seguro médico y cobertura. Otro factor distintivo de la operación de profesionales en esta sección de la matriz, es el dominio del idioma inglés. Las clínicas y hospitales que operan en este cuadrante, cuentan con personal bilingüe para la atención al turismo médico, lo cual es significativo al identificar la orientación internacional que han adoptado.

Cuadrante 3. Baja intensidad con alta calidad. En este cuadrante, la alta calidad hace referencia a que los prestadores de servicios de atención sanitaria son clínicas, principalmente dentales, de alta especialidad que cuentan con el equipo, la tecnología y materiales más avanzados y de vanguardia en su área de especialidad. La baja intensidad se refiere a que el usuario de este tipo de servicios de salud no requiere hospitalización. Los pacientes que acuden a estas clínicas generalmente requieren de dos a tres días de atención dental, sin embargo, al no requerir hospitalización, han sido ubicados como de baja intensidad.

Los integrantes de este cuadrante cuentan con servicios de facilitadores del turismo médico para atraer pacientes internacionales, hacen uso de la tecnología y materiales más avanzados que existen en el mercado internacional. Sus pacientes provienen de Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, aquí cabe destacar que los pacientes estadounidenses provienen de distintos Estados, no solamente de las ciudades vecinas. Un punto importante a considerar, es, que al igual que en el caso de los médicos de mayor prestigio, los odontólogos cuentan también con largas trayectorias y reconocimientos por las actividades de enseñanza que realizan en su área de especialidad.

Las clínicas dentales de alta especialidad han sido incluidas dentro del modelo planificado, en virtud de que se identificó el uso de esfuerzos a nivel de negocios individuales que participan en un mercado global y realizan acciones para participar en la industria como estrategias activas de marketing. Así, la planificación de sus acciones, el uso del marketing, la inversión en publicidad online, aseguramiento de la calidad de sus servicios, y de la facilidad para la comunicación en idioma inglés entre otras cosas, les ha permitido ganarse el reconocimiento de pacientes internacionales y ocupar un lugar en el mercado internacional.

Los servicios que ofrecen estas clínicas dentales son: implantología dental, periodoncia, odontología cosmética, rehabilitación oral, cirugía oral, ortodoncia, endodoncia y odontología pediátrica.

Cuadrante 4. Baja intensidad con calidad estándar. En este cuadrante se sitúan consultorios de médicos generales y especialistas, consultorios de odontología general, ópticas, farmacias, laboratorios de análisis clínicos y gabinetes de estudios de radiología. Estos prestadores de servicios, de forma cotidiana y tradicionalmente han atendido la demanda de la población tanto de la localidad como de las ciudades

vecinas. Sin embargo, la mayoría de sus clientes o pacientes, son transfronterizos. Se trata generalmente de negocios más pequeños, que son considerados de baja intensidad por no requerir de servicios de hospitalización. No han realizado estudios de mercado, su funcionamiento es el resultado de la experiencia entre oferta y demanda de servicios. Carecen de coordinación, de planificación y del uso de facilitadores y estrategias de marketing para el turismo médico.

5.1.3 Identificación de criterios de pertenencia a dimensiones y cuadrantes

A continuación se presenta una tabla que define los criterios para el análisis de cada uno de los cuadrantes que se elaboraron al momento de sistematizar la información obtenida durante las entrevistas en profundidad a los actores participantes en el turismo médico de la frontera.

Tabla 5.2 Criterios para el análisis de cada uno de los cuadrantes

Criterios	Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4
Trayectoria y reputación Internacional del Médico	No	Sí	Sí	No
Estrategias activas de Marketing	No	Sí	Sí	No
Calidad/Acreditación de Hospitales	Sí	Sí	No aplica	No aplica
Presencia de facilitadores	No	Sí	Sí	No
Tipo de Población que atraen	Población de frontera	Población de frontera, pero también de larga distancia	Población de frontera, pero también de larga distancia	Población de frontera
Nivel socioeconómico	Bajo poder adquisitivo	Mayor poder adquisitivo que pacientes de cuadrantes 1 y 4	Mayor poder adquisitivo que pacientes de cuadrantes 1 y 4	Bajo poder adquisitivo

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

Los destinos de turismo médico se identifican por contar con determinadas características que permiten ubicarlos en las categorías de planificado o emergente.

A continuación se presenta una tabla la cual es una adaptación de la propuesta por (Todd, 2012), para hospitales de turismo médico internacional.

Tabla 5.3 Factores a considerar para el desarrollo del destino médico internacional

Dominio	Factor	Mayor Preocupación	Categoría	Modelo Planificado	Modelo Emergente
Estadía en el destino médico					
Certificación	Área de Enfermería	Su ubicación dentro del hospital	Infraestructura	X	
Capital Humano	Personal de salud (Médicos, enfermeras asistentes)	La necesidad de ser bilingües	Comunicación bilingüe, Idiomas	X	

Servicios	Relaciones públicas para pacientes internacionales	Brindar información adecuada a las necesidades de pacientes internacionales	Calidad, Servicio al cliente	X	
	Teléfono Restaurant Tienda de conveniencia	Ofrecer facilidades y servicios convenientes	Servicios	X	
	Área de alimentos	Ofrecer menús internacionales		X	
	TV con canales y programas en ingles	Tv por cable		X	
	Clima artificial			X	
	Clima artificial controlable por el paciente			X	
	Conexión a internet desde los cuartos de cada paciente			X	
	Registros Médicos	Bases de datos	Tecnologías de información	X	
		Entregar al paciente antes de su alta en idioma inglés.		X	
Acreditación	Acreditación de Hospital, con JCI o nacional	Elevados costes de acreditación con la JCI	Acreditación Calidad	X nacional	X nacional

Fuente: Construcción propia con base en Todd (2012).

Tabla 5.4 Servicios complementarios durante el regreso a casa

Dominio	Factor	Mayor Preocupación	Categoría	Modelo Planificado	Modelo Emergente
Servicios complementarios	Hospitales y hoteles cercanos al aeropuerto.	Contar con infraestructura de servicios turísticos	Servicios de alojamiento y transporte	X	X
	Servicio de taxi bilingüe.			X Se ofrece servicio con personal bilingüe	

	Hotel con servicio de alimentos y bebidas 24 horas.			X Los hospitales para turismo médico son tipo hotel, con restaurante.	
	Acompañamiento al paciente para imprevistos.			X	
	Conexiones de vuelos.			X	
	En ocasiones, hay contratiempos en las conexiones entre vuelos, se requiere hospitales, hoteles, farmacias, taxis, cajeros automáticos, teléfonos públicos, restaurantes de calidad en esos lugares adicionalmente a los destinos de turismo médico.		Servicios Turísticos	X La ventaja que ofrece la frontera, es que estas condiciones se pueden solventar en El Paso.	N/A
	Envío de registros médicos al doctor del país de origen, a tiempo.	Incumplimiento que puede ser por falta de dominio del idioma inglés.		X	

Fuente: Construcción propia con base en Todd (2012).

a) Propósito de la visita y tipos de cirugía que integra cada cuadrante

Una de las interrogantes que surgieron al momento de realizar el análisis de contenido de las entrevistas y que además contribuye a la generación de conocimiento para llenar los huecos existentes en la literatura respecto a datos

confiables sobre el tipo de servicios que son demandados por los pacientes que buscan atención médica más allá de las fronteras nacionales, se relaciona con los tipos de servicios que solicitan los pacientes en el destino fronterizo. En la presente investigación se obtuvo información que permite conocer la realidad del destino médico a este respecto. Lo cual se responde con el contenido de la tabla que se presenta a continuación, que muestra los propósitos de la visita del turista médico para obtener atención sanitaria y los tipos de cirugía que se ofrecen en cada uno de los cuadrantes del modelo propuesto. Como puede observarse, la mayoría de los servicios que son solicitados en el destino médico de frontera, son ofrecidos en el cuadrante dos, que integra los hospitales de alta especialidad que fueron construidos especialmente para la atención del turismo médico, así como los hospitales de tradición existentes en la localidad.

De la misma forma, se destacan los servicios que se ofrecen en el cuadrante tres, que integra la atención dental especializada que ofrecen las clínicas dentales de la localidad, donde se puede apreciar la orientación de los servicios al ámbito internacional mediante la alta especialización que se ofrece.

Tabla 5.5 Propósito de la visita y tipo de cirugía en cada cuadrante

Criterios	Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4
Propósito				
Consulta a médico General	Sí	Sí	No	Sí
Consulta a médico especialista	Sí	Sí	Sí	Sí
Consulta a dentista General	No	No	No *	Sí
Adquisición / medicamento	Sí	Sí	No	Sí
Examen vista	Sí	Sí	No	Sí
Adquisición de lentes	No	No	No	Sí
Gabinetes de estudios (rayos x y otros)	Sí	Sí	Sí	Sí
Cirugías				
Bariátrica.	No	Sí	No	No
Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía torácica y trasplantes	No	Sí	No	No
Cirugías de Hospital Gral. Cirugía, medicina interna, ginecología, pediatría y urgencias	Sí	Sí	No	No
Cirujano dentista implantólogo, ortodontista, endodoncista y rehabilitador bucal	No	No	Sí	No

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

*El Propósito de la visita a los dentistas del cuadrante 3 es por servicios de especialidades odontológicas como implantología y rehabilitación oral y no de consulta a dentista general, que brindan servicios dentales como amalgamas, extracciones, limpiezas dentales, etc., los cuales ofrecen los consultorios dentales del cuadrante 4.

La tabla anterior muestra los resultados obtenidos del análisis empírico basado en las entrevistas en profundidad. Se puede observar que al seleccionar como criterios el propósito de la visita y el tipo de cirugías que se realizan en cada uno de los cuadrantes, se obtiene un mapeo que permite apreciar hacia donde se dirige la demanda y la oferta de servicios de atención médica en la frontera. Al hacer un

cruce de información entre el propósito de la visita del turista médico y la oferta disponible de servicios en las clínicas y hospitales que funcionan en cada uno de los cuadrantes, se aprecia que el cuadrante dos es el que ofrece la mayor variedad de servicios de atención sanitaria y la mayor oferta de especialidades para atención de cirugías. Mientras que al cuadrante cuatro es al que acuden los pacientes que solicitan una atención médica o servicios de menor grado de especialización. Por otra parte, al cuadrante tres acuden los pacientes que requieren servicios de especialidades odontológicas, por lo que este cuadrante integra una oferta muy específica de servicios especializados. Al cuadrante uno acuden los pacientes que requieren atención médica tanto general como cirugía no contenida en los parámetros de especialidades de referencia, por lo que su oferta de servicios también es de gran amplitud, aunque con un menor grado de especialización.

Una vez que han sido identificados los principales rasgos que caracterizan la evolución del destino turístico, se está en la posibilidad de identificar aquellos elementos que constituyen una fortaleza para el destino, tales como instalaciones y servicios del “Estado del Arte”, médicos especialistas formados en Estados Unidos, con reconocidas trayectorias a nivel internacional, infraestructura hospitalaria de calidad internacional y ubicación geográfica estratégica, así como los que impiden que el destino médico fronterizo pueda llegar a ser competitivo en el ámbito internacional. El llevar a cabo una relación comparativa entre los conceptos de turismo médico planificado y turismo médico emergente-reactivo resulta del conocimiento de las características y consecuentemente de las diferencias de ambos modelos.

5.1.4 Aplicación del modelo al caso de estudio

Una vez conceptualizado el modelo y sus dimensiones de análisis y la forma en que se han agrupado los prestadores de servicios y productos en los cuadrantes como una abstracción de la realidad, se está en posibilidad de aplicar el modelo al caso de estudio. A continuación se presenta la explicación de las características de los servicios e instituciones médicas de la frontera Ciudad Juárez-El Paso que se han situado en cada cuadrante de la tabla y que permite entender el funcionamiento del turismo médico de la frontera, tal como se manifiesta.

A continuación se presenta una de las variantes más significativas de la prestación del servicio de salud en la frontera, que distinguen el destino turístico médico de Ciudad Juárez, la cual se refiere a la existencia de un hospital que ofrece un servicio distinto en cuanto a calidad y costes a pacientes del otro lado de la frontera, al igual que a los autóctonos.

Los servicios de atención sanitaria que se ubican en el cuadrante 1 son los que tradicionalmente han existido en la frontera. El hospital más representativo de esta sección, cuenta con 40 años de historia en la prestación de servicios de salud a pacientes tanto locales como extranjeros. Cabe mencionar que originalmente fue creado como una organización social para la atención de pacientes de la localidad. Sin embargo al paso del tiempo empezó a brindar atención también a pacientes transfronterizos, cuya demanda de servicios ha venido en aumento.

Los hospitales y clínicas que operan desde este cuadrante difieren en las características de los servicios que ofrecen los hospitales del cuadrante 2, principalmente en relación a sus bajos *costes*, asociados a una *calidad estándar*. Se trata de instalaciones modestas. No obstante, ofrecen servicios de calidad estándar que cada vez tienen una mayor demanda de pacientes de origen mexicano. Otra característica importante, es que carecen de estrategias de marketing, no hacen propaganda de ningún tipo y no cuentan con intermediarios a su servicio. Los pacientes llegan por sí mismos y con la particularidad de que lo hacen caminando, aprovechando la ubicación estratégica de estos prestadores de servicio ya que se encuentran ubicados tan solo a unos metros del puente internacional ubicado en el centro de la ciudad.

Tanto los hospitales y clínicas que se ubican en el cuadrante 1, como los consultorios médicos y dentales, ópticas, gabinetes de estudios de radiología, y laboratorios de análisis clínicos que se sitúan en el cuadrante 4, forman parte del modelo emergente/reactivo. La diferencia por la que se ubican en el cuadrante 1 los hospitales y clínicas, es la alta intensidad de la atención, ya que cuentan con oferta de servicios para cirugías y hospitalización, mientras que los servicios que se ofrecen en el cuadrante 4, son de baja intensidad, lo que significa que no requieren de hospitalización. Por otra parte, en cuanto a la calidad estándar, este concepto hace referencia a servicios que están dentro del marco regulatorio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios COFEPRIS, que actúa conforme a la Ley General de Salud de México. La Secretaría de Salud ejerce las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, a través de la COFEPRIS en lo relativo al (Art. 17 bis):

El control y vigilancia de los establecimientos de salud.

La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.

La salud ocupacional y el saneamiento básico.

El control sanitario de productos, servicios y de su importación y exportación y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.

El control sanitario del proceso, uso mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.

El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.

El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos.

La sanidad internacional

El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos, células de seres humanos.

Todos los establecimientos relacionado con temas de salud que funcionan desde cada uno de los cuadrantes dentro del modelo propuesto, están sujetos al marco regulatorio de la COFEPRIS en cuanto a la prestación de servicios de salud. Sin embargo, carecen de elementos característicos de la alta calidad como instalaciones e infraestructura de lujo, generalmente asociados a un servicio de coste más elevado, como los que integran los cuadrantes 2 y 3.

A continuación se presenta la imagen de uno de los hospitales del modelo emergente de turismo médico en Ciudad Juárez.

Figura 5.1 Hospital de la Familia, ejemplo de modelo emergente/ reactivo



Fuente: <http://www.femap.org.mx/unidadesmedicas.html>
fecha 24 noviembre 2015

El Hospital de la Familia que atiende pacientes de escasos recursos es una institución con características de Hospital General con una estructura de organización social que atiende especialidades básicas, cirugía, medicina interna, ginecología, pediatría y urgencias, servicios de hospitalización y quirófano y los apoyos diagnósticos correspondientes.

Cuenta con 90 camas censables, 22 camas para terapia intensiva, 5 quirófanos 3 salas de expulsión, lo cual le da una característica importante al hospital en el aspecto de cirugía. Atiende población abierta. Cada año reporta alrededor de 5,000 nacimientos. Calculan que alrededor del 5 al 10 por ciento de los pacientes que atienden, vienen de Estados Unidos, el año 2014 esta cifra representó 30 mil pacientes.

Por otra parte, en relación a los prestadores de servicios de salud del cuadrante 2, la entrevista a uno de los cirujanos de mayor prestigio en el ámbito del turismo médico en la especialidad de bariátrica, que se ha establecido en Ciudad Juárez, permitió identificar con claridad que la trayectoria y reputación del médico especialista es uno de los aspectos de mayor peso a la hora de seleccionar los servicios de atención sanitaria en el extranjero. Este médico cirujano ha realizado 17 mil cirugías bariátricas laparoscópicas durante su trayectoria de 21 años de ejercicio profesional.

Algunos profesionales de la salud de Ciudad Juárez tienen contrato de servicios de marketing para el turismo médico con empresas internacionales, que funcionan a través de páginas web. Las personas entrevistadas mencionaron que esta forma de abordar el mercado internacional, ha resultado ser efectiva.

Tanto los prestadores de servicios de alta intensidad que se ubican en el cuadrante 2, como las clínicas dentales de alta especialidad del cuadrante 3 funcionan en el modelo planificado. Los hospitales han sido clasificados en el cuadrante 2 debido a que ofrecen servicios de alta intensidad de tratamiento, mientras que las clínicas

dentales han sido ubicadas en el cuadrante 3. Ambos prestadores de servicios ofrecen una atención para la cual, los pacientes de turismo médico requieren pernoctar al menos dos días y medio para la atención. En algunos casos los pacientes de turismo médico se hospedan en hoteles ya sea de El Paso, Texas, como primera opción, o de Ciudad Juárez, si así lo eligen.

Al igual que para los especialistas médicos, para los especialistas en odontología la trayectoria y reputación es un elemento relevante para el paciente. Uno de los actores entrevistados de las clínicas de odontología especializada mencionó tener 28 años brindando servicios a pacientes de ambos lados de la frontera y ha participado como formador de especialistas en Algodones Baja California, destino de turismo médico internacional ampliamente reconocido.

A continuación se presentan imágenes de una de las clínicas dentales de mayor prestigio y calidad en la localidad.

Figura 5.2 Imagen de clínica dental de alta especialidad



Fuente: <http://nucleodental.com/blog/> fecha 15 enero 2015

En cuanto a los prestadores de servicios que se ubican en el cuadrante 4, en Ciudad Juárez están ubicados en las calles cercanas a los puentes de cruce internacional. En la propuesta de modelo han sido situados en el lado derecho de la matriz, donde se define el modelo emergente, ya que la forma de ingresar al mercado ha sido de manera más espontánea, por lo general, por intuición, o por experiencias de amistades o familiares.

En cuanto a la calidad estándar, al igual que los hospitales y clínicas del cuadrante 1, que también se sitúan en el modelo emergente/reactivo, se trata de negocios modestos, carentes de lujos y comodidades, y que se rigen por el marco regulatorio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), que actúa conforme a la Ley General de Salud de México.

A continuación se muestran imágenes de algunos negocios que participan en el turismo médico en Ciudad Juárez, desde el cuadrante 4.

Figura 5.3 Imágenes de negocio que ofrecen servicios médicos en el modelo emergente



Fuente: Martínez Almanza María Teresa
Publicidad de servicios de salud. Ciudad Juárez, México, 2015.

Figura 5.4 Imágenes de hospitales y consultorios dentales en el centro de la ciudad que funcionan en el modelo emergente-reactivo



Fuente: Martínez Almanza María Teresa
Instalaciones de servicios de salud. Ciudad Juárez, México, 2015.

Una vez analizadas las características de las unidades médicas que se sitúan en cada uno de los cuadrantes, se presenta los elementos afines de los prestadores de servicios al turismo médico en la frontera.

5.1.4.1 Puntos en común de los cuatro cuadrantes

La ubicación de frontera de Ciudad Juárez con sus características de proximidad a los Estados Unidos, aunado al diferencial de precios que otorga el tipo de cambio y los servicios locales donde pueden llegar a tener un ahorro hasta de un 90 % del costo de los mismos en los Estados Unidos, dependiendo del procedimiento solicitado y de la clínica u hospital seleccionado, favorece que los prestadores de servicios de atención sanitaria tengan una demanda de pacientes que provienen de distintos segmentos del mercado. Por tanto, los operadores de servicios de turismo médico de *los cuatro cuadrantes*, atienden pacientes de frontera, es decir, de las ciudades vecinas en los Estados Unidos. Las personas con mayor poder adquisitivo o con mayor cobertura de seguro médico buscan la atención en los grandes hospitales o clínicas dentales especializadas que ofrecen servicios de calidad específicamente diseñados para el turismo médico, cuentan con facilitadores o intermediarios para atraer pacientes internacionales y utilizan estrategias activas de

marketing. Estos hospitales y clínicas operan el turismo médico desde los cuadrantes 2 y 3, donde atienden pacientes de la localidad, clientes transfronterizos, pero también visitantes que provienen de lugares de mayor distancia, en Estados Unidos y Canadá, mientras que los hospitales y clínicas que operan los servicios de turismo médico desde el cuadrante 1, reciben pacientes que provienen en su mayoría de las ciudades vecinas (El Paso, Texas, Las Cruces, Nuevo México y condados cercanos a la frontera) y los prestadores de servicios de salud que operan desde el cuadrante 4 (consultorios dentales, farmacias, ópticas, laboratorios, gabinetes de rayos X, entre otros) son generalmente negocios más pequeños que trabajan de manera individual, carecen de coordinación y de servicios de marketing, o facilitadores para operar los servicios de turismo médico y también reciben en su mayoría pacientes transfronterizos, en su mayoría, de origen hispano. La oferta de servicios de los cuadrantes 1 y 4 la integran unidades ubicadas en las calles y avenidas cercanas a los puentes de cruce internacional.

Los hospitales del cuadrante 2 ofrecen servicios con una alta especialización, mientras que los hospitales del cuadrante 1 al ofrecer servicios de especialidades básicas, y bajo coste, permiten ampliar la gama de opciones de atención sanitaria del destino para varios segmentos del mercado.

Uno de los hospitales que atiende turismo médico desde el modelo reactivo, o emergente desde el cuadrante 1, ofrece en el ámbito de la diversificación de servicios, la atención a pacientes de escasos recursos, tanto a nivel local, como a los pacientes transfronterizos. El *volumen* de pacientes de Estados Unidos que cruzan la frontera para ser atendidos en esta unidad médica, en el año 2014 llegó a los 30 mil pacientes. Se trata de un hospital con un funcionamiento que es modelo a nivel nacional. Actualmente está planificando su crecimiento para ampliar su escuela de enfermería que le permita formar mil estudiantes duplicando así, la capacidad actual de ésta institución que es de 530 alumnos. Tienen una visión claramente definida de prepararse para una mayor cobertura de pacientes de turismo médico transfronterizo. Sin embargo, cabe destacar que la mayoría de los servicios solicitados en este hospital, son consultas médicas y en menor proporción, cirugías. Por tanto, al iniciar su proceso de desarrollo con elementos de planificación, podría consolidar su presencia en el ámbito transfronterizo, en virtud de que su propósito es la atención de pacientes de escasos recursos, al tratarse de una organización civil.

Los hospitales y clínicas ubicados en las calles y avenidas cercanas a los puentes de cruce internacional, como el Paso del Norte también conocido como Santa Fe, en el centro de la ciudad; Puente Internacional Córdova de Las Américas, también conocido como puente libre, por ser libre de peaje, en la Avenida de Las Américas, y Puente Internacional Zaragoza-Ysleta, tienen otro punto en común. En su mayoría, los pacientes que demandan los servicios en estos hospitales y clínicas, pertenecen a la clasificación del turismo de la diáspora entendida como población de origen hispano que emigró a los Estados Unidos. Lo anterior no significa que las clínicas y hospitales que se encuentran ubicados en otras partes de la ciudad, no reciban turismo médico de la diáspora. En realidad todos los establecimientos que ofrecen servicios de atención sanitaria en la frontera, reciben pacientes de las ciudades vecinas, en su mayoría de origen hispano, sin embargo, de acuerdo a los resultados

obtenidos en las entrevistas, la gran mayoría, es decir, el 90 % de los turistas médicos que reciben estos hospitales y clínicas, ubicados estratégicamente en sitios cercanos a los cruces internacionales, son de origen hispano. Ya se analizarán las excepciones más adelante. Esto explica que las unidades de servicios de salud que integran los cuadrantes 1 y 4, del lado derecho de la matriz, del modelo emergente-reactivo, y trasfronterizo, busquen preferentemente situarse en áreas cercanas a los cruces internacionales.

Para facilitar el análisis, se presentan las formas de operar el turismo médico que se da en cada tipo de modelo, ya sea planificado o emergente-reactivo, en una matriz de doble entrada.

Tabla 5.6 Formas de operar el turismo médico en la frontera Juárez- El Paso

	Planificado Oferta de servicios de alta calidad	Emergente-Reactivo Oferta de servicios de calidad estándar
Alta Intensidad	<p>Cuadrante 2</p> <p>Hospitales e instalaciones del <i>Estado del Arte</i>, Operan con mayor complejidad la actividad de hospitalización y oferta de atención de especialidades de referencia, cirugía cardíaca, neurocirugía, trasplantes. Alta calidad y costes elevados.</p>	<p>Cuadrante 1</p> <p>Hospitales modestos de proximidad a los cruces internacionales, operan el turismo médico en hospitales que ofrecen servicios de bajo coste dirigido a población de bajos recursos. Oferta de especialidades básicas como cirugía, medicina interna, ginecología.</p>
Baja intensidad	<p>Cuadrante 3</p> <p>Clínicas y consultorios dentales de alta especialidad, con uso de tecnología y materiales avanzados.</p>	<p>Cuadrante 4</p> <p>Consultorios médicos y dentales, farmacias, ópticas y gabinetes de estudios y laboratorios a población trasfronteriza.</p>

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

Recordemos que la alta intensidad que integra los cuadrantes 1 y 2 se refiere a los servicios que requieren de hospitalización. Se trata de hospitales y clínicas que realizan distintos tipos de cirugías.

Los cuadrantes 3 y 4 se relacionan con servicios de baja intensidad. Reciben este nombre debido a que los pacientes no requieren de hospitalización. Los que se sitúan en el cuadrante 3 ofrecen una amplia gama de servicios dentales como la implantología, la rehabilitación oral, clínicas spa dentales, los cuales, son reconocidos por la alta calidad y profesionalismo de los especialistas.

La riqueza de información obtenida ha permitido desarrollar un modelo dual de turismo médico, que analiza desde una perspectiva de la oferta, la forma como ha emergido esta industria en el destino fronterizo. El modelo sugiere que existen dos factores dominantes para diferenciar el tipo de oferta de servicios que existe en la ciudad. Uno de estos factores es la planificación y el otro es el surgimiento espontáneo que da respuesta a una creciente demanda de manera emergente-

reactiva. Además, el modelo propone dos factores dominantes que afectan el tipo de oferta de servicios médicos del destino, uno es la calidad y otro es la intensidad, que al ser presentados en una matriz de doble entrada integran cuatro distintos tipos de oferta de atención sanitaria en el destino fronterizo (Ver tabla 5.6).

La realidad del turismo médico que existe en Ciudad Juárez, como ciudad fronteriza, puede ser explicada a partir del resultado del análisis de los discursos que los actores participantes en las entrevistas, narraron desde su experiencia, aportando opiniones y comentarios de sus experiencias relacionadas con el tema de estudio.

A continuación se presenta el resultado que muestra la influencia de los factores de frontera característicos de la ciudad, en el desarrollo del destino turístico médico, distribuidos en 4 cuadrantes en los que se agrupan las formas en que se opera el turismo médico en la frontera Juárez- El Paso. Los temas que aglutina el cuadrante 2 son los que más se han investigado y publicado en la literatura académica.

Los datos que conforman los demás cuadrantes no han sido suficientemente estudiados, por lo que se abre un campo de investigación dentro del concepto de turismo médico, que inclusive lleva a la posibilidad del uso de nueva terminología. El ejemplo puede ser derivado de la siguiente argumentación: en la frontera existe una gran cantidad de servicios de salud que se ofrecen a pacientes que no requieren pernoctar en la ciudad, aunque sí utilizan otros servicios complementarios como restaurantes y comercios, por lo anterior, surge la siguiente pregunta: ¿Se está hablando de turismo médico o se tendría que referir a esta actividad como excursionismo transfronterizo?, las personas entrevistadas incluso mencionaron el término “servicios médicos transfronterizos”, ya que piensan que la ciudad no cuenta con grandes atractivos turísticos, como para considerarlo turismo médico. Por lo que se hace necesario ser más flexible en el concepto de turismo médico, ya que los pacientes utilizan otros servicios complementarios como restaurantes y comercios, aun cuando no se hospeden en la ciudad, generando ingresos y desarrollo a la localidad.

En el cuadrante 2, se presenta la información que pudiera dar la respuesta a esta interrogante. Tiene como función analizar los diversos conceptos de destinos turísticos, entre ellos el de turismo médico internacional. En este cuadrante se podría ubicar el turismo médico que se desarrolla en Bangkok, Tailandia; Mumbai, Delhi, Bangalore, Chennai e Hyderabad en India, y San José en Costa Rica, entre otros, en los que destaca la planificación del destino con intervención de los sectores público y privado, la inversión en infraestructura hospitalaria, alta tecnología, formación de capital humano, marketing y servicios turísticos, entre otros.

En el cuadrante 3 se ubican las clínicas dentales de alta especialidad. Es a donde acuden los pacientes que requieren por ejemplo implantes dentales y servicios de reconstrucción oral. De la revisión de la literatura, como ejemplos, se pueden ubicar destinos como Hungría, Corea del Sur, México y Singapur, entre otros.

5.1.5 Otros destinos de turismo médico y el modelo

A continuación se presenta a modo ilustrativo una tabla que permite observar al menos cuatro formas distintas de turismo médico, de las cuales, en la revisión de la literatura se ha encontrado mayormente destinos internacionales que ofrecen servicios de cirugía estética, bariátrica y especialidades médicas que requieren mayor grado de especialización que se presentan en el cuadrante dos de esta propuesta.

Tabla 5.7 Aplicación del modelo en otros destinos de turismo médico

	Planificado Oferta de servicios de Alta Calidad Internacional	Emergente-Reactivo Oferta de servicios de calidad estándar Transfronterizo
Alta Intensidad	Cuadrante 2 Hospitales e instalaciones del <i>Estado del Arte</i> . Rochester, Estados Unidos; Bangkok, Tailandia; Mumbai, Delhi, Bangalore, Chennai e Hyderabad en India; San José en Costa Rica, y Ciudad Juárez y Monterrey en México.	Cuadrante 1 Ciudad Juárez, México
Baja intensidad	Cuadrante 3 Clínicas y consultorios dentales de alta especialidad, con uso de tecnología y materiales avanzados. Hungría, Turquía Tailandia, Corea del Sur, México y Singapur, Los Algodones, México, Ciudad Juárez, México. .	Cuadrante 4 Ciudad Juárez, México Tijuana, México Los Algodones, México

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico y datos de Patients Beyond Borders (2014)

De la tabla anterior se desprende el siguiente análisis: los países que cuentan con mayor reconocimiento y popularidad por sus hospitales, instalaciones y servicios del “Estado del Arte”, entre otras cosas, son clasificados en el cuadrante dos, donde se sitúan las unidades médicas que cuentan con las características que requieren organismos acreditadores como la Joint Comission International. La mayoría de los estudios de la literatura sobre el tema de turismo médico o de salud se refieren a este tipo de destinos, donde destacan Tailandia, India, México y Costa Rica, por los ahorros que pueden obtener los pacientes en estos países.

Los destinos que cuentan con mayor reconocimiento y popularidad de la revisión de la literatura, en los que se buscan servicios dentales, son los que se sitúan en el cuadrante tres. Los pacientes que buscan atención dental fuera de sus fronteras nacionales buscan obtener un buen servicio de calidad a un precio accesible. En los países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, los servicios dentales son de alto coste, especialmente si se necesita una amplia labor reconstructiva o cosmética. En Estados Unidos, más de 150 millones de personas carecen de cobertura dental Woodman (2014). Esta es una de las principales razones por las que los servicios dentales han existido históricamente como una opción de oferta de servicios en las fronteras. Los pacientes dispuestos a viajar no tienen por qué sacrificar la calidad para ahorrar dinero. Existen dentistas altamente competentes que recibieron formación académica en instituciones reconocidas por

la odontología y a menudo se encuentran con facilidad “al otro lado de la frontera” que ofrecen excelentes servicios por una fracción del costo (Woodman 2014).

Los pacientes de Estados Unidos y Canadá pueden cruzar de manera sencilla la frontera con México para ahorrar fácilmente miles de dólares en costes de servicios dentales, mientras que los europeos pueden encontrar ventajas similares en Hungría, que cuenta con el mayor número de dentistas per cápita que cualquier otro país. (Woodman 2014).

Un ejemplo interesante de aplicación del modelo propuesto es en el destino dental de Los Algodones, Baja California, México que se encuentra a solo 7 millas al oeste de Yuma, Arizona, en Estados Unidos. (A siete minutos en automóvil). Uno de los dentistas entrevistados de Algodones mencionó que los pacientes que reciben vienen principalmente de Indio, Koachela, Kalpatra, West Moreland, San Diego, y Los Ángeles, en Estados Unidos. Estos datos permiten situar a este destino en el cuadrante 4, ya que cuenta con una oferta de servicios de consultorios dentales, ópticas y farmacias que dirigen sus servicios a población transfronteriza. Sin embargo, este destino se sitúa también en el cuadrante 3 debido a que ofrece servicios de alta especialidad de odontología, como implantes y reconstrucción oral. De los pacientes que solicitan estos servicios, el 50 % provienen de Canadá y son pacientes de la tercera edad, por lo que el médico entrevistado mencionó que cuentan con la especialidad de odontogeriatría y cirugía maxilofacial. Los servicios más solicitados son las prótesis y la prostodoncia. Al recibir pacientes internacionales, y de más larga distancia, en los Estados Unidos no solo transfronterizos, este destino fue situado en el cuadrante tres. Los Algodones, Baja California aparece en la parte inferior de la propuesta de modelo, donde se ofrecen servicios de baja intensidad, lo que significa que no requieren de hospitalización.

La tabla anterior permite apreciar que Ciudad Juárez puede ser considerada un modelo único de oferta de servicios de turismo médico por la cantidad de opciones de servicios de atención sanitaria que pueden encontrar los distintos perfiles de pacientes internacionales y transfronterizos que requieren atención médica. Lo anterior obedece a que los tipos de servicios tanto hospitalarios de alta intensidad y especialidad, calidad estándar y de alta calidad ubicados en los cuadrantes uno y dos, como los de baja intensidad, por ejemplo servicios dentales, internacionales y transfronterizos ubicados en los cuadrantes tres y cuatro, existen como opciones de atención en el destino médico de Ciudad Juárez que aparece en los cuatro cuadrantes del modelo propuesto.

5.1.6 Principales diferencias en función de los cuadrantes y modelos

De todas las formas de operar el turismo médico identificadas en el presente análisis, que expresan distintas realidades de la prestación de servicios de atención sanitaria se han podido identificar dos modelos de organización que tienen el potencial de ser relevantes: El Modelo emergente-reactivo y el modelo planificado.

a) Modelo emergente-reactivo

Se establece una relación entre los cuadrantes 1 y 4 con el modelo emergente-reactivo, porque ambos integran una oferta de servicios de atención sanitaria

carente de planificación y coordinación. Cada uno de los actores opera de manera independiente. Estos negocios han venido surgiendo como una reacción a la creciente demanda de atención por parte de pacientes, en su mayoría transfronterizos. Responden a una lógica mediática de ubicación física del negocio en calles y avenidas cercanas a los cruces de puentes internacionales.

En el cuadrante 1 se ubican hospitales y clínicas de calidad estándar. Se trata de instituciones privadas, pero modestas, ubicadas cerca de los cruces internacionales. En el cuadrante 4 se encuentran consultorios médicos, tanto de médicos generales como de especialistas, farmacias, ópticas, laboratorios de análisis clínicos, gabinetes de estudios como radiología y consultorios dentales que ofrecen servicios de odontología general. Históricamente, estos negocios han funcionado en la localidad con bastante éxito como para inspirar a otros prestadores de servicios de salud a hacer lo mismo. De esta forma ha ido evolucionando un modelo que emerge conforme la demanda de servicios se ha mantenido o ha aumentado. El principal elemento de atracción de pacientes es la diferencia de precios que otorga la frontera aunado a la afinidad cultural ya comentada.

En este modelo, se integran los cuadrantes 1 y 4 que ofrecen variaciones en algunos aspectos, tales como: infraestructura de servicios; forma de llegar al mercado; tipo de población que atienden y calidad. Infraestructura de servicios, los hospitales y clínicas son instituciones modestas, carentes de lujo y de imagen estética como elementos de atracción de pacientes. Forma de llegar al mercado, hace referencia prácticamente a la ubicación de las instalaciones físicas cerca de los cruces de los puentes internacionales, es decir, no hacen publicidad, no contratan servicios de facilitadores, los pacientes llegan en su mayoría por recomendación de amigos y familiares; los modos de traslado de los pacientes, se refiere a que los pacientes cruzan el puente caminando para obtener los servicios médicos, o en automóvil, aunque algunos dentistas ofrecen el servicio de transporte para cruzar el puente internacional, tanto de ida, como de regreso. Tipo de población que atienden, generalmente son personas de origen mexicano, en el caso del hospital de la Familia, FEMAP, son personas de escasos recursos que carecen de atención médica en Estados Unidos, atienden un volumen de 30 mil pacientes al año. En cuanto a calidad, se ofrece una calidad estándar de bajo coste, sus servicios están orientados tanto a los locales como a los foráneos.

En el caso de los consultorios médicos, las ópticas, y farmacias que integran el cuadrante 4, las características de calidad estándar aplican de igual forma. Los consultorios dentales que se integran en el cuadrante cuatro son consultorios de odontología general, donde se realizan servicios como limpieza dental, amalgamas, extracciones, entre otras. Estos profesionales de la odontología no ofrecen servicios especializados de implantología y reconstrucción oral, como en el caso de las clínicas de odontología especializadas, que fueron ubicadas en el cuadrante 3.

Los cuadrantes 1 y 4 relacionan la oferta de servicios médicos transfronterizos. El tema del turismo médico de frontera ha recibido escasa atención en la literatura que aborda este concepto, por lo que se considera que es una aportación valiosa al estudio del fenómeno.

El estudio empírico obtuvo como resultado que existe una oferta de servicios no totalmente identificada por los propios actores, fenómeno que debe ser investigado desde varios puntos de vista si se quiere profundizar en el tema. Por ejemplo:

- ¿Qué tipos de personas son las que cruzan la frontera a efectos de obtener atención sanitaria?
- ¿Qué tipo de atención médica y tratamiento solicitan?
- ¿Cuáles son las motivaciones que operan, desde la perspectiva de los pacientes?
- ¿Es el tema del coste de los servicios el que más impacto presenta en el turismo médico transfronterizo?

El cruce de la información que integra cada cuadrante, que hace referencia al tipo de servicios médicos que buscan las personas, de acuerdo a los actores entrevistados permite obtener datos valiosos para el estudio y comprensión del tema. Por ejemplo, los actores entrevistados que funcionan desde los cuadrantes 1 y 4, que se llamó emergente-reactivo, mencionaron que la gran mayoría de los pacientes de turismo médico que reciben, son de origen hispano. Si se establece una relación entre el tipo de institución, calidad de los servicios y costes, se puede especular para futuras investigaciones que una parte muy importante de la diáspora tiene bajo poder adquisitivo, por tanto, tendrá el incentivo de buscar la atención en este tipo de hospitales, o clínicas y no en los que integran los cuadrantes 2 y 3 que son de alta calidad y precios más elevados.

Esta es otra de las características específicas que enriquecen el estudio ya que se analiza el comportamiento de un segmento del mercado que no ha sido suficientemente estudiado, el cual se conforma con pacientes de origen o ascendencia mexicana, que pueden formar parte de la diáspora, entendida esta como personas que emigraron del país en búsqueda de mejores oportunidades de desarrollo y calidad de vida, así como su descendencia, pero ya nacidos en Estados Unidos, a quienes se les ha inculcado generacionalmente la preferencia de buscar la atención por parte de médicos mexicanos, de manera particular los servicios dentales. Fenómeno que se genera como efecto de una afinidad cultural, que el destino médico debería fortalecer preponderantemente por medio del desarrollo de una cultura de servicio y de atención de calidad ya que este sector representa un segmento importante del mercado. En este contexto cabe mencionar lo que uno de los médicos entrevistados apuntaba en el sentido de que la segunda y tercera generación de descendientes de migrantes ya nacidos en Estados Unidos, prefieren ser atendidos en su país de origen y ya no se trasladan a México a buscar los servicios de salud, a menos que carezcan de cobertura de seguro médico, o bien, lo hacen para demandar servicios muy específicos, como los dentales, que son de alto coste en Estados Unidos y representan un grupo muy significativo del mercado que históricamente y hasta la fecha, sigue vigente.

Este segmento del mercado en conjunto integra más de veinte millones de personas que por afinidad cultural, por conveniencia económica o por que pueden carecer de cobertura de seguro de salud y que al enfrentar los altos costes del sistema estadounidense, prefieren buscar la opción transfronteriza, conformando así un segmento de mercado que constituye una oportunidad para el destino médico.

Lo anterior se fundamenta en datos que mencionan autores como (Nigenda, Ruiz-Larios, Bejarano-Arias, Alcalde-Rabanal, y Bonilla-Fernández, 2009) los cuales afirman que la migración mexicana hacia Estados Unidos de América (EUA) tiene sus raíces en la segunda mitad del siglo XIX. Lo anterior permite suponer que más de dos generaciones pueden incidir en la tradición de atención médica en México, y se confirma con las entrevistas en profundidad.

Uno de los médicos participantes en las entrevistas dijo:

“Los pacientes externan que se sienten muy a gusto siendo tratados aquí. Dicen: usted me escucha, con usted puedo platicar y me explica qué es lo que tengo, allá me ve un técnico y si él considera, ya me ve el especialista, pero es rápido, a veces no me revisa, únicamente me pregunta, a veces me revisa otra persona y todo es muy rápido y caro”

De esta parte de la entrevista se puede obtener información valiosa sobre la relación médico-paciente, elemento fundamental en el modelo de atención clínico característico de México. Se trasluce la afinidad cultural en la facilidad de comunicación con el médico, la confianza entre médico paciente y la importancia que dan ambos al aspecto emotivo característico en la calidez del trato de la gente mexicana. Se puede percibir el uso del tiempo como coste, característico del sistema de Estados Unidos, así como la burocracia que existe en su sistema de salud, que cuenta con varios prestadores de servicios que ven a un paciente, antes de que el médico lo revise.

b) Modelo Planificado

Este modelo se presenta en dos posibles variantes:

Modelo planificado A. Es el modelo convencional, mayormente estudiado en la literatura académica. En México aparece en la administración del presidente Vicente Fox, en el año 2006. Posteriormente, durante la administración del Presidente Felipe Calderón surgen iniciativas para el desarrollo del turismo médico por parte del gobierno federal, dirigiendo esta política a los estados que cuentan con las condiciones de infraestructura y recursos necesarios para la oferta de este tipo de servicios. Durante el año 2011 empiezan a surgir acuerdos, consejos, e iniciativas de creación de programas orientados a favorecer el turismo de salud. En Ciudad Juárez, la forma de operar el turismo médico planificado se hace presente con la llegada en el año 2007 de dos grandes hospitales de las cadenas nacionales de mayor prestigio en el país, que se suman a la oferta de los dos grandes hospitales de tradición y arraigo en la localidad. Los dos nuevos hospitales fueron creados para atraer principalmente a usuarios de servicios médicos del otro lado de la frontera, tanto de la diáspora mexicana en Estados Unidos, como anglosajones y otro tipo de pacientes extranjeros.

Los elementos de atracción para quienes visitan estos hospitales, son: la destacada reputación y trayectoria de algunos médicos especialistas, el equipamiento hospitalario de punta y alta tecnología, el diferencial de precios que otorga la

frontera y, en el caso de los pacientes de la diáspora de México en Estados Unidos, la afinidad cultural que encuentran.

Las personas entrevistadas que operan en el modelo de turismo médico planificado, es decir, en el lado izquierdo del modelo de esta investigación, que integra los cuadrantes 2 y 3 mencionaron que reciben pacientes que no forman parte de la diáspora. Estos pacientes no representan un alto volumen en cantidad, sin embargo al ser demandantes de servicios de altos costes, generan actualmente una derrama económica de más de cien millones de pesos al año en la ciudad. Por tanto, si se toma en cuenta los datos aportados por dos de los especialistas más reconocidos de la ciudad, que fueron entrevistados para esta investigación, se puede afirmar que el turismo médico que existe actualmente en la ciudad, está generando una gran cantidad de recursos. Por lo cual, se puede corroborar una de las nociones populares de que el turismo médico puede servir como un motor para el desarrollo económico de los destinos. No obstante, en el sentido estricto del concepto de desarrollo, que implica mejorar la calidad de vida de los individuos, las personas de la localidad aun no perciben esta mejoría, aunque el turismo médico planificado es incipiente por el número escaso de años que tiene de haber iniciado en Juárez. Lo que sí se puede afirmar es que el turismo médico fronterizo al momento de realizar esta investigación, está generando un crecimiento económico que se percibe en la construcción de nueva infraestructura hospitalaria y de servicios de atención sanitaria, la atracción de especialistas reconocidos de otras regiones, la generación de empleos y la ampliación de opciones de atención médica especializada, tanto para los locales como para los foráneos.

En lo relativo a las personas que reciben los beneficios a partir del uso de estrategias de turismo médico, a nivel local, son principalmente los hospitales y los médicos especialistas, en caso de tratarse de negocios donde son ellos mismos los propietarios del negocio, y en otro caso, son los inversionistas, los accionistas que son los dueños de la empresa, los más beneficiados.

Este modelo se describe en los cuadrantes 2 y 3. El cuadrante 3 específicamente integra las clínicas dentales de alta especialidad que atienden pacientes de turismo médico con la más avanzada tecnología y materiales que existen en el mercado internacional, se le llama de baja intensidad debido a que los pacientes no requieren de hospitalización, ofrecen una amplia gama de servicios dentales como la implantología oral, la rehabilitación, clínicas spa dentales, por los cuales, son muy reconocidos por la alta calidad y profesionalismo de los especialistas

Modelo planificado B o Modelo corporativo. Aun cuando Ciudad Juárez se encuentra en una etapa incipiente de desarrollo como destino médico, se especula que en el plazo intermedio el turismo médico pudiera constituirse en una actividad económica importante, en virtud que durante las entrevistas para realizar esta investigación se hizo referencia a iniciativas que muestran el interés para creación de alianzas estratégicas entre hospitales reconocidos de México y de Estados Unidos. Algo similar a los casos que ya existen en ciudades mexicanas como Monterrey y Chihuahua, con el hospital Christus-Muguerza. El hospital Muguerza de México, inició operaciones en 1934 en Monterrey, México; es reconocido por su

afiliación a la doctrina católica. Se asoció al sistema Christus Health de Estados Unidos en 2001 y actualmente es una de las instituciones privadas más consolidadas del país. Se espera que en un futuro, este modelo se desarrolle a medida que el destino se vaya consolidando, y formaría parte de cualquier forma, del cuadrante 2.

5.1.7 Propuesta del modelo teórico general de turismo médico

La riqueza de información encontrada brindó los elementos para construir una visión de conjunto del fenómeno estudiado, al analizar el turismo médico desde ambas perspectivas, la planificada-internacional y la emergente-reactiva transfronteriza. Lo cual es de utilidad para la industria del turismo médico al permitir conocer las fortalezas y debilidades del destino médico fronterizo para los actores y tomadores de decisiones relacionados con el tema de estudio. Por lo que se está en la posibilidad de ofrecer un aporte valioso sobre el tema, tomando en cuenta la falta de trabajos académicos que abordan la temática propuesta.

Como se mencionó con anterioridad, los modelos teóricos existentes tratan de explicar el fenómeno del turismo médico vigente. No obstante, han dejado fuera del análisis el turismo médico transfronterizo. Por tanto, se propone un marco teórico para el estudio del turismo médico que incluye ambas perspectivas, la internacional y la transfronteriza, con una aproximación desde el punto de vista geográfico y teniendo en consideración la forma como surge y evoluciona un destino médico

El modelo fue elaborado desde una perspectiva de la oferta, que incluye el análisis de las instalaciones y servicios que ofrece el destino médico. Por ejemplo infraestructura, superestructura, instalaciones y servicios de acuerdo al estado del arte para cumplir con las expectativas de los pacientes. Para proporcionar un estándar internacional de servicios médicos, un destino necesita tener una buena estructura de comunicación, y que el personal que brinda la atención médica pueda comunicarse en el idioma inglés. Uno de los elementos más importantes es la participación del gobierno en la promoción del destino turístico médico, por ejemplo a través de campañas nacionales y estrategias de marketing en el extranjero y con el uso de estrategias de gestión público privadas.

Al organizar las características del turismo médico en una matriz de doble entrada, ha sido posible dividir el tipo de servicios que se ofrecen en la frontera. Es decir, desde una perspectiva planificada se identifica el tipo de servicios en el lado izquierdo de la matriz, donde aparecen elementos del turismo médico internacional mayormente estudiado en la literatura existente, mientras que desde una perspectiva emergente, se ubican las características del mismo, en el lado derecho de la matriz, donde se colocan los componentes del modelo de turismo médico transfronterizo. Esta clasificación permitirá comprobar el modelo en otros destinos fronterizos e internacionales.

Al agrupar los elementos que los definen, se ha podido identificar al menos cuatro tipos distintos de oferta de servicios de atención de salud, que requieren diversas formas de operación, planificación y ejecución. Esta agrupación dio como resultado que al hacer el análisis a partir del eje vertical de la matriz, surgieran las categorías

de alta calidad y calidad estándar. Por otra parte, al hacer el análisis a partir del eje horizontal, han sido creadas las categorías de alta intensidad y baja intensidad.

A partir de los códigos de información obtenidos del análisis temático de las entrevistas se realizó una clasificación de elementos, para agrupar estos datos en dos categorías que se definieron como: Modelo Planificado y Modelo Emergente-Reactivo, en función de las formas de surgimiento y evolución y los elementos que definen su caracterización. Estas categorías se corresponden con la propuesta de modelo teórico general que se aportan en esta tesis, donde el modelo planificado es el que brinda atención sanitaria a pacientes internacionales, mientras que el modelo emergente-reactivo ofrece servicios de atención médica a pacientes transfronterizos.

Esta propuesta se basa en que la mayoría de los estudios sobre el tema han analizado el turismo médico que realizan los pacientes que viajan largas distancias para obtener atención médica. En cambio, el turismo médico que realizan los pacientes que cruzan la frontera de un país vecino ha sido poco estudiado.

Tabla 5.8 Modelo teórico general de turismo médico

	Modelo Planificado Oferta de servicios de alta calidad Internacional	Modelo Emergente-Reactivo Oferta de servicios de calidad estándar Transfronterizo
Alta Intensidad	<p>Cuadrante 2</p> <p>Infraestructura Hospitalaria de alto standing Superestructura Formación de recursos humanos Distancia Geográfica accesible Reputación del hospital y de los médicos. Oferta de servicios de especialidades de referencia Costes más elevados que los del cuadrante 1 Formación de los médicos en el extranjero Alta calidad de instalaciones y servicios Acreditación Internacional Comunicación bilingüe Marketing Alta tecnología Cuentan con facilitadores</p>	<p>Cuadrante 1</p> <p>Infraestructura hospitalaria modesta Hospitales cercanos a los cruces internacionales Proximidad geográfica Ofrecen servicios de menor coste que los del cuadrante 2 Su mercado es población de países vecinos. Oferta de servicios de especialidades básicas. Carecen de facilitadores y del uso de marketing</p>
Baja Intensidad	<p>Cuadrante 3</p> <p>Clínicas y consultorios dentales de alta especialidad, contratan los servicios de facilitadores, utilizan la tecnología y materiales más avanzados que existe en el mercado internacional Comunicación bilingüe Reciben pacientes de más larga distancia</p>	<p>Cuadrante 4</p> <p>Consultorios dentales, farmacias, ópticas y consultorios médicos Están ubicados en sitios de proximidad a los cruces internacionales Su mercado es la población de frontera que radica en las ciudades vecinas Carecen de planificación, coordinación y del uso de facilitadores para el turismo médico</p>

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

En el cuadrante uno se incluye los elementos del turismo médico transfronterizo identificados en el presente trabajo de investigación. Se destacan las diferencias en calidad y costes de los servicios, que se reflejan en las instalaciones modestas,

carentes de lujos e imagen estética, distintas a las del turismo médico internacional. Otro elemento preponderante es la ubicación de las unidades médicas en las calles y avenidas cercanas a los cruces internacionales, con el propósito de facilitar la llegada de pacientes transfronterizos. Las diferencias de costes suelen ser considerables entre el modelo emergente/reactivo y el planificado. La orientación de la oferta se dirige a un segmento específico del mercado integrado por pacientes de la diáspora radicados en ciudades o condados de proximidad al destino transfronterizo. Otra de las diferencias importantes es la oferta de servicios de especialidades tanto para consulta médica como para cirugías, ya que se ofrecen únicamente especialidades básicas como cirugías, medicina interna, ginecología y pediatría, mientras que las especialidades de referencia, que incluyen cirugía cardíaca, torácica, neurocirugía y trasplantes se ofrecen en los hospitales de alta especialidad, situados en el cuadrante dos, entre otras cosas por los elevados costes que requiere un hospital para ofrecer este tipo de servicios. Carecen de facilitadores para atraer pacientes y no utilizan servicios de marketing.

En el cuadrante dos se mencionan los requerimientos a cubrir por las empresas prestadoras de servicios de atención sanitaria que desean incursionar en la industria del turismo médico internacional. Dentro de los elementos a destacar se menciona en primer lugar la existencia de médicos especialistas de reconocida trayectoria con formación y entrenamiento en países desarrollados, que hablen su idioma como un aspecto determinante para atraer pacientes de turismo médico; una importante inversión en infraestructura hospitalaria de alto standing, considerados como del *Estado del Arte*; destaca la alta calidad de las instalaciones y servicios tanto para los pacientes, como para sus familiares acompañantes y el dominio del idioma inglés. Contar con facilitadores para la atracción de pacientes y utilizar estrategias agresivas de marketing online. Un punto sobresaliente es el apoyo de los gobiernos con programas de promoción del destino a nivel internacional y con estrategias de asociación público-privada para el desarrollo del turismo médico. El contar con esquemas de acreditación de reconocimiento internacional como el de la Joint Commission International demuestra un compromiso con la mejora continua de los servicios en el mercado internacional. Son ubicados en el cuadrante dos en virtud de que pertenecen al grupo de alta intensidad, lo que significa que sus servicios requieren de hospitalización y servicios especializados de enfermería para la atención en terapia intensiva y cuidados post-operatorios.

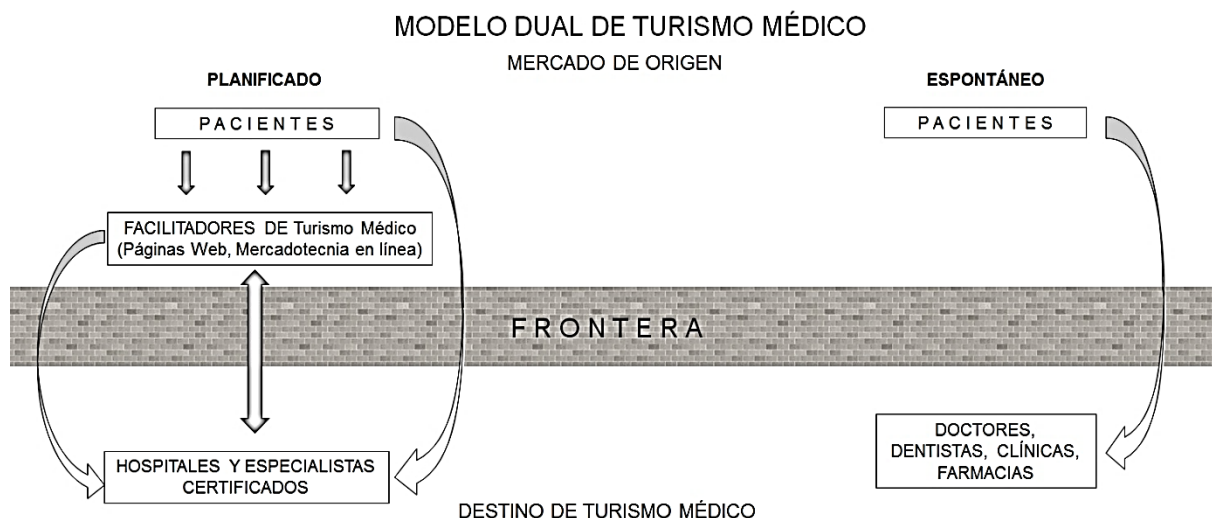
En el cuadrante tres se incluyen los servicios de especialidades odontológicas que ofrecen las clínicas dentales internacionales. Estas unidades de salud tradicionalmente han recibido pacientes de los países de la región. Por ejemplo, en México, la demanda de pacientes que solicitan servicios dentales proviene en su mayoría de los Estados Unidos y Canadá, mientras que en Europa, uno de los destinos más destacados en servicios de alta especialidad odontológica es Hungría, donde además ofrecen precios muy accesibles por servicios dentales de alta especialidad y calidad. Las características de los negocios que operan desde este cuadrante son: la trayectoria y reconocimiento de los dentistas, la contratación de empresas facilitadoras de turismo médico para la atracción de pacientes internacionales, inversión de cantidades importantes de recursos en marketing

online, contar con instalaciones y servicios de calidad internacional, el uso de tecnología, materiales y equipo más avanzado en su área de especialización, comunicación bilingüe con dominio del idioma inglés. Son ubicados en el cuadrante tres en virtud de que pertenecen al grupo de baja intensidad, lo que significa que sus servicios no requieren de hospitalización.

En el cuadrante cuatro se sitúan las unidades de salud que ofrecen servicios de turismo médico transfronterizo. Este tipo de negocios atiende pacientes que provienen de ciudades ubicadas al otro lado de las fronteras. En el caso de la frontera Juárez-El Paso, existen consultorios médicos y dentales, ópticas, farmacias, laboratorios de análisis clínicos y gabinetes de estudios que ofrecen sus servicios tanto a la población local como a los del vecino país. Son negocios que reciben en su mayoría pacientes que provienen de ciudades vecinas. En algunos casos pueden comunicarse en inglés, no obstante, algunas de las personas entrevistadas mencionaron que no se necesita ser bilingüe para atender a los pacientes transfronterizos, en virtud de que la mayoría son de origen mexicano y se sienten más cómodos siendo atendidos en su lengua materna. Estos negocios carecen de planificación estructurada y sistemática. No utilizan facilitadores para atraer pacientes ni contratan servicios de marketing online. La calidad de los servicios que ofrecen se considera como estándar, ya que por ley debe ajustarse a la reglamentación de salud del país de acogida. Sus instalaciones son modestas, carentes de lujos y belleza estética, a diferencia de las instalaciones del turismo médico internacional. Por otra parte, en el modelo propuesto, se consideran servicios de baja intensidad, ya que los negocios que operan desde este cuadrante, no requieren de servicios de hospitalización.

A continuación se presenta una figura que muestra el modelo dual de turismo médico propuesto por la presente investigación.

Figura 5.5 Modelo dual de turismo médico



Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

El turismo médico podría llegar a constituirse en una opción de desarrollo económico para Ciudad Juárez, a través del aprovechamiento de sus fortalezas en hospitales, médicos y empresas intermediarias, si se organiza la actividad de

manera institucionalizada, se establecen y asumen los compromisos necesarios por parte de los actores participantes y se crean programas de promoción y penetración de mercado.

5.2 Principales aspectos del desarrollo de un destino de turismo médico de frontera

Una vez expuesto el modelo general de turismo médico que plantea la presente investigación, se expone el último de los resultados, que corresponde al resultado analítico, el cual permite tener un mayor conocimiento y comprensión de la realidad que existe en una ciudad fronteriza ante el fenómeno global del turismo médico, que se traduce en los aspectos relevantes que explican el desarrollo del destino.

El análisis temático de las entrevistas permitió construir cinco aspectos relevantes que dan respuesta a la pregunta de investigación planteada originalmente: *¿Cómo se caracteriza el desarrollo de un destino de turismo médico de frontera?*

Las grandes temáticas que surgieron de la codificación de los datos ayudan a entender los aspectos esenciales a tener en cuenta en el desarrollo y gestión de destinos de turismo médico de frontera y son las siguientes:

Contexto del propio destino; Contexto del mercado de origen; Integración de actores; Estrategias de producto y comercialización, y Elementos de Frontera. Posteriormente se realizó nuevamente el ejercicio de categorización para identificar los sub temas de cada categoría, de los cuales surgieron los siguientes constructos:

En primer término se presentan los aspectos del **Contexto del propio destino**, por el cual se entienden todos aquéllos elementos que tratan de explicar el Contexto institucional, el Contexto de salud, la Infraestructura y recursos y la Imagen del destino.

Para el **Contexto del mercado de origen**, se han identificado los subtemas de Contexto demográfico, Política de salud y aseguranzas en Estados Unidos, Contexto sociocultural de Estados Unidos, y Canadá como mercado potencial.

Para el tema de **Integración de actores**, se identificaron los subtemas de Coordinación entre los niveles de gobierno federal, estatal y municipal, Coordinación entre organizaciones públicas, privadas y público-privadas, Política de salud y turismo médico y Liderazgo.

En el caso de **Estrategias de producto y comercialización**, se contemplan los siguientes temas: El producto médico, Servicios complementarios, Segmentación del mercado y Comercialización.

Finalmente, el tema de **Frontera** integra los aspectos relacionados con Políticas estatales sobre la frontera, Diáspora, Actividades económicas y crecimiento demográfico en la frontera, e Integración territorial transfronteriza

5.2.1 Contexto del propio destino

Abordar el estudio de un fenómeno global como el turismo médico en una ciudad fronteriza como Juárez, requiere conocer los elementos del contexto que son importantes para el desarrollo del destino.

A continuación se presentan de forma explicativa los subtemas de la categoría *Contexto del propio destino*, los cuales emergieron de los códigos que orientaron la construcción de esa categoría y que se traducen en todos aquellos elementos que tratan de explicar el Contexto institucional, el Contexto de salud, la Infraestructura y recursos y la Imagen del destino.

Se presentan inicialmente los datos que permiten entender la conformación del contexto y posteriormente, los discursos de las personas entrevistadas.

5.2.1.1 Contexto institucional

El modelo de política social adoptado por el Estado Mexicano después de la Segunda Guerra Mundial, permitió el desarrollo masivo de servicios sociales en materia educativa, de salud, acceso a agua potable en las viviendas, energía, transporte, y protección de la vejez, entre otros. Asimismo, descargó a las familias, especialmente las urbanas, de una serie de responsabilidades en el desarrollo de sus miembros. Sin embargo, con la crisis de la deuda pública a principios de los años ochenta, el Estado Mexicano reduce el crecimiento de la oferta de servicios públicos, empieza a delegarlos en otros actores y se observa un retiro de sus responsabilidades sociales. Esto ocurre precisamente en la etapa del desarrollo del país en donde es mayor la incorporación de las mujeres al trabajo extra doméstico, motivadas tanto por sus mayores niveles educativos, como por la necesidad de aportar al sostenimiento familiar, dada la caída de los salarios reales, que acompañó la llamada “década perdida” (Jusidman y Almada, 2007).

Las políticas de ajuste macroeconómico impulsadas por el gobierno desde la década de los 80’s y la articulación del país a la fase de globalización capitalista, configura un reordenamiento político-económico en la lógica de la economía neoclásica y la ideología neoliberal (Laurell, 1992). En los años '90, se impulsa la liberalización del comercio y la privatización de empresas y servicios, así como la integración cada vez más orgánica a la economía de los Estados Unidos de Norteamérica. Se redefine el conjunto de relaciones económico-financieras con el exterior, así como el sistema de alianzas que articulan las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado. Los sectores dominantes incorporan sus intereses privados al interior del aparato estatal, que comienza a funcionar con una lógica privatista que reordena las relaciones sociales, consolida a la tecnocracia neoliberal como el sector hegemónico de la clase política y despolitiza las demandas sociales, reduciéndolas a actos administrativos (López Arellano y Blanco-Gil, 1993).

En los hechos, la política de salud nacional se caracteriza por impulsar la agenda banco mundialista de reforma del sector y la reducción del papel de las instituciones públicas de salud a la atención de la población pobre por medio de paquetes básicos de prestaciones, privatizando las pensiones y garantizando mercados estables a través de la promoción de seguros (Banco Mundial, 2004).

El Estado mexicano, tardíamente en comparación con otros países de América Latina, transita de un modelo intervencionista, corporativo y proteccionista a un Estado que reduce drásticamente su intervención en la economía, limita su protección al mercado interno y redimensiona el papel de la política social.

De acuerdo con las normas jurídicas del régimen político mexicano (artículo 73 Constitucional), los denominados factores de la producción —capitalista y trabajadores— tienen derecho a asociarse en defensa de sus intereses específicos y la actuación de las organizaciones empresariales, en lo particular, está confinada al ámbito de lo económico-administrativo (Ley de Cámaras de Industria y Comercio de 1936). Estas normas jurídicas atribuyeron al aparato económico-administrativo una importancia central en el régimen político. Sin embargo, tal importancia derivaría no sólo de esas bases legales sino también del conjunto de prácticas e instituciones que se fueron consolidando al paso de los gobiernos posrevolucionarios: el Estado intervencionista, el presidencialismo, el PRI y la ausencia de una significativa política de partidos, contribuyeron al desplazamiento de la política hacia el terreno de la administración estatal, definiendo, en la práctica, a los organismos gremiales como actores políticos (Luna, 1987).

En este marco jurídico-político de toma de decisiones, las organizaciones empresariales, bajo la fórmula de organismos de consulta, tuvieron una influencia principal en la definición de los rumbos de la vida económica y política del país.

La creación del Congreso del Trabajo hacia finales de los años sesenta representó el máximo nivel de agregación del sector obrero. Pero el más alto grado de incorporación correspondió al sector empresarial a través de sus organismos. La Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (Concamin) y la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (Concanaco), que prácticamente agruparon al conjunto de las empresas del sector industrial y comercial respectivamente.

Con el objeto de fortalecer o adecuar sus medios de representación, los empresarios, impulsaron la creación de nuevos organismos de carácter nacional como la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex) o el Consejo Mexicano de Hombres de Negocios. Uno de los acontecimientos más importantes en este terreno fue la creación, en 1975, del Consejo Coordinador Empresarial (CCE) que aglutinó a los organismos privados más importantes y se convirtió, de hecho, en el interlocutor privilegiado del gobierno. A su fundación concurrieron organismos de afiliación, tanto obligatorios como voluntarios, organismos muy exclusivos, como el Consejo Mexicano de Hombres de Negocios, o de carácter profesional, como el Centro de Estudios Económicos del Sector Privado, así como las más diversas corrientes ideológicas.

La nacionalización de la banca, en septiembre de 1982 tuvo un gran impacto en las relaciones de los empresarios con el gobierno, pues afectó uno de sus sectores económicos clave: el financiero, que había adquirido una importancia central tanto en términos de su poder económico como de su capacidad de decisión. Por otra parte, como decisión unilateral la nacionalización indujo el profundo cuestionamiento de las condiciones institucionales prevalecientes, a la vez que ratificó el modelo de intervención estatal que ha sido fuente de conflicto cuando la facción radical (de los empresarios) ha visto amenazados sus intereses (Luna, 1987).

Desde esta perspectiva, una diferenciación social más amplia se puede entender en términos de productores y consumidores, como binomio que sustituye al de capital-

trabajo, que rechaza la intervención reguladora del Estado en las relaciones obrero-patronales, y que ha fomentado una estructura de carácter bipartito (empresarios-gobierno) en la formulación de políticas públicas. Este tipo de estructura se manifiesta en las relaciones que se están dando en la actualidad, por ejemplo entre el gobierno y los hospitales privados, tanto para la creación de una nueva oferta de servicios de atención sanitaria privada, como en el establecer convenios de subrogación de servicios de salud para la atención de pacientes del seguro popular. Un ejemplo de este tipo de acciones se puede observar en el discurso de una de las personas entrevistadas que comentó lo siguiente:

"Hay un hospital que surgió como proyecto de una organización social, de salud y desarrollo comunitario que empezó a atender a las mujeres embarazadas porque había convenio con Seguro Popular, pero también allí atendía pacientes referidos del Hospital de la mujer y del Hospital General. Es decir cuando hay casos de urgencia y están saturados, que estamos hablando de un 30 %. Y se sigue haciendo, por ejemplo actualmente, si usted llega al Hospital General y no lo pueden atender porque están saturados, ellos le dan al paciente una hoja de referencia para que lo atiendan en otro hospital como el que le comento, que es una organización social, que también atiende pacientes de escasos recursos, se sigue haciendo esto. El gobierno cubre el 75 % del costo de la atención" 2(4).

De manera muy breve puede decirse que el proyecto gubernamental coincide con un amplio conjunto de valores y medidas promovidas por los empresarios —que los considera indispensables—, tales como la productividad y la competitividad como fundamentos del proceso; la integración al mercado externo como una de las estrategias principales; el saneamiento de las finanzas de la industria paraestatal; la necesidad de "ajustes de personal" y la privatización de las empresas no prioritarias o estratégicas, y el incremento de la inversión extranjera. Sin embargo también en este proyecto se ha conferido al sector estatal, en tanto que aparato productivo conductor del proceso, una posición importante, al menos retóricamente.

En el marco de estos planteamientos, se reforzó la estructura institucional de la Coparmex con la creación de una agencia de noticias bajo su patrocinio, y del Centro de Estudios de Opinión Pública. Entre los objetivos a largo plazo destaca la creación de consejos generales de comunicación con representantes de las empresas del ramo, de los centros empresariales y funcionarios de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes; esto es, de órganos exclusivamente integrados por el sector privado y el gobierno. La educación es también considerada como un terreno privilegiado para la difusión del pensamiento empresarial y sobre todo para la formación de los nuevos valores de la cultura social y política.

Así, se fue delineando un mayor corporativismo en sectores clave como las comunicaciones, el transporte, la educación y en los últimos años, en la salud.

En este contexto la consolidación de un corporativismo de carácter privatista toma dos sentidos; mientras que por medio de la integración social se busca privatizar las funciones de intermediación del Estado, con la búsqueda del reconocimiento gubernamental de las "asociaciones libres" así constituidas se apunta a privatizar las decisiones públicas. El ejemplo más claro de esta orientación de la política

identificado en el caso empírico, es la subrogación de servicios del seguro popular a hospitales privados.

Durante el mandato de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se fijaron las bases para iniciar el inexorable proceso de desmantelamiento de la seguridad social, pues se eliminó el papel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como responsable de la administración de fondos y pagador de las pensiones de los trabajadores del sector industrial, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y a las aseguradoras. Con estas medidas, se inaugura la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y se establecen las bases para la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones (Tamez González y Eibenschutz, 2008). En este sexenio, también se perfilaron con mayor fuerza las acciones de focalización contra la pobreza, en las que se incluyeron diversas actividades en salud que dependían directamente del Ejecutivo Federal. Sin embargo, es hasta mediados de la década de los noventa, durante el sexenio de Ernesto Zedillo, que se expresan con mayor claridad las intenciones del Estado mexicano de adoptar al pie de la letra las recomendaciones del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (Tamez González y Eibenschutz, 2008).

Debido a que no hay una perspectiva médica en las reformas estructurales, el Seguro Popular de Salud (SPS) representa un programa discrecional, presidencial y focalizado que resta fondos a las instituciones grandes de la seguridad social, obligándolas, en muchos casos, a realizar adecuaciones presupuestarias en detrimento de la calidad de la atención. Esta situación constituye, en el futuro inmediato, una segmentación del Sistema Nacional de Salud que determinará nuevas condiciones diferenciales del acceso de la población a los servicios médicos, aumentará la inequidad en salud y contribuirá a incrementar la gran desigualdad social prevaleciente en México (Tamez González y Eibenschutz, 2008).

En la presente década, la identidad del Programa Nacional de Salud 2001- 2006 con el plan del gobierno anterior, así como las acciones realizadas por el gobierno actual, expresan claramente que la reforma de los servicios de salud en México forma parte de la reforma del Estado mexicano. Desde luego, es necesario tener en cuenta que una aplicación tan radical de esta reforma fue posible gracias a la ausencia de participación de la mayoría de los actores sociales involucrados (Tamez González y Eibenschutz, 2008).

La principal razón que fue esgrimida a favor de incentivar la participación privada en la prestación de servicios de salud fue la saturación de los servicios del IMSS. Por su parte, la propuesta gubernamental, con claros tintes privatizadores, señala que ante la imposibilidad de atender a la “nueva población derechohabiente”, constituida por los grupos cotizantes más altos y por los trabajadores de la economía informal, se debe utilizar la infraestructura disponible a través de establecimientos privados mediante un financiamiento público. En la actualidad este proceso de transformaciones tiene como principal pivote la expansión del SPS pues, como ya se dijo anteriormente, este programa garantiza, masivamente, la expansión de la

mezcla público-privada de la atención médica. La estructura contempla la inserción del sector privado en los tres subsistemas, fundamentalmente a partir de dos mecanismos: el SPS y la subrogación de servicios. Se puede observar una configuración diferente del Sistema Nacional de Salud, con una clara separación entre instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios, que a diferencia del esquema anterior, en el que sólo podían ser públicas, en la actualidad también pueden ser privadas. Esto plantea para la población una segmentación del sistema que, aunque sigue teniendo como característica fundamental la separación entre población asegurada y no asegurada, abre para ambas, una diversidad de servicios a los que estos grupos podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo a su capacidad de pago.

La política de la salud se ha encaminado a la creación de un mercado para el sector privado, a través de dos estrategias: a) hacer que los servicios públicos sean percibidos como insuficientes y de mala calidad (lo cual incrementa la demanda de los servicios privados); y b) contar con formas de financiamiento para el sector privado. Todo parece indicar que las estrategias mencionadas han funcionado para deteriorar la percepción de los usuarios de los servicios de salud públicos y orientar la satisfacción de necesidades de atención en el mercado. Enseguida se muestran ejemplos de lo que sucede en el caso de estudio.

La salud es un componente fundamental en la calidad de vida de las personas. Un buen estado físico y mental permite a cada individuo llevar a cabo sus actividades cotidianas, así como desarrollar sus capacidades de una mejor forma. Además, la buena salud es un elemento importante para poder realizar actividades que garanticen ingresos económicos. Uno de los factores importantes para garantizar este derecho constitucional de los mexicanos, es proveer el acceso a los servicios de salud.

La Asociación “Plan Estratégico de Juárez, A.C.”, que se define como una organización sin fines de lucro y apartidista que tiene por objetivo la construcción de una fuerza ciudadana que participe en los asuntos públicos, proponiendo y exigiendo una mejor ciudad desarrolla un informe anual de un sistema de indicadores denominado *Así Estamos Juárez* (AEJ), que mide los elementos que inciden en la calidad de vida de los juarenses, a partir de una amplia plataforma de datos estadísticos y de percepción. AEJ realiza un esfuerzo metodológico buscando la mayor precisión posible en la integración, análisis e interpretación de la información. Para esto, el sistema es apoyado por expertos locales y nacionales, además del enriquecimiento que proviene de las experiencias de la Red Mexicana por Ciudades Justas, Democráticas y Sustentables. Las fuentes del sistema son dos: los datos oficiales más recientes disponibles y la propia encuesta de percepción. De acuerdo a los resultados de este informe de 2014, en Juárez, más del 70% de la población contaba con servicios médicos públicos, pues más del 50% de la población afirmaba tener acceso al IMSS y el 21% al Seguro Popular. Sin embargo, el IMSS fue el servicio médico que recibió la calificación más baja de todas las instituciones promediando en 6.2, lo que significa una menor calificación en relación al año anterior, que resultó en 7, en una escala del 1 al 10.

Ese estudio incluyó además la medición de la satisfacción con los servicios de salud en aspectos como el trato, instalaciones, disponibilidad de medicamentos y tiempo de atención; a su vez, la edad promedio y tasa de mortalidad. En la encuesta aplicada en 2014 a una muestra de la población, para conocer el grado de satisfacción con las instalaciones y trato de los médicos de Ciudad Juárez, las respuestas fueron las siguientes: En una escala del 1 al 10 la mayor calificación la obtuvo el sector privado con 9.2, seguro Popular 8.5, ISSSTE 7.7, y el IMSS obtuvo la calificación más baja con 7.1 (Plan Estratégico de Juárez, 2015).

Estas respuestas confirman la aplicación de un modelo de salud orientado hacia la mercantilización y beneficencia. Por otra parte, el resultado de esta encuesta confirma que a medida que el IMSS cuenta con menos recursos para la atención de la población, la calidad de los servicios se verá afectada cada vez de forma más severa. Mientras que la población, al emitir una opinión negativa sobre los servicios de salud que presta el IMSS, fortalece la postura del gobierno en el sentido de diseñar estrategias que reduzcan las prestaciones de los usuarios y aumentar la comercialización de la atención, justificándose en la ineficiencia de la institución, creando programas como el del Seguro Popular, que benefician a las personas desprotegidas socialmente, pero que limita cada vez más al grueso de la población usuaria de los servicios públicos de cobertura total como el IMSS.

Una vez delineados el marco institucional donde se desarrolla el fenómeno de estudio y el de la política pública de salud de México, a continuación se presentan los datos que permiten conocer el contexto de salud, lo cual es relevante para determinar la capacidad de respuesta del propio sistema a las necesidades locales, y los recursos tanto públicos como privados que existen a disposición de los pacientes y por tanto, identificar la posibilidad de brindar atención a la creciente demanda de pacientes de turismo médico, sin que esto afecte a la población local.

5.2.1.2 Contexto de salud

Para aproximarnos a la realidad que presenta el sistema de salud local, es necesario partir del conocimiento al menos de forma sucinta del funcionamiento del sistema de salud nacional en México; más aún de sus características y evolución, que lo definen como un sistema centralizado, la relación de dependencia de lo local con lo nacional, es determinante para su desarrollo.

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los esquemas de prestación de servicios de salud para sus trabajadores implementados por Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del

empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez Dantés et al., 2011).

En las últimas décadas, la política de salud en México ha transitado de una concepción de atención integral y de extensión gradual de coberturas como responsabilidad del Estado, a través de las instituciones públicas de salud, a una activa promoción gubernamental de la mercantilización de servicios, complementada con una política de beneficencia hacia la población de escasos recursos. (Lopez-Arellano y Blanco-Gil, 2001) En esta transformación se identifican tres periodos que se corresponden con los sexenios presidenciales y que expresan tres momentos distintos de la reforma del sector salud: el primero (1982-1988) caracterizado como transicional, el segundo (1988-1994), en donde emerge con claridad la estrategia dual de mercantilización y beneficencia y el tercero (1994-2000), en donde las estrategias gubernamentales se orientan a fortalecer los mercados de la salud. Esta reestructuración del sector salud ha sido instrumentada en forma explícita desde 1982 y forma parte del conjunto de reformas secundarias derivadas de la adecuación subordinada del campo social a las políticas de ajuste estructural y a los megaproyectos económicos y sociales impuestos por los organismos financieros internacionales. (Lopez-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

En el sexenio (2000-2006), expresamente pro-empresarial, se proponen un conjunto de reformas que pretenden continuar con la "modernización" del país en la perspectiva neoliberal. Las reformas energética, fiscal y laboral, avanzan en los hechos muy poco, sin embargo, en el terreno de la política social se consolida la perspectiva neoliberal que impulsa dos estrategias diferentes pero complementarias: la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y la acción selectiva del Estado a través de programas focalizados de combate a la pobreza.

Se configuran proyectos sociales que modifican la distribución de recursos, las relaciones de poder y desmantelan las prestaciones sociales. Estos proyectos destruyen la plataforma pública e institucional que posibilita la garantía de derechos y suponen un desafío a los destinatarios organizados y una amenaza al consenso social de las democracias "corporatistas". (López-Arellano y Blanco Gil, 2008)

Existen documentos del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Mundial de la Salud que aluden a una serie de compromisos del gobierno mexicano y permiten identificar que para el sexenio 2000-2006, bajo la

administración del presidente Vicente Fox Quezada, el proyecto de perspectiva neoliberal en salud se consolidaba (Tamez González y Eibenschutz, 2008). La agenda de reformas compartida por el gobierno nacional y el Banco Mundial incluyó la modificación del régimen de pensiones de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la asistencia técnica para preparar la reforma del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), la preocupación por los gastos catastróficos que realiza la población pobre para enfrentar enfermedades graves y el interés por promover esquemas de aseguramiento, así como la urgencia por abrir espacios a la inversión y producción privada de servicios de salud.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, propone un seguro voluntario denominado Seguro Popular de Salud, para la población pobre sin seguridad social. Este programa, cuya base conceptual es el modelo de pluralismo estructurado, sintetiza la estrategia más reciente del gobierno mexicano para continuar la reforma neoliberal del sistema de salud iniciada en los años '80 y reordenar el sistema público de atención a la salud en la lógica mercantil: la salud como un bien privado y su atención un servicio diferenciado, en donde los pobres reciben paquetes básicos de prestaciones costo-efectivas y los no pobres resuelven sus necesidades en el mercado. La reorganización financiera y operativa del sector a través del Seguro Popular de Salud, pretenden debilitar los llamados monopolios públicos, impulsar la transferencia de fondos públicos a entidades privadas y diversificar los prestadores de servicios, con el propósito de enfrentar con mayor eficiencia el agotamiento de la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud.

Tanto el Paquete Básico de Servicios de Salud, como el Seguro Popular de Salud intentan remontar los graves problemas que identifican los documentos diagnósticos de los programas sectoriales de 1995-2000 y de 2001-2006, entre los que se destacan: la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, el insuficiente financiamiento público, la inequidad en la distribución de los recursos (Secretaría de Salud, 2001) y la desprotección financiera frente a los gastos catastróficos generados por enfermedades graves (Secretaría de Salud, 2004).

En 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario conocido como Seguro Popular de Salud, que se inicia formalmente en abril del 2003, con la reforma a la Ley General de Salud, que adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud. Se plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de protección financiera para evitar el empobrecimiento por gastos catastróficos en atención médica. (López-Arellano y Blanco Gil, 2008)

Este seguro es voluntario, de integración tripartita y condiciona el monto del aporte financiero federal al volumen de afiliados, es decir, subsidia la demanda y se orienta a familias de bajos ingresos y sin seguridad social (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, y Knaul, 2007). Su financiamiento proviene de tres fuentes:

- Recursos federales con dos componentes: una aportación fija por familia afiliada, llamada "cuota social" y una contribución solidaria federal que es en promedio 1,5 veces la cuota social;

- Aportaciones solidarias estatales que corresponden al 50% de la cuota social y que provienen de los ingresos locales;
- Cuota familiar prepagada que se establece con base a la situación socioeconómica de cada familia.

Si bien en ambas perspectivas (Paquete Básico de Servicios de Salud y Seguro Popular de Salud) se plantea garantizar el derecho a la protección de la salud, existen diferencias en el contenido de este derecho y en las formas para posibilitar su ejercicio. Estas divergencias se expresan con mayor claridad en los programas prioritarios: el programa de Seguro Popular de Salud, fortalece la concepción minimalista de los derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Transita de una concepción de derecho universal a una visión restrictiva y da cobertura legal a los paquetes básicos, además de subordinar la universalidad y la gratuidad a criterios basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Los programas prioritarios tanto del nivel nacional como local consiguen movilizar recursos importantes. A través del Seguro Popular de Salud se incrementa el financiamiento para los sistemas locales de salud en función del número de afiliados.

La mayoría de los gobiernos de los estados, a pesar de reconocer los riesgos de atomización del sistema público, ven en el programa del Seguro Popular de Salud la posibilidad de resolver -aún de manera transitoria- los requerimientos más urgentes para el funcionamiento de los sistemas locales de salud. La promesa de recursos frescos para operar el Seguro Popular de Salud es suficiente para que entre 2004 y 2005, 31 estados firmen los convenios de coordinación del sistema de protección social en salud.

“El Seguro Popular de Salud (SPS), empezó en marzo de 2005 en Juárez. En 2009, como resultado de las presiones de las mesas de seguridad, afiliamos 272,800 personas al SPS; se manejaba a nivel federal en las mesas de trabajo, que Ciudad Juárez contaba con cobertura total. Esto creó confusión en las familias afiliadas al Seguro Popular en el sentido de que se les cubriría todo y en todos los servicios, lo cual no fue así. Los centros de salud se empezaron a saturar y empezaron los cuellos de botella. A partir de 2008 ya habían empezado los convenios con los hospitales privados. Uno de los primeros fue con el Hospital de la Familia, para la atención a embarazadas, luego siguió Aris Vision, para la cirugía de catarata y así sucesivamente” 2(4).

Una vez delineado el marco de la política pública de salud de México, donde se percibe una reducción del financiamiento público, la insuficiencia de financiamiento, la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad y una heterogénea calidad de la atención (Lopez-Arellano y Blanco-Gil, 2008). A continuación se presenta un análisis de los principales indicadores de salud y del sistema, haciendo una comparación entre los promedios a nivel nacional y los resultados que presenta el estado de Chihuahua. En virtud de que la información se encuentra desagregada a nivel estatal, se analizan los principales indicadores de salud del país y en la medida de la disponibilidad de información, se realiza el análisis a nivel local.

5.2.1.3 Infraestructura y recursos

Cuando se plantean objetivos de atención internacional como es el caso del turismo médico y para llevar a cabo un análisis comparativo que permita dimensionar la situación real del destino, se requiere conocer el comportamiento de las variables elegidas, en otros países. Es por eso que se presenta un breve desglose de las cifras que reporta la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el rubro de recursos humanos para la salud, lo cual permitirá realizar un análisis más objetivo de la situación que guarda en México y en la Entidad, el comportamiento de estas variables, con relación al ámbito internacional.

El número de médicos per cápita varía mucho entre los países miembros de la OCDE. En 2011 Grecia tuvo el mayor número de médicos per cápita, con 6.1 médicos para cada 1,000 habitantes (OCDE, 2013a). Seguidos por Rusia y Austria, mientras que los países miembros de esa organización con el menor número de médicos fueron Chile, Turquía y Corea, con cifras cercanas a 2 médicos per cápita. Esto permite comparar con el promedio de la OCDE, que es de 3.2 médicos por cada 1,000 habitantes. Por otra parte, el número de médicos per cápita es mucho más bajo en algunos países emergentes, que cuentan con menos de un médico por cada 1,000 habitantes, como en Indonesia 0.2, India 0.7 y Sudáfrica 0.8 (OCDE, 2013b).

Llama la atención el bajo resultado de la India, ya que es uno de los destinos de turismo médico más mencionados en la literatura académica.

A continuación se presenta una tabla que permite dimensionar la disponibilidad de recursos humanos para la salud a nivel nacional y estatal.

Tabla 5.9 Disponibilidad de recursos humanos

Concepto	Nacional EUM	Chihuahua
1.Médicos por habitante	1.5	1.2
2.Médicos Generales por habitante	0.7	0.6
3.Médicos especialistas por habitante	0.8	0.7
4.Enfermeras por habitante	2.2	2.3
5.Relación de enfermeras por médico	1.5	1.9

Fuente: (Secretaría de Salud, 2012).

1. Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos adscritos en unidades médicas y en formación (médicos generales, especialistas, pasantes de medicina, internos de pregrado y residentes).

2. Médicos por mil habitantes. Incluye médicos generales, pasantes de medicina e internos de pregrado en contacto con el paciente.

3. Médicos por mil habitantes. Incluye médicos especialistas y residentes en contacto con el paciente.

4. Enfermeras por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares en contacto con el paciente.

5. Número de enfermeras en contacto con el paciente entre el número de médicos en contacto con el paciente. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, Universitarios y Estatales. DGIS-SS.

La tabla anterior permite apreciar que el estado de Chihuahua, al 2012 estaba por debajo de los resultados promedio a nivel nacional en los indicadores de salud y del sistema en los rubros relacionados con la disposición de médicos, tanto generales como especialistas por cada mil habitantes. En el caso del número de enfermeras por mil habitantes y la relación de enfermeras por médico, el resultado fue positivo para la entidad.

Asimismo, se aprecia que en el Estado de Chihuahua existen solo 1.2 médicos por cada mil habitantes, mientras que a nivel nacional se reporta un resultado de 1.5. Al mismo tiempo, se puede afirmar con base en las cifras disponibles, que tanto a nivel nacional como estatal, la situación es menor al 50 % de los resultados que reporta como promedio de médicos per cápita entre los países miembros de la OCDE, que es de 3,2. Por tanto, se afirma que en el estado de Chihuahua, y en el país, no se cuenta con el número suficiente de médicos para atender las necesidades de la población local, de acuerdo a los parámetros que establece la OCDE y que de aumentar la demanda de atención sanitaria por parte del turismo médico, se afectará a los servicios tanto públicos como privados de la población local.

En relación a los médicos generales y los especialistas, el comportamiento de las cifras es similar, reportando un décimo menos en ambos rubros. Sin embargo, el número de enfermeras por habitante reporta que en Chihuahua el resultado es mayor respecto a la cifra a nivel nacional, con una décima. Esto significa que la relación de enfermeras por médico también es mayor que la cifra a nivel nacional.

Enseguida se presenta una tabla que muestra el número de profesionales de la salud que labora en establecimientos privados con servicios de hospitalización a nivel estatal.

Tabla 5.10 Personal médico en acuerdo especial que labora en establecimientos particulares de salud con servicio de hospitalización por tipo de personal según número de camas censables al 31 de diciembre de 2014

Tipo de personal	Total	1 a 4 camas	5 a 9 camas	10 a 14 camas	15 a 24 camas	25 a 49 camas	50 y + camas
Gineco-obstetras	341	16	95	77	32	16	105
Pediatras	230	17	73	44	13	12	71
Cirujanos	282	17	84	43	31	13	94
Internistas	123	8	33	29	5	10	38
Anestesiólogos	284	27	121	65	7	18	46
Otros espec.	914	15	222	120	16	84	457
Odontólogos	25	2	10	9	0	2	2
Residentes	4	0	0	0	0	0	4
Pasantes	15	0	0	0	0	1	14
En otras labores	27	1	3	20	0	3	0

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua, 2015.

Los datos del número de profesionales de salud que labora en establecimientos particulares a nivel estatal, en la columna de 50 y más camas censables, suma en total 811 médicos de distintas especialidades. Esta cifra permite tener una idea de la cantidad de médicos que laboran en Ciudad Juárez en hospitales privados, dado que en las dos ciudades de mayor población, Chihuahua y Juárez, es donde se

ubican este tipo de hospitales y son éstos mismos los que se están preparando para la atención de pacientes de turismo médico.

Al tratar de obtener información relativa a la formación y suficiencia de médicos a nivel local, una de las personas entrevistadas, del grupo de directivos de hospitales, comentó:

“El modelo de formación de médicos es diferente, en Estados Unidos hacen 4 años de medicina, para lo que previamente debieron cursar dos años de pre medicina y nosotros hacemos seis. Nuestros médicos salen bien formados. Lo que pasa en medicina general, en todos los casos, es que no es posible abarcar todas las áreas del conocimiento, por eso surgen las especialidades, y es en estas donde yo diría que en algunos casos nosotros tenemos mayor práctica, sin perder la calidad y sin perder la supervisión sobre nuestros médicos. Respecto al turismo médico, tenemos la calidad para competir y en cuanto a cantidad de médicos, la Universidad ha mejorado. Actualmente se están formando suficientes médicos para lo que necesita la economía. En esta época es muy raro que un médico cuando termina su carrera se quede de médico general, hay una tendencia hacia la especialización. Tampoco creemos sinceramente que vayan a venir en exceso turistas médicos a buscar servicios en Juárez, eso va a ser paulatino, va a ser a largo plazo, los que contraten tienen que ser inteligentes para venir a constatar que sean hospitales que vigilan y supervisan al médico” 9(43).

En relación a este tema, otro entrevistado de uno de los hospitales de mayor tradición en la ciudad expresó lo siguiente:

“Hay áreas de especialidad de la medicina en la que si tenemos suficientes médicos con excelente capacidad; le podría hablar de ginecología, ortopedia, cirugía general, cardiología, en las que estamos muy bien preparados, aquí en este hospital se hacen cirugías a corazón abierto, se hacen cateterismos, tenemos muy buen equipo, pero la carrera tecnológica está avanzando, somos competitivos tanto en recursos humanos como en tecnología en general , pero ya en cosas muy especializadas como podría ser la radioterapia, que es una medicina de mayor nivel, en este hospital no tenemos especialistas, ni la tecnología disponible como la tomografía de positrones” 8(34).

Una de las profesiones de la salud en las que se sustenta el desarrollo de un destino médico es la enfermería. A continuación se presentan los datos que reporta la OCDE como promedio de los países miembros de esta organización.

El número de enfermeras que existen en los países miembros de la OCDE es mucho mayor que el número de médicos en la mayoría de los países de este Organismo. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prestación de atención de la salud no sólo en entornos tradicionales como los hospitales y las instituciones de atención a largo plazo, sino cada vez más en la atención primaria (especialmente en la oferta de atención a los enfermos crónicos) y en los entornos de atención domiciliaria.

Aun así, existe la preocupación de muchos países acerca de la escasez de enfermeras, y estas inquietudes también se pueden intensificar en el futuro a medida que la demanda de enfermeras sigue en aumento y el envejecimiento de la generación “baby-boom” precipita una ola de jubilaciones entre las enfermeras. La consideración de estos elementos ha llevado a la realización de acciones en muchos países para aumentar la formación de las nuevas enfermeras, combinando los esfuerzos para aumentar su retención en la profesión.

En promedio entre los países de la OCDE, había 8,8 enfermeras por cada mil habitantes en 2011. El número de enfermeras por habitante fue mayor en Suiza, Dinamarca, Bélgica e Islandia, con más de 14 enfermeras por cada mil habitantes. El número más bajo de enfermeras por habitante en países miembros de la OCDE fue en Turquía, 2.7, México, con 2.7 y Grecia 3.3

El número de enfermeras por habitante también fue bajo en comparación con el promedio de esa organización en los países emergentes, como Indonesia, 0.9, India 1.0 Sudáfrica 1.1, Brasil 1.5 y China 1.7, donde había menos de dos enfermeras por cada mil habitantes en 2011, aunque las cifras han ido creciendo muy rápidamente en algunos de estos países en los últimos años.

El número de enfermeras por habitante aumentó en casi todos los países de la OCDE durante la última década. Portugal, Corea, Turquía y España vieron el mayor aumento desde el año 2000, aunque el número de enfermeras por habitante en estos cuatro países se mantiene muy por debajo del promedio de esa organización (OCDE, 2013b).

Con el propósito de observar los datos del personal de salud que complementa la atención de los médicos, a continuación se presenta una tabla con las cifras de personal no médico que labora en establecimientos privados a nivel estatal.

Tabla 5.11 Personal no médico que labora en establecimientos particulares de salud con servicio de hospitalización por tipo de personal según número de camas censables en el Estado de Chihuahua al 31 de diciembre de 2014

Tipo de Personal	Total	1 a 4 camas	5 a 9 camas	10 a 14 camas	15 a 24 camas	25 a 49 camas	50 y + camas
Total	3 676	210	298	332	189	691	1 956
Paramédico	2 026	127	171	176	102	300	1 150
Enfermería:	1 821	125	170	175	102	297	952
Auxiliar	517	50	79	71	28	68	221
General	1 074	38	69	98	71	189	609
Especializado	113	6	8	3	2	13	81
Pasantes	69	22	12	1	0	25	9
Otros	48	9	2	2	1	2	32

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua, 2015.

De la tabla anterior se desprende el siguiente análisis: Los datos disponibles encontrados son a nivel estatal. El estado de Chihuahua integra 67 municipios. Los de mayor población son Chihuahua y Juárez. Son además los que concentran el mayor número de instituciones y recursos humanos para la salud. Con relación al turismo médico, son los hospitales privados de más de 50 camas los que por lo general se están preparando para ofrecer servicios a pacientes internacionales, con infraestructura y servicios profesionales de calidad, por tanto, la última columna de la tabla, permite tener una visión panorámica de la situación respecto al personal no médico que labora en establecimientos privados. Llama la atención que la cifra de enfermeras que se muestra en este tipo de instalaciones, es cercana a las mil enfermeras que laboran en hospitales de más de 50 camas en las dos ciudades, Chihuahua y Juárez. Aun cuando la relación de número de enfermeras por médico es mayor en Chihuahua, 1.9 que la nacional de 1.5, las personas entrevistadas consideran insuficiente el número de enfermeras en el destino médico.

Respecto a la situación del destino con relación al número de enfermeras, una de las personas entrevistadas, del hospital de pacientes de bajos recursos dijo lo siguiente:

“La formación de enfermeras que existe actualmente no es suficiente para satisfacer el crecimiento esperado que se proyecta. Este hospital cuenta con una escuela de enfermería. Actualmente tenemos 530 alumnos. La institución ha planificado ampliar su oferta de servicios para el turismo médico y al identificar la insuficiencia de personal de enfermería hemos decidido construir una nueva escuela con capacidad para mil alumnos, que proyectamos esté concluida en marzo de 2015. Estamos trabajando en esa dirección. La currícula contempla asignaturas de inglés médico, inglés regular y posteriormente vamos a trabajar en el desarrollo del turismo médico” 9(42).

Por otra parte, una de las personas entrevistadas, del grupo de directivos de hospitales del clúster médico opinó lo siguiente como desventaja de la frontera:

“Y tenemos otro problema por ser frontera, una enfermera que habla inglés pues se va a El Paso, o al interior de EUA, muchas personas que se han preparado aquí en este hospital, que ya tienen experiencia, se van a trabajar a Estados Unidos. Este hospital cuenta con escuela de enfermería y tenemos años siendo proveedores de enfermeras a los Estados Unidos, con frecuencia nos damos cuenta de alguien que trabaja en Nueva York, en Los Ángeles, en Colorado. Entonces, se nos van” 8(34).

Esta opinión permite identificar que al igual que existen ventajas para la oferta de servicios a los pacientes extranjeros, también existen riesgos, como el que plantea la persona entrevistada.

Ante la importancia que adquiere el contar con los recursos humanos suficientes y disponibles para el desarrollo de un programa de la magnitud del turismo médico, enseguida se presenta la información obtenida en las entrevistas, relativa a la formación de recursos humanos para la salud.

Con el propósito de identificar las estrategias relacionadas con la formación de recursos humanos para el turismo médico se entrevistaron directivos de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez para conocer las tendencias de formación del área de la salud y saber si cuentan entre otros, con elementos de formación bilingüe, encontrando lo siguiente:

La Universidad pública de la localidad está implementando una estrategia institucional a largo plazo de impartir algunas clases en inglés para los estudiantes de Ciencias de la Salud. Asimismo, se mencionó que existen apoyos para becar a los estudiantes que deseen estudiar inglés en el Centro de Lenguas de la propia institución. Sin embargo, comentó la persona entrevistada que el dominio, o cierto nivel de dominio del idioma inglés, no existen como requisitos de titulación.

“Como estrategia específica de formar estudiantes con una orientación específica al turismo médico no hemos implementado ninguna. El único acercamiento que tenemos con los alumnos en ese tenor, es en otorgarles becas con recursos PROFOCIES (Programa de fortalecimiento de la calidad en las instituciones educativas) para que cursen los niveles de inglés en el Centro de Lenguas. A largo plazo y como estrategia institucional, tenemos la opción de crear asignaturas que se impartan en idioma inglés” 5(21).

Enseguida se presenta una tabla que muestra la población escolar durante el ciclo 2014-2015 en las áreas de la salud en las Instituciones de Educación públicas y privadas del Estado de Chihuahua.

Tabla 5.12 Matrícula de instituciones de educación superior pública y privada en las áreas de salud en el Estado de Chihuahua ciclo escolar 2014-2015

Instituciones de Educación Superior en el Estado de Chihuahua	Matrícula hombres	Matrícula mujeres	Matrícula total
Universidad Autónoma de Chihuahua*			
Médico Cirujano y Partero	814	754	1 568
Cirujano Dentista	404	776	1 180
Enfermería	385	1 204	1 589
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*			
Médico Cirujano	963	773	1 736
Cirujano Dentista	414	602	1 016
Enfermería	433	1120	1 553
Universidad de Durango en Chih **			
Médico General	39	55	94
Univ. Interamericana del Norte**			
Odontología	20	24	44
ITESM Campus Chihuahua**			
Médico Cirujano	10	19	29
Total	3 482 = 39.53 %	5 327 = 60.47 %	8 809= 100 %

Fuente: ANUIES. Anuario Estadístico. Población Escolar en la Educación Superior.

*Institución pública de Educación Superior.

**Institución privada de Educación Superior, ubicada en Chihuahua y Ciudad Juárez.

De los datos de la tabla anterior se identifica que hay una presencia mayor de mujeres en el proceso formativo de las áreas de la salud en el Estado de Chihuahua, con un significativo 60.47 %, en comparación con la formación de varones en las profesiones relacionadas con ésta área del conocimiento, que representa menos del 40 %. De igual forma, se aprecia que empiezan a surgir instituciones de Educación Superior (IES) privadas en este tipo de programas educativos, que tradicionalmente habían sido ofrecidos por las instituciones públicas de educación superior. Aun cuando las cifras que se reportan son pequeñas en comparación con el número de alumnos de las IES públicas, a la hora de sumar los recursos humanos en el Estado, integran una cifra de 169 profesionales adicionales que en un futuro próximo se sumarán a la oferta de servicios de salud para la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la sociedad. El surgimiento de estas instituciones puede ser atribuido a la reducida oferta de espacios que tradicionalmente habían existido para estos programas educativos, por lo que una gran cantidad de estudiantes quedaban fuera de las instituciones sin que hubiera otras opciones para ellos, al menos en éstas carreras en la entidad.

Por otro lado, se trató de identificar si existe congruencia en la oferta de estudios de las ciencias de la salud acorde a la política pública de ampliar la formación de recursos humanos en el área de la salud, implementada por el gobierno federal y estatal. Una de las personas entrevistadas, del grupo de autoridades del gobierno estatal, comentó lo siguiente:

“El gobernador implementó una política para abrir más espacios en las escuelas de medicina, y creo que ese es un acierto. Hay un desarrollo interesante, y de aquí a diez

años, esta política de médicos, enfermeras, y todo lo que incida en esto, va a ser un boom para Chihuahua”2(2).

Otro de los participantes del grupo de autoridades de gobierno dijo:

“Bueno, si hay una tendencia a nivel federal incidiendo en el turismo médico, pero creo que de manera enfática será en el 2015 cuando la Secretaría de Turismo establezca una política de manera particular y detallada de apoyos para desarrollar este tema en México” 2(6).

Se realizó un análisis de las estadísticas publicadas por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en las carreras de Médico Cirujano, Cirujano Dentista y Enfermería. Se tomaron las tres carreras más representativas de los servicios de salud que se demandan para el turismo médico para ver su comportamiento y congruencia con la política mencionada.

A continuación se presenta una tabla que muestra el comportamiento de la formación de recursos humanos para la salud en Ciudad Juárez. Los datos corresponden a las estadísticas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Tabla 5.13 Formación de recursos humanos para la salud en Ciudad Juárez

UACJ 2010-2013						
Programa/Alumnos inscritos/año	2010	2013	% aumento	Nvo. Ingreso 2010	Nvo. Ingreso 2013	% aumento
Médico Cirujano	1133	1405	24	133	180	35
Cirujano dentista	890	1007	13,14	129	138	7
Enfermería	732	1141	55,87	132	195	48

Fuente: Construcción propia con base en las estadísticas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Las cifras correspondientes a agosto-diciembre de 2010 eran las siguientes: Total de alumnos inscritos en las carreras de Médico Cirujano 1,133. Cirujano Dentista 890, Enfermería 732, mientras que los alumnos de nuevo ingreso en ese año fueron para Médico Cirujano 133, Cirujano Dentista 129, y para Enfermería 132.

La UACJ en agosto-diciembre de 2013 contaba con una población estudiantil en la carrera de Médico Cirujano de 1,405 estudiantes, mientras que la carrera de Cirujano Dentista tenía 1,007 estudiantes y la de enfermería contaba con 1,141 alumnos inscritos en ese año. Los estudiantes de nuevo ingreso en ese año a la carrera de medicina fueron 180, los de cirujano dentista fueron 138 y al programa de enfermería ingresaron 195. Se hizo un cálculo del porcentaje de aumento de los alumnos de nuevo ingreso, de 2010 a 2013 que es lo que representa la ampliación en la formación de profesionales en ésta área del conocimiento. Las cifras muestran una tendencia hacia el aumento de la cantidad de profesionales formados en el área de la salud a nivel local en la universidad pública de Ciudad Juárez, ya que la carrera de Médico Cirujano tuvo un aumento en el ingreso de un 35 %, Cirujano Dentista un aumento de 7 % y Enfermería un aumento de 48 % tomando en consideración las cifras publicadas en la página web institucional correspondiente a los años 2010 y 2013. Estos datos muestran que existe una alineación de la política educativa de incrementar la formación de profesionales de la salud, con la política de impulso al turismo médico.

“El Programa de cirujano dentista cuenta actualmente con 1,014 alumnos inscritos en los tres niveles, principiante, intermedio y avanzado. En promedio estamos teniendo un egreso de 75 a 80 alumnos por semestre” 5(21).

A nivel de escuelas privadas una de las personas entrevistadas mencionó que ampliarán la capacidad de la escuela de enfermería con la que cuentan actualmente, dijo:

“El establecimiento de la nueva escuela de enfermería de este hospital, está por inaugurarse en marzo de 2016, y forma parte de nuestro plan de crecimiento. Ya está dentro de una idea arquitectónica, incluso, ecológica, pensada en ese sentido. La escuela queda fuera de la colindancia directa de las unidades médicas. Tendrá una capacidad para mil estudiantes, actualmente contamos con 530 estudiantes” 9(42).

La información anterior permite visualizar que existen actores en el destino médico que ya están actuando conforme a una planificación para el desarrollo del mismo. Además se identifica congruencia entre las opiniones, acciones y resultados, por ejemplo del hospital que atiende pacientes de escasos recursos.

Otra de las personas entrevistadas mencionó lo siguiente:

“falta personal del área de la salud, Juárez tiene .9 enfermeras por médico, cuando la relación debería ser de tres a uno. Tenemos un déficit aproximado de tres mil enfermeras, entonces ¿cómo se quiere desarrollar una industria que se sustenta mucho en la participación de la enfermería?, si no se tienen, no se puede lograr. La formación de enfermeras que existe actualmente no es suficiente para satisfacer el crecimiento esperado que se proyecta, por eso nosotros ya estamos construyendo una escuela de enfermería” 9(41).

En cuanto a la formación de especialistas, uno de los médicos cirujanos que ejemplifica los casos más exitosos que realizan el turismo médico en Ciudad Juárez cuenta con un programa de enseñanza y comentó lo siguiente:

“En lo relativo a enseñanza, tenemos un grupo desde hace más de tres años. Hemos entrenado más de 80 cirujanos del país y de centro y Sudamérica y actualmente empezamos a entrenar anesthesiólogos, porque es el talón de Aquiles de los grupos bariátricos, hay que entrenarlos, quitarles todos los dogmas, porque quieren terapia intensiva y quieren líneas arteriales invasivas y todo ese tipo de cosas que ya no se usan. Se usaban cuando todas las cirugías bariátricas se complicaban. Ahora no, la excepción es que se te compliquen. Entonces, ya iniciamos el proceso de entrenamiento de anesthesiólogos, actualmente hemos entrenado dos especialistas y este año vamos a entrenar otros ocho y así vamos a seguir de poquito a poquito” 7(29).

Este es uno de los grandes beneficios que el turismo médico está trayendo a la localidad. Contar con profesionales del área de la salud con un nivel de prestigio y especialización, que además, a través de *fellows* está contribuyendo a la atracción de profesionales de la salud que pueden participar en la consolidación del incipiente destino médico local.

La información obtenida para este apartado refleja que tanto a nivel estatal como local no se cuenta con los recursos humanos necesarios para cubrir la demanda de atención de la ciudadanía, comparado con los parámetros de la OCDE. Sin embargo, las últimas cifras analizadas muestran incrementos en la matrícula de estudiantes de nuevo ingreso para las áreas de la salud, lo que puede ser interpretado como congruencia entre la política de educación y la de turismo médico

al formar los médicos, enfermeras y odontólogos que permitirán contar con el recurso humano que requerirá la sociedad a nivel interno, y preparar la oferta que podría atender el turismo médico en el futuro.

Respecto a la infraestructura de salud se dan a conocer los principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y en la entidad federativa Chihuahua, México, 2012. Disponibilidad de recursos.

Tabla 5.14 Infraestructura de salud

Concepto	Nacional EUM	Chihuahua
1. Unidades Públicas de Consulta externa/hab.	18.0	14.8
2. Hospitales públicos/hab.	1.2	1.2
3. Consultorios/habitantes	5.9	5.3
4. Consultorios Generales/hab.	3.1	2.8
5. Camas hospitalarias censables por habitantes	0.7	0.8
6. Camas hospitalarias no censables por habitantes	0.5	0.5
7. Quirófanos por habitante	3.1	3.1

Fuente: Secretaría de salud, México. (2012)

Nota: Sólo considera unidades médicas, consultorios, camas y quirófanos en funcionamiento.

1. Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa, con datos de la SS, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Cruz Roja, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC y Estatales.
2. Hospitales públicos por 100 mil habitantes. Incluye información de la SS, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Cruz Roja, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SCT y Estatales.
3. Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios generales, de especialidad y otros, en funcionamiento y ubicados en las unidades de salud.
4. Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios dedicados a la consulta externa o medicina familiar.
5. Camas por mil habitantes. Incluye las camas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos y las incubadoras.
6. Camas por mil habitantes. Incluye las camas de tránsito que no generan egresos hospitalarios.
7. Quirófanos por 100 mil habitantes. Incluye los quirófanos o salas de operación en unidades de primer y segundo nivel de atención.

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, Universitarios y Estatales. DGIS-SS.

Por lo que corresponde a la asignación de recursos, las cifras a nivel nacional, en comparación con las del estado de Chihuahua, la mayor carencia de recursos, tomando como parámetro de comparación la media nacional, es en el rubro de unidades públicas de consulta externa donde hubo una diferencia de 3.20 % para ese año. Asimismo, Chihuahua reporta menos consultorios por habitantes. El único rubro de disponibilidad de recursos donde aparece un mejor resultado que la media nacional, es en el número de camas censables por habitantes, con 0.8, en comparación con 0.7 de la media nacional.

El análisis sobre disponibilidad de recursos para la salud, tanto humanos como de infraestructura muestra que el Estado de Chihuahua está por debajo de los resultados promedio a nivel nacional. Mientras que el comparativo con los parámetros internacionales de la OCDE, indica que aún hay una gran distancia por avanzar para lograr tener resultados similares a los promedios de esta organización.

Tabla 5.15 Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud por municipio y nivel de operación según institución al 31 de diciembre de 2014

Municipio/nivel	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Pensiones civiles	SSCH	ICHISAL
Juárez	56	16	2	0	1	1	33	3
De consulta externa	48	13	1	0	1	1	32	0
De hospitalización General	6	3	1	0	0	0	1	1
De hospitalización especializada	2	0	0	0	0	0	0	2

Fuente: IMSS Delegación en el Estado. Jefatura Delegacional de Finanzas y Sistema; Oficina de Estadística y Análisis de la Información.

ISSSTE, Delegación en el Estado. Subdirección General Médica.

PEMEX. Subdirección de Servicios Médicos; Coordinación Médica; Supervisión Sectorial.

SEDENA. 5a. Zona Militar.

Pensiones Civiles del Gobierno del Estado. Dirección General; Oficina de Bioestadística.

Servicios de Salud de Chihuahua. Dirección de Coordinación y Desarrollo; Departamento de Programación; Oficina de Programación y Evaluación.

Instituto Chihuahuense de Salud del Gobierno del Estado. Dirección General; Departamento de Bioestadística.

De la tabla anterior se puede afirmar que el mayor número de unidades médicas de servicios de consulta externa del sector público, en Ciudad Juárez corresponden a Servicios de Salud de Chihuahua con 32 unidades del orden estatal, seguido por el IMSS, de orden federal con 13 unidades, mientras que el ISSSTE, SEDENA y Pensiones civiles cuentan sólo con una unidad de servicios para cada una de estas instituciones en la ciudad. Además es de destacar que la ciudad carece de unidades de servicios de atención hospitalaria de tercer nivel para atención especializada. Cuando la población derechohabiente del sistema público de salud como el IMSS, requiere una cirugía especializada, es transferida a otros hospitales de entidades federativas que cuentan con este tipo de servicios como a la ciudad de Monterrey, Nuevo León; a Torreón, Coahuila; o al Distrito Federal para su atención médica, pero para estos servicios, usualmente hay largas listas de espera, que pueden ser de varios meses.

En cambio, para los servicios de hospitalización general, el mayor número de unidades médicas en servicio en la ciudad corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con tres unidades, mientras que el Instituto para la Seguridad y Servicio Social de los trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud de Chihuahua (SSCH) y el Instituto Chihuahuense de Salud (ICHISAL) los tres de orden estatal, cuentan con una unidad para cada una de estas instituciones en ciudad Juárez.

Las dos unidades médicas en servicio de hospitalización especializada del Instituto Chihuahuense de la salud del Gobierno del Estado son el Hospital General y el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez.

Las 56 unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud, según los datos y comparaciones con los parámetros tanto nacional como internacional, no son suficientes para atender las necesidades de salud de la población local.

Los hospitales públicos no se dan abasto para atender a la población local, mucho menos lo harán si aumenta la demanda de turismo médico, debido a que al aumentar la demanda en los servicios de salud privados, se puede crear un sistema de doble vía, uno privado de gran calidad para extranjeros que se nutre de los mejores médicos extrayéndolos del sector público con el atractivo de mayores ingresos, generando mayores listas de espera, saturación de servicios y menor disposición de recursos en el sistema público en perjuicio de los pacientes que no tengan capacidad de pago.

Una vez identificada la situación de recursos e infraestructura a nivel nacional y estatal a continuación se presenta una tabla que permite visualizar la situación del destino médico fronterizo respecto al número de consultorios médicos, laboratorios médicos y de diagnóstico.

Tabla 5.16 Infraestructura de salud en Ciudad Juárez

Concepto	Cantidad
Consultorios Médicos	574
Consultorios dentales	415
Consultorios de quiropráctica sector privado	11
Consultorios de quiropráctica sector público	0
Consultorios de optometría	3
Consultorios de psicología del sector privado	20
Consultorios de psicología del sector público	1
Consultorios de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje del sector privado	10
Consultorios de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje del sector público	1
Consultorios de nutriólogos y dietistas del sector privado	6
Consultorios de nutriólogos y dietistas del sector público	0
Otros consultorios del sector privado para el cuidado de la salud	22
Otros consultorios del sector público para el cuidado de la salud	2
Laboratorios médicos y de diagnóstico	46
Servicios de ambulancias	1

Fuente: Directorio estadístico nacional de unidades económicas. INEGI, 2014
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mapa/denu/default.aspx>.

De la tabla anterior se puede apreciar el reducido número de consultorios médicos como opciones de atención sanitaria, tomando en cuenta el número de habitantes de la ciudad, que según el censo 2010 de INEGI fue de 1, 321,004. No obstante, llama la atención que el número de consultorios dentales equivale a un 72 % del total del número de consultorios médicos, lo que se puede interpretar como el resultado de una demanda de servicios de atención dental histórica por parte de los pacientes de las ciudades de proximidad del país vecino. Por otra parte, se identifica la prevalencia de opciones de servicios de salud privados, frente a las opciones del sector público. En el caso de consultorios médicos de quiropráctica, existen 11 en el sector privado, mientras que en el sector público no existe la opción de atención de esta especialidad para los pacientes. Por ejemplo mientras existen 20 consultorios de psicología del sector privado, sólo existe un consultorio de la misma especialidad en el sector público, que representa un 5 % en comparación del total del sector privado.

En el caso de los consultorios de audiología y de terapia ocupacional, física y del

lenguaje del sector privado, existen 10 consultorios privados, contra 1 del sector público, que representa sólo el 10 % en comparación del total de consultorios privados de esta área de especialidad.

Estas cifras confirman la orientación de la prestación del servicio de atención sanitaria hacia un modelo de mercado, con gran participación del sector privado.

A continuación se presenta una tabla con la cantidad de recursos humanos del sector salud en la República Mexicana, en el estado de Chihuahua y en la localidad de Ciudad Juárez, estos datos incluyen sólo al sector público de salud, pero incluye datos específicos para Ciudad Juárez.

Tabla 5.17 Recursos humanos del sector salud por área geopolítica, 2000

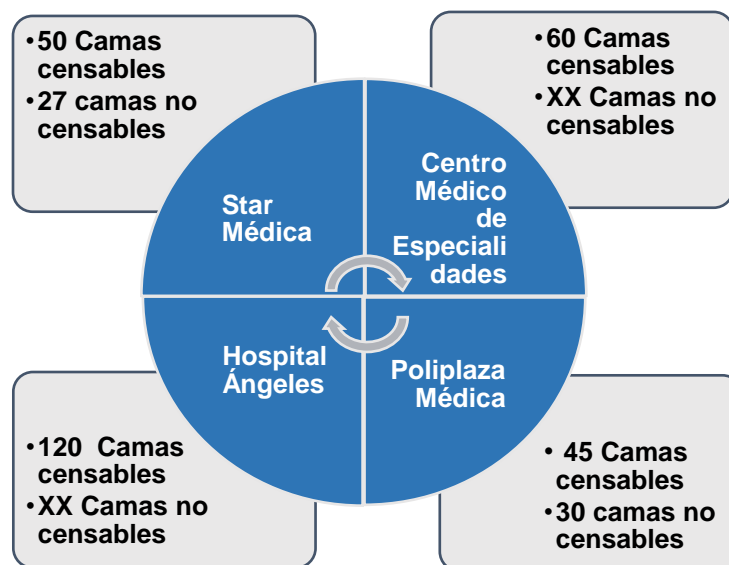
Área	Médicos familiares y Grales.	Otros médicos Esp.	Odontólogos	Personal de Enfermería	Otro personal paramédico	Otro personal
México *	35 702	43 155	12 136	184 264	37 965	222 229
Chihuahua*	1 224	1 162	291	5 336	1 350	6 686
Juárez**	410	699	60	1 853	2 026	429

Fuente: *INEGI. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social 2000.

**Encuesta directa con las autoridades locales de salud en Diagnóstico de Salud del Municipio de Juárez 2002, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas, Maestría en Salud Pública.

En cuanto al número de hospitales que atienden pacientes de turismo médico, en el marco del modelo teórico de turismo médico planificado, son cuatro hospitales, que integran el clúster de turismo médico que está impulsando el Gobierno Estatal. A continuación se muestra una figura con el número de hospitales y camas censables de cada uno de los hospitales que integran el clúster de turismo médico de Ciudad Juárez.

Figura 5.6 Oferta de camas censables y no censables de hospitales que integran el clúster médico de Ciudad Juárez



Fuente: Construcción propia con información proporcionada en las entrevistas. Enero, 2015.

De la figura anterior se desprende el siguiente análisis: El número de camas censables que integran la oferta de los cuatro hospitales privados que funcionan en

el modelo teórico de turismo médico planificado es de 275. Por otra parte, los dos ubicados a la izquierda de la figura, son los nuevos hospitales que fueron diseñados y construidos especialmente para atender turismo médico. Estos integran una oferta de 170 camas censables, mientras que los hospitales que se muestran a la derecha de la figura, son los más tradicionales en la localidad y conforman en conjunto, una oferta de 105 camas censables.

Una de las personas entrevistadas comentó:

“La cosa es que la demanda actual de camas de hospital, todavía no la acabamos de cubrir, con nada. Por tanto, no sobran camas de hospital y siempre hay mucho trabajo” 9(40).

Esta podría ser una de las razones por las que no han aumentado sus estrategias para atraer un mayor número de pacientes en las áreas donde se cuenta con médicos de prestigio.

Uno de los participantes en las entrevistas, del grupo de directivos de hospitales, comentó lo siguiente:

“Los hospitales públicos no creo que puedan integrarse al turismo médico, porque por ejemplo, el IMSS no tiene actualmente la capacidad para atender ni a sus propios usuarios. El Hospital General, no se da abasto. En el seguro popular, todos los hospitales públicos y privados pueden dar servicios. Pero como ya se los dieron a los Estados, éstos convocan a los mejores hospitales para subrogar el servicio, pero el Seguro Popular aun cuando tenga subcontratados ciertos servicios con hospitales privados, no creo que atienda ni brinde cobertura a turistas médicos” 9(40).

Del grupo de directivos de empresas facilitadoras de turismo médico:

“Ciudad Juárez no cuenta con la infraestructura para atender a los posibles pacientes de las ciudades de alrededor de nuestra frontera que es la que nosotros precisamente trataríamos de captar. Me refiero a un número suficiente de hospitales de calidad” 13(51).

En lo referente a la infraestructura genérica para brindar los servicios complementarios a los de salud que requieren los pacientes de turismo médico, se encontró la siguiente información:

En cuanto a infraestructura hotelera se encontró que la Ciudad cuenta con una cantidad suficiente de hoteles de buena calidad para la atención de turistas en general. No obstante, se destaca la carencia de las condiciones necesarias para hospedar pacientes de turismo médico.

Tabla 5.18 Establecimientos de hospedaje registrados por municipio según tipo de alojamiento al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	Hoteles	Moteles	Casas de huéspedes	Cabañas	Suites	Posadas	Trailer parks	Otros a/
Estado	724	455	103	54	68	13	8	1	22
Juárez	163	102	33	17	1	10	0	0	0

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo; Departamento de Gestión.
a/ Se refiere a hostales.

De la tabla anterior se desprende el siguiente análisis: de los 455 hoteles que existen en el Estado de Chihuahua, 102 se encuentran ubicados en Ciudad Juárez,

lo que corresponde a un 22.41 % del total de hoteles en la entidad. Se destaca que los pacientes de turismo médico planificado que lo requieran, utilizarían los servicios de hospedaje en hoteles de buena calidad, mientras que los pacientes de turismo médico emergente, o reactivo, no requieren de servicios de hostelería, dado que son pacientes transfronterizos que usualmente buscan los servicios de consulta médica en su mayoría, por lo que cruzan la frontera de regreso, después de recibir la atención médica.

Tabla 5.19 Cuartos y unidades de hospedaje registrado por municipio según tipo de alojamiento al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	Hoteles	Moteles	Casas de huéspedes	Cabañas	Suites	Posadas	Trailer parks	Otros a/
Estado	21 673	16 364	3 385	589	787	246	50	45	207
Juárez	8 300	6 203	1 593	270	28	206	0	0	0

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo; Departamento de Gestión.

a/ Se refiere a hostales.

En cuanto al número de cuartos de hotel registrados en el Estado de Chihuahua como establecimientos de hospedaje en las estadísticas oficiales, se observa que el 37.90 % de los cuartos de hotel se encuentran en el municipio de Juárez.

Tabla 5.20 Establecimientos de hospedaje registrados por municipio según categoría turística del establecimiento al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	cinco estrellas a/	cuatro estrellas	tres estrellas	dos estrellas	una estrella
Estado	724	19	68	162	101	374
Juárez	163	7	12	53	18	73

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo; Departamento de Gestión.

a/ Incluye establecimientos de categoría especial y gran turismo

En relación a la categoría de los hoteles por el número de estrellas asignadas, se encontró que de los 163 establecimientos de hospedaje registrados en el municipio de Juárez según categoría turística del establecimiento en 2014, el mayor número de hoteles son de tres estrellas, con 53, que representa un 32.71 % del total de hoteles de tres estrellas en la entidad; esta cifra representa a su vez, el 32.51 % del total de hoteles de Ciudad Juárez. El número de hoteles de cuatro estrellas en Juárez representa el 17.64 % del total de hoteles en el Estado con esta categoría, y el 7.36 % del total de hoteles en la localidad. Finalmente, el número de hoteles de cinco estrellas a nivel estado se registró en 19, de los cuales 7 se encuentran en Ciudad Juárez, que representan un 36.84 % del total de hoteles de esa categoría en la entidad y el 4.29 % del total de hoteles en la ciudad. Por lo que se considera que en lo que respecta a infraestructura hotelera, Ciudad Juárez cuenta con la cantidad y calidad suficiente para atender la demanda actual de turismo médico. Sin embargo, en caso de que se tomara la opción de desarrollar el turismo médico a nivel internacional, será necesario llevar a cabo un proceso de planificación estratégica para el desarrollo del destino turístico que incluya el aspecto de infraestructura hotelera para pacientes de turismo médico. Se destaca que los hospitales y especialistas que están teniendo éxito actualmente en la ciudad al brindar atención a pacientes internacionales, mencionaron que los pacientes en su

mayoría prefieren hospedarse en El Paso. Además, los nuevos hospitales fueron contruidos con una infraestructura tipo hotel, y los pacientes de cirugía, junto con el familiar que le acompaña, se hospedan en el mismo hospital. Quizá esta situación sea el motivo por el cual los hoteleros no han visto la necesidad de hacer las adecuaciones a las habitaciones para la atención de pacientes.

Tabla 5.21 Cuartos y unidades de hospedaje registrados por municipio según categoría turística del establecimiento al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	cinco estrellas a/	cuatro estrellas	tres estrellas	dos estrellas	una estrella
Estado	21 673	2 750	4 295	6 301	2 352	5 975
Juárez	8 300	1 010	1 582	3 278	752	1 678
%	38.29	36.72	36.83	52.02	31.97	28.08

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015
Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo; Departamento de Gestión.
a/ Incluye establecimientos de categoría especial y gran turismo

Como puede observarse en la tabla anterior, en Ciudad Juárez se encuentran 8,300 cuartos y unidades de hospedaje, de los 21,673 que representan el total de cuartos de hospedaje en el Estado de Chihuahua. Este porcentaje representa el 38.29 % del total, lo que muestra nuevamente la dinámica de la actividad económica, comercial y de servicios que se realiza en la localidad, y su preponderancia para el Estado. No obstante, se puede apreciar también que de los 8,300 cuartos en Ciudad Juárez, 3,278, que representan el 39.49 % son de tres estrellas. Una forma de interpretar estos datos podría ser que existe una mayor demanda de este tipo de habitaciones, por la capacidad económica de los clientes y el tipo de negocios que existen en la ciudad.

Tabla 5.22 Principales indicadores de la ocupación de hoteles y moteles de los centros turísticos por residencia 2014

Centro turístico Residencia	Llegada de turistas	Turistas noche (Noches)	Ocupación hotelera (Porcentaje)	Estadía promedio (Noches por turista)
Ciudad Juárez	701 397	804 498	44.1	1.2
Residentes en el país	667 245	729 187	41.2	1.1
No residentes en el país	34 152	75 311	2.9	2.2

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015
a/ Incluye establecimientos de categoría especial y gran turismo
Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo; Departamento de Gestión.

De la tabla anterior se desprende el siguiente análisis: durante el año 2014 Ciudad Juárez tuvo la visita de 701 397 turistas, de los cuales, 667 245, que corresponden a un 95.13 % fueron visitas de residentes en el país y sólo 34,152 fueron turistas no residentes en el país, que corresponden a un 4.87 %. Estas cifras muestran congruencia con los relatos de las personas entrevistadas, cuando mencionaban que los turistas extranjeros que acuden a cirugías y tratamientos dentales, cuando requieren permanecer varios días para su atención, prefieren hospedarse en El Paso Texas. En este punto, sería necesaria una mayor coordinación por parte del sector de la salud con el turístico para diseñar una oferta de servicios integrada que resultara atractiva para los pacientes.

Tabla 5.23 Llegada de turistas a establecimientos de hospedaje por centro turístico y municipio según categoría turística del establecimiento 2014

Centro turístico y municipio	Total	Cinco estrellas a/	Cuatro estrellas	Tres estrellas	Dos estrellas	Una estrella
Centro turístico	1 529 586	311 831	584 078	496 492	109 096	28 089
Ciudad Juárez	701 397	114 101	249 920	337 376	ND	ND

Fuente: Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo, Departamento de Gestión. Centro turístico incluye la suma de los municipios de Chihuahua, Juárez, Hidalgo del Parral y Nuevo Casas Grandes.

Nota: Los totales excluyen la información no disponible

a/ Incluye establecimientos de categoría especial y gran turismo.

SECTUR. Monitoreo Data Tur. www.datatur.beta.sectur.gob.mx (27 de abril de 2015).

De la tabla anterior se puede observar que de los 701 397 turistas registrados en 2014 en establecimientos de hospedaje en Ciudad Juárez, 114,101 se hospedaron en habitaciones de hoteles de cinco estrellas. Esta cifra representa el 16.26 %, mientras que el 35.63 % se hospedaron en cuartos de hoteles de cuatro estrellas y el 48.10% se hospedaron en cuartos de hoteles de tres estrellas.

Tabla 5.24 Llegada de turistas a establecimientos de hospedaje por centro turístico y municipio según residencia 2014

Centro turístico y Municipio	Total	Residentes en el país	No residentes en el país
Estado	4 640 471	4 114 714	525 757
Centro turístico	1 529 586	1 437 042	92 544
Ciudad Juárez	701 397	667 245	34 152

Fuente: SECTUR. Monitoreo Data Tur. www.datatur.beta.sectur.gob.mx (27 de abril de 2015).

Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo, Departamento de Gestión.

Nota: La información comprende a los turistas que se hospedaron en establecimientos de las siguientes categorías turísticas: cinco, cuatro, tres, dos y una estrella.

De la tabla anterior se aprecia que el número de turistas que llegaron en el año 2014 al estado de Chihuahua, incluyendo los 67 municipios, Ciudad Juárez recibió el 15 % de ese total de visitantes. Pero, si se toma en cuenta los datos que integran el total de visitantes a los principales centros turísticos, que son la Ciudad de Chihuahua, Juárez, Hidalgo del Parral y Nuevo Casas Grandes, se puede apreciar que el número de visitantes turísticos a los principales centros del Estado, casi la mitad de ese total, es decir, el 45.85 % eligieron llegar a hospedarse en Ciudad Juárez. Asimismo, se puede observar que de este grupo de personas, los que provienen de otros lugares del país representan el 46.43 %, mientras que los no residentes en el país representan el 36.90 %. Esto tiene relación en primer término, con las opiniones de las personas entrevistadas que mencionaban:

“A los pacientes que nos visitan de otros países, nosotros les damos a elegir donde hospedarse, ya sea en El Paso, o en Ciudad Juárez, y ya es decisión de ellos. Pero la mayoría prefiere quedarse en El Paso” 6(23).

Pero visto desde un punto de vista más positivo, un 36.90 % puede representar el inicio de una etapa de recuperación después de la crisis de inseguridad y violencia que azotó a la Ciudad hace seis años.

Tabla 5.25 Establecimientos de preparación y servicio de alimentos y de bebidas con categoría turística por municipio según clase de establecimiento al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	Restaurantes a/	Cafeterías	Discotecas y centros nocturnos	Bares
Estado	3 608	2 631	284	196	497
Juárez	1 260	900	90	70	200

Fuente: Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo, Departamento de Gestión.
a/ Incluye restaurantes-bar.

La importancia relativa que tiene Ciudad Juárez respecto al Estado de Chihuahua se aprecia en los datos que se observan en la tabla anterior. La dinámica de las actividades económicas muestran que de los resultados del número de establecimientos de preparación y servicios de alimentos y de bebidas con categoría turística, en Juárez se encuentra un 34.92 % del total de establecimientos en la entidad. Un 34.20 % de los restaurantes; un 31.69 % en las cafeterías; un 35.71 % de las discotecas y centros nocturnos y un 40.24 % del total de bares en el estado se encuentran en Ciudad Juárez. Por tanto, se afirma que más de una tercera parte de los establecimientos para la diversión, esparcimiento y convivencia como opciones turísticas, del Estado de Chihuahua, se encuentran en Ciudad Juárez como opciones de destino turístico.

Los datos anteriores confirman los comentarios de las personas entrevistadas como el siguiente:

“Mis pacientes de Estados Unidos se quedan en un hotel de El Paso, se cruzan en la mañana (la frontera), se atienden, comen aquí; buscan algún lugar, desean comer aquí, lo expresan y luego ya se regresan” 7(28).

“Somos el único municipio del Estado de Chihuahua que no ha salido de su crisis, de nuestros problemas de empleo, de absolutamente nada. Habría que hacer un estudio para ver por qué no tienen benevolencia hacia la gente que te aporta el 49 % de los ingresos del Estado, porque eso es lo que damos. Económicamente nos falta apoyo. No tenemos infraestructura para el turismo, por ejemplo. Lo que falta es voluntad política. Los doctores están puestos, el mercado, existe; los precios son accesibles, pero no se ve interés ni voluntad. Por ejemplo, te pongo este carril de cruce, te amplío o te cierro estos horarios, si no tienen para construir, te pongo adoquín, te pongo pasto, levantar el centro de la ciudad, que es una vergüenza; acciones sencillas que uno vea que tienen interés de apoyar a Ciudad Juárez” 22(62).

Tabla 5.26 Otros establecimientos que prestan servicios relacionados con el turismo por municipio al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Agencias de viajes a/	Balnearios	Empresas arrendadoras de automóviles	Campos de golf	Centros de convenciones
Estado	243	135	53	4	5
Juárez	54	20	16	1	3

Fuente: Secretaría de Economía del Gobierno del Estado. Dirección de Turismo, Departamento de Gestión.
Comprende agencias de viajes, operadoras de viajes y de turismo.

De la tabla anterior se observa que Juárez cuenta sólo con un 22 % del total de las agencias de viajes que existen en el Estado de Chihuahua. Estos resultados pueden ser atribuidos a la tendencia observada de que cada vez más, los turistas utilizan las tecnologías de información disponibles para tramitar reservaciones de hoteles, compra de boletos de avión, e incluso hasta para adquirir boletos para el cine, que es uno de los fenómenos que se observa actualmente en Juárez, en las salas cinematográficas VIP, las personas pueden adquirir sus boletos, o reservaciones directamente por internet y por tanto, se ha reducido el uso de los servicios de

intermediarios entre el turista y el prestador de servicio. Además, de las personas participantes en las entrevistas encargadas de agencias de viajes de Ciudad Juárez, ninguna de ellas ofrece servicios a pacientes de turismo médico. Esto se debe a dos posibles situaciones: primero, a que en el modelo emergente, espontáneo o reactivo, los pacientes que visitan a los médicos, generalmente ya cuentan con un historial médico, un expediente clínico y dan continuidad a la relación médico paciente, cada vez que sea necesario, por lo que no necesitan un intermediario. En segundo lugar, dentro de la propuesta de modelo planificado de turismo médico, el cirujano bariatra, los odontólogos y los hospitales que están realizando acciones de turismo médico con pacientes de más larga distancia, algunos de ellos cuentan con la contratación de servicios de empresas internacionales facilitadoras de turismo médico, que funcionan a través de páginas web, o bien, ellos mismos cuentan con un departamento de marketing dentro de su estructura organizacional, para atraer pacientes de otros países, lo que al parecer les está dando buenos resultados.

Tabla 5.27 Otros establecimientos que prestan servicios relacionados con el turismo por municipio al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Centros de enseñanza turística	Módulos de auxilio turístico	Transportadoras turísticas especializadas
Estado	14	18	188
Juárez	2	3	35

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

Por otra parte, de la tabla anterior se pueden observar resultados que se relacionan con algunos tópicos relevantes mencionados en las entrevistas como los siguientes: En Juárez existen sólo dos centros de enseñanza turística, que representan el 14.28 % del total de centros de este tipo en el Estado de Chihuahua. Esto refleja la carencia de una vocación turística en la ciudad, que coincide con la falta de acción de las autoridades municipales y la baja prioridad que se otorga al turismo en la ciudad. Uno de los participantes en las entrevistas del grupo de autoridades de gobierno estatal comentó lo siguiente:

“Históricamente, desde hace varias décadas, el turismo era algo que teníamos en abundancia. La ciudad estaba en paz. No teníamos problemas de seguridad y la gente en aquél entonces, tenía la cultura del turismo. Actualmente se carece de esa cultura y yo pienso que las instituciones académicas principalmente, deben tomar medidas al respecto para incluir temas sobre la cultura de turismo, para que toda la comunidad participe en generar ese tipo de cultura” 2(6).

Los tres módulos de auxilio turístico que se reportan en la estadística oficial, son insuficientes para la ciudad, tomando en cuenta las características demográficas y la dinámica económica, comercial y de servicios de la magnitud que caracterizan a Ciudad Juárez. Asimismo, las 35 empresas transportadoras turísticas especializadas que reporta la estadística oficial, son pocas para el volumen de transacciones que existen actualmente y más aún, para lo que se espera que puede crecer el turismo médico en el corto plazo.

Tabla 5.28 Sucursales de la banca múltiple (comercial) por municipio según principales instituciones al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	Banamex	Banco Azteca	Banorte/ Ixe	BBVA Bancomer	HSBC	Santander	Scotiabank	Inverlat
Estado	396	53	52	35	60	29	51	31	85
Juárez	145	20	17	13	22	11	16	9	37

Fuente: Comisión Nacional Bancaria y de Valores. www.cnbv.gob.mx. (6 de abril de 2015).

El dinamismo económico de la ciudad se refleja en la gran cantidad de bancos comerciales que existen. Nuevamente las cifras de los registros oficiales reportan que el 36.61 % de las sucursales bancarias en todo el Estado de Chihuahua, se encuentran ubicadas en Ciudad Juárez.

Tabla 5.29 Vehículos de motor registrados en circulación por municipio según clase de vehículo y tipo de servicio al 31 de diciembre de 2014

Municipio	Total	Automóviles			Camiones de pasajeros a/		
		Oficial	Público	Particular	Oficial	Público	Particular
Juárez	518 036	787	865	415 016	0	2 768	382

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico y Geográfico de Chihuahua 2015.

La suma del número de automóviles particulares, públicos y oficiales representa una tercera parte del número de habitantes en la ciudad, lo que refleja el dinamismo de la movilidad urbana en la ciudad.

Tabla 5.30 Pasajeros atendidos en los aeropuertos del Sistema Aeroportuario Mexicano por municipio según tipo de aviación 2014

Municipio	Total	Comercial regular			Comercial no regular		Aviación General a/
		Nacional	Internacional	Chárter a/	Nacional	Internacional	
Estado	1730567	1 603 457	90 917	5 643	8 662	1 442	20 446
Juárez	769 029	749 677	263	263	2 331	274	10 841

Fuente: ASA. Gerencia de Proyectos Especiales. Área de Estadística.

Nota: La información comprende llegadas y salidas, y corresponde a los aeropuertos administrados por ASA, Grupos Aeroportuarios y aeropuertos en sociedad. El número de pasajeros internacionales no necesariamente corresponde al número de operaciones internacionales debido a que en vuelos nacionales también abordan pasajeros internacionales.

a/ Comprende servicio nacional e internacional.

Los datos de la tabla anterior permiten observar que existe un mayor número de pasajeros de origen nacional atendidos en los aeropuertos del Sistema Aeroportuario Mexicano, con respecto a los internacionales. Este dato es relevante y encuentra su explicación debido a que los pacientes de turismo médico que provienen de Estados Unidos o Canadá, vuelan al aeropuerto de El Paso y sólo cruzan la frontera para recibir la atención médica en Ciudad Juárez.

Por otra parte, es interesante lo que algunas de las personas entrevistadas opinaron sobre la infraestructura genérica de la ciudad.

La infraestructura genérica tiene que ver con las características físicas de la ciudad, que la ciudad sea atractiva para los visitantes. Que cuente con ciertas

características de modernidad y calidad que faciliten la funcionalidad del destino, como pavimento, transporte, alumbrado, comunicaciones, entre otras cosas. Algunas opiniones de las personas entrevistadas en este tema expresan lo siguiente:

Una persona del grupo de directivos de hospitales del clúster médico comentó:

“Mire, yo le decía al presidente municipal cuando apenas estaba empezando: Necesitamos cambiar las entradas a la ciudad, y eso dicho por el propio cónsul americano, yo sólo se lo repetí. Si cambiaran las entradas, sería mucho más fácil y no es tan caro el asunto, darles una buena entrada. Fachadas, las calles principales, claro, nuestra ciudad está muy difícil, porque faltan recursos, pero, necesitamos mejorar la imagen estética de la ciudad” 9(38).

Una de las personas del grupo de administradores de hospitales dijo:

“A veces en el municipio han dicho que les interesa el turismo médico, pero tienen otros intereses más fuertes, más importantes. Es decir, no lo ven como una opción o como un pilar de la recuperación, están más interesados en que las maquiladoras recuperen su nivel, sus condiciones favorables, porque es donde sí puede haber un impacto inmediato, están más preocupados por lograr nuevamente los recursos que mejoren la ciudad, en promover la inversión de empresas que se instalen en la localidad porque eso trae un impacto directo para toda la sociedad, porque esta ciudad es de servicios” 8(34).

Una persona del grupo de directivos de hospitales opinó lo siguiente:

“Juárez como va a competir con la ciudad de México, o con Guadalajara, Monterrey o hasta con Chihuahua. Ellos están avanzados, además del aspecto médico en otras cosas; nosotros aquí tenemos médicos tan buenos como ellos, pero no tenemos los restaurantes de clase internacional, no tenemos los hoteles, no tenemos los paseos, las actividades recreativas, los atractivos turísticos, la imagen estética de esas ciudades, no tenemos cosas que atraigan a la gente. Pero, en cambio, tenemos el beneficio de la proximidad, a la que no le estamos sacando provecho” 9(42).

En cuanto a la infraestructura y recursos para la salud en el marco del turismo médico reactivo-emergente, a continuación se presenta una tabla que muestra el número de establecimientos relacionados con la venta de bienes y servicios para la salud que existen en las calles cercanas a los cruces internacionales de Ciudad Juárez, lo que permite apreciar la importancia del turismo médico para la localidad

Tabla 5.31 Oferta de servicios de salud en Ciudad Juárez. Establecimientos ubicados en calles de proximidad a puentes internacionales

Zona/ Puente	Dentistas	Farmacias	Médicos	Ópticas	Gabinetes de Estudios	Cínicas	Hospitales	Total	%
Libre /Las Américas	35	10	13	5	6	2	2	73	55
Santa Fe	7	5	1	8	1	0	1	23	17
Zaragoza	17	7	5	7	0	0	1	37	28
Totales	59	22	19	20	7	2	4	133	100

Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.

De la tabla anterior se desprende el siguiente análisis:

En relación al número de establecimientos que integran la oferta de servicios de atención a la salud en Ciudad Juárez, con ubicación cercana a los puentes internacionales, el mayor número se encuentran en las calles cercanas al puente Libre o de Las Américas. Se contabilizaron y registraron 73 establecimientos, que equivalen al 55 % del total de empresas (133) que se ubican cerca de las garitas. El segundo lugar lo ocupa el puente Zaragoza, con 37 negocios de salud ubicados cerca del mismo, que equivale a un 28 % del total. Finalmente, en el Puente Santa Fe, del centro de la ciudad, se registraron 23 establecimientos de salud, que representan el 17 % del total de negocios que ofrecen servicios de atención sanitaria cerca de los puentes.

En el análisis por tipo de negocio se encontró que los dentistas ocupan el primer lugar con 59 consultorios dentales cercanos a los tres puentes internacionales, lo que equivale a un 44 % de los 133 negocios registrados. El segundo lugar lo ocuparon las farmacias con 22, que a su vez representan el 17 % del total. Posteriormente, las ópticas, con 20 registros que son el 15 %, seguida de los consultorios médicos con 19, que son el 14 %. Después los establecimientos de gabinetes de estudios clínicos, laboratorios y radiología, con 7 registros y un 5 % del total, para seguir con los hospitales, que son 4 y representan el 3 % del total y finalmente las clínicas que son 2 y representan el 2 %.

Los 133 negocios de atención sanitaria que se ubican en lugares de proximidad a los puentes internacionales, son los que, de acuerdo a la propuesta de modelo funcionan en el marco del Modelo Teórico del Turismo médico emergente o reactivo.

Por tipo de negocio y ubicación, se encontró que Cerca del Puente Libre o de Las Américas, de un total de 73 establecimientos, 35 son consultorios dentales, con un 48 %, lo que significa que continúa vigente la tradición de ofrecer servicios dentales, los que históricamente han tenido gran demanda por la gran diferencia de precios que existe entre los Estados Unidos y México en este rubro y la gran calidad de los servicios que ofrecen los profesionales de Ciudad Juárez. Llama la atención también que de los 7 establecimientos de gabinetes de estudios ubicados en calles cercanas a los puentes, 6 se encuentran ubicados cerca del puente de Las Américas. Esto podría atribuirse a la poca disponibilidad de espacios para negocios en las calles cercanas al puente del centro y a la restricción del uso del suelo en el centro de la ciudad. Sin embargo, la percepción de que son calles más seguras las cercanas al puente de las Américas podría ser otro factor que influyera en este resultado. De igual forma, existen más farmacias y consultorios médicos en las calles cercanas al puente de las Américas que en las cercanas a los otros puentes. En cambio, en el rubro de ópticas es el único donde se registró un mayor número en el centro, seguido por Zaragoza y el menor número fue para Las Américas, con 8, 7 y 5, respectivamente.

5.2.1.4 Imagen del destino

El análisis de la imagen de Ciudad Juárez se realiza a partir de las importantes diferencias socioeconómicas que existen entre ambos países. La frontera entre Estados Unidos y México es uno de los pocos lugares en el mundo en el que un

país en desarrollo colinda con un país desarrollado, y la distinción está claramente marcada por el límite internacional. Cruzando de norte a sur, el paisaje económico y cultural cambia drásticamente en el límite (Curtis y Arreola, 1989; Herzog, 1990, 1991, 1999; Curtis, 1993; Arreola, 1999).

El paisaje de la frontera, al norte refleja prosperidad económica, planificación urbana organizada, espacios verdes, casas más grandes y (normalmente) más nuevas, calles y tráfico ordenados. En cambio, las condiciones al sur de la frontera son menos ordenadas, y la pobreza es evidente por la forma de vestir de las personas, y la condición de la mayoría de los edificios, incluyendo casas y calles. El paisaje urbano cerca de la frontera difiere significativamente, en que las ciudades fronterizas de Estados Unidos se caracterizan por tener restaurantes de marca y tiendas espaciosas, bien iluminadas que ofrecen una gran variedad de prendas de vestir, zapatos, juguetes y electrodomésticos. La escena en el lado mexicano se compone de calles llenas de farmacias, tiendas repletas de recuerdos, todo está tenuemente iluminado, hay mendigos, niños pobres y vendedores ambulantes (Canally y Timothy, 2007).

Las personas entrevistadas reafirman la necesidad de atender esta problemática de la imagen. Una de ellas, perteneciente al grupo de directivos de hospitales comentó:

"Necesitamos mejorar las fachadas de los negocios, las calles principales, claro, nuestra ciudad está muy difícil, porque faltan recursos, pero, necesitamos mejorar la imagen estética de la ciudad" 9(38).

Las características mencionadas de la frontera, corresponden a cierta descripción de la realidad. No obstante, cabe mencionar que los servicios de salud que se ofrecen a los turistas médicos, han sido diseñados con infraestructura de clase mundial. Los dos nuevos hospitales de Ciudad Juárez, algunas de las personas entrevistadas comentaron que eran los más lujosos, espaciosos, y mejores de la región, incluyendo la zona fronteriza del lado americano.

A continuación se presenta el análisis relativo a la dimensión imagen del destino. Se presentan en primera instancia las opiniones relativas a la imagen relacionada con la inseguridad.

"Nosotros tenemos un estigma muy fuerte relacionado con la seguridad. Desde los años noventa estamos sufriendo las consecuencias de eso, y es muy difícil, porque a nivel mundial se conoce que Juárez es peligroso" 8(34).

Una de las personas entrevistadas del grupo de académicos comentó lo siguiente en cuanto a la evolución de los incidentes violentos en Ciudad Juárez:

"hay varios elementos que nos permiten decir que las condiciones en la localidad, con relación a los años que van de 2008 a 2012, particularmente, en términos de violencia homicida, de robos de vehículos, de secuestro, de extorsiones, los datos indican que estos fenómenos han descendido de manera notable, y sí, en efecto, los datos así lo señalan" 18(57).

Al preguntar sobre el comportamiento de la población de la localidad y si ha mejorado la afluencia de visitantes, una persona del grupo de directivo de hospitales respondió:

"Hoy día uno puede recorrer la ciudad, asistir a los centros comerciales, a los restaurantes. Sábado y domingo hice un recorrido para ver como andaba la ciudad y realmente fue impresionante para mi vista, en función de lo que había estado observando, la gran cantidad de desplazamientos y de ocupación de espacios públicos que se está haciendo" 18(57).

Hay expresiones de algunos de los entrevistados que manifestaron tener una percepción de mejoría de la imagen de la ciudad respecto a la inseguridad.

Del grupo de especialistas en odontología:

"Ahora que está mejorando la ciudad, todos estamos avanzando" 15(53).

Del grupo de médicos de hospitales del clúster:

"Yo percibo que sí, que está mejorando la imagen de la ciudad" 7(32).

Del grupo de académicos de organizaciones sociales entrevistados:

"Había situaciones de inseguridad que no están presentes hoy día. La etapa más compleja inició en las incursiones violentas en los cruceros de las calles de la ciudad. Eso también disminuyó de manera notable. Pocos casos se han llegado a presentar donde se identifique esta situación. En este sentido, digamos, salvo algunos eventos aislados que retraen la situación de inseguridad en la localidad, en términos reales, digamos ya no es esa situación, y los datos lo confirman, no tiene nada que ver con lo que vivimos los años pasados" 18(57).

Del grupo de académicos:

"Desde mi perspectiva esto no implica que los problemas se hayan resuelto, pero sí indican que al menos la violencia manifiesta, directa, que ha generado tanta pérdida de vidas, ya no está de manera recurrente en la localidad" 4(17).

"Por parte del municipio ha habido intenciones de generar mejores condiciones de seguridad por medio de avances respecto al equipamiento de los cuerpos de policía y brindar mayor atención a la parte de lo que llaman el tejido social, a través del deporte, de la cultura, de la educación. No obstante, todavía no hemos entrado en esta lógica del turismo médico, como un proyecto, incluso público-privado" 4(19).

Del grupo de instituciones municipales:

"Existen otras acciones que indirectamente van a mejorar la imagen de la ciudad para el turismo médico. Por ejemplo antes los turistas venían y aprovechaban su tiempo para otras cosas, como ir de paseo, o ir a comer, pero eso disminuyó. Ahora el municipio está tratando de mejorar el centro histórico de la ciudad. Van a derrumbar áreas viejas, abrir espacios, plazas, tratando de mejorar la imagen" 3(15).

En relación a la imagen de la ciudad, el especialista que opera el turismo médico desde el modelo planificado y que es uno de los negocios más consolidados de turismo médico en la ciudad, comentó lo siguiente:

"Demostramos, en nuestras páginas web, con más de 2,000 pacientes que vinieron a la ciudad durante la época de la inseguridad, que Ciudad Juárez es una buena ciudad. Hay miles de comentarios en facebook, en blogs, y redes sociales, de personas que vinieron y que fueron muy bien atendidos, y no tuvieron ningún problema. Conocieron que Juárez no es la ciudad de la que tienen el estereotipo, de ciudad sucia, pobre, carente de servicios. Existen carencias y problemas sin resolver aún, pero también se cuenta con áreas muy avanzadas, industrializadas y modernas, que es donde se atienden a estos pacientes. Cada uno de ellos, habla maravillas de la ciudad. De la atención médica, de

todos los servicios que utiliza, de los restaurantes, del taxista, etc., por lo general, quedan satisfechos y lo expresan. En particular, se confirma nuevamente la calidad de los servicios complementarios por los que es famoso este destino: principalmente su gastronomía” 7(29).

Además, se interpreta que la mala imagen de la ciudad obedece a intereses económicos.

Del grupo de directivos de hospitales:

“Yo creo que hay datos concretos donde se habla de que la gente cada vez viene más, con mayor frecuencia. Nosotros vivimos un fenómeno curioso en el sentido de que por ejemplo algunas instituciones del lado americano, le piden a alguna gente relacionada con ellos, que no vengán a México. Pero otras, del interior del país, le pongo el caso de Nueva York, no le ponen ningún impedimento. ¿Por qué habrían de hacerlo los Estados colindantes y no los de más adentro? La sociedad civil no selecciona de donde viene la persona. Entonces, a veces creemos que tiene que ver con los intereses que tenemos de ambos lados de la frontera. Teníamos gente que venía por ejemplo antes de Alabama. Este Estado dejó de ponernos como condición en riesgo, y todavía la gente de Texas Tech dice a la gente que no vengán acá. Extraño ¿no? Entonces, yo creo que a veces hay otras cosas y que no necesariamente por cercanía tienen más conocimiento. O sea la información de lo que está sucediendo, ya no hay que ser vecinos para saber exactamente qué está pasando” 9(41).

Del grupo de directivos de hospitales:

“El número de incidentes violentos se ha reducido, las alertas que ponía el consulado se han reducido también. La gente empieza a venir más. Yo creo que hay datos concretos donde se habla de que la gente cada vez viene más y con mayor frecuencia” 9(42).

Del grupo de médicos especialistas de hospitales del clúster:

“Lo bueno es que la situación ha ido mejorando. Ahora ya hay más calma, ya no hay tanto temor, ya vienen, se atienden y luego se van a comer. Los que vienen de Odessa, se quedan en un hotel de El Paso, se cruzan en la mañana, se atienden, me han expresado que desean comer aquí, buscan un buen lugar para comer, luego ya se regresan y se van a Midland u Odessa por ejemplo” 7(28).

Del grupo de académicos:

“Definitivamente, el proyecto de turismo médico sí lo podemos hacer, pero lo primero es saber si realmente los hospitales están dispuestos a invertir y buscar el compromiso de la sociedad. Además trabajar conjuntamente con el gobierno, uno de los comentarios de las personas expertas internacionales en turismo que hicieron el estudio de diagnóstico, dijeron: en cuanto cruzas la frontera o llegas, fíjate en el aspecto de Juárez. ¿Crees que el aspecto físico de Juárez es adecuado o atractivo como para que la gente diga, quiero tener un servicio de salud allí? Hay muchas cosas por mejorar como la limpieza de la ciudad, el mejorar la imagen estética. Parece que a la gente no le interesa. Toda la sociedad tiene que asumir el compromiso que le corresponde. Le estamos dejando todo al gobierno. Estamos viendo la perspectiva internacional y no estamos viendo nuestra realidad local” 5(22).

Se entrevistaron varias personas del Municipio con el propósito de conocer las acciones que se están realizando para favorecer el desarrollo del destino turístico médico. Aun cuando no existen programas etiquetados o definidos específicamente con este objetivo, se están realizando una serie de acciones a nivel municipal que indirectamente favorecen al turismo médico. Existe un proyecto de mejorar la

imagen urbana del centro histórico de la ciudad. Esto beneficiaría al turismo en general al hacer más atractivo el destino, estéticamente, por marketing, con una imagen más moderna y funcional.

En párrafos anteriores se mencionó el hospital que recibe pacientes de turismo médico de escasos recursos. Este hospital se localiza donde desemboca el cruce del puente internacional Santa Fe, de El Paso a Ciudad Juárez, ubicado en el centro de la ciudad. Pero además, en la Avenida Juárez, que es la calle que lleva al puente internacional de ida (de Ciudad Juárez a El Paso), existe también la opción de regreso de El Paso para peatones, y es por donde cruzan muchas de las personas que visitan la ciudad para adquirir medicamentos, consulta médica o dental y otros servicios de salud, que se ofrecen en gran cantidad sobre la Avenida Juárez, y es en esa avenida donde se están realizando importantes remodelaciones.

La realidad social y económica actual de Ciudad Juárez es compleja. Aún existen muchas carencias que deberán ser atendidas en caso de que se apueste por el turismo médico planificado. Una de ellas es la falta de recursos, otra mencionada en repetidas ocasiones es el centralismo, pero lo más grave es la tendencia a la comercialización de los servicios de salud, lo que empeoraría la situación de los usuarios de los servicios de salud pública en caso de que no se realicen las acciones necesarias de planificación para poder atender eficientemente a los pacientes de turismo médico, pero cuidando sobre todo la protección sanitaria de los propios pacientes de la localidad.

5.2.2 Contexto del mercado de origen

A continuación se presenta un análisis de las circunstancias que se producen en el entorno de los pacientes de turismo médico que integran el contexto del mercado de origen para este estudio: los Estados Unidos de América y Canadá. Estos pacientes enfrentan situaciones complejas que provienen de deficiencias en el sistema de salud de su país de residencia y se relacionan con falta de recursos humanos especializados en ciertas áreas médicas, altos costes de la atención sanitaria, carencia o cobertura limitada de seguro médico, largas listas de espera para poder recibir atención de salud, entre otros. Algunos autores como Kristen Smith (2012), participan en la discusión de la problemática de los sistemas de salud de los países desarrollados, con discursos relativos a la influencia de un modelo económico neoliberal orientado a la comercialización de los servicios de atención sanitaria. Lo anterior invita a la reflexión respecto a los propósitos de una política de salud que pareciera estar mucho más enfocada en la obtención de beneficios económicos para los participantes en la industria de la salud, que en la protección sanitaria de la población. Sobre todo, debido a que en México todo parece indicar que la tendencia hacia la comercialización de los servicios de salud y a una mayor participación del sector privado en la prestación de servicios, es inminente.

A partir de los códigos de la información obtenida en las entrevistas en profundidad, surgieron los siguientes subtemas para la categoría Contexto del mercado de origen: Contexto demográfico, Política de salud y aseguranzas en Estados Unidos, Contexto sociocultural de Estados Unidos, Canadá como mercado potencial y Contexto demográfico.

5.4.2.1 Contexto demográfico.

Este aspecto del mercado de origen es relevante para el estudio del turismo médico, en tanto que la mayoría de los pacientes extranjeros que demandan los servicios de atención sanitaria en la frontera son de origen mexicano. Por tanto, es indispensable conocer quiénes y cuántos son, cuales son las tendencias de este grupo de población y las necesidades que enfrentan con respecto a la salud en su país de residencia.

En los próximos años, se prevé un crecimiento en el mercado de los empleados que pertenecen a grupos minoritarios en los Estados Unidos. Actualmente más de un tercio del total de la población que es de 326 millones, alrededor del 34 %, afirma ser parte de una "minoría", (entendida como parte de la población que se diferencia de la mayoritaria en su raza, lengua o religión), de una cierta herencia racial o étnica. En 2000 ya era el 23 %, por lo que sólo en los últimos 12 años las minorías han crecido en ese país más del 11 % y seguirán creciendo. En 2050, la población minoritaria se prevé que sea 235.7 millones, de una población total de Estados Unidos de 439 millones; aproximadamente el 54 % de las personas que viven en los Estados Unidos será de poblaciones minoritarias (Medical Tourism Association, 2012).

Cabe destacar que hablar de minorías no significa referirse a la población marginada por cuestiones económicas, por ejemplo, en 2002 las minorías poseían aproximadamente el 18 por ciento de los 23 millones de empresas estadounidenses, según una encuesta realizada por la Administración de Pequeños Negocios. Las poblaciones minoritarias también tienen el poder de compra, de acuerdo con esa organización. Los hispanos y latinos constituían la comunidad empresarial minoritaria más grande, al ser dueños de un 6.6 % de todas las empresas de Estados Unidos, 3.7 % de las empresas empleadoras y 7.4 % de las empresas no-patronales. Al parecer, los hospitales privados de Ciudad Juárez están interesados en atender a los pacientes de origen mexicano, ya que cuentan con la capacidad económica para pagar sus servicios.

“nosotros tenemos que buscar ese mercado, porque somos interesantes por los costes. Si no tienen cobertura de seguro médico, es muy probable que vengan aquí. Además existe otro factor importante, nuestros paisanos ilegales. Actualmente los demócratas que están en el poder están proponiendo el facilitar la llegada de una reforma migratoria. Si eso sucede, entonces todos los paisanos, que actualmente no pueden venir, porque no se podrían regresar, cuando resuelvan su situación migratoria, van a poder venir, atenderse y regresarse” 8 (34).

En Nuevo México, California y Texas más del 50 % de la población son miembros de minorías raciales y los blancos son una minoría. El último informe de la Oficina del Censo de Estados Unidos desde hace varios años afirma que el 66.9 % de los hispanos son mexicanos, 14.3 % de América Central y del Sur, el 8.6% de Puerto Rico, el 3.7 % de Cuba, y el 6.5 % de otros países hispanos. Por otra parte, en un estudio de la Asociación de turismo médico, donde se les preguntó a los participantes si considerarían la opción de ir al extranjero para recibir atención médica se obtuvo que el 54.1% de los hispanos encuestados y el 56.8 % de los asiáticos que participaron en la encuesta y que viven en los EE.UU. respondieron

afirmativamente a considerar la opción de atención en el extranjero (Medical Tourism Association, 2012) .

La reforma de salud ha generado aumentos de los costes de seguro, por tanto, los empleadores y las aseguradoras se han dado cuenta que, una forma en la que pueden ahorrar dinero es el permitir a los empleados de grupos minoritarios, viajar al extranjero para recibir atención médica. Las aseguradoras y los empleadores son mucho más abiertos a este concepto de "turismo médico". Además de los ahorros que representa para ellos esta opción de atención a los empleados en el extranjero, entienden que esta parte de la población no tienen dudas sobre la calidad de la atención en su país "de origen", y no tienen barreras culturales o de idioma. Estos elementos (calidad, idioma, calidez de la atención, que se refleja en la relación médico-paciente), son recogidos en el diseño del modelo teórico de turismo médico propuesto en esta tesis.(Martínez-Almanza, Guía Julve, y Serra Salamé, 2014)

Un dato interesante es el que predijo la Oficina de Presupuesto del Congreso: sólo el 20 % de los 55 millones de personas que no son ancianos y que carecen de protección de una póliza, obtendrá un seguro durante el 2014; lo que significa que el número de personas sin seguro al 2014, se reduciría a 44 millones de personas. De hecho, se proyecta que la cifra de personas sin seguro, nunca será menor a los 30 millones de personas durante la próxima década" (Edelheit, 2012b).

En el marco de estas situaciones que definen una realidad compleja a la que se tienen que enfrentar los pacientes de los Estados Unidos de América cuando tienen un problema de salud, es donde surge la opción de buscar la atención sanitaria en el extranjero.

Ante la situación de tener que enfrentar largas listas de espera para poder recibir la atención médica que necesitan y altos costes de tratamientos privados elegibles, cada vez un mayor número de pacientes de los países desarrollados como Estados Unidos y Canadá, buscan ser atendidos en otros países como México, por la cercanía, la diferencia de precios que otorga el tipo de cambio, la afinidad cultural y la calidad de la oferta de servicios sanitarios.

En el contexto regional y haciendo referencia a la vecina ciudad de El Paso, Texas, de acuerdo a las estadísticas publicadas por el "Texas Department of State Health Services" 2013, en El Paso había en ese año, 221,287 personas sin seguro médico, que equivale a un 30.7 % de la población total del condado, mientras que en todo Texas, incluyendo los 254 condados que integran el Estado, el porcentaje llega a 24.8 %.(Eslinger, 2014). En este análisis se identificó que en El Paso existen 183,177 personas que viven en pobreza. El dato anterior, representa un 22.7 % del total de la población de El Paso. A nivel estatal el porcentaje de personas en pobreza es de 17.5 %, mientras que el porcentaje de desempleo fue en ese mismo año de 8.0 % para El Paso y 6.2 % para el Estado de Texas; esto explica el notable crecimiento de la demanda de servicios de turismo médico en la vecina Ciudad Juárez, en virtud de que un alto porcentaje de la población carece de seguro médico, vive en situación de pobreza y en muchas ocasiones, no tiene un empleo. Esta situación tal vez sea la principal causa por la que ha crecido la demanda de servicios del hospital para gente de escasos recursos proveniente del país vecino,

ubicado en el centro de la ciudad en Juárez, que de 25 mil pacientes atendidos en 2013, pasó a 30 mil en 2014 (Martínez-Almanza et al., 2014).

Por otra parte, con la Reforma al sistema de Salud ya implementada en los Estados Unidos; aunque con significativas dificultades políticas y técnicas, existen infinidad de razones para pensar que el turismo médico, a través de las compañías de seguros privadas, representará un crecimiento sustancial del mercado en la próxima década. De hecho parece probable que este mercado puede superar al mercado de los pacientes estadounidenses que pagan de su propio bolsillo, en términos de cuota de mercado (Cohen, 2015). Este es uno de los aspectos que debería tener en cuenta la planificación del destino médico de Ciudad Juárez tanto para la previsión de los recursos humanos, materiales, de infraestructura y gestión que se requerirían, para atender la creciente demanda, pero principalmente una planificación orientada al aseguramiento de la protección de salud con servicios de calidad para la población local, la cual podría verse seriamente afectada si no se tomaran en cuenta las previsiones de una demanda que todo parece indicar que aumentará a un ritmo acelerado por parte de los pacientes de Estados Unidos y de Canadá que también enfrenta una situación compleja en su sistema de salud.

5.7.2.2 Política de salud y aseguranzas en Estados Unidos

Estados Unidos de América es un país que desde hace algunos años su sistema de salud enfrenta una problemática compleja. Se estima que más de 50 millones de estadounidenses (una cifra que crece día a día) carecen de seguro de salud y más de 120 millones no tienen un seguro dental (Woodman, 2014), (Medical Tourism Association, 2012). A ciertos grupos de estadounidenses que no tienen los medios financieros para comprar un seguro de salud se les proporciona la cobertura, llamada Medicaid, la cual es financiada por el gobierno estatal y federal, pero ésta representa una cobertura muy limitada, ya que en 2013, solo alrededor de 70 millones de personas, de los 326 millones de estadounidenses tenían acceso a este programa en alguna de sus modalidades.(Centers for Medicare and Medicaid Services, 2013).

Medicaid es un programa de servicios médicos y de salud para ciertos individuos y familias con bajos ingresos y pocos recursos (Crosta, 2016).La supervisión principal del programa es manejada a nivel federal, no obstante, en cada estado se toman las siguientes decisiones: establecer sus propias normas de elegibilidad; determinar el tipo, la cantidad, la duración y el alcance de los servicios; establecer la tasa de pago de los servicios, y administrar su propio programa de Medicaid.

Aunque los Estados son los decisores finales de los servicios que proporcionan sus planes de Medicaid, hay algunos requisitos federales obligatorios que deben cumplir con el fin de recibir fondos federales. Los servicios son los siguientes: servicios de hospitalización; servicios de hospital para pacientes ambulatorios; cuidado prenatal; vacunas para los niños; servicios de consulta médica; servicios de enfermería para personas mayores de 21 años de edad; servicios de planificación familiar y suministros; servicios de clínica rural; atención médica a domicilio para las personas elegibles para los servicios de enfermería especializada; servicios de laboratorio y de rayos x; servicios de enfermería pediátrica y familiar y servicios de parteras.

Debido a los altos costes del seguro privado de salud, es común pensar que una persona con ingresos promedios en Estados Unidos, sin protección sanitaria, no tiene los medios financieros para adquirir un seguro privado. No obstante, se estima que el estadounidense promedio sin seguro de salud tiene unos ingresos de aproximadamente 50 mil dólares al año (Medical Tourism Association, 2012). Aun cuando esos ingresos en Estados Unidos pueden considerarse como bajos, representan una cantidad suficiente para adquirir servicios de atención sanitaria en el extranjero, principalmente en países en vías de desarrollo, debido a las diferencias de costes. Lo anterior podría explicar la creciente demanda de servicios transfronterizos pagados del propio bolsillo de los pacientes que buscan su atención médica en Ciudad Juárez. La definición de un estadounidense sin seguro, varía, y se ha convertido en un debate entre los diferentes partidos políticos que argumentan diferentes definiciones y números (Medical Tourism Association, 2012).

La Reforma de Salud de Estados Unidos debería tener un impacto muy positivo en el crecimiento del turismo médico emisor de ese país, debido a que obliga a adquirir un seguro de salud con cobertura de aspectos específicos que elevan los costes de las primas. En consecuencia, al aumentar los costes de seguro privado, los pacientes buscarán una opción de atención médica más económica fuera de sus fronteras nacionales. Por otra parte, directivos de la Asociación de turismo Médico piensan que la reforma de salud no tiene impacto en el crecimiento continuo de pacientes extranjeros que entran en los EE.UU. para el tratamiento de la salud (el turismo médico receptivo), o en los consumidores de salud estadounidenses que viajan a nivel regional (el turismo médico doméstico) dado que los precios de los servicios para los locales y los extranjeros, que se ofrecen en el país, se mantendrán relativamente estables (Edelheit, 2012).

Es muy probable que la Reforma de Salud eleve los costes de seguro médico en los EE.UU. a un nivel insostenible. Se estima que en 2020, esos costes, para una familia pueden ir desde \$ 30.000 a \$ 40.000 por año. Si bien la intención de esta iniciativa es asegurar a un mayor número de estadounidenses, al hacer obligatorio el adquirir un seguro, puede tener el efecto opuesto, es decir, que aumente el número de personas sin seguro médico debido a los altos costes del mismo, que tendrán que pagar ya sea el empleador o el individuo asegurado (Edelheit, 2012). La Reforma de Salud está impulsando cada vez más a empleadores, aseguradoras y agentes de seguros a examinar la opción de aplicar el turismo médico. Con el seguro y los costes de salud en los EE.UU. creciendo a un ritmo mucho más rápido, se espera que la industria del turismo médico aumente en 2013 y tenga un crecimiento muy fuerte en 2014, ya que las partes principales y los mandatos, se implementan en ese año y los aumentos de los costes de seguro de salud se hacen sentir con más claridad (Medical Tourism Association, 2012).

Lo anterior se confirma con lo que dijo uno de los médicos especialistas entrevistados:

“yo pensaba que el turismo médico era más por los costes, porque tengo que atenderme, ir a Juárez a que me hagan un electrocardiograma, un ecocardiograma, y me valoren porque en EUA es mucho más costoso, pero ahora, con el seguro, que es obligatorio y que les permite atenderse allá, pensé que iba a bajar mucho la población

de pacientes que vienen a buscarnos, pero se ha mantenido a pesar de que tienen seguro, o quizá deciden no comprarlo.” 7(28).

La aprobación de la reforma ha hecho cambios radicales a la salud tal como se conoce en América. No obstante, muy pocas personas en los EE.UU., incluidos funcionarios gubernamentales, empleadores y compañías de seguros, comprenden su verdadero impacto o incluso han leído toda la legislación de la reforma de salud.

Aun después de leer el proyecto de ley, hay muchas preguntas sin respuesta, porque contempla la implementación de nuevas entidades gubernamentales cuyas funciones serán las de crear nuevos reglamentos, normas y directrices de cómo funcionará la Reforma de Salud y cuáles serán los niveles reales de prestación definida. Tomará varios años para que los participantes de la industria puedan comprender plenamente el efecto completo que tendrá en sus negocios. Sin embargo, desde el primer año, los precios de los seguros aumentaron y las personas que carecen de capacidad económica para adquirirlos, tendrán que buscar otras opciones de atención más accesibles, lo que abre una ventana de oportunidad para el turismo médico (Medical Tourism Association, 2012).

Con relación a este tema, uno de los directivos de los hospitales entrevistados comentó lo siguiente:

“hay otro problema que no tenemos bien claro, yo creo que ni los Americanos lo tienen bien claro, lo que es la Reforma de Salud, ¿en qué consiste? No sabemos con certeza que es lo que va a pasar con esta iniciativa. Hace unos meses el presidente Obama tuvo que disculparse por que no está funcionando. Se cancelaron miles de pólizas de seguro cuando empezó la Reforma, porque pone límites de cobertura y había gente que su plan de seguro no cubría ciertos procedimientos, así que cancelaron, y si tomaba la opción de darle la cobertura que debe cubrir la Reforma de Salud, el costo se iba a ir altísimo” 8(34).

La Reforma de Salud no creó una opción pública, es decir, un seguro que sea cubierto totalmente por el gobierno, por lo que el mercado de seguros continuará siendo atendido por la industria privada; en concreto los de primas de cobertura total y los planes de salud autofinanciados. Algunos de los principales cambios promovidos se manifiestan en el hecho de no tomar en cuenta las condiciones pre-existentes, la eliminación de los límites anuales y de por vida, la expansión de la cobertura de dependientes a los 26 años (La empresa Caterpillar Inc., cuando la ley fue aprobada por primera vez en 2010, estimó que la expansión de dependientes hasta la edad de 26 años, le costará \$ 20 millones de dólares más por año), proporcionar primas niveladas o iguales a los que están enfermos o sanos, la creación de "beneficios esenciales", la creación de intercambios de seguros de salud y la obligación de comprar un seguro, o de lo contrario, deberán pagar una multa. (Medical Tourism Association, 2012)

También reduce artificialmente las primas de seguro para los estadounidenses de edad avanzada y aumenta las de los más jóvenes, específicamente en una proporción de tres a uno. Los adultos mayores no deberán pagar más de 3 veces la de uno más joven, aunque actuarialmente éstos deben ser cargados de cinco a seis veces el precio de la prima de seguro de un americano más joven (Medical Tourism Association, 2012).

También se presentan algunos efectos secundarios negativos. A pesar de que las cláusulas de las condiciones preexistentes no serán tomadas en cuenta a partir de 2014, con los costes de un plan de seguro de salud familiar de \$ 30.000 a \$ 40.000 al año en 2020 o antes; muchos de estos americanos enfermos con condiciones preexistentes no serán capaces de pagar las primas de seguro de salud. Además, los seguros para las personas que están sanas se incrementarán con el fin de subsidiar a los estadounidenses más enfermos que tienen condiciones pre-existentes. Esto es debido a que la ley exige que tanto las personas sanas como las enfermas, paguen las mismas primas de seguros de salud. Las únicas variaciones permitidas en el cobro de primas de seguros de salud son la edad, el consumo de tabaco y la ubicación geográfica (Edelheit, 2012a).

"La Reforma de salud es un gran tema, hay incertidumbre en lo que se viene y la gente están recurriendo al turismo médico", p.1 dijo Harkins, de la Asociación de Turismo Médico. Los estudiosos del tema analizan como posibilidad que el encarecimiento de las primas de salud tendrá como resultado el aumento del turismo médico "El resultado final es conseguir la atención si es más barato, siempre que sea de calidad." (Kirchner, Carroll, y Nious, 2013 p.1).

La Reforma de Salud no incentiva adecuadamente a los estadounidenses a comprar seguro de salud (Medical Tourism Association, 2012). Las multas por no comprar un seguro de salud en el año 2014 iniciaron a partir de \$ 95, y aumentarán cada año. En comparación con el aumento de los costes de seguro de salud en los próximos 10 años, las multas, que estaban destinadas originalmente a obligar a la mayoría de los estadounidenses a comprar un seguro de salud, son pequeñas y caerán por debajo de su objetivo previsto. Esto significaría que muchos estadounidenses pueden tomar la decisión de no adquirir un seguro de salud, optar por involucrarse en los estilos de vida y conductas saludables o centrarse en la medicina preventiva, y en lugar de pagar un seguro, esperar hasta que estén enfermos y luego comprarlo con la emisión garantizada de seguro médico sin condiciones de cláusulas preexistentes en un "precio justo subsidiado por las personas sanas". Esto penaliza a los estadounidenses que han participado en el comportamiento y estilos de vida saludables y que han planeado y pagado por el seguro de salud todos los meses ante la posibilidad de llegar a enfermar, ya que deberán pagar un precio más alto por sus primas de seguro de salud.

El aumento de las primas de seguro de salud tendrá un efecto muy positivo en la industria del turismo médico. Debido a los altos costes del mismo, muchos empleadores y compañías de seguros comenzarán a implementar el turismo médico como uno de los medios para reducir los costes sanitarios (Medical Tourism Association, 2012).

El no tener en cuenta las condiciones pre-existentes y el obligar a pagar lo mismo a personas sanas que enfermas por el seguro médico, destruye el proceso de suscripción y puede poner a los empresarios y compañías de seguro en una posición difícil; ya que potencialmente podrían perder una cantidad significativa de dinero, es decir, los reclamos médicos incurridos por la compañía de seguros o empleador superaría las primas de seguros cobradas. El turismo médico ofrece una

"cobertura" o protección contra esto porque si un asegurado utiliza el beneficio del turismo médico, reducirá los costes de reclamaciones médicas.

Con relación a la forma en que afectan los precios del seguro a los empleadores, esta aumenta el costo para ellos, que anunciaron que los cambios impositivos traerán consecuencias de afectación significativa en sus costes.

Una de las personas entrevistadas del grupo de directivos de hospitales comentó:

“La Reforma de Salud está presionando fuerte para que nadie se quede sin seguro, todos deben tener póliza de seguro, pero los empleadores están arruinando la base del empleo, debido a que están obligados a darle seguro a todos los empleados que trabajen más de 35 horas a la semana. Entonces, están despidiendo a la gente, para no pagar seguro. Deciden contratar más personas, con menos horas y así no tener que pagarles seguro porque se vuelve impagable” 8(34).

La empresa Caterpillar estima que en el primer año la reforma de salud le costará a la compañía 100 millones de dólares. En mayo de 2010, la revista Fortune informó que varios de los empleadores más importantes están considerando abandonar su seguro de salud patrocinado por el empleador debido a los altos costes que ha traído la reforma de salud. Entre estas empresas están AT&T, Deere, Verizon y Caterpillar (Edelheit, 2012a), (Medical Tourism Association, 2012).

CNN informó que si el 50 por ciento de los empleadores cancelan sus planes de seguro de salud, los costes federales de salud aumentarían en \$ 160 mil millones de dólares por año a partir de 2016. Nadie sabe la verdadera afectación que la reforma de salud tendrá sobre los empleadores y cómo esto afectará a sus empleados, pero en los próximos años se convertirá en mucho más evidente a medida que las normas, reglamentos y afectaciones de la reforma de salud sean más claras.(Edelheit, 2012a), (Kirchner, Carroll, y Kevin, 2013).

Tal vez el aumento de la demanda de servicios de atención médica reportada por uno de los hospitales de Ciudad Juárez, cuyo aumento fue de 25 mil pacientes en 2013 a 30 mil en 2014 tiene relación con el esquema de aseguramiento que manifiesta una reducción del número de personas aseguradas y una elevación de los costes del seguro.

Sin embargo, ante esta situación puede ocurrir que el gobierno federal y estatal de México asignen una parte de los recursos de por sí escasos y limitados, del sector público de salud, para mejorar las condiciones de un sector privado que seguramente verá aumentada su demanda por parte de los pacientes afectados por las condiciones actuales del sector salud del vecino país.

El escenario del sistema sanitario de Estados Unidos ha propiciado un incremento de la demanda de servicios privados de atención sanitaria en México. El trabajo empírico ha permitido observar una importante tendencia a la alza en la demanda de servicios de salud por parte de pacientes transfronterizos, al menos de los que radican en las ciudades vecinas de Ciudad Juárez.(Martínez-Almanza et al., 2014).

La compleja realidad que viven los pacientes de las ciudades norteamericanas vecinas de Ciudad Juárez debería ser uno de los elementos más importantes para profundizar en su conocimiento y de esta forma, iniciar un proceso de planificación

estratégica que permita al destino prepararse para atender esa demanda, pero al mismo tiempo, diseñar las políticas públicas y privadas y los compromisos necesarios para proteger el sistema de salud local. Esto es necesario, dado que el desarrollo del turismo médico podría traer simultáneamente grandes beneficios económicos para los médicos y hospitales de la ciudad fronteriza bajo estudio, pero por otra parte, podría generar el problema de escasez de médicos para los pacientes locales, y de tener que enfrentar listas de espera en los hospitales privados. Lo anterior en virtud de que son pocos los hospitales del sector privado que actualmente brindan atención tanto a pacientes locales como transfronterizos de turismo médico. Otro aspecto que podría afectar la atención de salud de los pacientes locales se relaciona con la cantidad de profesionales de las distintas especialidades médicas, ya que la mayoría de ellos mencionaron tener bastante trabajo. Una de las razones mencionadas por los entrevistados por las que no han tomado la decisión de realizar estrategias activas de marketing para atraer al turismo médico, es que tienen mucho trabajo, y por tanto, no necesitan aumentar el volumen de pacientes a atender.

“La idea de contratar los servicios de un facilitador de turismo médico es buena, y sí me gustaría, porque es otro flujo de pacientes, pero como gracias a Dios tengo mucho trabajo, no he buscado esa opción” 7(28).

El Hospital de la Familia, uno de los hospitales que funciona en el modelo emergente-reactivo, que atiende pacientes de escasos recursos se está preparando para aumentar la oferta de servicios disponibles, ya que están construyendo una ampliación del hospital y una nueva escuela de enfermería que le permita abastecer las necesidades de profesionales entre otros objetivos como una posible estrategia dirigida al turismo médico. En ese mismo orden de ideas, el Hospital Ángeles, uno de los más modernos hospitales de la localidad que funciona en el modelo planificado, se prepara para ampliar su oferta de especialidades de atención, para pacientes enfermos de cáncer.

También el Seguro Popular de Salud que está brindando atención médica en hospitales privados de la localidad con financiamiento del sector público a través de convenios de subrogación por saturación de los hospitales públicos, pudiera verse afectado negativamente al aumentar la demanda de pacientes de turismo médico en los hospitales privados de Ciudad Juárez. Desde una perspectiva de análisis puramente comercial de la atención sanitaria, es lógico pensar que los pacientes de turismo médico tendrían prioridad de atención, ya que pagan de su propio bolsillo, generando ingresos inmediatos a los médicos y hospitales, mientras que los servicios que prestan los hospitales privados a los pacientes del sector público a través del seguro popular, el gobierno federal y estatal reembolsan los cargos a los hospitales privados.

Por otra parte, también podrían verse afectados los pacientes de la localidad en el sentido de que habría dos opciones de atención sanitaria disponibles: una para los locales y otra para los extranjeros. Esta última sería un polo de atracción de los mejores médicos, por los beneficios económicos que reporta, dejando desprotegidos de atención especializada de calidad a la población del sector público, que en la

actualidad es atendida por los mismos profesionales de la salud, los cuales generalmente atienden pacientes en ambos sectores, el público y el privado.

En cuanto a los seguros de cobertura para el Cuidado dental, más de 120 millones de estadounidenses carecen de seguro dental. Para los cientos de millones de personas que sí cuentan con protección de este tipo, o algún tipo de cobertura, estos planes tienen beneficios máximos anuales muy bajos que oscilan entre \$ 1.000 a \$ 1.500 US Dlls. en promedio, que no proporcionan una cobertura completa, ni siquiera cubren el costo de un implante dental. La Asociación Dental Americana (ADA) se opuso a la reforma de salud porque consideraron que no tendría el alcance para el suministro de mayores beneficios de seguro dental o cobertura para el estadounidense promedio. Por tanto, se prevé un futuro escenario favorable para las clínicas dentales que ofrecen servicios al turismo médico. (Woodman, 2014), (Edelheit, 2012a) (Medical Tourism Association, 2012).

Por otra parte, algo que beneficia a los médicos cirujanos plásticos y estéticos que ofrecen sus servicios a los turistas médicos de Estados Unidos que demandan este tipo de atención especializada es el hecho de que la cirugía estética y plástica no se verá afectada por la Reforma de Salud, la cual no aplica a las cirugías cosméticas y plásticas, por lo que la industria de la cirugía estética seguirá creciendo a medida que los estadounidenses viajen a ahorrar hasta un 90 por ciento de las cirugías estéticas en el extranjero (Medical Tourism Association, 2012).

Un aspecto a considerar es el hecho de que el gobierno brinda cobertura total solo a una tercera parte de la población, otra porción similar del mercado, cuenta con seguros médicos proporcionados por los empleadores o que adquieren los propios individuos. Otro punto interesante es que, aun teniendo seguro médico, en ocasiones la atención sanitaria en Ciudad Juárez tiene menor coste que el deducible o el copago de sus pólizas, por lo que muchos pacientes con seguro prefieren buscar la atención en la frontera.

Ante la situación de los altos precios en el sistema de salud de Estados Unidos y visto como negocio, a las aseguradoras y a los empleadores les representa una buena opción la atención en el extranjero por los ahorros que representa. En los EE.UU. los empleadores y las aseguradoras por igual están desarrollando programas que cuentan con la opción de tratamiento médico en el extranjero, generando beneficios compartidos con las personas registradas en las pólizas, que acceden a recibir esa atención. A este respecto, los resultados de las entrevistas en profundidad, en México fueron muy diversos. En las clínicas dentales de alta especialidad por ejemplo, mencionaron:

“aceptamos aseguranzas para cubrir los servicios de compañías de seguros como MetLife, Etna, Cigna y Blue Cross-Blue Shield” 6(23).

No obstante, también mencionaron que:

“en algunos casos, hay aseguranzas que no cubren los gastos médicos en el extranjero. Entonces, la opción es brindar el servicio, pero el paciente paga de su bolsillo, se le da una factura y el paciente tramita el re-embolso con la compañía de seguros” 3(9), 6(23).

En los hospitales de mayor tradición mencionaron que sí aceptan seguros americanos y las opiniones son en contrario a los comentarios de las personas entrevistadas de los nuevos hospitales:

“Nosotros sí aceptamos aseguranzas y no hay problema de que no nos paguen, es cuestión de documentar bien las cosas” 9(39).

No obstante, algunos casos particulares mencionaron que algunas de las compañías de seguros mandan el pago al paciente y se corre el riesgo de que el paciente no realice el pago al hospital.

“Las compañías de seguros sí pagan, pero en ocasiones surgen problemas. Hace tres meses por ejemplo, le enviaron el cheque al paciente a su domicilio y él nunca lo entregó al hospital. Entonces surgen otro tipo de gestiones legales, para cubrir el gasto hospitalario” 7(28).

En uno de los nuevos hospitales una de las personas del grupo de directivos mencionó:

“nosotros no aceptamos aseguranzas americanas porque hay mucho riesgo de que no se cubran los pagos por los servicios” 9(40).

Buscar la atención médica en el extranjero es un argumento que tienen empresas como Anthem- Blue Cross-Blue Shield y United Group de Estados Unidos que exploran la idea de incluir el turismo médico como parte de su cobertura (Kirchner, Carroll, y Nious, 2013).

Más allá de la perspectiva individual de por qué la gente viaja, existen ejemplos en los EUA de aseguradoras y de gobiernos estatales que exigen el uso de los servicios extranjeros en los EUA. Todavía no es común, pero puede llegar a ser más generalizado, debido a que los gobiernos, las aseguradoras y los empleadores se esfuerzan por ofrecer servicios asequibles y oportunos. En Virginia Occidental, se propuso un proyecto de ley que proporcionaría incentivos a los empleados cubiertos por la Agencia de Seguros de Empleados Públicos del Estado (PEIA) para viajar al extranjero a las personas que necesitan recibir procedimientos médicos más baratos. El empleado recibiría dos boletos de avión viaje redondo, el pago de los gastos de alojamiento por la duración del tratamiento o procedimiento, más un adicional de siete días, así como la licencia por enfermedad pagada por una semana, a su regreso a casa. Todos los deducibles y co-pagos serían eximidos y el empleado también recibiría una bonificación de hasta el 20 % de los ahorros de costes como resultado de someterse a un tratamiento en el extranjero. Sin embargo, hasta la fecha, este proyecto de ley aún no ha sido adoptado (Regis, Epps, y Bernier, 2013).

5.7.2.3 Contexto sociocultural de Estados Unidos

Estados Unidos es un país donde existe una fuerte presencia de las relaciones capitalistas en la práctica médica, que integran un complejo de relaciones donde participan las compañías de seguro privado como segmento del capital financiero, articulado con los grupos médicos en niveles nacional e internacional. Además existen las relaciones fundamentales que se establecen entre las empresas médicas y los demás segmentos del complejo médico empresarial y estatal, como hospitales

particulares, laboratorios y clínicas radiológicas del sector estatal de salud (Cordeiro, 1984). El concepto de complejo médico empresarial y estatal, supone la existencia de formas o modos diferentes de prestación de asistencia médica en el seno de la práctica médica cuya unidad y heterogeneidad traducen los procesos contradictorios de subordinación de la práctica médica al capital. Para entender el proceso de subordinación se debe saber si las políticas estatales de salud, en particular las de seguridad social representan un incentivo o un límite al desarrollo de las empresas médicas (Cordeiro, 1984).

Si se toma en cuenta que el proveedor más grande de servicios de salud en Estados Unidos es un sector privado competitivo, a nivel de aseguramiento, proveedores de insumos y prestadores de salud se podría afirmar que las políticas estatales de salud representan un incentivo al desarrollo de las empresas médicas, ya que aproximadamente 70 % de la población está cubierta por un sistema de aseguramiento de salud privado el cual en su mayoría es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleado y el empleador. El considerar la atención sanitaria como un bien comercial es la base sobre la que se sustenta la amplia gama de opciones de atención médica que han surgido en las últimas dos décadas en distintos países que se autodenominan destinos de turismo médico, ya que debido a los bajos costes de operación que se requieren en los países en vías de desarrollo, (en comparación con los costes de Estados Unidos), resulta atractivo para los pacientes, que enfrentan situaciones de altos costes, largas listas de espera y falta de cobertura de seguro de salud, buscar la atención médica en estos destinos.

En este marco de un sistema de salud en su mayoría privado, con un alto nivel de comercialización de los servicios, ha existido un largo camino de reclamos legales, justos o injustos, que han dado forma a la doctrina y jurisprudencia sobre responsabilidad médico legal que fueron respuestas al incremento de alteraciones en las conductas profesionales y al aumento de los intereses sociales sobre la medicina y su ejercicio (Fernández, 2002).

El gran peligro del incremento de las demandas es el progresivo miedo a ejercer, especialmente en cirugía, donde ya se confunde riesgo quirúrgico con riesgo legal. Por ello, es necesario evitar la tendencia que irá quitando al médico y al cirujano la voluntad de asumirlo. La profilaxis del miedo suprimiendo todo trato con pacientes de alto riesgo o de personalidad conflictiva es un seguro profesional indirecto, pero también un riesgo invertido porque desprotege o abandona al enfermo. Otro seguro médico indirecto es la medicina defensiva, aquella que cubriría cualquier reclamo mediante la formulación de programas diagnósticos y terapéuticos excesivos, una situación que en los Estados Unidos de Norteamérica cuesta anualmente 15 billones de dólares (Fernández, 2002).

Durante las entrevistas en profundidad a los stakeholders de turismo médico en Ciudad Juárez, este tema surgió recurrentemente. La Reforma de Salud no incluyó modificaciones con relación a la negligencia médica, que es un elemento que contribuye considerablemente a elevar los costes de la asistencia sanitaria (Medical Tourism Association, 2012). Una encuesta realizada por Jackson y Gallup en 2010

sobre aspectos de salud, encontró que uno de cada cuatro dólares gastados en la atención de salud en los Estados Unidos es para pruebas y tratamientos innecesarios, pero que se prescriben con el objeto de proteger a los médicos de ser demandados, lo cual es una práctica conocida como "medicina defensiva" (Jackson & Gallup, 2010). El 92 % de médicos ha admitido que practica la medicina defensiva. 73 % de los médicos ha admitido la práctica de la medicina defensiva en los últimos 12 meses para evitar pleitos y litigios. La encuesta también encontró que al 83 % de los médicos más jóvenes se les enseñan cómo practicar la medicina defensiva en la escuela de medicina o en su residencia (Jackson & Gallup, 2010), (Medical Tourism Association, 2012).

Una de las personas entrevistadas del grupo de médicos de hospitales comentó lo siguiente:

"Hay otro aspecto importante, algo que se inventó en Estados Unidos: las demandas médicas. Hay médicos que pagan un dineral en Estados Unidos, por demandas de práctica inadecuada y yo no sé si sean adecuadas o inadecuadas, pero el abogado vive en los hospitales y le dicen al paciente oye ¿te dijeron que si no hacías esto te podías caer? No, no me dijeron, pues demanda. Entonces este problema afecta mucho el sistema de salud" 9(43).

Asimismo, se encontró que la práctica de la medicina defensiva aumenta cada año. Este aspecto es muy importante, ya que desalienta a los profesionales de la medicina para realizar un ejercicio de la profesión con mayor libertad. Además al elevar los costes de la atención sanitaria, los médicos ya no recomiendan a futuras generaciones la profesión médica. Cada vez hay menos personas interesadas en estudiar esta carrera, lo que genera el aumento en las listas de espera para visitar a los médicos existentes, por lo que los pacientes prefieren buscar otras opciones, entre las que destaca el turismo médico.

Uno de los médicos entrevistados mencionó lo siguiente:

"Algunos médicos han empezado a salir de los Estados Unidos, evitando las prácticas legales que existen. Estados Unidos es el país de las demandas, allí lo demandan por todo. Y eso ha encarecido la medicina; ya que los médicos hacen una práctica médica que se basa en la prueba fehaciente de estudios, de constancias de laboratorio, de radiología, aunque clínicamente el médico sepa que tiene las anginas inflamadas o que tiene la apéndice mal, o la vesícula, o la cadera, necesita pruebas que documenten su diagnóstico, porque de lo contrario, vienen las demandas" 3(9).

"Los médicos están cansados de esto, porque tienen que comprar seguros muy caros. Algunos mejor decidieron irse a sus países de origen, en donde la medicina puede practicarse sin tantos riesgos para ellos. No sé si es justo o injusto, pero sus riesgos se minimizan y prefieren hacer eso. Entonces al no tener esos gastos adicionales que tendrían que tener en Estados Unidos, pueden ofrecer precios mucho más económicos a veces con la misma tecnología, con la misma preparación, sin costes legales tan altos. De tal suerte que ofrecen un servicio mucho más asequible. Y esto es uno de los elementos que ha dado lugar al turismo médico".8(34), 3(9).

Además del problema de la práctica de la medicina defensiva, las personas entrevistadas mencionaron aspectos como la escasez de médicos, las largas listas de espera para recibir atención sanitaria, el trato al paciente, y otro tipo de problemas

La escasez de médicos. El problema de la escasez de médicos, ha sido un elemento mencionado por algunas de las personas entrevistadas en Ciudad Juárez, uno de ellos, que pertenece al grupo de médicos opinó:

“A nivel local, lo vemos con nuestros vecinos de la ciudad de El Paso, Texas, hay escasez de médicos. La gente puede tardar desde un mes hasta seis para conseguir consulta con un especialista; a lo mejor la medicina de primer contacto la pueden conseguir con relativa facilidad en una semana, pero la de especialidad tienen largas listas de espera, tardan bastante tiempo en conseguirla. Por lo que el costo, la oportunidad de servicio, la cercanía y la calidez de la atención, así como nuestro modelo de atención, son elementos que atraen al paciente”9(39)

Una de las personas entrevistadas del grupo de administradores de hospitales comentó lo siguiente:

“Los médicos evitan el diálogo con los pacientes, por lo que dicen de que “por la boca muere el pez”; si llegan a decir algo y no es así, o se equivocan. Su sociedad tan acostumbrada a las demandas no permite un servicio de otra calidad de atención. Eso eleva los costes de atención. Los médicos simplemente están desincentivados porque dicen “es demasiado riesgo, mejor estudio para abogado, para ingeniero, estudio otra cosa”. Entonces hay escasez de gente que quiera ser médico, ellos tienen una estructura muy compleja para llegar a ser médico” 8(34).

Otra de las personas entrevistadas del hospital que atiende pacientes de escasos recursos opinó:

“En este hospital tenemos una oferta con características distintas a las que tienen en los Estados Unidos. Nuestra oferta es mucho más económica, dispuesta a dar una atención inmediata, lo que generalmente no sucede en EUA. La misma escasez de médicos que tienen, al menos aquí en la frontera en la parte estadounidense, hace que sea un verdadero problema para un paciente recibir atención médica” 9(41).

Los resultados de las entrevistas en profundidad confirman lo que opinan los estudiosos de la situación del sistema de salud y su relación con el turismo médico. Por ejemplo, Jonathan Edelheit (2012) en su análisis de la Reforma de salud, asegura que como consecuencia de la práctica de la medicina defensiva, entre otros factores socioculturales, en EE.UU. existe una grave escasez de médicos. La Asociación Americana de Colegios Médicos estima que en los próximos 15 años, la escasez de médicos en ese país puede llegar a 150mil. El problema puede empeorar si el estimado de 30 millones de estadounidenses más, eligen comprar seguro de salud bajo la Reforma de Salud, (Medical Tourism Association, 2012), lo que significaría que la demanda de atención sanitaria en su propio país se vería incrementada en esos 30 millones de pacientes, aumentando las listas de espera ya existentes actualmente para poder recibir atención médica (Edelheit, 2012a).

Una de las opciones en que la Reforma de Salud está tratando de aumentar el número de médicos y profesionales de la salud existentes en la industria, es a través de las disposiciones para mejorar la educación y la capacitación y ofrecer apoyo a los trabajadores de salud existentes para mejorar el acceso y entrega de servicios de salud a las personas. También crea un programa de reembolso de los préstamos a la fuerza laboral de salud pública para ayudar a ampliar los programas de becas de instituciones de salud pública existentes y establecer un programa de salud pública de la juventud; pero todo esto no va lo suficientemente lejos para

reducir la escasez de médicos que existe actualmente y las acciones propuestas pueden empeorar el problema (Edelheit, 2012a). La escasez de médicos resultará en mayores tiempos de espera de los pacientes para ver a los médicos y para la realización de cirugías, situación que puede propiciar que los pacientes consideren viajar al extranjero como una alternativa viable con el objetivo de tener un acceso más rápido a la atención médica. (Medical Tourism Association, 2012)

Listas de espera. Con relación a esta problemática, una de las personas entrevistadas del grupo de directivos de hospitales comentó lo siguiente:

“En este hospital desde hace más de veinte años hemos atendido gente de la comunidad fronteriza de Juárez; pero también de ciudades vecinas de Estados Unidos como El Paso, Las Cruces, Deming, Socorro, Clint, Albuquerque. Nuestra oferta de servicios es mucho más económica, dispuesta a dar una atención inmediata, lo que generalmente no sucede en EUA, a veces pueden tardar más de un mes para recibir a un paciente, mientras que aquí, en el mismo día reciben la atención” 9(41).

En lo que se refiere al trato al paciente **los** especialistas en el cuidado de la salud de Estados Unidos están considerados entre los mejores del mundo. Sin embargo, el tratamiento médico en este país es inequitativo, muy especializado, y descuida la atención primaria y preventiva. Una de las personas entrevistadas del grupo de directivos de hospitales dijo lo siguiente:

“Aquí en Ciudad Juárez el trato al paciente es personalizado, con mucho tiempo dedicado, mientras que en El Paso y en otros lugares, tal vez por el estilo de una medicina como si fuera una producción en serie, el paciente pasa por muchas manos antes de ver al médico a quien va a visitar y mientras la visita puede durar una hora; el tiempo que estuvo efectivamente con el médico fue de dos minutos tal vez. Mientras, pasó por varias manos, que les tomaron signos vitales, los interrogan, les hacen historias clínicas, dictan prescripciones, pero el trato con el médico es de una forma muy escasa, mínima, así que la gente resiente este tipo de atención” 8(34).

Uno de los funcionarios públicos, de las dependencias de salud, que además es médico, participante en las entrevistas opinó lo siguiente:

“En EUA y México el tipo de medicina que se practica y la regulación médico paciente son distintos y el mexicano que vive en Estados Unidos busca la atención a la que estaba acostumbrado, que no la encuentra allí. No estoy hablando de capacidades ni de técnicas, sino de relación médico paciente, del trato a la persona. Y por ese motivo, además del económico, que también es importante, la gente que tiene acceso al servicio médico en este lado de la frontera sea cual sea su necesidad de atención, lo busca en Juárez” 3 (9).

La opinión del entrevistado hace referencia al concepto de atención médica que definen Lee y Jones (1933) “Una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente. La compleja naturaleza del ser humano y lo intrincado de las relaciones entre el cuerpo y la mente y entre las personas y el todo, determinan que la primera premisa básica de la buena atención médica consista en una profunda familiaridad con la personalidad y las costumbres del paciente” Lee y Jones, 1933. p. 8.)

El resultado final del enfoque de Estados Unidos para la atención de salud es que brinda el peor servicio en salud en comparación con otros países industrializados avanzados. Según la Comisión Commonwealth Fund, en una comparación de 2010

con Australia, Canadá, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, y el Reino Unido, los EE.UU. tenían el segundo lugar, entre los de más baja calidad de atención. En general, los EE.UU. clasificó entre los más bajos resultados de esta comparación, debido a que ocupó el último lugar en aspectos de la atención de salud como: la eficiencia, la equidad, el acceso y la longitud y la productividad de las vidas de los ciudadanos (Department for Professional Employees AFL-CIO (DPE), 2015).

Otra de las personas entrevistadas del grupo de médicos, dijo lo siguiente:

“existe una gran diferencia cultural en el método clínico, en la forma de ejercer la medicina. Nuestros médicos fueron formados para auscultar, percutir, oír, palpar, a sentir al paciente, cosa que no se hace en EE.UU. La atención que brindamos, aparte de calidad, es con calidez. El trato al paciente es muy diferente, nosotros como médicos, como mexicanos, no vemos al paciente como un número, usamos mucho la medicina clínica, cosa que no sucede en otros países del mundo. Nosotros atraemos al cliente mundial por la calidez que representan nuestros servicios, es parte de nuestra cultura” 9 (45).

La comparación de otros indicadores de salud en un contexto internacional subraya la disfunción del sistema de salud estadounidense (Department for Professional Employees AFL-CIO (DPE), 2015).

“los pacientes expresan que se sienten muy bien siendo tratados en Juárez. Por ejemplo me dicen: usted me escucha, con usted puedo platicar y me explica qué es lo que tengo, allá me ve un técnico y si el considera, ya me ve el especialista, pero es rápido, a veces no me revisa, únicamente me pregunta, a veces me revisa otra persona, todo es muy rápido y caro” 7(28).

Por otra parte, se empiezan a manifestar otro tipo de problemas en Estados Unidos, como la poca motivación para el ejercicio de la profesión médica, que incentiva las jubilaciones tempranas, y los brotes de violencia ante la desesperación de no recibir atención médica. Una de las personas entrevistadas de Ciudad Juárez comentó lo siguiente:

“La problemática del Sistema de Salud en Estados Unidos está generando otro tipo de conflictos. Los programas de gobierno no están funcionando y ahora menos. Tengo amigos en El Paso, que son médicos y me comentan que están saturados, ya no quieren trabajar tanto, se quieren retirar” 8(34).

“Hace algunos días en El Paso Times apareció una nota que hablaba de que en un hospital militar de El Paso llegó un paciente...y le disparó al médico, y la nota da a entender que era porque tenía ya mucho tiempo solicitando la atención médica. Para que vea la dimensión del problema” 8 (34).

5.7.2.4 Canadá como mercado potencial

La escasez de recursos para la salud, en Canadá y otros países, ha traído como consecuencia que deben establecer un límite máximo en el cuidado de la salud, a lo que de otra forma, sería un servicio ilimitado, financiado con fondos públicos, dejando a los ciudadanos la carga de pagar de su bolsillo (o a través de pólizas de seguros privados), por los servicios de atención de la salud que no están cubiertos públicamente. En Canadá, los servicios "médicamente necesarios" se proporcionan de forma gratuita; esto históricamente ha incluido, al menos en su mayor parte, los servicios del médico y el hospital (Regis et al., 2013).

Incluso cuando los servicios se prestan en el marco del sistema público, existen desafíos en el cumplimiento de la demanda, dando lugar a largas listas de espera para ciertos tipos de servicios de atención médica.

En la provincia de Quebec, a raíz de la decisión del Tribunal Supremo en *Chaoulli v. Quebec (Fiscal General)*, los viajes médicos podrían convertirse en una opción a través del paquete de seguro privado. La decisión *Chaoulli* y la posterior respuesta del gobierno de Quebec a su iniciativa, cambiaron la cara del sistema de salud, al permitir a la gente saltar la cola del sistema público mediante la compra de un seguro privado para algunos servicios médicos necesarios (Regis et al., 2013). Esto está permitido para un número limitado de tratamientos, por ejemplo, *las cirugías de cadera y reemplazo de rodilla, la extracción de cataratas y la implantación de lentes intraoculares*. Estas áreas de especialidad en los hospitales de Ciudad Juárez, podrían enfocar sus estrategias de marketing hacia el mercado canadiense.

Los servicios médicos necesarios, abiertos a los seguros privados están posiblemente condenados a aumentar. El Gobierno de Quebec dejó abierta la posibilidad de incluir más tratamientos médicos en esta categoría y ya ha considerado la introducción de nuevos servicios en el futuro (Regis et al., 2013).

Turner sostiene que la decisión *Chaoulli* y la Carta Canadiense de Derechos y Libertades sirve de base para un argumento legal que las provincias deben reembolsar a la atención médica necesaria obtenida fuera de Canadá, cuando hay un riesgo de muerte o daño tisular irreversible. (Turner, 2007a).

Autores como (Regis et al., 2013) plantean que los canadienses podrían participar en viajes médicos para evitar las listas de espera, obtener atención que no esté disponible en su país, o recibir atención a un mejor precio. Por otra parte, las compañías de seguros que ofrecen cobertura de salud pueden buscar paquetes de turismo médico para reducir los costes y aumentar ganancias para atraer y mantener a sus clientes.

Uno de los aspectos más notables del turismo médico es que no es simplemente un fenómeno de los ricos. Más bien, se está convirtiendo en una alternativa para los pacientes que buscan atención asequible que no está disponible en su país de residencia o sólo están disponibles a un costo alto o después de un largo retraso. La evidencia disponible sugiere que, hasta la fecha, los viajes por salud son predominantemente un fenómeno regional, con la mayoría de los pacientes extranjeros que entran en un país procedentes de otros países dentro de la región inmediata (Terry, 2006). Una de las personas entrevistadas del grupo de administradores de hospitales comentó lo siguiente:

“Nuestro mercado, por el que vamos, es el americano. Sin embargo, algo que también observé es que Canadá es otro nicho muy interesante. Allí tienen un déficit peor que el de Estados Unidos. Los pacientes tienen que esperar hasta seis meses en lista de espera para ser atendidos y están creando certificadoras, tratando de identificar participantes que quieran certificarse con ese país, para enviar pacientes. Ese es un mercado que yo no lo conozco bien, pero vi una desesperación canadiense porque haya quien los atienda. Necesitamos identificar el nicho del mercado para planificar con precisión” 8(34).

En Ciudad Juárez, las clínicas de odontología especializada, así como el especialista en bariátrica que atiende pacientes internacionales tienen identificado a Canadá como un mercado potencial, dado que actualmente reciben pacientes de ese país. Sin embargo, a nivel de destino, aún no se ha realizado una estrategia de difusión de los servicios que puede ofrecer el destino médico fronterizo.

Los retrasos de intervenciones médicas, tales como reemplazos de cadera y rodilla, cirugía espinal, y procedimientos oftalmológicos son un problema serio en Canadá. Tanto el gobierno Federal como los gobiernos provinciales están luchando para acortar las listas de espera y proporcionar atención oportuna. Los pacientes a menudo esperan meses para obtener citas con especialistas, someterse a las pruebas de diagnóstico y recibir tratamiento. La falta de acceso a los médicos familiares puede hacer que obtener atención sanitaria sea particularmente difícil. (Turner, 2007).

Una de las personas entrevistadas, del grupo de médicos, mencionó:

“el turismo médico es por deficiencia económica, ya que los pacientes no pueden cubrir el alto costo de una cirugía similar en los Estados Unidos” 7(29).

El aspecto más publicitado del fenómeno hasta la fecha ha sido pacientes estadounidenses no asegurados que buscan procedimientos quirúrgicos asequibles en el extranjero, especialmente en los países asiáticos, como la India y Tailandia. No obstante, en Canadá parece existir un problema de disponibilidad de recursos humanos para brindar la atención que requieren los pacientes en ciertas especialidades, y lo interesante es que en México podrían obtener estos servicios a un coste mucho más accesible. Los ahorros monetarios son potencialmente enormes, con costes de la cirugía en los países de destino significativamente menores que en los EUA o en otros países desarrollados. Incluso cuando se toma en cuenta el costo de los vuelos y el alojamiento, el costo total de la cirugía en Asia puede ascender a menos de 20 % del coste total de la cirugía en EUA. Sin embargo, el aspecto relacionado con los vuelos de largas distancias, puede poner en riesgo la salud de los pacientes, por lo que el pertenecer a una misma región, y estar ubicada estratégicamente en la frontera, es otra de las ventajas de Ciudad Juárez como destino médico.

En el caso de estudio, las personas entrevistadas mencionaron que actualmente están atendiendo pacientes de Canadá, en cirugía bariátrica, en ortopedia, cardiología y en clínicas dentales especializadas para implantología y rehabilitación oral.

Reconociendo que muchos canadienses son incapaces de obtener un tratamiento rápido, las empresas de turismo médico promueven los viajes a centros médicos en otros países. Los clientes de estas empresas pueden comprar cualquier cosa, desde los procedimientos cosméticos y exámenes de diagnóstico a los trasplantes de riñón, la fertilización in vitro, terapias contra el cáncer, y procedimientos ortopédicos. El costo de los paquetes de turismo médico es muy variable. Los precios dependen de los procedimientos a seleccionar por los clientes, en el que viajan, cuánto tiempo tienen la intención de quedarse, y si desean alojamiento postoperatorio en hoteles económicos o resorts de lujo (Regis et al., 2013).

Al menos 15 empresas de turismo médico operan en Canadá. Una de estas empresas se encuentra en Alberta, 1 en Manitoba, 7 en la Columbia Británica, 3 en Ontario, y 3 en Quebec. Esta lista no incluye las agencias de viajes más tradicionales que anuncian paquetes de turismo médico (Regis et al., 2013).

Empresas de turismo médico canadienses envían a sus clientes a países como Argentina, Brasil, China, Costa Rica, Cuba, Francia, Alemania, India, Malasia, México, Pakistán, Polonia, Rusia, Singapur, Sudáfrica, Sri Lanka, Tailandia, Túnez, Turquía, los Emiratos Árabes Unidos y los Estados Unidos. Algunas empresas envían a sus clientes a un único centro médico en un país determinado, mientras que otros anuncian una selección de destinos.

Los paquetes de viaje de atención médica general incluyen transporte aéreo y terrestre, visas de viaje, alojamiento, asistencia de un representante local de la empresa en el país de destino, la transferencia de los registros médicos de los médicos tratantes, y las tarifas negociadas para obtener los procedimientos médicos que los clientes deciden comprar (Regis et al., 2013).

Los canadienses ricos siempre han tenido la opción de viajar fuera de Canadá para la obtención de tratamiento médico. Las empresas de turismo médico ofrecen la opción internacional de atención médica.

Los participantes en las entrevistas en profundidad mencionaron en varias ocasiones que históricamente han atendido pacientes de los Estados Unidos, pero también, que en los últimos años han empezado a recibir pacientes de Canadá. Por ejemplo uno de los médicos participantes comentó:

“Yo he atendido pacientes de Canadá, pero creo que es sobre todo por las maquiladoras. Pero una vez que se consolide el turismo médico primero aquí con los estados vecinos, está la posibilidad del mercado Canadiense” 7(28).

Además, un dato relevante para la identificación de nichos de mercado es el que menciona una publicación del gobierno de Saskatchewan, donde se estima que 3,500 personas en esa provincia de Canadá han sido diagnosticadas con Esclerosis Múltiple; es decir, la incidencia de Saskatchewan de esta enfermedad es de 340 por cada 100 mil habitantes, una de las más altas del mundo. (Saskatchewan.ca/government, 2012). El conocer los tipos de padecimientos en los mercados de origen, permitirá avanzar en la preparación del destino para la atención de los nichos de mercado identificados.

No obstante, se debe investigar y planificar adecuadamente, tomando en consideración las opiniones de autores como (Terry, 2006), quien señala que los medios de comunicación pueden exagerar el fenómeno de promover los intereses particulares, tales como los que critican la asistencia sanitaria universal o argumentar a favor de una mayor financiación para la salud pública.

Además, Turner, (2007a) menciona que no está claro si las cifras reportadas por las agencias de turismo en los países de destino son precisas o simplemente es otra estrategia de marketing destinada a generar adeptos al turismo médico.

Por lo anteriormente expuesto, y desde una perspectiva económica, se puede establecer como conjetura que el contexto del mercado de origen considerando los países de Estados Unidos y Canadá, por las condiciones que presentan sus sistemas de salud, permiten imaginar un escenario favorable para el turismo médico fronterizo, lo cual se ve favorecido debido a que pertenecen a la misma región económica, además de ser socios comerciales en el Tratado de Libre Comercio. Esta conjetura se plantea con base en la revisión de la literatura sobre turismo médico, así como en los resultados de las entrevistas, al haber sido los países más mencionados por las personas entrevistadas que operan los servicios desde el modelo de turismo médico planificado en Ciudad Juárez.

5.2.3 Integración de actores

Este apartado comprende la información obtenida con relación a las acciones realizadas por el gobierno para favorecer el turismo médico así como la percepción de las personas entrevistadas sobre el tema de Integración, que habla de las relaciones entre el estado, el mercado y los actores que participan en el desarrollo del destino turístico médico de Ciudad Juárez, México. También incluye los aspectos de arraigo y liderazgo de grupos, identificados como problemas para el avance del turismo médico.

Los gaps identificados con respecto a la integración tienen relación con el papel que ha jugado el gobierno para el desarrollo de esta actividad. La manera en como se ha ido desarrollando el destino turístico con la participación de actores clave, la identificación de vacíos de poder y el estancamiento del sector turístico que podría estar en pleno desarrollo bajo unas condiciones de colaboración más favorables y sólidas.

Enseguida se presentan los hallazgos en las áreas de integración de actores para el turismo médico, según las entrevistas a los principales stakeholders. La codificación de las entrevistas permitió generar dentro de la categoría de Integración del destino médico los siguientes subtemas: Coordinación entre los niveles de Gobierno Federal, Estatal y Municipal, Coordinación entre organizaciones públicas, privadas y público-privadas, Política de salud y turismo médico y Liderazgo.

5.7.3.1 Coordinación entre los niveles de Gobierno Federal, Estatal y Municipal

Gobierno federal. En el documento Turismo y Desarrollo en México, análisis del sector turismo de México realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo en 2008, se mencionaba como uno de los retos para el turismo en México, el “Consolidar el modelo descentralizado de la gestión pública en turismo y avanzar en la coordinación interinstitucional a todos los niveles para mejorar la eficiencia y eficacia en la definición y aplicación de las políticas públicas”(Altés, 2008p. 67). En el apartado 4.31. Revisión de la estructura y fomento de la coordinación interinstitucional a nivel federal dice: “En términos generales, SECTUR necesita fortalecer su carácter de órgano de estrategia, política, análisis, prospectiva y monitoreo del sector”(Altés, 2008 p.91).

El párrafo anterior muestra que desde hace casi dos décadas ya se identificaba una falta de coordinación interinstitucional en el país, a todos los niveles y más aún

tratándose del tipo de turismo médico, que es en esencia complejo; ya que intervienen desde la perspectiva de la oferta varias dependencias de gobierno que pertenecen a distintas Secretarías de Estado, lo que hace complicada la colaboración y la coordinación. Mientras que del lado de la demanda, los pacientes enfrentan una realidad en la que habrán de tomar decisiones sobre la atención de su salud ante un sistema conformado por las fuerzas sociales como valores, normas, reglas y hábitos incrustados en el sistema social del que forman parte y donde no encuentran una solución a sus necesidades, lo que se traduce en una situación difícil tanto para consumidores como para oferentes.

Las recomendaciones emitidas por el Banco Interamericano de Desarrollo, al parecer no han sido tomadas en cuenta; el avance del turismo médico requiere la coordinación de varias Secretarías de Estado, principalmente la de Salud, la de Economía, la de Relaciones Exteriores y la de Turismo, por mencionar las directamente relacionadas con el tema de estudio. Los resultados de esta investigación indican que aún se requiere fortalecer las iniciativas de coordinación que están implementándose de manera incipiente.

Las personas entrevistadas aún no perciben el apoyo del gobierno federal para el desarrollo del turismo médico; sin embargo en la publicación de la versión digital del periódico “El Diario” aparece la siguiente nota:

“Carlos Alberto Yates García, director estatal de ProMéxico indicó que como parte del impulso que el Gobierno federal está dando a la ciudad, en la novena edición de la revista Negocios, con la que ProMéxico promueve las inversiones en todo el país, Juárez aparece como personaje central, con varios artículos que lo muestran como uno de los mejores polos manufactureros del mundo.

Esta es la segunda vez en este año que Juárez es puesta por ProMéxico en los ojos del mundo. En la edición de agosto del 2015, la ciudad fue destacada como una de las ciudades con mayor potencial en el ramo médico.

La edición de agosto, cuyo tema central es “Biotecnología, Dispositivos Médicos, Turismo Médico y Farmacéutica: los Cuatro Pilares del Sector Salud en México”, destaca a Juárez en varios rubros. En dicho número, la revista destaca el proceso de conformación de un clúster abarcando tres áreas: la manufactura de insumos; un centro de desarrollo, investigación e incubación de proyectos biomédicos y un lugar apto para desarrollar el turismo médico por su cercanía con la frontera y la calidad y precio de sus servicios”

Durante su visita a esta ciudad, Mihailis Kavartzis, uno de los top 5 en materia de imagen de ciudad, indicó que es urgente que Juárez sea promovido en el resto del mundo. Indicó que por ahora Juárez no aparece en los medios de información globales con sus aspectos positivos, y que sigue ligado a la imagen de violencia que le dejaron los años pasados. Agregó que todos estos esfuerzos de promoción son positivos, aunque se requiere que sean bajo un plan organizado en el que participe toda la sociedad, incluyendo a la iniciativa privada y los gobiernos”.

Esta nota es relevante en el sentido que confirma lo que otros autores como Orozco y Bejarano, (2014) han mencionado respecto a que el gobierno federal está apoyando con actividades de promoción de los destinos médicos; no obstante, las estrategias realizadas por los gobiernos de otros países que han apostado por el

turismo médico son mucho más definitorias con unas acciones como las que se mencionan a continuación:

Cuba fue el primer país, desde hace casi tres décadas, cuyo gobierno tenía una estrategia deliberada para atraer pacientes extranjeros y recibir atención en su bien establecido sistema de salud, con el fin de atraer divisas durante su crisis económica (Connell, 2006).

En Asia, los principales países en los que los viajes por motivos de salud fueron promovidos por primera vez como turismo médico fueron Singapur, Tailandia y Malasia, seguidos por la India y Filipinas, y más recientemente por Corea del Sur y Taiwán (Leng, 2010). En todos estos países, los gobiernos están involucrados en diversos grados en el desarrollo o en el apoyo a la industria del turismo médico. De hecho, no es posible pensar en la aparición de la industria del turismo médico y su desarrollo inicial en Asia como consecuencia de la crisis financiera de 1997 sin pensar en el papel del Estado (Leng, 2010); sin embargo, a lo largo de los años 1960 y 1970, el acceso a la asistencia sanitaria se considera un componente crucial de la responsabilidad gubernamental, tal como se expresa en la Declaración de Alma-Ata (OMS-UNICEF, 1978) ; y los servicios de salud no se ven fácilmente como un producto comercializable a pesar de la existencia de un comercio internacional (Díaz y Hurtado, 1994, p. 4). El derecho a la asistencia sanitaria era, y continúa siendo, la piedra angular de la ciudadanía social, conceptualizado en el marco de la nación, y los derechos y obligaciones de la ciudadanía (Moran, 1991). ¿Existe un conflicto inherente entre la obligación del Estado de garantizar el acceso de la salud de sus ciudadanos, por un lado, y su defensa del turismo médico por el otro? En los estados de bienestar europeos, los debates en torno a la responsabilidad del Estado en la utilización de la asistencia sanitaria transfronteriza, tienen un tono claramente diferente al clamor entre los países asiáticos para llegar al tren de turismo médico.

La participación integral del Estado en la industria del turismo médico en los dos países, Singapur y Malasia, puede entenderse en relación con sus estrategias de desarrollo económico y el carácter del Estado y la economía. Malasia y Singapur heredan las instituciones estatales burocráticas bien desarrolladas al pasar a ser políticamente independientes de Gran Bretaña. Los estados post-coloniales, para su desarrollo, adoptan modelos capitalistas de libre mercado y priorizan el desarrollo económico en sus agendas.

Tabla 5.32 Características del sistema de salud en países seleccionados

Comparación de Sistemas de salud			
Elemento para el análisis/ países	Tailandia	Malasia	Singapur
Estructura organizacional	Centros de excelencia en algunos hospitales privados Bangkok	Creciente sector privado de salud por el movimiento de mano de obra calificada nacional	Equilibrada mezcla público-privado, el sector público corporatizado

Estrategia nacional	Centro Regional de Salud	Estrategia industrial para desarrollar el turismo	Estrategia de crecimiento económico para desarrollar industrias biomédicas. Apoyo a R&D biomédico
Impacto de las Políticas	Problemas de creciente desigualdad y división urbano-rural	División público-privada; desigualdad racial entre sectores público-privado	Reducidos espacios de diferencia en ingresos entre los sectores público y privado

Fuente: (Pocock y Pua, 2011).

A continuación se presentan las opiniones que las personas entrevistadas emitieron sobre la integración y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno para el desarrollo del turismo médico en la frontera Juárez-El Paso.

“El aumento del impuesto al valor agregado (IVA), nos ha afectado de manera importante, entonces, vuelvo a lo mismo, no hay disposición del gobierno federal de entender a la zona fronteriza, no le importa”...No, esto no es de ahorita, ni por la violencia, ni por la inseguridad” 20(59).

Otros identifican:

“Se ha priorizado a la Industria Maquiladora para realizar estrategias que favorezcan su desarrollo, mientras que otras opciones que requieren mayor inversión, tiempo y recursos de los que se carece, han quedado como "proyectos interesantes", pero que no pasan de allí” 3(10).

Lo anterior refleja una falta de apoyo y financiamiento público al desarrollo de las actividades del turismo en general y del turismo médico en particular, lo cual sería indispensable para el desarrollo de un destino turístico. Además, las personas entrevistadas, de las distintas dependencias de gobierno de los tres niveles, y que además tenían cargos jerárquicos de primer y segundo nivel, nunca mencionaron conocer las acciones específicas para promocionar al destino médico de Ciudad Juárez, como la publicación en dos ocasiones en la revista de PROMEXICO, motivo por el cual se puede afirmar que existe un desconocimiento de las acciones que se realizan en el marco de la política pública para el desarrollo del turismo médico. La única acción plenamente identificada y que fue mencionada por varias de las personas entrevistadas, fue la creación del Sistema de Calidad para la certificación de hospitales, por la Secretaría de Salud.

Gobierno estatal. El gobierno federal está impulsando la creación de clústeres de turismo médico en los estados donde existen destinos con las características de infraestructura y recursos para ofrecer servicios de salud a pacientes internacionales. Las personas entrevistadas del grupo de autoridades de gobierno estatal manifestaron que se han realizado acciones para sensibilizar a los directivos y administradores de los hospitales privados participantes de Ciudad Juárez. No obstante, en esas reuniones no han sido convocadas las autoridades de gobierno municipal. Por tanto, se identificó una falta de coordinación entre los tres niveles de gobierno para poder avanzar hacia el logro de los objetivos de la política pública de turismo médico en México.

Una persona del grupo de directivos de Gobierno del Estado comentó:

“Hemos tenido los primeros intentos, estamos iniciando en Ciudad Juárez con el desarrollo de un clúster médico en esta frontera. Ya tenemos un preámbulo, un anteproyecto bien desarrollado, concreto, para empezar a trabajar con el clúster médico. En ese sentido, hay un interés del gobierno del estado, de la Secretaría de Economía, de donde depende la Secretaría de Turismo, de apoyar en el desarrollo de este clúster médico” 2(5).

“En Juárez estamos trabajando en ese sentido, pero hasta hoy no hay una oferta específica por parte del gobierno federal para apoyarnos en el desarrollo del clúster médico en la frontera. Tampoco lo hemos solicitado, habría que ver si se asignará en el 2015 alguna bolsa que ayude o apoye para este desarrollo” 2(2).

“Cuando empezamos a tratar el tema del turismo médico, se percibió que todavía no llama la atención al nivel que pudiera hacerlo y esto se explica debido a que cuando los Estados no tienen un desarrollo como lo tiene Chihuahua en el tema industrial es más fácil que encaje un nuevo modelo económico que les permite desarrollar ese tema porque requieren con inmediatez de un producto para poder atraer más inversiones” 2(2).

Esta opinión es relevante en virtud de que permite identificar que el turismo médico no es una prioridad para el gobierno del estado ni para el gobierno municipal. Por tanto, de esta forma se explica que los apoyos que existen son orientados al reposicionamiento de la Industria maquiladora.

“El antecedente de coordinación que recuerdo, tiene que ver con el desarrollo industrial, que representa el 70 % de la economía de Juárez. Si nos remontamos a los primeros años de la industria maquiladora, Tijuana era nuestro competidor, como frontera, pero luego nos unimos Juárez y Tijuana. El problema es, que nos unimos en lo social pero no en lo político. Tijuana trataba de vincularse con el Distrito Federal, que no tardó en darse cuenta de la importancia de una zona de desarrollo, o una plataforma de la frontera norte como eje de desarrollo con el TLC. Por eso Tijuana tiene mayor avance y apoyo del gobierno federal” 20(59).

La falta de unión a nivel de municipios fronterizos para gestión de recursos y políticas públicas de soporte para el desarrollo de la frontera a nivel federal se esgrime como argumento ante la falta de apoyo por parte del gobierno federal a la región Juárez-El Paso. Se sabe que el gobierno federal distribuye los recursos a través de los estados y en ocasiones, éstos no priorizan las necesidades de sus municipios de una manera acorde a la realidad, sino fundamentados en intereses de carácter político.

“Si analizamos por qué no ha despegado el turismo médico en Juárez, yo siento que es 80% por cuestiones políticas y 20 % por razones económicas” 20(60).

Uno de los problemas mencionados en varias ocasiones por las personas entrevistadas fue el relativo al centralismo, tanto a nivel federal como estatal. Uno de los participantes del grupo de organizaciones sociales comentó:

“Luego entraron los intereses del centro de la república y desde el año 2001 que fue cuando tuvimos el mayor número de empleados aquí en Juárez, no hemos vuelto a llegar a esa cifra, porque hemos perdido muchas empresas hacia el centro de la república, como el Estado de México, Querétaro, Guanajuato y Guadalajara. Desafortunadamente impulsadas muchas veces por ayuda de nosotros mismos, porque estuvimos presentes en eso, pero no nos dábamos cuenta de que cuando llegábamos allá les enseñábamos todo el “know-how” y luego nos sacaban de la jugada. Juárez tuvo su etapa de desarrollo importante, pero existe la situación de que no nos dejan

crecer, el centro del estado y de la república no lo ven, no es de su interés que se desarrolle esta parte del norte” 20(60).

“En cuanto al turismo, para quien toma las decisiones solo hay cinco puntos turísticos hacia donde se asignan todos los recursos, son cuatro playas que son Los Cabos, Cancún, Acapulco y Puerto Vallarta, y el Distrito Federal. El centralismo está más vivo que nunca, ese es el problema, para las zonas del norte, y ahora, más que nunca. ¿De dónde han sido los últimos tres presidentes? uno ha sido de Michoacán, otro ha sido de Guanajuato y el otro es del Estado de México; de acuerdo a nuestra manera de pensar las cosas, ¿qué estados se van a desarrollar de una manera profusa?, pues esos que le menciono...” 20(59).

El discurso de las personas refleja las dificultades que han enfrentado debido a la falta de recursos, lo que coincide con los aspectos mencionados también por las personas entrevistadas del gobierno municipal.

“A nivel estado es lo mismo, estamos elaborando un proyecto de medio millón de pesos y tenemos que llevarle un pergamino de cosas para que vean que es viable y que nos conviene y luego con la mano en la cintura, nos dicen, está bien, pero va a ser para Chihuahua y Juárez. Para ellos todo lo relacionado con turismo sólo es la ciudad de Chihuahua y Creel” 20(59).

“yo creo que se tiene que hacer una legislación especial para las zonas fronterizas de los dos países y que opere realmente como un tratado de libre comercio, de esa forma el turismo médico saldría ganando, deje nada más que la gente se dé cuenta que puede atenderse con buena calidad y con un costo de sólo el 20 % y empezarán a venir cada vez más. El problema de México es que ahora todo mundo quiere entrarle al turismo médico”. 20(59).

Visto desde otra perspectiva, se puede afirmar que la gestión engloba las funciones de planificación, dinamización y coordinación de los agentes turísticos (públicos y privados), se trata de un tema crucial como es el Estado, el poder político, la administración pública y su relación con el mercado, la sociedad civil y sus correspondientes actores, toma de decisiones, procesos socioeconómicos y territoriales.

El intento de identificación de la naturaleza del fenómeno conduce a afirmar que toda sociedad se dota de unas instituciones políticas y de unas estructuras y normas que incluyen un modelo territorial de organización política administrativa en el que se contemplan diversos niveles con distintas competencias políticas y administrativas, en cada caso.

Gobierno municipal. Se mencionó en varias de las entrevistas que el municipio de Juárez no le ha otorgado al turismo médico la prioridad que requiere para su desarrollo.

Uno de los hallazgos relevantes se refiere a que la gestión municipal del turismo no la realiza el municipio, sino la Oficina de Convenciones y Visitantes de Ciudad Juárez, dependiente de un fideicomiso estatal. Las acciones municipales orientadas al desarrollo del turismo, son incipientes, ya que en el año 2014 se creó una Dirección de Turismo, que depende de la Dirección de Promoción Económica y que promovió la creación de un Reglamento de Turismo Municipal. Esto muestra una gran debilidad del municipio en el área de turismo, y fortalece la idea de que en realidad todo lo que está sucediendo en turismo médico en la ciudad, obedece

principalmente a la propia iniciativa privada, al Gobierno del Estado, la Oficina de Convenciones y Visitantes, y a la comunidad emergente (quienes funcionan en el modelo teórico de turismo médico desde un marco reactivo-emergente). Lo anterior se atribuye a que el gobierno local ha priorizado el desarrollo de la industria maquiladora, por el beneficio de generación de empleos y recursos que aporta a la ciudad. Esto se explica, ya que los proyectos de nueva creación como el turismo médico requieren grandes inversiones, mientras que proyectos consolidados como la Industria maquiladora, requieren actualmente menor cantidad de recursos comparativamente que al momento de arranque de los mismos. Por lo que se favorece a la industria maquiladora para la asignación de recursos y desarrollo de proyectos que la fortalezcan.

El desarrollo del turismo médico en la ciudad requiere el respaldo de una institución con poder, rol que el municipio aún no decidió asumir. Es un problema que el municipio no reconozca el valor del turismo médico para el destino turístico. Esto significa que aunque aparentemente se está en tránsito de un proceso de desarrollo de turismo médico de emergente hacia uno planificado, realmente han sido los mismos hospitales, clínicas y médicos, que funcionan en el marco del modelo teórico del turismo médico planificado, quienes realizan las acciones de planificación.

Es inobjetable que se requiere la colaboración y apoyo tanto del gobierno del Estado como del Gobierno Federal, pero en la medida en que el destino de turismo médico es Ciudad Juárez, consecuentemente el ente público más interesado en su desarrollo debería ser precisamente el gobierno municipal, ya que a su vez se constituye como en el beneficiario directo de este proyecto.

Sería el municipio el que debería liderar estos procesos, o apoyar lo que ya existe. Pero no puede permanecer al margen.

Una de las personas entrevistadas del grupo de facilitadores mencionó:

“El turismo médico genera 9 empleos por operador mientras que la industria maquiladora genera 2.7 empleos por operador. Este dato, parece que no se ha dimensionado en cuanto a las posibilidades de desarrollo que podría traer a la región”¹³⁽⁵¹⁾.

En un análisis comparativo con otro caso de destino turístico médico de frontera, como Los Algodones, Baja California. Se partió de un análisis diferenciado en el que el Municipio apoya totalmente el desarrollo del destino, en parte porque no tiene la maquiladora que le hace competencia. Al ser el principal sector que genera desarrollo, necesariamente se constituye en el objetivo que deberá ser priorizado y consecuentemente va a recibir todo el apoyo.

En una ciudad que tradicionalmente ha fundamentado gran parte de su desarrollo económico en la industria maquiladora, se hace más difícil que se visualice un proyecto por el turismo. Es una competencia entre sectores, y la atención que estos reciben por parte de los tres niveles de gobierno. Por tanto, falta coordinación a nivel de sectores y áreas económicas.

La opinión emitida por varios miembros de la comunidad de prestadores de servicios de atención sanitaria, expresada de distintas formas, recurrentemente deja ver la ausencia de liderazgo del municipio en el desarrollo del turismo médico.

“Entonces, necesitamos crear un ambiente, yo les manejo siempre el ambiente de navidad, se empieza en septiembre y ya después está uno tan inmerso en eso, que ya está en ese asunto. Entonces, ese ambiente debemos tenerlo en las calles. Tal vez es un ideal, pero ¿por qué no lograrlo? Y le digo, los tránsitos, la policía, porque no es solo la salud, es el turismo municipal. Pero no hay nada. Tenemos que trabajar de una manera más organizada, el gobierno debe ser el facilitador de las cosas” 9(38).

Al respecto, hubo varias opiniones de las personas entrevistadas en ese sentido. Una de ellas manifestó:

“Existe el problema de falta de acción municipal” 9(45).

“El municipio de Juárez no ha realizado acciones para favorecer el desarrollo del turismo médico”20(59).

“Yo creo que en relación al turismo médico, está muy clara la participación del orden federal y estatal. En el caso del área de salud del municipio se enfoca más a trabajar en la prestación médica para los empleados del gobierno municipal y en algunos casos participa un poco fuera de ese núcleo de trabajo, pero yo creo que está muy débil esa parte. Lo fuerte está en el orden federal y estatal, pero creo que hay un potencial enorme ahí y quizá no ha habido una convocatoria más amplia” 3(15).

5.7.3.2 Coordinación entre Organizaciones Públicas, Privadas y Público-Privadas

Coordinación entre organizaciones públicas. Siguiendo las ideas de Vera Rebollo y otros (2011), se encontró que la estructura organizativa de la administración pública es compleja y cambiante. Parece ser que las intervenciones de las políticas públicas, tanto nacionales como estatales, dirigidas a lograr los objetivos del desarrollo del turismo médico no han mostrado la eficacia necesaria para alcanzar sus metas, pero en la opinión de los entrevistados destaca la falta de participación del gobierno municipal.

Una de las personas entrevistadas, del grupo de médicos mencionó lo siguiente:

“A mí me sorprende que en CJ los programas que más han funcionado sean los federales, no para el turismo médico, sino en general. Los programas estatales funcionan medianamente, no así los municipales” 7(28).

En ese mismo sentido, los continuos cambios de funcionarios en las dependencias de gobierno tanto estatal como municipal, dificultan la continuidad de los proyectos y el logro de objetivos.

Esto lleva a preguntar por las posibles causas del problema, a identificar los factores determinantes de esta brecha entre metas y logros, así como a analizar las respuestas más adecuadas. Una de las personas al cuestionarle sobre el tema, comentó:

“Yo no sé si se pueda deber a cuestiones de falta de colaboración por aspectos políticos, lo que sí es un hecho, es que el plan municipal de desarrollo forzosamente debe alinearse tanto al plan estatal como al plan nacional de desarrollo, es totalmente ilógico,

absurdo que el gobierno municipal pretenda implementar cualquier política pública, estrategia o acción de gobierno que no esté de alguna manera prevista en el plan nacional y en el plan estatal, ¿qué puede pasar? Que puedan variar con respecto al nombre que tengan los programas o las estrategias de gobierno, pero el objetivo, el proyecto debe coincidir; voy a ponerle un ejemplo, lo que contempla el plan nacional de desarrollo en materia de seguridad, lo nombra como orden y estabilidad social, y en realidad se refiere a la seguridad pública. El plan estatal de desarrollo lo maneja con otro nombre pero a final de cuentas tanto el gobierno federal como el estatal tienen un proyecto que va encaminado a la seguridad pública en cada uno de sus respectivos territorios, el gobierno municipal lo puede bautizar de otra manera pero tiene que ir perfilado a lo mismo, ¿Por qué? Si algo de lo que el gobierno municipal pretende llevar a cabo no está dentro del PND simple y sencillamente no podemos aspirar a conseguir recursos porque no estamos embonando. Es decir, el gobierno federal nos podría decir: ese tema no es parte de mi agenda de gobierno y no puedo por lo tanto otorgarte recursos” 3(11).

Aunque, posiblemente exista la intención de apoyar el turismo médico a nivel municipal y sean otras razones, como la falta de recursos las que no han favorecido las decisiones de apoyo.

“Aquí hay dos cosas muy importantes. Yo le mencionaba probablemente una cuestión de roces políticos pero siendo los tres niveles de gobierno del mismo partido, es algo más fácil de subsanar, otro aspecto podría ser una cuestión de falta de recursos. El presupuesto de egresos para este año solamente tuvo un incremento del 5 %. Se eliminaron varios proyectos estratégicos, entonces, probablemente también sea una cuestión que esté vinculada a falta de recursos” 3(11).

Un ejemplo de falta de coordinación entre los tres niveles de gobierno se identifica al observar las acciones realizadas en el marco de la política pública de salud, respecto a la instrucción de afiliar cientos de miles de personas al seguro popular sin contar con la capacidad de atención necesaria para ello. Más adelante se explica su relación con el turismo médico. Una de las personas comentó:

“El problema vino de allí en adelante para la atención. Se empezó a manejar a nivel federal, en las mesas de trabajo, que Ciudad Juárez contaba con una cobertura total. Esto vino a ser para la ciudadanía una confusión, porque se entendió que era una cobertura total en todos los servicios, y que el seguro popular les cubriría todo, lo cual no fue así” 2(4).

Otro de los ejemplos que evidencian esta situación fue cuando las personas entrevistadas manifestaban que se estaban realizando reuniones de tipo exploratorio con representantes del gobierno federal y estatal para identificar posibles acciones a realizar para el desarrollo del turismo médico, en las cuales no participaba personal del municipio, y al preguntar las razones por las que no participaba, solo respondieron:

“posteriormente se les va a convocar”2(5).

En ese mismo sentido, otra de las personas entrevistadas comentó:

“Yo creo que el Gobierno ha tenido destellos y buenas intenciones pero realmente no ha mostrado la capacidad de coordinar los esfuerzos de la gente que está encargada de hacer el tejido de esa estructura del turismo médico. No se han podido conciliar los intereses de la gente de Chihuahua con los de la gente de Juárez y los apoyos que podían servirse, no han dado resultado. Siento que ha faltado esa cuestión, ese

seguimiento". El centralismo estatal ha dejado a Ciudad Juárez excluida o minimizada" 8(34).

Según el organigrama o modelo resultante, la gestión pública del turismo será más o menos ágil, más o menos eficiente y revelará en cualquier caso, la importancia que se le da al turismo en función de la jerarquía que se atribuya a la administración turística en la organización político-administrativa y a la ubicación de las competencias en cada nivel (Vera Rebollo, López i Palomeque, Marchena Gómez, y Anton Clavé, 2011).

Con relación a la importancia que se le da al turismo en la ciudad, se pudo determinar en función de la jerarquía que se atribuya a la administración turística, las personas entrevistadas comentaron que se considera que al turismo se otorga muy poca importancia, ya que a pesar de que en la administración municipal 2013-2016 se creó una dirección de turismo dependiente de la Dirección General de Desarrollo Económico, esta cuenta con un presupuesto limitado para su operación, y su estructura sólo contempla la figura del director, sin personal a su cargo. Varios de los actores entrevistados hicieron mención de que los frecuentes cambios de autoridades en las dependencias públicas estatales y municipales de turismo generan la falta de continuidad de los proyectos turísticos.

Coordinación entre organizaciones privadas. La falta de coordinación y colaboración entre los hospitales se menciona como algo deseable pero difícil de lograr. Esta no se produce si hay expectativas de que alguien va a ganar y otros van a perder. Es interesante que al cuestionarle a uno de los médicos especialistas si consideraba competencia a los otros prestadores de servicios de gran calidad en la ciudad respondió negativamente, incluso mencionó que entre ellos se refieren pacientes de otras especialidades a las que cada uno maneja, lo cual habla de una coordinación que ellos mismos en ocasiones, no identifican, pues a la pregunta explícitamente planteada de que si había coordinación entre el grupo de profesionales de otras áreas afines a su especialidad respondió de manera negativa.

Otro de los aspectos que se requieren mejorar es la gestión. Una de las personas entrevistadas dijo:

"Faltan convenios entre hospitales y hoteles. Además, los hoteles no tienen las condiciones necesarias para atender pacientes. Lo único que existe es la opción de un médico de llamada. El paciente se siente mal, contactan al médico, lo atiende y lo refiere al hospital o lo acompaña al hospital más cercano. Tampoco existen convenios con tarifas especiales para el turista médico o sus familiares con ningún hotel, ellos eligen donde hospedarse, no se les recomienda ninguno" 7(28).

"Yo creo que hace falta la cooperación y la coordinación entre los hoteles. Tienen una asociación, pero no ha logrado establecer consensos por ejemplo a la hora de participar en eventos. Abaratan el producto por quedarse con el evento y pierden todos. No alcanzan a ver que si pierden puntos en la plaza, pero ganan puntos en tarifa, de esa manera el negocio sería más sano" 2(3).

"Otra de las cuestiones que aún están pendientes de realizar es buscar la colaboración entre hoteles y hospitales, la persona viene a cirugía, pero no la vas a regresar inmediatamente a su sitio de origen. Tampoco la puedes dejar en el hospital a que se recupere porque le sale muy caro. Otra debilidad en Cd. Juárez es que todos quieren

hacer de todo, no se ponen de acuerdo, todos dicen que pueden hacer de todo y esa es una de las grandes debilidades” 5(22).

De hecho, no se puede descartar la posibilidad de que políticas sectoriales que persigan objetivos propios y que hayan sido formuladas, diseñadas y también implementadas con gran independencia del resto de las políticas públicas, terminen por generar externalidades no anticipadas que puedan reducir los efectos esperados de ellas, o incluso empeorar la situación inicial. Por ejemplo, el promover los destinos de turismo médico, quizá no contempló las externalidades negativas que es muy probable que ocurran, como la fuga de médicos del sector rural al urbano, y del sector público de salud al privado, ocasionando un agravamiento de la situación de por sí crítica del sistema de salud pública de México.

Además, se trata de trascender del principio básico de que las intervenciones públicas no deberían agravar el estado inicial de las cosas (*do no harm*), o la búsqueda de formas de reducir los efectos colaterales indeseados de acciones técnicas que, desde un punto de vista sectorial, pueden considerarse óptimas.

Por tanto, se trata de identificar, controlar o evitar la ocurrencia habitual de innecesarias externalidades negativas derivadas de falta de integración, coherencia, o ambas, entre políticas públicas, o de problemas de gestión, lo que en muchos casos puede atribuirse a que algunas de ellas han sido formuladas, diseñadas e implementadas de manera aislada, están desfasadas en el tiempo o reflejan compromisos políticos antagónicos con las actuales directrices y políticas generales de gobierno. En tales circunstancias, no es de extrañar que haya incoherencia entre algunos objetivos sectoriales, que se observe falta de comunicación y diálogo y, por consiguiente, descoordinación de acciones y actividades entre las diversas autoridades y organizaciones gubernamentales encargadas de la implementación de las políticas públicas: transversalmente (entre áreas funcionales), verticalmente (entre los niveles de gobierno central, estatal y municipal), y longitudinalmente (entre diversos horizontes temporales). (Lerda, Acquatella, y Gómez, 2005).

Una de las personas del grupo de funcionarios de gobierno municipal comentó lo siguiente:

“Vamos todavía rezagados, pero seguimos caminando. Estamos conscientes del potencial que se está dejando ir, sin embargo, se siguen haciendo esfuerzos aislados. Cada hospital sigue generando su propio marketing, se está direccionando a su mercado. Trabajan de esa manera porque les ha funcionado, pero yo considero que se sigue desaprovechando mucho potencial” 3(7).

En cuanto a la cooperación e integración de los hospitales para generar un proyecto de Marca Ciudad que haga distintivo el destino de salud, todos mencionaron que sería algo positivo. Una de las personas entrevistadas, de los directivos de hospitales de mayor antigüedad en el ramo, mencionó:

“Hace unos diez años ya se planteaba la posibilidad, se empezaba a pensar en esto y se intentó hacer un consenso entre las cámaras de comercio y los actores participantes, a iniciativa del municipio en aquella época; sin embargo, con el fenómeno de la inseguridad, se vino abajo el proyecto” 9(41).

Se están dando cierto tipo de experiencias que corresponde a profesionales de la salud muy reconocidos que llegaron a la ciudad atraídos por su condición de frontera que han desarrollado una visión de empresarios generando inclusive su propia marca. Estos especialistas están atrayendo pacientes que no pertenecen a la diáspora ni provienen de la región transfronteriza, sino de más larga distancia, de otros estados de la Unión Americana y de Canadá. Son casos muy particulares, que difieren de la generalidad de los médicos que prestan sus servicios en las clínicas y hospitales de la localidad.

En este contexto se recabaron opiniones como la siguiente, que es de uno de los directivos de hospitales:

“Al gobierno le interesa atraer pacientes de turismo médico del modelo planificado, las personas que no cuentan con una protección social, generalmente utilizan los servicios del modelo emergente-reactivo, en el que se atienden pacientes de la diáspora y transfronterizos. Esta población busca la atención solamente por el diferencial de precio, y llegan por sí mismos, ya que requieren satisfacer una necesidad que en el vecino país no tienen opción de atender. La gente que conoce, sabe hacer la distinción entre un servicio de calidad y uno que es económico pero que no ofrece todas las características de los hospitales privados certificados” 9(40).

También se presentan diferencias entre los mismos hospitales en cuanto a su capacidad de gestión y coordinación con el gobierno y las organizaciones. Se identifica que existe la apuesta de los hospitales privados que ven claramente el destino turístico médico, mientras que algunas de las personas entrevistadas que representan el sector público ven que hay otros sectores, que incluso pueden llegar a ser difícilmente compatibles. Maquila, Hospital, Turismo. Por lo tanto se plantea esta realidad del sector público, respecto del sector privado y el interés que demuestra cada tipo de actores en el desarrollo del destino.

Un ejemplo de estas diferencias se puede apreciar con el contenido de la entrevista a una persona que participa en el hospital que atiende pacientes de escasos recursos.

Esta institución, aun cuando desde sus inicios fue creado para atender pacientes locales, la respuesta que ha dado a la demanda de turismo médico a pacientes que provienen de las ciudades vecinas, se consideró siempre espontánea, es decir, los pacientes acuden y se les atiende, se trata de un caso muy interesante para su análisis, al parecer al tratarse de una organización fundada por una de las familias de recursos, y más reconocidas en la localidad, cuenta con el apoyo de los tres niveles de gobierno, en virtud de que por su génesis como un proyecto de una Asociación civil, se han tenido que modificar normas y reglamentos, para poder participar en licitaciones públicas para la subrogación de servicios de atención al Seguro Popular. Cuenta con un Plan Maestro para su desarrollo, que se encuentra articulado al desarrollo del centro histórico de la ciudad con el apoyo del Municipio de Juárez.

Uno de los actores entrevistados, del grupo de directivos de hospitales, al preguntarle su opinión sobre la posibilidad de que existan elementos de coordinación o relación entre los modelos planificado y reactivo comentó:

“yo creo que son elementos que van a estar trabajando de manera paralela, que dependiendo de las fuerzas, se inclinarán hacia uno u otro lado. De hecho, la participación de organizaciones extranjeras hacia los países es un fenómeno global. No puede detenerse que una empresa vaya a otro país, esto es un hecho. ¿De qué nos va a servir a los que ya teníamos un antecedente histórico siendo parte de ese proceso de reacción y que estamos intentando entrar al componente planificado? ¿De qué nos va a servir saber que viene un gran consorcio y pone un gran hospital o conviene con otro para trabajar? Pues que nos va a exigir hacer mejor nuestro trabajo. Debe ser un reto. Siempre va a haber una forma de hacer mejor las cosas. Entonces, yo, en lugar de verlo como un riesgo, lo vería como una oportunidad. ¿Cómo lo están haciendo ellos? ¿Qué están haciendo ellos? ¿Qué ofrecen que no ofrezco yo? Y por otro lado ver mis fortalezas, lo que ofrezco yo que no tienen ellos. Y trabajar en ese sentido, no creo que haya marcha atrás en esto. Van a ser cuando menos dos, si no tres, los fenómenos que van a estar trabajando en paralelo y que nos vamos a tener que incorporar a alguno de ellos”9 (41).

“Los servicios de salud que trabajamos en las fronteras, estamos casi obligados a participar en alguno de ellos, muy pocos viven de la población local en exclusivo, cuando me refiero a organizaciones, no me estoy refiriendo a consultorios médicos de la colonia, en este sentido no hay problema, el doctor que pone un consultorio en una colonia periférica, difícilmente está pensando en una red, pero las organizaciones, que de algún modo tenemos ya una mayor presencia, me refiero a volumen de servicios, a pacientes demandantes, creo que sí tenemos que pensar hacia cuál modelo debemos dirigirnos. El caso de este hospital, en definitiva estamos pensando integrarnos a esta red planificada y organizada. La organización tiene un plan estratégico, que el patronato ha ido tomando, que incluso ya lo expusimos ante las autoridades Municipales. Les dijimos que crear un centro médico en ésta área en donde estamos, pudiera ser parte del proceso de mejora del Centro Histórico de Ciudad Juárez, situación que les interesó, e independientemente que esto nos vaya a llevar tiempo, ya dimos los primeros pasos, el establecimiento de la nueva escuela de enfermería, está por inaugurarse ahora en marzo, y forma parte de este plan” 9(41).

“En realidad, el único turismo médico que hay en Ciudad Juárez, es el de la voluntad individual, de los hospitales privados. Los esfuerzos de planificación son aislados, cada uno de los cuatro grandes hospitales privados, actúa de forma independiente” 9(38).

“El apoyo que da el gobierno federal es en promover la organización, y todavía no nos organizamos. La verdad es que está incipiente. Deberíamos ir más avanzados, para aprovechar la situación del destino, por la cercanía con Estados Unidos, que es el principal mercado” 9(38).

A este respecto una de las personas entrevistadas dijo:

“yo pensé que a usted la enviaba el gobernador para obtener algún tipo de información” 20(59).

Dado el ambiente en el que las políticas públicas se originan, toman forma y se desarrollan, no es de extrañar que la fase de negociación esté presente en casi todos los momentos de dicho proceso. Por el contrario, cuando las políticas son formuladas, diseñadas e implementadas unilateralmente (o sea, sin una adecuada negociación previa con los actores políticos que representan los intereses en juego), no es raro que terminen como un fracaso y posteriormente sean abandonadas.

Las actividades de cabildeo, reglamentadas o no, son hoy una realidad que es necesario integrar en el análisis de los problemas de Coordinación, de lo contrario significaría ignorar la efectiva contribución, influencia y responsabilidad de fuerzas

generalmente muy bien financiadas y organizadas que —en su persecución de objetivos de interés particular— pueden provocar fallas de Coordinación contrarias al interés colectivo (Lerda, J. C., Acquatella, J., & Gómez, 2005). La noción de “fallas de Coordinación” utilizada en este trabajo se refiere a situaciones en que agentes y organismos de las diversas ramas, sectores y niveles de gobierno —en los que recaen responsabilidades referidas a la gestación, negociación, formulación, diseño, implementación, evaluación y revisión de políticas públicas— no consiguen alinear sus informaciones, expectativas, creencias, objetivos, instrumentos, estrategias, tácticas, decisiones y procedimientos operacionales de un modo compatible con la adecuada integración, coherencia y gestión de dichas políticas (Lerda, Acquatella, y Gómez, 2005).

Uno de los entrevistados se refirió al gobierno diciendo:

*“En relación al turismo médico yo he visto que ni hacen, ni dejan hacer”*12(49).

“Uno de los principales problemas de la ciudad, no es la violencia, es la falta de recursos por la recesión a nivel mundial, a todos nos ha afectado. Pero uno de los factores importantes que nos ha faltado en CJ es la unión de los empresarios, y aunado al problema de corrupción, no se ha podido avanzar” 22(62).

“No existen acuerdos formales, que digan ya se firmó un convenio, o una iniciativa formal de cooperación, algún documento que formalice la creación del turismo médico donde participaron el gobierno federal, estatal, municipal, los empresarios, no hay nada. Nadie ha hecho una inversión ni un estudio como el que nosotros hicimos” 12(49).

“Creo que de lo que más carecemos en Juárez, es de conocimiento, en materia de turismo en general y de turismo médico en particular, el Municipio no sabe qué hacer con su departamento de turismo, de hecho ni siquiera saben cuáles son los lineamientos reales de un departamento de turismo Municipal, el Estado también carece de esa información” 2(3).

“Tenemos como desarrollar mil y una cosas, lo que hace falta es gente que crea en el producto, que esté casado con el producto” 12(49).

En cuanto a la Coordinación entre organizaciones público-privadas las personas entrevistadas expresaron dificultad para coordinar a los actores de los organismos de gobierno con los directivos y administradores de hospitales.

Algunas de ellas, mencionaron:

“Se han llevado a cabo varias reuniones, tanto con los hospitales como con prestadores de servicios de salud del modelo emergente. Ha sido muy complicado el poderlos unir, para generar un modelo de colaboración donde se incluyan las dos propuestas que usted menciona, la planificada y la emergente” 3(7).

“El TM que existe es de hospitales privados, médicos bariatras, ortopedistas, cirujanos cardiacos, odontólogos que han buscado desarrollar el turismo médico de manera individual, pero carecen de algún tipo de apoyo del gobierno” 9(45).

“Pues todo sirve, la cosa es que el gobierno nos quiera apoyar, porque ahorita no estamos viendo apoyo. Al menos yo, nunca he visto apoyos del gobierno, la verdad ni intención les veo” 12(49).

La persona entrevistada del grupo de directivos de gobierno municipal dijo:

“existe una agencia que está desarrollando una estrategia de comercialización a través de la creación de una página web para dar a conocer a los médicos especialistas del modelo emergente que no pertenecen a los hospitales que ofrecen servicios al turismo médico. El directivo de esta agencia ha buscado el apoyo y la coordinación con el gobierno municipal para que se incluya el logo del municipio en esa página web. Aún cuando la Dirección de Turismo carece de recursos para este tipo de actividades, hemos estado apoyando esta iniciativa, a través de la gestión de autorizaciones para tal efecto” 3(7).

La existencia de este tipo de iniciativas, aunque incipientes, demuestra que en Ciudad Juárez ya se visualiza el potencial de desarrollo que puede tener el turismo médico.

Falta visión de ampliar las oportunidades de negocio.

“No quiere decir en un momento dado que en Chihuahua se desdeñe el turismo médico. No, al contrario, pero sí por ejemplo, un hotel que tiene un 70, 80 % de ocupación de manera normal con el turismo de negocios, cuando le dicen prepara y equipa habitaciones para el turismo médico, va a responder para qué si yo tengo el 80 % ocupado, ¿para qué lo necesito? Eso, en Chihuahua, nos dificulta las cosas y creo que ha sido uno de los factores que ha estado limitando el desarrollo del turismo médico para que se incida en ello”. “De manera natural, el Estado de Chihuahua, es meramente industrial. Por tanto, voltear a ver otros nichos, no es fácil” 2(2).

La opinión del interesado refleja que quizá una de las razones por las cuales no ha evolucionado el turismo médico en Ciudad Juárez, es debido a que no representa una prioridad para los intereses de desarrollo de la ciudad ni del Estado.

Por otra parte, la falta de recursos se mencionó como uno de los principales problemas de la ciudad. A este respecto una de las personas entrevistadas mencionó que no existen recursos destinados para el apoyo del turismo médico:

“En los presupuestos de egresos de la federación, vienen todos los apoyos que se dan a las entidades federativas en todos los aspectos, revisa salud en estos periodos y vas a encontrar que definitivamente no hay nada en ese sentido” 3(10).

5.7.3.3 Política de salud y turismo médico

A continuación se presenta el análisis de las políticas de salud y turismo médico, destacando que éstas se consideran como elemento importante de integración y coordinación.

Desde hace casi una década, en el año 2007, el presidente Felipe Calderón ordenó la constitución de PROMEXICO, un fideicomiso público considerado entidad paraestatal, con una duración prevista de cincuenta años (Presidencia de la República, 2007a). Se anunció la creación que mencionaba como objetivos *abrir mercados, promover el comercio exterior y las inversiones*. Se incluyó la promoción de las entidades federativas que contaran con las características necesarias para ofrecer servicios de atención sanitaria al turismo médico. Fue una de las primeras acciones del gobierno federal, orientado hacia una política a favor del desarrollo de este tipo de actividad denominada “turismo de salud”. En este tipo de iniciativas se ha pretendido sustentar la diversificación de productos turísticos a nivel nacional y el impulso al desarrollo local de destinos emergentes de turismo médico. Investigaciones como la que se presenta permitió conocer la realidad sobre el

desarrollo del destino turístico de Ciudad Juárez, las características tanto de su oferta como de su demanda, que son distintas a las de otros destinos, por su contexto fronterizo. Una de las personas entrevistadas perteneciente al grupo de directivos de hospitales, dijo:

“El gobierno Federal ha estado apoyando principalmente en promoción de los servicios que hay en México, incluso en congresos y eventos internacionales, que allí no es donde nosotros vamos a tener que manejarnos” 8(34).

Por su parte, la Secretaría de Salud, a través del Consejo de Salubridad General publicó el 13 de Junio de 2008 en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones. Se buscó la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes. Además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno. Al investigar las mejores prácticas, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de la Joint Commission International (JCI), el organismo de acreditación y fijación de estándares de atención de la salud más antiguo y grande de los Estados Unidos; para lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de Instituciones Públicas y Privadas que brindan atención a la salud y con miembros de JCI, integrándose una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias (Consejo de Salubridad General, 2012).

Por otra parte la política de salud mexicana, que en esta disertación encuentra una estrecha relación con la forma en que se ha venido desarrollando la evolución y los avances de los participantes en el turismo médico, ha estado abonando el terreno para que los hospitales privados se preparen para participar en el mercado del turismo médico.

En este sentido, se identificaron las siguientes iniciativas: en 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario conocido como Seguro Popular de Salud, que se inicia formalmente en abril del 2003, con la reforma a la Ley General de Salud, que adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud. (López-Arellano y Blanco Gil, 2008).

Se plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de protección financiera para evitar el empobrecimiento por gastos catastróficos en atención médica. Este seguro es voluntario, de integración tripartita y condiciona el monto del aporte financiero federal al volumen de afiliados; es decir, subsidia la demanda y se orienta a familias de bajos ingresos y sin seguridad social (Frenk et al., 2007). Su financiamiento proviene de tres fuentes:

- Recursos federales con dos componentes: una aportación fija por familia afiliada, llamada "cuota social" y una contribución solidaria federal que es en promedio 1.5 veces la cuota social.
- Aportaciones solidarias estatales que corresponden al 50 % de la cuota social y que provienen de los ingresos locales.
- Cuota familiar pre pagada que se establece con base a la situación socioeconómica de cada familia. (López-Arellano y Blanco Gil, 2008).

El Seguro Popular de Salud incluía en un inicio un paquete de servicios preestablecido de 105 prestaciones y un fondo para la atención de enfermedades que generan los llamados "gastos catastróficos" en las familias (Secretaría de Salud, 2004). El número de prestaciones se amplía gradualmente y para el 2006 son 250 las que conforman la oferta médica del Seguro Popular de Salud (López-Arellano y Blanco Gil, 2008).

El Seguro Popular fue creado en 2003, ProMéxico en 2007, la Certificación de Hospitales en 2008. Según las personas entrevistadas, los convenios de subrogación de servicios a hospitales privados y de la sociedad civil para atender pacientes de seguro popular, en Ciudad Juárez, empezó en 2008. Al existir como requisito para participar en las convocatorias de subrogación de servicios del Seguro Popular, que el hospital que desee participar cuente con la certificación, se está obligando a los hospitales a mejorar la calidad de sus instalaciones, infraestructura, etc., pero además, indirectamente se está preparando a los hospitales privados para el turismo médico. Estos ejemplos de asociación público-privada parecieran no tener relación con el turismo médico. De hecho, al preguntarles a las personas entrevistadas si identificaban alguna relación del seguro popular con el turismo médico, la respuesta fue negativa. Lo interesante es que no alcanzan a ver que al cubrir con recursos públicos la asistencia privada de salud, se está destinando un menor recurso a las instituciones públicas que de por sí ya venían recibiendo cada vez menores aportaciones para su funcionamiento.

Cuando la violencia se encontraba en su punto más álgido en Ciudad Juárez, la sociedad civil se unió y estableció una serie de demandas de atención a la problemática de la ciudad al gobierno federal. Fue así como se dio la orden de afiliar al Seguro Popular a un gran número de personas, aun cuando la capacidad institucional de salud no era suficiente para prestar la atención sanitaria a esa población.

La persona entrevistada comentó que considera que el Seguro Popular ha sido una política de salud que ha beneficiado considerablemente a las familias que carecían de protección social en Ciudad Juárez; ya que se afilia a las personas que carecen de protección de salud.

“Al término del 2009 teníamos alrededor de 168 mil familias afiliadas. Al iniciar el 2010 con las mesas de trabajo que se abrieron en el periodo del presidente Felipe Calderón, nos dieron la meta de afiliar a 272,800 personas. Prácticamente todo lo que no se había hecho del 2005 al término del 2009. El problema no era la afiliación al seguro popular, sino dónde se atenderían todas estas familias, ya que no había infraestructura suficiente para atenderlas. Sin embargo, fue una indicación. Se tenían que afiliar a esas personas, y de igual manera, se cumplió la meta al término del 2010” 2(4).

Es interesante que se menciona en la entrevista que como producto de las presiones ejercidas por la sociedad civil, expresadas en las discusiones de las mesas de seguridad, conformadas para el diálogo y acuerdos con el gobierno federal en la época de inseguridad, se estableció la meta de afiliar al seguro popular a cientos de miles de personas, lo cual, al realizarse trajo como consecuencia la saturación de servicios que conlleva una acción de esa naturaleza, sin planificar el crecimiento de la infraestructura de atención, ni los recursos necesarios.

"A nivel federal se empezaba a manejar que Ciudad Juárez contaba con una cobertura total, cuando en realidad, no era así" 2(4).

Esta fue una de las formas adoptadas por el gobierno federal de dar salida a la presión social que ejercía la sociedad juarense en las mesas de seguridad ante la problemática de abandono, inseguridad y violencia que se vivió en esa época.

"El problema vino de allí en adelante para la atención. Se empezó a manejar a nivel federal, en las mesas de trabajo, que Ciudad Juárez contaba con una cobertura total, esto vino a ser para la ciudadanía una confusión, porque se entendió que era una cobertura total en todos los servicios, y que el seguro popular les cubriría todo, lo cual no fue así. Las personas acudían a los centros de salud, que se empezaron a saturar formándose un cuello de botella" 2(4).

Lo anterior trajo como consecuencia la saturación de todas las áreas de atención de pacientes del Seguro Popular.

"Desde el año 2007 ya era insuficiente la capacidad instalada para atender pacientes de Seguro Popular y se empezaron a hacer convenios de subrogación por saturación, con instituciones privadas. Uno de ellos, en 2008 fue con el Hospital de la Familia, que atiende pacientes de escasos recursos tanto locales como transfronterizos, que incluía la atención médica completa a 3 mil mujeres embarazadas, desde la primera consulta hasta el término del parto. Después se hizo el convenio con Aris Vision para la cirugía de catarata, que vino a ser algo muy positivo para la ciudadanía y las personas de bajos recursos porque les cubría la atención en su totalidad. Se hacían alrededor de 60 cirugías diarias de catarata, que incluía el lente intraocular; una diferencia por ejemplo, de las personas que son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se le hace la cirugía de catarata, pero no se le pone el lente intraocular" 2(4).

Todos estos casos por ejemplo, que venían siendo gastos catastróficos, eran pagados directamente por el Seguro Popular, en los que no intervenía el Gobierno del Estado. Se manejaba a través del Régimen Estatal de Protección Social de Salud en el Estado, pero en donde se originaba la aportación del recurso, era en el gobierno federal.

"El convenio que se celebró con Aris Vision, tuvo una duración de tres años y ya no se renovó. Tenía grandes ventajas, porque por ejemplo, la gente que acudía al Hospital General para una cirugía de catarata tenía que esperar alrededor de un año, mientras que cuando se abre el convenio mencionado, la gente a los 8 días ya estaba operada" 2(4).

Existen una serie de elementos a considerar que dificultan el desarrollo del turismo médico. Institucionales, como la falta de colaboración entre las instituciones de salud, socioculturales, a la hora en que los actores tienen que tomar decisiones y realizar las acciones correspondientes, como la falta de confianza, la corrupción, la dificultad para llegar a un acuerdo.

Otra de las personas entrevistadas mencionó:

“cuando se le planteó al gobierno la posibilidad de desarrollar conjuntamente iniciativas para el turismo médico, el riesgo de que su participación se viera contaminada con elementos de corrupción por parte de los funcionarios públicos, provocó desconfianza y redujo las posibilidades de colaboración tanto entre los actores, como entre iniciativa privada y gobierno” 12(49).

Bajo tales circunstancias, las decisiones que dichos agentes públicos tomen y las acciones que emprendan en nombre del interés colectivo terminarán por generar resultados inferiores a los que podrían haberse alcanzado mediante un alineamiento de mejor calidad.

“Yo pienso que al gobierno le interesa desarrollar el turismo médico planificado y cuando le invierta, lo hará para desarrollar esta actividad, porque el turismo médico emergente de cualquier forma es desplegado por todo el que no tiene ningún tipo de protección sanitaria, que tiene bajos ingresos y no tiene acceso a una póliza. Entonces, los dos mercados coexisten normalmente en nuestra ciudad” 9(40).

Algunas políticas son abandonadas o giran de curso ante un simple cambio de autoridades responsables: En Ciudad Juárez la institucionalidad del turismo ha estado sujeta a permanentes cambios, tanto de su propia estructura como de las autoridades responsables en esta materia. Esto ha ocasionado frecuentes variaciones en las prioridades de política y erosionado los progresos hacia la integración con otras autoridades sectoriales. Durante la realización de esta tesis, en tres años se pudo observar que se realizaron cambios de autoridades de las dependencias de turismo al menos dos veces, tanto a nivel municipal, como estatal. Lo anterior pudo constatarse al tratar de entrevistar a los encargados de las dependencias y encontrar que ya no era el responsable de la función.

Las decisiones frecuentemente dependen de autoridades sectoriales que realizan su trabajo de manera rutinaria y tienen dificultades para relacionarse con los directivos de otras dependencias y otros actores sociales, se comportan de manera muy distinta a lo requerido por las necesidades de gestión. La integración de políticas públicas alude a la efectiva incorporación de las directrices, objetivos estratégicos y restricciones impuestos por las políticas generales del gobierno central, en el proceso de negociación, formulación y diseño de las políticas de cada sector y nivel de gobierno. (Lerda, Acquatella y Gómez, 2005).

Con relación a este punto, se identificó que la gobernanza de dominios separados como el turismo, la salud y el comercio, relacionados con el creciente fenómeno del turismo médico, se extiende a los ámbitos de las políticas del comercio y la salud. El ámbito del Comercio, por definición, es internacional, pero los sistemas de salud (financiación, entrega de servicios y regulación) se mantienen acotados a nivel nacional. Además, los objetivos comerciales de una mayor liberalización, menor intervención del gobierno y crecimiento económico en general, no hacen énfasis en la *equidad*. Tampoco es un asunto prioritario como lo es para los objetivos del sector de la salud, que la priorizan y aspiran a lograr por ejemplo la cobertura universal. En consecuencia, los actores en las esferas del comercio y la salud, formuladores de políticas, se inclinan a tener objetivos contradictorios, y los procesos gubernamentales del comercio y de la salud están relativamente separados en tres

niveles: Internacional, regional y nacional, estos elementos explican en cierta medida la complejidad del fenómeno del turismo médico.

Otra de las personas entrevistadas comentó:

“Dentro de la política del gobierno del Estado, sobre el turismo médico, tenemos que avanzar en la formación de los clústeres. Incipientemente se dan programas, reuniones, lluvia de ideas, que identifican el comportamiento de esas visiones globalizadoras. Por ejemplo las certificaciones, el capital de la empresa, de las plantas, los niveles de operación técnica, gerencial, etc., y en lo médico nos señalan de parte de la Secretaría de Economía, que se identifica por las posibilidades y por el número de instituciones integradoras del clúster médico turístico, 4 instituciones médicas de Chihuahua y 4 de Ciudad Juárez, que son los grandes hospitales” 2(5).

El extracto de esta entrevista ofrece varios elementos de análisis. En primer lugar, se menciona la intención de crear un clúster de turismo médico para el Estado de Chihuahua, lo que permite identificar cierta alineación con la política federal que promueve la creación de clústeres en los destinos turísticos que cuentan con las especialidades de mayor demanda. Sin embargo, en el documento de PROMEXICO (2013), se mencionan dos apartados que hacen referencia a los clústeres:

Hospitales y clínicas importantes de la industria en México. Alrededor de diez estados del país tienen clústeres médicos que agrupan aproximadamente sesenta hospitales que exportan servicios de salud. Además, existen otros hospitales y clínicas que aunque no están agrupados en clústeres, proveen de servicios de salud a extranjeros (PROMEXICO, 2013).

Centros de servicios y clústeres en México. De acuerdo la Secretaria de Turismo, los principales destinos para el turismo médico son: Tijuana, Mexicali, Ensenada, Rosarito, Tecate, Ciudad Juárez, Navojoa, Hermosillo, Reynosa, Matamoros, Nuevo Laredo, Cd. De México, Monterrey, Cancún, Guadalajara, San Luis Potosí, Puebla, Querétaro. En estas ciudades, las instituciones de salud cuentan con las especialidades de mayor demanda. Como puede apreciarse, en este listado sólo aparece Ciudad Juárez dentro de todas las ciudades del Estado, considerada como uno de los principales destinos de turismo médico, lo que confirma el sentido de las opiniones vertidas por varias de las personas entrevistadas respecto al centralismo estatal.

El desarrollo del turismo médico requiere de factores de innovación para encontrar soluciones creativas a problemas complejos. Uno de los factores que favorecen o dificultan el aumento de la competitividad de los países es la calidad de las instituciones públicas. Esta tesis se centra en el papel de las instituciones, entendidas, en un sentido amplio, como el conjunto de mecanismos que establecen el marco en el cual interactúan los individuos, empresas y gobierno. En las últimas décadas el rol que desempeñan se ha revelado como uno de los elementos clave que permiten explicar por qué en determinados espacios (como en la industria maquiladora), el crecimiento es más intenso, ordenado y distribuido que en otros con potencial similar (el turismo médico). Su importancia radica en que estructuran la distribución de los costes y beneficios de las estrategias y políticas que se impulsan para desarrollar un territorio o sector concreto.

En las sociedades contemporáneas se difumina de manera paulatina la frontera entre un sector público que tiene como principio básico de funcionamiento la jerarquía y un sector privado que se somete exclusivamente al principio del mercado. Tampoco es ya posible un ejercicio de planificación en donde se fijen unilateralmente objetivos e instrumentos, sino que han de renegociarse continuamente con agentes sociales de todo tipo. No existe ya un solo centro de decisiones, sino un conjunto de redes de actores entre las que han de encontrar su espacio las distintas instituciones. Y estas nuevas características exigen de los gobiernos que renuncien a su función de dirección tradicional y fortalezcan su papel de orientador y coordinador.

Algunos autores como (Lee, (2007) y Pocock Pua, (2011) relacionan la asignación de presupuestos con el éxito o la posibilidad de consolidación de un destino turístico. Sin embargo, en el caso de México, autores como (Orozco y Bejarano, (2014) en su publicación: "An Overview of Mexico medical tourism industry, mencionan que el apoyo que el gobierno federal ha brindado para el turismo médico se orienta más a la certificación de la calidad de los hospitales así como de las estrategias de promoción.

"Muchos gobiernos, que reconocen el valor del turismo médico como un nuevo negocio innovador que puede atraer nuevos capitales extranjeros como un producto de alto valor, respaldan a esta industria, proporcionando apoyo para el crecimiento, el desarrollo y la infraestructura para este negocio" (Lee, 2007p. 9).

Con relación a la asignación de presupuestos, uno de los actores entrevistados del grupo de gobierno municipal dijo:

"En el presupuesto de egresos de la federación, se plasman todos los apoyos que se dan a las entidades en todos los aspectos, al revisar salud en estos periodos, veremos que no hay apoyos para el turismo médico" 3(10).

Las afirmaciones anteriores permiten identificar un contexto político social donde la asociatividad público-privada ha dependido en mayor o menor medida de la política implementada en el país, que aunque al parecer es de corte neoliberal, aun muestra rasgos intervencionistas, pese a que se promueve la descentralización de funciones desempeñadas por el estado nacional hacia los municipios, pretendiendo involucrar a los actores locales en los procesos de cambio y reordenamiento del turismo, ahora entendido como estrategia de desarrollo local.

5.7.3.4 Liderazgo

Enseguida se presenta la narrativa correspondiente a los ejemplos de actores de la sociedad que se han constituido a través de las acciones emprendidas de manera personal en un modelo de liderazgo y consecuentemente, en un patrón a seguir si se pretende que Ciudad Juárez se desarrolle como un destino de turismo médico de calidad internacional.

Uno de ellos hace referencia a un empresario local, personaje filántropo, que cuenta con características de líder y otro al médico especialista que no siendo residente de la ciudad llegó a establecerse en ella para desarrollar el turismo médico

constituyéndose en uno de los casos más exitosos de la ciudad. Médico cirujano que diseñó su propio negocio de turismo médico.

Personaje filántropo. El primero plantea la propuesta de gestionar la operación en la ciudad de empresas reconocidas en EUA, estrategia que se circunscribe en el marco del modelo Planificado B, a que se hace alusión en el apartado del Modelo Teórico de turismo médico y que se refiere al turismo médico corporativo. Este modelo requiere la participación de los tres niveles de gobierno, promotores y gestores potentes, con relaciones de poder y capacidad de negociación para lograr acuerdos a niveles gubernamentales y de negocios, lo cual podría suceder hasta que esta persona tenga las condiciones políticas y de relaciones que le permitan avanzar en sus proyectos, lo cual hasta este momento no ha sucedido.

Es uno de los actores identificado como líder natural en la región, que definitivamente tiene la visión de convertir a Ciudad Juárez en un destino de turismo médico internacional. Características que lo posicionan en la categoría de liderazgo.

Esta persona contrató en el año 2012 con recursos propios, a un grupo de especialistas para que realizaran un estudio de diagnóstico de la ciudad como destino de turismo médico. Se considera que esta acción fue determinante en el avance que a la actualidad lleva el proyecto; ya que si no se hubiera dado a conocer entre los principales tomadores de decisiones el resultado de ese diagnóstico, quizá los acontecimientos avanzarían a un ritmo más lento.

“La historia comienza porque yo soy un sobreviviente de cáncer. En dos ocasiones he tenido que someterme a tratamiento y por agradecimiento a la vida, decidí investigar y estudiar todo lo relacionado con esta enfermedad. Me llamó la atención el hecho de que el índice de mortalidad de cáncer en Cd. Juárez es muy alto, el 80 % de las muertes, por padecimiento de cáncer, se relaciona con la falta de prevención, de detección oportuna, de diagnósticos certeros y de tratamientos adecuados. Yo tengo la intención de crear un Instituto Oncológico de manera Integral y para esto, tuve la suerte de conocer al fundador de un gran centro de investigación de cáncer en Estados Unidos, y con el cual, a través del tiempo, he desarrollado una relación personal, es un filántropo que ha fundado y creado este gran centro de cáncer en Salt Lake City, en Utah”¹²⁽⁴⁹⁾.

Entre otras de sus acciones se encuentra el haber participado en eventos internacionales para entrar en contacto con expertos internacionales en turismo médico.

“Nosotros organizamos una reunión sobre turismo médico, después contraté a quien consideré que eran las personas que tenían el mayor conocimiento para desarrollar un sistema de esa naturaleza. Acudí a varias cumbres de Turismo médico. En el país ha habido varios eventos sobre el tema y realmente se empiezan a generar grupos interesados en ser brokers principalmente, para empezar a atraer pacientes. Lo que yo hice fue contratar a este grupo multidisciplinario integrado por 10 personas, a las cuales solicité una evaluación para conocer las condiciones de la ciudad, y qué es lo que tendríamos que hacer para generar un plan maestro, una visión mínimo a cincuenta años para desarrollar el turismo médico, como lo hicimos con la industria maquiladora. Qué pasa con la Maquiladora, pues que ya se cumplieron los cincuenta años. Es necesario llevar a cabo otra vez un ejercicio de planificación, pero no hay quien impulse, no hay quien tome esa iniciativa. El problema es que no hay ese grupo como el de empresarios que había cuando empezó la maquila, falta liderazgo”¹²⁽⁴⁹⁾.

"Yo decidí tomar la iniciativa, e invertir en los estudios para el turismo médico. Con este grupo recorrimos todos los hospitales de la ciudad para su evaluación, nos reunimos con los colegios médicos, con los empresarios de turismo, con académicos, para determinar las condiciones en que se encontraba el destino. Pero éste es un proyecto que necesita una conducción, gente visionaria, que se involucre, para generar un plan y aquí es donde encontramos el problema, porque las personas con las que se topa uno, en gobierno, tienen distintas ideas y carecen del compromiso que se requiere. Además, una iniciativa de esta naturaleza, requiere de recursos. Se necesita de una gran convocatoria para atraer a concursar a quienes nos ayuden a crear un plan maestro y saber qué condiciones tenemos que tener en la ciudad. Entonces, nos quedó muy claro que para estar preparados para desarrollar el turismo médico a los niveles de los que estamos hablando, la ciudad tiene que desarrollar un trabajo, que no le toma menos de 5 años para podernos poner en condiciones y tenemos que preparar y elevar el nivel de calidad de las personas que intervienen y de los servicios" 12(49).

"Cuando incursioné en el turismo médico me di cuenta que realmente son servicios transfronterizos, es lo que siempre hemos tenido en Juárez. Necesitamos entrar a las grandes ligas de los servicios de salud, al igual que lo hicimos con la industria en su momento, cuando, yo busqué de los fortune 500 que estaban en la lista" 12(49).

Al ser una persona sobreviviente de cáncer ha experimentado la dificultad de obtener atención médica a nivel local. El actor está preocupado por la alta incidencia de casos de cáncer en la localidad y actúa investigando lo que es el turismo médico como una forma de allegarse recursos para crear un Centro Oncológico en la ciudad.

"yo aspiro a que construyamos en Ciudad Juárez un Instituto Binacional, con la idea de que Ciudad Juárez, pueda ser el referente para atraer médicos de otras latitudes de Latinoamérica, para que se especialicen, teniendo la parte Americana integrada con la parte Mexicana y crear un gran centro de tratamiento de cáncer, no solo para los mexicanos, sino también para los Americanos" 12(49).

Se requiere una gran inversión para desarrollar un proyecto de esta magnitud. Esta idea se asemeja a los servicios que prestan los hospitales en el concepto de turismo médico desde una perspectiva de visión de negocio con el propósito de generar recursos, sin embargo, el propósito es distinto, éste, pretende obtener recursos para crear y sostener un centro oncológico, con un elemento de filantropía.

El entrevistado mencionó:

"en la época de la maquiladora la infraestructura se fue haciendo por la inversión privada, nada era inversión pública, en aquel entonces, el sector público no creía en la industria maquiladora, al igual que ahora no creen en el turismo médico" 12(49).

En realidad la forma de estructura y organización del negocio es distinta, ya que los hospitales que existen en la ciudad y ofrecen servicios al turismo médico, cuatro de ellos son hospitales locales y los dos restantes son de capital nacional, de las grandes cadenas de hospitales del país, mientras que la idea del filántropo radica en que pretende atraer inversión extranjera para invertir en Ciudad Juárez en la creación de un centro binacional de servicios de cáncer.

La persona entrevistada también comentó:

"Si trabajamos binacionalmente, habrá cosas que se van a poder hacer en Estados Unidos y otras que se puedan hacer en México. En un futuro, se tendrá que trabajar

coordinadamente. Por eso yo digo, hay que traer un instituto aquí, entonces genera usted la confianza y la credibilidad por parte de los americanos, y con un costo más bajo, pero allí también podemos ganar los mexicanos, porque, es un ganar-ganar. Es lo mismo que hicimos con la maquila, nada más que ahora estamos trabajando con personas” 12(49).

“Yo lo que voy a tratar de hacer es crear un puente, como lo fue en su momento en el desarrollo de la industria manufacturera, cuando sentíamos que ya estábamos atorados, lo que hicimos fue hacer un puente con el presidente, para que la instrucción venga desde arriba” 12(49).

Llamó la atención que la opinión de otras personas entrevistadas expresaron que la creación del centro binacional oncológico, lo veían como:

“eso es algo irreal” 8(34).

Aunque, otros comentaron que:

“sería deseable cristalizar ese sueño ya que si realmente el personaje filántropo lograra establecer el centro binacional oncológico en Ciudad Juárez, eso traería muchos beneficios para la ciudad” 7(33).

Estas opiniones encontradas permiten imaginar que existe un deseo de legitimación que subyace en la iniciativa de creación del centro oncológico.

Es importante mencionar que a pesar de la importancia de las acciones realizadas por este actor, si no cuenta con los apoyos necesarios, no se puede convertir en el líder del proyecto.

El Cirujano. El otro ejemplo de liderazgo es el cirujano que ha desarrollado su propia empresa de turismo médico. Una de las personas entrevistadas, perteneciente al grupo de directivos de hospitales opinó sobre este médico lo siguiente:

“Es uno de los mejores bariátricos que existen en el país. Él tiene su propia organización de bariátrica donde ofrece una atención integral a través de un grupo especializado con psicólogos, psiquiatras, cirujanos, anesestesiólogos capacitados a nivel internacional. Además, cuenta con promotores en EUA, pero sus principales promotores, son sus pacientes de EUA, ellos traen a sus familiares, se van recomendando de boca a boca, porque quedan muy satisfechos con el servicio. En este hospital ha realizado 3,200 cirugías bariátricas en lo que lleva de historia. Él es el target para los estadounidenses. Cuenta con un fellow con médicos laparoscopistas a través de la empresa Cobidien. Traen mensualmente a 8 médicos de varios países y el hospital los recibe, para que realicen su trabajo de estudio y actualización. Ha realizado estudios en Francia, se ha formado profesionalmente en EUA y Canadá, asiste y participa como conferencista en congresos mundiales y él y su grupo médico constantemente se están capacitando y actualizándose en las técnicas más modernas. Están a la vanguardia” 9(45).

En la entrevista realizada a este personaje, comentó:

“Hice un fellow en San Antonio Texas en cirugía colo-rectal laparoscópica. En el año 1991 llegué con conocimiento de laparoscopia, en 1993 empecé a realizar cirugía bariátrica, la cual había hecho desde 1985 pero abierta, no laparoscópica. En aquél tiempo no contaba con internet y busqué un desarrollo local al centro y noreste de Texas. En el año 1997 cuando comenzaron a funcionar las páginas de internet desarrollé mi propia página web, sobre todo en forma local, para dar información, localización, generar confianza al paciente y ya empecé con acuerdos hospitalarios para tener un precio fijo, que el paciente conociera, ya que esto genera confianza y

seguridad sobre el precio. Pero lo primero que hicimos al movernos a cirugía bariátrica fue hacer estudios de mercado, para ver donde estaban los nichos, los huecos del mercado que habría que atender. Entonces, el turismo que comenzamos a captar comenzó a crecer desde allí, de tener todo Texas hasta Georgia, comenzamos a tener pacientes de Oregon, y pacientes de otros estados más distantes. Cada vez más pacientes de muy lejos y entonces lo que hicimos fue comenzar a diseñar la logística de preparar la oficina completamente para recibirlos, transportarlos, regresarlos, y aumentar la calidad del servicio, y de todo lo que estábamos haciendo usamos la informática para hacer más llevadero el proceso, a medida que crecía más la información. Después surge Google como el maestro de la distribución y del marketing en internet, pero sube mucho los precios, los encarece. Sin embargo, cuando ofreces un servicio de calidad a un precio competitivo, la gente te busca. Por eso vienen americanos también a tratarse, pero ya brincar esa barrera, a volúmenes excesivos, que no sean por azares del destino, como el turismo de la diáspora, tiene uno que hacer un estudio de mercado, buscar los nichos y los huecos del mercado” 7(29).

“Qué sucede con un paciente que viene de Canadá al que no conocemos?, El me conoce a mí porque ha platicado con mil pacientes que he operado, en los blogs y ya me revisó y sabe quién soy y tiene confianza en mí, pues le tengo que decir qué día tiene que volar, que día tiene que regresar o va a venir, qué estudios necesita, que me falta a mí para operarlo y no regresarlo cuando llegue, porque eso puede suceder, entonces, tenemos toda una mecánica establecida en internet hasta conseguir toda la información debida y la comunicación con sus médicos familiares, para poder desarrollar un buen evento, por eso nos tardamos para preparar una persona, mínimo seis meses”.

“hemos operado pacientes de Finlandia, de Kuwait, de Japón, de todos lados, y vienen hasta Ciudad Juárez. Lo mínimo es lo local, por ejemplo, el año pasado fueron 900 pacientes operados, de los cuales, 140 fueron locales y 50 fueron de aquí de la comunidad, entonces son 190, de 900, los otros 710 vinieron de más de 500 millas de la franja al interior de Estados Unidos. Unos vienen de ultramar, entonces qué hay, ya tenemos 17 años, nuestra fama trasciende, nuestro nombre ya es conocido, podemos competir con alguien que cobra la mitad. El paciente paga la diferencia de atención con nosotros porque prefiere la seguridad de la experiencia, profesionalismo, lugar certificado, entre otras cosas. Entonces, son dos modelos muy diferentes, está el modelo espontáneo, carente de todo tipo de planificación, con todo el respeto que se merecen y un modelo establecido, profesional, con todo lo derecho y honesto que estos procedimientos deben llevarse a cabo”. 7(29).

“El paciente que es pudiente, se opera en Estados Unidos, o sea, no va a hacer turismo médico. El turismo médico es por deficiencia económica, por eso es importante la diferencia de precio” 7(29).

Este cirujano genera su propia marca, es su propio intermediario, el diseñó el proyecto de una compañía para su propio servicio. Solo para él mismo, no tiene intermediarios ni es intermediario para otros. No crea ningún acuerdo con ninguna agencia de turismo médico porque no lo necesita.

A pesar de estos ejemplos de liderazgo individual en el turismo médico, que son muy particulares, las personas entrevistadas repetidamente mencionaron que falta liderazgo para el turismo médico.

“ En el trabajo con el modelo planificado, el poder llegar a un acuerdo con los grandes hospitales en cuanto a generar trabajo en conjunto, como la implementación de la certificación, ha generado discusión respecto al liderazgo, debido a que uno de los hospitales ha querido asumir el mando, todo el control” 3(7).

Este problema se ha estudiado en la literatura y se establece que la colaboración no se da cuando los actores participantes perciben que uno de ellos llevará ventajas sobre los demás.

Hospital de la familia. En cuanto al liderazgo que existe en uno de los hospitales del modelo emergente, que atiende pacientes de escasos recursos, denominado Hospital de la Familia, es notable el modelo que esta institución ha desarrollado en la región. Una de las personas entrevistadas del grupo de directivos de hospitales dijo:

“Lo que falta para el desarrollo del destino médico, es visión. Mire, Houston, Texas tiene 500 mil empleados en el área de salud, sus hospitales crecen y crecen. Aquí hay interés, por parte del gobierno federal, todas las áreas de la economía tienen interés, pero lo ven como un negocio muy lucrativo. Está bien que lo vean así, pero no al nivel que lo quiere ver, mientras no se tengan las condiciones adecuadas. Tenemos que tener claro que para competir, lo más importante es ofrecer al paciente aquello con lo que contamos: la facilidad, la accesibilidad, la seguridad, la calidad y el precio” 9(42).

Otra persona de las entrevistadas, comentó:

“Los actores del TM reactivo han intentado organizarse sin la intervención del gobierno, aunque sea a pequeña escala, restaurantes, ópticas y otros. Por ejemplo en el terreno dental, no todos los dentistas hacen todo, entonces, agregan a su red al que hace la endodoncia, al técnico dental, que es el que hace las prótesis. Para el traslado convienen con taxistas, o crean su propio sistema para trasladar a los pacientes. Esto existe, a pequeña escala, y quizá de manera informal, pero cada prestador genera sus propias acciones. No hay una organización, nadie asume un liderazgo, no hay una red integradora, no hay un líder, se va dando de forma individual. Los propios miembros de la red creo que pudieran capitalizar y ganar todos si se organizaran mejor” 9(41).

Existen diferentes liderazgos, pero de alguna forma son singulares y no trabajan de manera conjunta bajo un liderazgo común. En virtud de que un elemento muy importante de la integración coordinación es la existencia de liderazgo y de un sistema de management sistémico, en el caso de estudio se observa la presencia de liderazgos autónomos, por lo que hace falta ese liderazgo sistémico que facilite el avance en los procesos de desarrollo del turismo médico.

Arraigo. Se sabe que Juárez es una ciudad de migrantes. Algunas de las personas entrevistadas identifican el fenómeno de la migración como un problema que afecta el desarrollo del turismo médico, ya que la gente que no tiene arraigo, fácilmente decide cambiar su lugar de residencia o no se compromete con las acciones de los grupos sociales o del gobierno. Actualmente se identifica una situación muy distinta a la que existía hace 60 años, al inicio de la Industria Maquiladora, cuando la fortaleza relativa del capital económico y social de los principales stakeholders participantes en esa iniciativa, les permitió aspirar a jugar roles protagónicos en la localidad.

La definición de arraigo propuesta por Schwartz (1999) apoya la comprensión de este tema que fue mencionado por varias de las personas entrevistadas, como un problema que se puede asociar a la falta de liderazgo de grupos en Ciudad Juárez.

Culturas con arraigo son culturas en las que el individuo se identifica con el grupo y sus metas, de forma que las personas se ven como enraizadas en la sociedad

(Schwartz, 1999). Este tipo de cultura fomenta que se mantenga el status quo. Por ejemplo, en culturas altamente arraigadas, las personas restringen sus acciones o pensamientos que pueden afectar la solidaridad del grupo o el orden tradicional (Schwartz, 1999).

Según Bosch K. existe una fuerte relación entre bajo nivel de arraigo y competencias de liderazgo, lo cual se confirma en los resultados del análisis de este tema (Bosch, n.d.)

Este atributo tiene consecuencias muy significativas en la gestión del desarrollo del destino turístico médico, como se verá más adelante.

“Por otra parte, la ciudad también tuvo un éxodo importante durante la etapa de inseguridad. Se dice que se fueron más de 100 mil familias de Juárez y ¿quién cree que se fue? ¿La gente que no tiene mucho dinero? Se fue la gente de clase media alta, algunos se fueron a lugares cercanos como El Paso, pero otros, se fueron a otras ciudades, bueno, esa gente era la que venía a este hospital. La gente que se fue era la que podía pagar los servicios, yo tenía amigos que se fueron de la ciudad. Se fueron a Saltillo, a Monterrey, a Guadalajara, pero ya empiezan a regresar” 8(34).

“Tenemos que fomentar el sentido de arraigo, muchos empresarios vienen y sacan el dinero y se van” 5(22).

Otra de las personas entrevistadas comentó la dificultad que percibe para el desarrollo del turismo médico internacional, de más larga distancia, diciendo:

“Además en México la economía informal es terriblemente alta y aquí en Juárez, por ejemplo, debe haber entre 10 mil y 12 mil comerciantes, antes había más inclusive, y ahora están nada más 1800 afiliados a la Cámara Nacional de Comercio. Entonces ese es parte del problema, porque insisto, la gente emigra, si usted ve a los últimos quince presidentes de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (CANACINTRA), yo creo que la mitad de ellos vive en El Paso y muchos presidentes de la Cámara Nacional de Comercio (CANACO) también. Hay mucha gente que allá vive y acá trabaja” 20(59).

“Cómo desarrollar un proyecto de esa naturaleza si a la ciudad le falta infraestructura, si no se le ha invertido para que las condiciones sean atractivas, la gente cuando cruza la frontera, pues ve una ciudad que la violencia no pudo destruir, pero sí hizo que algunos empresarios tuvieran que emigrar, que se desmotivaran las inversiones, que las calles se vieran plagadas de negocios cerrados, abandonados, en mal estado” 5(22).

“Falta arraigo en la gente de Juárez. La gente llega de pasada. No hay un negocio que tenga más de tres generaciones aquí en Juárez, dígame uno... y en Chihuahua y Monterrey hay negocios que tienen cinco, seis generaciones” 20(60).

No obstante, estas opiniones, en sentido contrario, se encontró que algunas de las personas entrevistadas llegaron a establecerse en la ciudad por varios motivos interesantes, por ejemplo, uno de los médicos especialistas dijo:

“yo cambié mi residencia a la ciudad porque buscaba áreas donde pudiera tener fácil acceso a recursos para mi desarrollo profesional, de ubicación estratégica, de mayor calidad que los normalmente disponibles para mi ejercicio profesional en mi domicilio anterior. Atribuyo valor considerable a la presencia de características de infraestructura hospitalaria como hospitales certificados, especialmente diseñados para el turismo médico, y de servicios de gran calidad y de comunicaciones y transporte no solo en la localidad, sino también en la región transfronteriza” 7(29).

Por otra parte, estas personas, a su vez generan y demandan oportunidades de crecimiento académico, instalaciones distintivas para compras y recreación y servicios complementarios de calidad.

5.2.4 Estrategias de producto y comercialización

Uno de los elementos claves de esta investigación es el análisis de la evolución del destino turístico médico a fin de poder cumplir los objetivos establecidos inicialmente, que permiten dar respuesta a la pregunta de investigación; ¿Cómo funciona el turismo médico en una ciudad fronteriza y en qué se concreta el producto turístico?

La evolución del destino turístico médico ha sido definida mediante el análisis de la narrativa de las personas participantes en las entrevistas en profundidad a los stakeholders del caso de estudio. A lo largo de este apartado se realiza un análisis descriptivo a fin de determinar las principales características de Ciudad Juárez como destino de turismo médico. Para la realización de esta tarea se han considerado los siguientes aspectos: El producto médico, Servicios complementarios, Segmentación del mercado y Comercialización.

5.2.4.1 El producto médico

En el mercado turístico se debe distinguir dos niveles de producto, uno a nivel global o integrado, que correspondería al producto desde el punto de vista de los destinos (territorio que soporta la oferta turística) y otro a nivel específico o individual, que sería el producto desde el punto de vista empresarial (Altés Machín, 1993). El producto turístico global o integrado, incluye el desplazamiento (medios de transporte) y los atractivos (servicios y equipamiento de un destino), que para el caso de estudio se considera como ventaja que los medios de desplazamiento de los turistas médicos de los Estados Unidos y Canadá, que viajan por vía aérea, utilizan las aerolíneas de El Paso Texas, que ofrecen opciones de vuelos a los puntos más importantes de Estados Unidos, y por el lado de los servicios y equipamiento, se cuenta con la infraestructura hospitalaria privada de alto standing disponible principalmente en los nuevos hospitales, para la atención del turismo médico en Ciudad Juárez. Es un enfoque horizontal de creación del producto, en el sentido de que reúne una serie de ofertas individuales, habitualmente poco relacionadas entre sí, a partir de las cuales los intermediarios o el cliente escogen para desarrollar o conseguir una experiencia de viaje completa. La complejidad de este concepto provoca que, a nivel de destino, no haya un único responsable del producto, ya que están implicados sector público y sector privado (Vázquez Casielles, Díaz Martín, y Ruiz Vega, 1997). Además, en el caso de estudio, participan actores de ambos lados de la frontera, lo que puede hacer aún más complejo el concepto de producto turístico integrado. No obstante, en la realidad local, es al vender un producto integrado, cuando se logra tener mayor éxito en el turismo médico. Los casos más exitosos por número de pacientes atendidos, calidad de servicios prestados y evidencias de satisfacción de pacientes en páginas web de los propios médicos especialistas, se dan en los hospitales y clínicas que ofrecen brindar un producto integrado. En estos casos participan: líneas aéreas de El Paso, dado que reciben a los pacientes en el aeropuerto de esa ciudad; hoteles

también de esa localidad, porque algunos pacientes eligen hospedarse en el lado americano, y trasladarse a Ciudad Juárez para recibir el tratamiento médico (cirugía y atención dental especializada, entre otros).

Una de las personas entrevistadas comentó lo siguiente:

“tenemos pacientes del área de Nuevo México, Texas, Arizona, pero también vienen pacientes de otros estados más lejanos como Florida, Utah, Nueva York, Hawái. A esos pacientes les ofrecemos las dos opciones de hospedaje: en El Paso, o en Ciudad Juárez. Nosotros les brindamos el servicio de transporte desde el aeropuerto a nuestras instalaciones. Anteriormente, yo creo que por la inseguridad, preferían quedarse en El Paso, pero ahora, yo pienso que es por la comodidad, ellos se sienten más a gusto en Estados Unidos que aquí en México, y son ellos quienes toman la decisión de donde quedarse. Hay algunos pacientes que sí optan por quedarse en Juárez, pero la mayoría prefieren quedarse en El Paso” 6(24).

A nivel empresarial, el producto turístico está limitado al conjunto de componentes de la oferta de una empresa que puede ser única o diversificada si se ofrecen varias combinaciones de servicios pensados para dar respuesta a diferentes segmentos de mercado. Se trata más bien de una integración vertical de servicios organizados y controlados totalmente por las empresas, que debe tener en cuenta los condicionantes territoriales que soporta la oferta del producto turístico y que se denomina destino turístico. En el caso de estudio, el producto turístico dentro del marco del modelo teórico de turismo médico propuesto, ofrece al menos cuatro opciones de servicios diferentes según el cuadrante desde el cual se ubique la empresa prestadora de servicios de atención sanitaria. Cada uno de estos cuadrantes integra negocios que ofrecen opciones distintas para un segmento del mercado diferenciado.

Otro aspecto a considerar en el análisis es la delimitación del mercado de referencia, es decir, identificar el negocio turístico. Inicialmente la definición del negocio turístico supone establecer con precisión el producto turístico y sus componentes, siendo conscientes de que uno de los principales elementos del producto turístico es el destino, cuya planificación y gestión implica una estrecha coordinación entre las actuaciones públicas y privadas. Un ejemplo de producto turístico a nivel de empresa que ha resultado ser de los más exitosos en el destino es el ejemplo de un cirujano bariatra que identificó con toda claridad el nicho de mercado donde se encuentra el negocio turístico. Una de las personas entrevistadas comentó sobre este médico:

“El 100 % de sus pacientes son extranjeros, anglosajones. La mayoría de la gente no tiene servicio médico, carecen de seguranzas. Y este procedimiento no lo cubren los seguros en EUA, por lo que los pacientes pagan de su propio bolsillo” 9(45).

Por otra parte, es importante considerar los elementos del producto de turismo médico en Ciudad Juárez. Las características del destino turístico de salud son un importante elemento de atracción de médicos especialistas de gran trayectoria y prestigio internacional.

A este respecto se identifica la *situación geográfica* de Ciudad Juárez en frontera, como un elemento importante del producto turístico. Su proximidad le permite integrarse a una zona metropolitana conjuntamente con El Paso Texas y Las Cruces

Nuevo Mexico, de más de dos millones de personas, con opciones de conectividad aérea desde el aeropuerto de El Paso a las principales ciudades de los Estados Unidos, y de seis millones de personas considerando la región.

Una de las personas entrevistadas comentó:

“por ejemplo, Cancún y Puerto Vallarta, que son los principales que han estado promoviendo el turismo médico en México, ellos, turismo, pues sí tienen, pero nosotros también. Nosotros tenemos un destino, más que turismo, porque existe la facilidad de que todos los vuelos domésticos de Estados Unidos llegan a El Paso, y pueden venir sin ningún problema. Allá tienen que hacer una serie de conexiones como lo hacen para la India, o para otras partes y aquí nomás llegan a El Paso, cruzan y eso es todo el trayecto. Nosotros tenemos un destino, geográficamente hablando, inmensamente mejor que muchos otros. La cercanía es clave, ni siquiera Chihuahua lo tiene” 8(34).

La infraestructura hospitalaria, la tecnología, el recurso humano de gran calidad y el equipo con los que cuentan los cuatro hospitales que integran el clúster médico, en sus quirófanos, en sus áreas de terapia intensiva, entre otros elementos, también han favorecido la elección del destino por médicos reconocidos.

“Un aspecto importante en la definición del producto turístico es el que quizá no es el todo institucional, de un hospital que recibe pacientes de turismo médico; sino que habría necesidad de que se identificaran las potencialidades que tiene cada institución, en razón de sus diferentes especialidades médicas, de su equipamiento, de su infraestructura, de su capital humano. Es decir de las 4 quien tiene lo mejor en cardiología, en odontología, o en cirugía maxilofacial, o en ortopedia. Porque hay que reconocer las fortalezas de cada institución, yo soy de la idea de que no somos buenos en todo, identifiquen sus fortalezas y eso va a conformar la gran oferta del turismo médico de Juárez” 2(5).

Uno de los médicos especialistas que está llevando a cabo de forma exitosa el turismo médico en Ciudad Juárez y que permite apreciar la diferenciación del servicio de atención sanitaria de la ciudad, es un cirujano bariatra que realiza en promedio 60 cirugías al mes. El costo de una cirugía bariátrica con este médico es de 10,000.00 Dlls, mientras que en Estados Unidos, una cirugía similar tiene un costo de 30,000.00 Dlls. Este cirujano opera en los mejores hospitales de la ciudad y sus pacientes son el 90 % de origen anglosajón y sólo el 10 % son afroamericanos y turismo de la diáspora. La edad promedio de los pacientes de turismo médico que solicitan los servicios de bariatría con este especialista, es entre los 20 y los 40 años, sin embargo mencionó que ha tenido pacientes desde 13 hasta 76 años.

El modelo de atención, con las características que ha desarrollado este médico, es diferente, único en la ciudad y no se trata de la generalidad de los especialistas y hospitales que operan el turismo médico en el destino. Uno de los elementos a destacar, es su *trayectoria*, se trata de una persona que ha realizado más de 17 mil cirugías durante su vida profesional y cuenta con una experiencia de 21 años realizando cirugía bariátrica. Por otra parte, su *formación de especialidad* la realizó en los *Estados Unidos* y ha desarrollado un *programa de enseñanza* para la formación de especialistas en el área de cirugía bariátrica, considerado como uno de los mejores de Latinoamérica.

Cabe destacar que este tipo de cirugía no la cubren los seguros médicos, por lo que los pacientes generalmente pagan de su propio bolsillo. La persona entrevistada

mencionó que el contar con *dos hospitales de alto standing, certificados por su calidad*, con las características de *imagen y confort*, estéticamente, por cuestión de marketing, con *alta tecnología* y capacidad de atención para competir en el ámbito internacional, fue uno de los puntos de mayor peso para decidir establecerse en Ciudad Juárez.

Una de las personas entrevistadas, comentó lo siguiente:

“En primer lugar, tenemos una demanda de servicios de la región, aquí estamos hablando de El Paso, Las Cruces, todo lo que está alrededor. Muchos vienen a consulta médica con nuestros especialistas de la torre, también otros utilizan los estudios de laboratorio e imagen, esa es una parte interesante y creo que la más próxima de lo que es el turismo médico de la frontera, lo regional, nuestro entorno. Pero además tenemos la demanda de otro tipo de pacientes, los que provienen del Norte de Estados Unidos y Canadá, nos demandan mucho cirugías que son programadas” 9(38).

El comentario anterior, permite confirmar lo planteado en el apartado del Modelo Teórico de turismo médico, donde se establece que todos los hospitales de la frontera reciben pacientes de las ciudades vecinas. No obstante, existe una clara definición del producto turístico que ofrecen los especialistas y hospitales de mayor éxito en el destino, el cual va dirigido a personas con expectativas de alta calidad y precios más elevados.

“hemos diseñado varios paquetes de distintos tipos que incluyen varias especialidades, dirigidas a pacientes de la región. Por ejemplo la fertilización in vitro, que si la persona va a El Paso, pues le sale más del doble de costo, y eso ya lo están trabajando aquí con mucha eficiencia y así estamos manejándonos, en espiral, primero esta parte, que es lo local, y luego, corazón abierto, que son cirugías programadas y luego la otra es ortopedia, que es con injertos, rodilla, cadera, con mucho éxito, bariatría, columna. Este hospital cuenta con una unidad cardiológica muy interesante, que está formada por varios médicos tanto locales como nacionales. Tenemos la facilidad de que podemos traer médicos de varias partes del país. La mayor parte, el 99 % son médicos locales, y eso es muy bueno, porque la verdad es que hay muy buenos equipos médicos” 9 (38).

A continuación se muestran imágenes de uno de los hospitales de turismo médico en Ciudad Juárez.

Figura 5.7 Imágenes del hospital Ángeles



a)



b)



c)



d)



e)



f)



g)



h)



i)



j)

Fuente: <http://hospitalesangeles.com/ciudadjuarez/instalaciones.php>

Imágenes de hospital para turismo médico en Ciudad Juárez. a) Fachada, b) Lobby, c) Auditorio, d) Cuneros, e) Habitación, f) Densitometría, g) Quirófano, h) Resonancia Magnética, i) Tomógrafo, j) Laboratorio

Especialidades Médicas que ofrece este hospital:

- Alergología Pediátrica
- Algología
- Anestesiología
- Angiología y Cirugía Vascular
- Audiología y Foniatría
- Biología de Reproducción N. M.
- Cardiología
- Cirugía de Tórax
- Cirugía General
- Cirugía Maxilofacial N. M.
- Cirugía Neurológica
- Cirugía Oncológica
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica
- Coloproctología
- Gastroenterología
- Gastroenterología Pediátrica
- Ginecología y Obstetricia
- Hematología
- Infectología
- Infectología Pediátrica
- Medicina Crítica
- Medicina del Trabajo
- Medicina General
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología
- Neumología Pediátrica
- Nutriología N. M.
- Odontología N. M.
- Odontología Pediátrica N. M.
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Ortodoncia N. M.
- Ortopedia y Traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psicología N. M.
- Rehabilitación Bucal N. M.

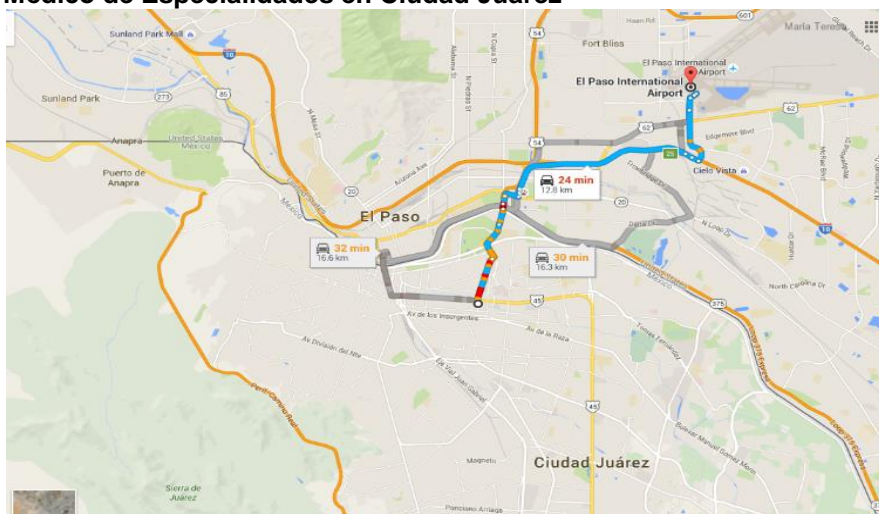
- Reumatología
- Urología

Fuente: <http://hospitalesangeles.com/ciudadjuarez/especialidades.php#esp>

Se ofrecen servicios de diagnóstico médico, de gabinetes de laboratorios de análisis clínicos y radiología, entre otros; para dar una idea del volumen de servicios en el destino turístico fronterizo, sólo en uno de los hospitales con mayor tradición, ubicado muy cerca del cruce internacional de mayor afluencia por ser libre de peaje, la persona entrevistada mencionó que realizan alrededor de 30 mil estudios al año por parte de turistas médicos. Se destaca que se trata de un hospital, pero que, además existen centros de diagnóstico especializados en servicios de radiología y diagnóstico cuyos números superan con mucho estas cifras.

Asimismo, se puede identificar la diferenciación del servicio de atención sanitaria respecto a otros destinos de turismo médico. Uno de los aspectos que marca la diferencia de los servicios en Ciudad Juárez, es precisamente su ubicación estratégica de frontera y de zona metropolitana, que integra conjuntamente con El Paso, Texas y Las Cruces Nuevo Mexico. Además, la cercanía del aeropuerto internacional de El Paso, Texas al puente de cruce de Las Américas facilita la movilidad de pacientes, ya que se encuentra a una distancia de 25 a 30 minutos en automóvil.

Figura 5.8 Distancia entre el aeropuerto de El Paso, Texas y Centro Médico de Especialidades en Ciudad Juárez



Fuente: Google Maps. Fecha de consulta 16 de mayo 2016

Esta situación geográfica permite al destino ofrecer servicios y ventajas adicionales que cualquier otro destino no podría brindar, por la implicación de altos costes de transacción. Por ejemplo el traslado de pacientes desde el aeropuerto de El Paso, Texas y el regreso al final del tratamiento. La proximidad, que permite cruzar la frontera y atenderse de inmediato, sin necesidad de realizar viajes adicionales para recibir la atención sanitaria. La reducción de riesgos al poder trasladar a los pacientes a su país de procedencia en menor tiempo, posteriormente a una cirugía, por la cercanía, sin la necesidad de exponerse a largos viajes aéreos o terrestres, con las implicaciones médicas de tiempo, costes, y riesgos que ello implica.

Lo interesante del destino turístico médico que se está desarrollando en Ciudad Juárez, respecto a la diferenciación, es que se trata de una oferta de servicios para distintos segmentos del mercado. De esta forma, el hospital mencionado que ofrece servicios dirigidos a personas de escasos recursos, se caracteriza por atender pacientes de turismo médico de la diáspora, es decir, se trata de pacientes de origen mexicano residentes en Estados Unidos que carecen de protección sanitaria y de seguro médico, que generalmente pagan los servicios con recursos del propio bolsillo y que cuentan con un estatus legal que les permite cruzar la frontera sin problemas.

Además, existen otros pequeños hospitales privados que ofrecen servicios de salud de calidad estándar, que comparados con los precios de los hospitales de los Estados Unidos, siguen siendo muy atractivos para los pacientes del otro lado de la frontera, pero que a nivel local, sus precios no son tan bajos como los del hospital que funciona bajo la estructura de institución social. Una de las personas entrevistadas comentó:

“Es muy difícil que un hospital maneje el turismo médico internacional, lo van a manejar un grupo de hospitales y entonces surge lo mismo. ¿Cuáles son los hospitales importantes aquí? Los nuevos, que forman parte de toda una cadena millonaria. ¿Cómo compites con ellos? Nosotros hemos competido con calidad, pero ellos tienen un dineral para derrochar, y aun así, no han podido despegar y avanzar como ellos quisieran” 9(43).

Por tanto, los pacientes que pueden pagar por un servicio de salud más personalizado, con elementos que caracterizan una atención en hospital privado de mayor precio y calidad, también pueden encontrar este tipo de servicios en Ciudad Juárez. Por ejemplo, uno de los participantes en las entrevistas mencionó:

“se cuenta en la ciudad, con la tecnología para la atención de cáncer de próstata en etapas iniciales, con High Intensity Focused Ultrasound (Hi-fu), que significa Ultrasonido Focalizado de alta Intensidad, la cual es una terapia que destruye las células cancerígenas a través de una elevación rápida de calor hacia ese tejido” 13(51).

Uno de los hospitales de la localidad ha desarrollado una estrategia de producto muy dirigida a un segmento del mercado con necesidades específicas como el tratamiento de cáncer de próstata y la inseminación in vitro, para lo cual se cuenta con varios especialistas en reproducción asistida y se ha logrado un reconocimiento por la calidad y atención en estas áreas. Por otra parte, se encuentra la oferta de servicios de atención sanitaria de alto standing, que ha sido creada específicamente para el turismo médico, con la llegada hace ocho años de dos grandes hospitales de las cadenas hospitalarias más importantes del país. Por ejemplo, en uno de los hospitales se cuenta con helipuerto para el traslado de médicos y pacientes.

De los dos hospitales diseñados para el turismo médico, uno de ellos pertenece a la cadena hospitalaria más grande de México, un ejemplo de los recursos con los que cuenta y que ofrece a sus pacientes, a través de su propia empresa facilitadora establecida en San Diego, California, en los Estados Unidos, es la información que aparece en su página web, donde aparecen los 28 hospitales distribuidos en todo el país.

“Established in 2007, Hospital Angeles in Ciudad Juarez is a state-of the art modern hospital. We provide excellent standards of care and professional, friendly staff. Across our 125 beds and 12 operating theaters we maintain low nurse to patient ratios and have an on-site medical travel patient facilitator dedicated to your needs. Combined with the world class specialist treatment that you will receive here in Hospital Angeles Juarez, we know that your patient experience will be the best it can possibly be.

Our facilities are first class, including in-room internet access, private rooms, and of course full travel coordination services including round trip ground transfer from El Paso airport for patients and their families. We provide our patients and their guests with everything they need right here on site, providing the amenities you’d expect from a modern and technologically innovative hospital, and more. Unless you want to, there is no need to leave the complex.

The 8 story office tower houses 200 doctors from different areas of specialism, meaning that patients at Hospital Juarez will benefit from the expertise and experience from some of the best doctors in their field.

To request information about a procedure at this or any other location, contact us today and Request a quote for a procedure”

En estos hospitales, además de los dos hospitales de la localidad de mayor tradición, es donde se concentra la oferta de especialidades de referencia como cirugía cardíaca, torácica y neurocirugía. Se cuenta con tecnología avanzada y los recursos humanos para la salud, son de reconocida trayectoria y calidad certificada.

A continuación se presenta un listado de los servicios hospitalarios que ofrece el Hospital Star Médica, donde se realiza el mayor número de cirugías bariátricas. Como puede observarse, incluye varias opciones de tipo de habitación para el paciente, similares a las de un hotel. Ver imágenes en la siguiente página.

- Habitación standard
- Habitación junior suite
- Habitación Star suite
- Habitación master suite
- Unidad de corta estancia
- Urgencias
- Unidad de check up
- Unidad de cirugía y área de rehabilitación
- Tococirugía
- Unidad de terapia intensiva y recuperación
- Cunero y unidad de cuidados intensivos neonatales
- Banco de sangre
- Imagenología
- Laboratorio clínico

- Cardiología
- Inhaloterapia
- Patología
- Endoscopía
- Medicina física y rehabilitación
- Radiología intervencionista
- Hemodiálisis
- Hemodinamia
- Centro cardiovascular
- Club médico

El área de hospitalización cuenta con habitaciones confortables que brindan a los pacientes un espacio idóneo para su atención médica y recuperación.

- Cama automática para el paciente
- Sofá-cama
- Televisión con servicio de cable
- Telefonía e Internet
- Caja de seguridad
- Aire acondicionado
- Baño completo y clóset

Fuente: http://www.starmedica.com/_ES/_HOSPITAL/servicios-hospitalarios_Star-Medica-Ciudad-Juarez_10.aspx

A continuación se muestran imágenes de uno de los hospitales de turismo médico que funciona en el modelo planificado.

Figura 5.9 Hospital Star Médica



a)



b)



c)



d)



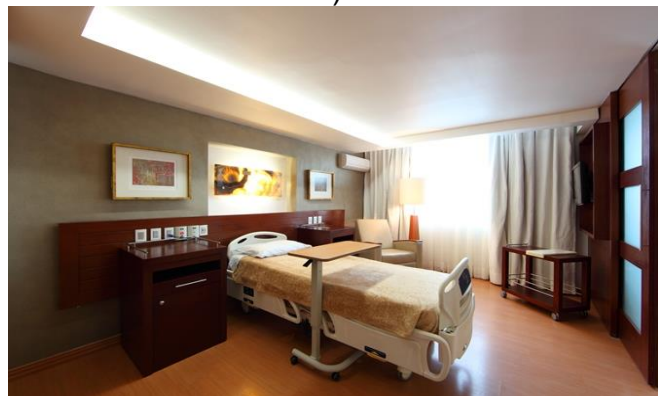
e)



f)



g)



h)

Fuente: http://www.starmedica.com/ ES/ HOSPITAL/servicios-hospitalarios Star-Medica-Ciudad-Juarez_10.aspx_fecha_de_consulta_19_enero_2016

Imágenes de hospital para el turismo médico en Ciudad Juárez. a) Fachada, b) Información, c) Admisión, d) Lobby, e) Habitaciones, f) Restaurante, g) Áreas de descanso, h) Habitación

Por tanto, se identifica claramente que se están conjuntando todos los elementos necesarios para llevar a cabo una estrategia de producto destinada a cada segmento del mercado al cual se dirige la oferta diferenciada. No obstante, el contar con ciertos elementos que favorecen el desarrollo del destino médico, no es suficiente. Es necesario contar además con los servicios complementarios al producto, cuyo análisis se presenta a continuación.

5.2.4.2 Servicios complementarios

A nivel de empresas, los hospitales y clínicas que trabajan en los dos modelos, el planificado y el reactivo-emergente, han definido sus objetivos de marketing con

claridad y todo parece indicar que les está dando buenos resultados y están logrando sus objetivos. Las empresas que se dedican a los servicios complementarios a la atención sanitaria, manifestaron no tener problema para atender las necesidades de los turistas médicos, como en el caso de restaurantes,

“nuestra fortaleza es la gastronomía, es deliciosa a comparación de aquel lado, los sabores; es nuestra calidad, además, es también el trato. Tenemos una diferencia muy grande en cuanto a servicio, y no porque tengan mal servicio allá, tienen buen servicio, pero acá como que es más cálido, si tenemos esa ventaja, de mejor trato al cliente” 22(62).

“En el centro de la ciudad, estamos hablando de un cambio, yo creo que en cuestión de infraestructura, por ejemplo para la atención a gente en sillas de ruedas, aunque no todos tienen los accesos, ya hay muchos que sí los tienen. En cuestión de su gastronomía, no creo que lo cambien porque realmente eso es lo que le da el valor agregado a su producto, en cuestión de presentación es parte de lo que hacen, competir a nivel internacional” 22(62).

“no cambia tu gastronomía, cambia tu infraestructura, tiene que cambiar la atención al cliente en cuanto a ser bilingües otra vez; antes éramos bilingües, ya no lo somos, eso sí lo vamos a tener que cambiar, ese entorno, pero lo básico, eso no va a cambiar porque es parte del folclor, y cumplimos y nos ponemos a trabajar, aquí lo que nos falta, a lo mejor en el centro de la ciudad es el Centro Histórico” 22(62).

En cuanto a servicio de transporte público, es muy interesante que una de las personas entrevistadas comentó:

“el servicio de transporte público, de las ruterías, es muy bueno. La ruta pasa constantemente. No son equipados, ni nuevos, pero la frecuencia es cada 5 o 10 minutos. En cambio en El Paso, los autobuses están muy bonitos, pero pasan cada media hora, y pierdes mucho tiempo” 18(56).

En cuanto a hoteles, se encontró la existencia de dos asociaciones de hoteles y moteles, una que representa hoteles de propietarios de la localidad, generalmente hoteles más pequeños y otra que representa los grandes hoteles de franquicia. Al parecer, existe cooperación y comunicación entre ellos, una de las personas entrevistadas de ese grupo comentó:

“los hoteles tendrían el interés y la capacidad para hacer las modificaciones, al menos en un pequeño número de cuartos que requieren tener modificaciones para lo del turismo médico, me refiero por ejemplo a los baños, las agarraderas en las regaderas, en los sanitarios, el oxígeno, la cama de hospital, la puerta, que es más ancha, el elevador, entonces no estamos hablando de costes mínimos, es un costo importante. Si se llegara a invertir de lleno en el turismo médico para Juárez se tiene que contemplar todo ese tipo de cosas y las formas de apoyar al sector hotelero” 20(59).

Se encontró que ninguno de los hoteles de la ciudad cuenta con instalaciones para la atención de pacientes. Lo anterior quizá puede atribuirse al hecho de que los pacientes de turismo médico que buscan ser atendidos en los dos nuevos hospitales, cuando requieren ser hospitalizados, tanto el paciente como su familiar que le acompaña, en estos hospitales, cuentan con habitaciones tipo hotel, por lo que no existe la demanda aún de servicios de hostelería para pacientes de turismo médico a los hoteles de la ciudad. En el caso de pacientes que provienen de otros estados, es decir, pacientes no transfronterizos, que acuden a implantes dentales y otros servicios médicos que no requieren hospitalización, por lo general se

hospedan en El Paso, Texas. Esta situación ha traído como consecuencia que los propietarios de los hoteles de Juárez, no perciban aún la necesidad de hacer modificaciones a su infraestructura para brindar atención a pacientes de turismo médico.

Esta apreciación podría ser cierta para los acompañantes del turista médico. Sin embargo, en otra etapa de desarrollo del destino, será necesario contemplar la infraestructura de servicios complementarios para el paciente, en caso de no aumentar la inversión en infraestructura hospitalaria tipo hotel como es el caso de los dos nuevos hospitales que están llevando a cabo actualmente el turismo médico con pacientes internacionales, dado que en la actualidad, los pacientes y el familiar que le acompaña se quedan en el hospital-hotel los días que requiere el paciente (generalmente dos días y medio) después de una cirugía bariátrica; cinco días en caso de una cirugía cardíaca y tres días en implantología. Salvo en los casos que no se requiere hospitalización, y los pacientes prefieren hospedarse en El Paso.

En cuanto a servicios financieros, las personas entrevistadas manifestaron que no hay problema en la prestación de servicios en este rubro, pues están preparados actualmente para atender al turismo de negocios y consideran que no habría mucha diferencia en la atención al turismo médico. Como se mencionó en el apartado de contexto del propio destino. Ciudad Juárez cuenta con un gran número de instituciones de banca comercial que brindan servicios de buena calidad.

Los brokers y facilitadores del turismo médico se consideran parte de los servicios complementarios que conjuntamente con las distintas formas de atraer pacientes en los modelos de turismo médico propuestos, definen la estrategia de comercialización.

Los facilitadores de turismo médico juegan un papel fundamental para promover el crecimiento de este ramo. Por medio de estas agencias los pacientes reciben su primera impresión y contacto directo con el turismo médico (Medical Tourism, 2011b).

En los últimos años, ha surgido un gran número de estas empresas, la mayoría con nombres relacionados con viajes y salud. Su finalidad es muy parecida a las agencias de viajes. Organizan el viaje para el turista médico, le brindan opciones y asesoría, acorde a su presupuesto y necesidades. Solicitan pasaportes, programan vuelos, coordinan el hospedaje, transportes y tours (Mendoza, 2014).

Por supuesto la diferencia más importante es que todos sirven como un enlace o intermediario entre la persona, el hospital internacional y el doctor (Medical Tourism, 2011a).

El trabajo de los facilitadores consiste en reorganizar el paquete de los servicios ofrecidos por el proveedor del hospital, hacerlo más atractivo y luego manejarlo a lo largo del proceso de turismo médico. Es importante pesar las ventajas y las desventajas que ofrecen las agencias cuando alguien necesita tomar una decisión para utilizar sus servicios o no (Medical Tourism, 2011b).

Las agencias facilitadoras ofrecen paquetes turísticos que contienen la atención médica para personas con algún padecimiento, el hospedaje y la transportación, así

como recorridos a sitios de interés para sus acompañantes, aprovechando los atractivos que el destino elegido ofrezca a su cliente. Las agencias pueden formar estos recorridos, a manera de paquetes, dependiendo del o los destinos elegidos por los clientes, aprovechando el alto grado de especialización de los médicos y sumando los atractivos que ofrece cada ciudad.

Con relación a los servicios complementarios que facilitan el que los pacientes puedan contactar a un determinado especialista, o ayudarles a encontrar la mejor opción para resolver su necesidad de salud, de acuerdo a sus posibilidades, se encontró que en las agencias de viajes tradicionales más conocidas de la ciudad no ofrecen servicios de turismo médico.

En 2014 inició la operación de una empresa que se dedica a facilitar el turismo médico en la ciudad, cuenta con una página web denominada "Doctors you can trust", en la que aparecen médicos reconocidos de Ciudad Juárez que no pertenecen a los hospitales del turismo planificado y que de acuerdo al modelo que plantea esta investigación, operan en el marco del turismo médico reactivo-emergente.

Existe otra iniciativa de una empresa facilitadora, que cuenta ya con varios años de trabajo binacional para la movilidad de pacientes a ambos lados de la frontera. Actualmente está promoviendo la subrogación de servicios de hospitales de El Paso a los de Ciudad Juárez. A pesar de que no se encontraron aún evidencias de resultados concretos al momento de realizar las entrevistas, las personas participantes, de dos de los hospitales de Ciudad Juárez mencionaron, que esta agencia gestionó la visita de directivos de uno de los hospitales más importantes de El Paso para explorar posibilidades de convenios de colaboración para la subrogación de servicios.

"Se trata de brindar la atención en ciertos tratamientos o procedimientos muy específicos, como oftalmología, cirugía de cataratas, dermatología, algunos procedimientos de ginecología como histerectomías, cirugías y tratamientos de ortopedia, entre otros servicios, a pacientes cuyo seguro médico en EUA tiene un bajo porcentaje de cobertura para ser atendidos en el país vecino, y los hospitales de El Paso no desean entrar en una dinámica de financiamiento a ese tipo de pacientes, por lo que se está viendo como opción, la subrogación de servicios en hospitales de Ciudad Juárez" 13(51).

Por lo anterior, se puede decir que al momento de realizar la presente investigación, se encontraron iniciativas que demuestran el interés por colaborar binacionalmente para la prestación del servicio de salud entre hospitales de ambos lados de la frontera y que quizá en un futuro cercano estas opciones se verán realizadas.

Una de las personas entrevistadas mencionó:

"el turismo médico genera 9 empleos por operador mientras que la industria maquiladora genera 2.7 empleos por operador. Este dato, parece que no se ha dimensionado en cuanto a las posibilidades de desarrollo que podría traer a la región" 13(51).

En el caso de los destinos turísticos, es el lugar, sus condiciones, sus características las que hacen que se desarrolle el destino. Por ejemplo, no es Costa Rica, es San

José el destino de turismo médico, no es el estado de Chihuahua, es Ciudad Juárez el destino de turismo médico. Además es la iniciativa privada quien lo promueve y la acción institucional es relevante para su desarrollo.

La realidad que enfrentan de manera cotidiana las empresas que ofrecen servicios de atención sanitaria en el marco del modelo planificado propuesto por esta tesis, muestra que, en la actualidad y ante un entorno tan cambiante, no es conveniente dejar al azar las decisiones relacionadas con las acciones de promoción y publicidad.

5.2.4.3 Segmentación del mercado turístico médico

La segmentación del mercado como estrategia de negocio para atraer pacientes al destino turístico ha sido uno de los elementos más relevantes que mencionaron las personas entrevistadas. Se sabe que en el turismo de salud, hay al menos dos formas posibles de segmentación del mercado: el estado de salud de los clientes potenciales y sus ingresos. Goodrich y Goodrich, (1987) establecen que en la segmentación del mercado se incluyen aspectos geográficos, demográficos, psicológicos, precio, uso y beneficios. La información obtenida en la entrevista del cirujano bariatra permitió identificar que gracias a su estudio de mercado donde se incluyeron aspectos demográficos, para conocer las características de la población de la diáspora que podría demandar sus servicios; su ubicación geográfica; su estado de salud, ya que se buscó el número de personas con obesidad, los precios de los servicios en el país de origen y los ingresos, le permitieron diseñar un servicio dirigido a un segmento del mercado con capacidad para adquirir la calidad que ofrece. Este cirujano, es uno de los ejemplos de casos exitosos que funcionan en el modelo planificado, pero toda la planificación de su empresa ha sido realizada de forma individual y es un caso único que difiere de los demás prestadores de servicio sobre todo en el modelo de negocio realizado. Por tanto, no es la generalidad de los médicos y hospitales del caso de estudio

Las empresas de servicios turísticos necesitan llevar a cabo procesos de planificación donde se contemplen de forma estructurada y sistemática los diferentes planteamientos y acciones concretas que deberán ser desarrolladas durante espacios de tiempo determinados y dirigidos al segmento de mercado seleccionado.

Una de las personas participantes en las entrevistas, del sector gobierno comentó lo siguiente:

“estamos contemplando programas de promoción. De desarrollo de la imagen del destino, de difusión electrónica, con los apoyos de la diversidad de opciones que ofrecen actualmente las tecnologías de información y comunicación” 2(5).

Un Plan de Marketing de las empresas de servicios turísticos debe servir para establecer, en función de distintos tipos de análisis, secuencias de actuaciones a realizar dentro de un proceso ordenado que guarde la máxima coherencia. La razón más importante que apoya la elaboración de Planes de Marketing es prever las acciones de la empresa de servicios turísticos frente a sus competidores con el fin de presentar alternativas válidas en todo momento, lo cual permite optimizar los

recursos y capacidades de que dispone la empresa y ajustarse mucho más a sus propias limitaciones y a los condicionantes de su entorno. Por ejemplo, ante los largos tiempos de espera en los cruces de puentes internacionales, algunas empresas han optado por adquirir la línea exprés para cruzar el puente internacional con mayor rapidez y trasladar a sus pacientes con mayor agilidad. Son los casos donde el segmento del mercado al que se atiende son pacientes transfronterizos, que radican en los condados cercanos, por tanto se refieren a aspectos geográficos, de precio, uso y beneficios para el paciente.

Una de las personas entrevistadas del sector gubernamental dijo:

“Hemos comentado la posibilidad de contar con una línea exprés médica con unidades modernas. Pensando que el paciente llegue a los puentes, y tenga la opción de ser trasladado con agilidad y sin problema. Se puede gestionar el apoyo con la Secretaría de Relaciones Exteriores, o con los consulados. Incluso hablamos de que serían de cuatro a seis unidades de transporte con choferes bilingües” 2(5).

Iniciativas similares están funcionando desde hace tres o cuatro años por empresas locales para conservar su clientela que proviene del vecino país y cuya principal estrategia ha sido el costo de los servicios.

El costo fue mencionado por todos los participantes en las entrevistas. Lo consideran uno de los factores de atracción más importantes para los turistas médicos, ya que pueden tener ahorros que van desde un 70 hasta un 90 %, del costo de un tratamiento similar en Estados Unidos, (dependiendo del hospital y del tipo de procedimiento solicitado). La literatura comercial identifica con claridad el costo de los servicios como el punto clave de venta del turismo médico (Lunt y Carrera, 2011).

El coste jugó un papel determinante en el turismo médico que busca los servicios de odontología especializada como por ejemplo, implantes y rehabilitación oral, ya que son los servicios de mayor demanda por parte de pacientes atendidos en el turismo médico planificado. En cambio, para los pacientes que buscan servicios de cirugía bariátrica, aún cuando el coste es de sólo una tercera parte del mismo procedimiento en Estados Unidos, éste jugaba un papel secundario, detrás de la calidad, trayectoria y prestigio de los especialistas. En estos dos casos se destaca el hecho de que se trata de procedimientos que no cubren los seguros médicos de Estados Unidos, y que se considera el principal nicho de mercado. Por lo anterior, se afirma que son dos segmentos de mercado distintos. Para los servicios de odontología especializada el estado de salud de los pacientes que requieren una implantología o una rehabilitación dental y el ingreso de los pacientes, son elementos relevantes para la segmentación del mercado, ya que la diferencia de coste representa un ahorro significativo para ellos. Para el caso del cirujano bariátrico, el segmento de mercado que toma como aspecto relevante la salud, las acciones publicitarias estuvieron dirigidas a personas con diversas afecciones como la obesidad, pero también podrían estar dirigidas a personas que desean mantener una mejor apariencia.

El enfoque de Marketing sugiere que es más eficaz para la empresa de servicios turísticos definir su campo de actividad en relación con la función, necesidad

satisfecha o beneficios ofrecidos por el servicio turístico (Vázquez Casielles et al., 1997).

“nuestro servicio se orienta a satisfacer las necesidades de los pacientes de turismo médico. Ellos buscan economía, buen médico, buena calidad, buen trato, entre muchas otras cosas” 9(45).

“Ahora, el mercado latino, ellos quieren ser atendidos en español, con la calidez que están esperando. La pregunta es ¿qué es lo que los hace venir? ¿Es el precio, la afinidad cultural, el mismo idioma, el trato? Pues la verdad es que yo creo que es una combinación de todo eso, porque ellos están esperando eso. Y los de habla inglesa, los anglosajones se sienten extraordinariamente bien atendidos por nosotros. Cada vez es mayor el número de anglosajones que nos visitan porque es un mercado muy amplio. Si nosotros nos seguimos organizando mejor y estratégicamente, pues hay mucho mercado, el no tener que irse tan lejos como a la India, incluso hasta Costa Rica, que es un lugar que ha tenido mucho éxito en eso, y Colombia, es una ventaja enorme para ellos. De las encuestas que hacemos, tenemos evidencia de cómo se expresan; nos ponen: esta es mi primera experiencia que he tenido en México, en otro hospital fuera de mi país y ha sido una experiencia extraordinaria agradezco a toda la organización” 9(38).

Resulta necesario, por tanto, analizar la variedad de ventajas deseadas por los turistas actuales y potenciales, que constituyen, sobre esta base, segmentos que agrupan turistas con similares características, estilos de vida, comportamientos, actitud, sensibilidad a las acciones de marketing o expectativas. Por ejemplo, puede mencionarse el caso de los turistas médicos que acuden a solicitar la atención sanitaria al Hospital de la Familia, que atiende pacientes de escasos recursos en Ciudad Juárez. Allí los pacientes encuentran una gran variedad de ventajas significativas como el precio competitivo, la accesibilidad al encontrarse tan solo a unos pasos del cruce internacional, el ser atendidos en el idioma que dominan, la facilidad de comunicación con el médico, el trato médico-paciente al que están acostumbrados, la obtención de servicios de calidad a buen precio, la confianza que generan los médicos al resolver las necesidades de los pacientes, aspectos que se relacionan con elementos emotivos, y de identidad cultural, entre otros. Estos pacientes tienen como característica similar que son en su mayoría de origen mexicano, con una tradición de buscar la atención médica en Ciudad Juárez, con médicos mexicanos. Una de las personas entrevistadas de este hospital mencionó:

“La gente viene actualmente a la frontera como Tijuana y Ciudad Juárez a buscar atención sanitaria, a consulta médica, además, gasta en otras cosas, pero no es el turismo internacional donde la gente viaja por problemas mayores, cirugías y ese tipo de cosas. Aquí vienen por consulta. Eventualmente por cirugías, pero realmente el grueso de los pacientes que vienen a este hospital, acuden por consulta médica” 9(42).

Parece evidente que en el turismo médico emergente-reactivo se ha definido el mercado de referencia en relación con la función realizada para un grupo determinado de turistas, ese hospital se ha ajustado a la realidad de la demanda y a las necesidades del segmento del mercado a quien se dirigen sus servicios con mayor precisión. La elección de los criterios adecuados de segmentación permite a la empresa de servicios turísticos tener una mejor definición de su mercado, identificar los segmentos más rentables donde la competencia es más débil, conocer las necesidades no satisfechas y que puedan representar una oportunidad para la empresa de servicios turísticos.

En cambio, en el turismo médico planificado, el éxito que han tenido los especialistas que realizan acciones de turismo médico con una respuesta muy favorable por parte de los pacientes, se basa en haber definido un buen Plan de Marketing posicionándose mejor en función de las características del mercado objetivo, maximizando la eficiencia en la asignación de recursos de Marketing y controlando las prestaciones de las actividades de Marketing sobre cada segmento de mercado.

“esta clínica ha adquirido prestigio con personas que vienen de fuera por la promoción de diferentes medios que utilizamos ya sea de publicidad en internet o estrategias de marketing que nosotros hacemos, y nuestro mercado en su mayoría son pacientes que provienen de Estados Unidos y Canadá” 6(23).

“Tenemos pacientes de Europa, también tengo un par de pacientes de África y una paciente de Brasil. Ellos viven en la Florida pero son de Brasil, y nos contactan por nuestras páginas web” 6(24).

“el gasto de marketing para lograr que el turismo médico crezca y se acerque a ti, equivale más o menos entre el 20 y 30 % de tus ingresos netos” 7(29).

“El apoyo en internet ha sido importante. El paciente me conoce a mí porque ha platicado con mil pacientes que he operado, en los foros que hacen y ya me revisó y sabe quién soy y tiene confianza en mí, pues le tengo que decir qué día tiene que volar, que día tiene que regresar o va a venir, qué estudios necesita, que me falta a mí para operarlo y no regresarlo cuando llegue, porque eso puede suceder, entonces, tenemos toda una mecánica establecida en internet hasta conseguir toda la información necesaria y la comunicación con sus médicos familiares, para poder desarrollar un buen evento” 7(29).

Las entrevistas han mostrado que el marketing online ha sido clave para el desarrollo del turismo médico planificado. Pero además uno de los elementos más destacados para garantizar el éxito de las iniciativas es la segmentación del mercado. Al identificar la relevancia de este aspecto, es importante llevar a cabo una segmentación adecuada, por tanto, a continuación se presenta una selección de los criterios propuestos por Vázquez Casielles et al., (1997) adaptado al mercado del turismo médico de Ciudad Juárez.

Criterios geográficos: aplica a la región fronteriza, para el modelo emergente y a la región de Norteamérica para el modelo planificado. Clima similar, proximidad geográfica y un número de habitantes suficiente para considerar una demanda constante dadas las condiciones de prestación de servicios de atención sanitaria del mercado de origen y el nivel de ingreso de la población.

Criterios sociodemográficos: Edad, Ingresos, Categoría Socio profesional, Nivel de Enseñanza. Centrarse en pacientes de determinados grupos de edad. Estos criterios fueron tomados en cuenta para la realización de los estudios de mercado tanto del cirujano bariatra como de los nuevos hospitales antes de establecerse en la localidad, los cuales operan actualmente bajo el marco del modelo de turismo médico planificado.

“Entonces hice un estudio de mercado de la capacidad socioeconómica de Chihuahua y de la región transfronteriza. La incidencia de enfermedades por tipo de pacientes que yo manejo que en aquel entonces eran como 86 mil personas. Por tanto, el destino turístico se presentaba prometedor” 7(29).

Por otra parte, es interesante analizar los criterios relacionados con la personalidad del turista médico.

En un Estudio de la Oficina de Turismo Canadiense se obtuvieron los siguientes segmentos que han sido analizados para su aplicabilidad al turismo médico de la frontera.

Turista-Automóvil: activo, sociable, confianza en sí mismo, curioso, directo.

En el caso de estudio, los pacientes que provienen de las ciudades vecinas, suelen trasladarse a Ciudad Juárez en automóvil y las características de esas personas parecen coincidir con el criterio propuesto por el estudio mencionado. Una de las personas que opera el turismo médico en el modelo emergente-reactivo, comentó lo siguiente:

“algunos pacientes cruzan caminando, cuando se van a atender en hospitales cercanos a los puentes, pero la mayoría se traslada en automóvil” 9 (39).

“Muchos de mis pacientes vienen de ciudades como Midland y Odessa, en Texas, y manejan alrededor de 5 a 6 horas” 7(28).

Turista-Aviación: Muy Activo, Muy Confiado. Este tipo de turista es el que se atiende en las clínicas y hospitales del turismo médico planificado. Por tanto, la imagen de inseguridad del destino, al parecer tiene menor peso que la de calidad y precio de los servicios de salud que van a recibir y confían en los médicos y profesionales que les van a brindar la atención sanitaria. Además, es importante mencionar que el hospital o médico que los recibe, ofrece trasladarlos desde el aeropuerto hasta el hospital, y de regreso a El Paso.

Turista-Autobús: Dependiente, Agresivo, Impulsivo, Ansioso. En el caso de estudio, las personas entrevistadas no mencionaron que los pacientes se trasladen en autobús.

Turista-Extranjero: confianza en sí mismo y en otros, impulsivo. Esta categoría aplica principalmente a los pacientes que buscan los servicios de cirugía bariátrica en el modelo de turismo médico planificado.

“de los pacientes que yo atiendo, sólo un 10 % son turismo de la diáspora, el resto son anglos y de otras nacionalidades, he operado árabes, chinos, japoneses, ucranianos, de todo” 7(29).

Turista-Interior País: directo, activo. Las personas entrevistadas en el caso de estudio no mencionaron que atienden pacientes del interior del país.

Criterios de actitud: sensibilidad a calidad, precio, servicio, publicidad, promoción

Este tipo de criterios ha sido demostrado como predominante en los turistas médicos del modelo planificado. Un ejemplo es el siguiente:

“He operado más de 17 mil pacientes que están dispuestos a compartir su experiencia y decir cuando la ciudad de Juárez era la ciudad más peligrosa del mundo, pues yo fui y vine y no me pasó nada, entré y salí del país sin ningún problema. ¿Qué hicimos? (1) Transporte seguro, (2) Seguridad y transporte, dejarlos en el hotel o dejarlos en el hospital, (3) hacer acuerdos hospitalarios adecuados. (4) Ofrecer un servicio en hospitales certificados (5) tener un equipo médico certificado, para que los que nos investiguen

encuentren que trabajamos bien, que somos honestos y (5) un precio muy competitivo” 7(29).

Además, es interesante también analizar los *Criterios de comportamiento*: que hacen referencia a la fidelidad al destino, y a la satisfacción con el bien o servicio adquirido.

Este criterio se aplica a los dos modelos propuestos, tanto al planificado como al reactivo-emergente.

“La relación con los pacientes de cirugía es muy estrecha, me hablan al celular a la hora que tienen alguna molestia, o para preguntar si pueden tomar o no un medicamento extra, aunque tengan 8 o 10 años de operados. Son muy fieles, la mayoría vienen al menos una vez al año, entonces, somos más amigos que médico-paciente y haces una relación más estrecha, más cordial” 7(29).

Al tener en cuenta estos criterios para diseñar el producto de turismo médico se puede transitar al análisis de una siguiente etapa del proceso que inicia con la definición de objetivos de marketing.

Con relación a este punto, a nivel nacional se estableció como objetivo: atraer a la población mexicana radicada en Estados Unidos (PROMEXICO, 2013).

Mientras que a nivel del destino turístico médico de Ciudad Juárez, a este respecto los entrevistados que funcionan desde el marco del modelo de turismo médico reactivo dijeron:

“como objetivo, debemos lograr un impacto primero en los lugares más cercanos, yo soy de la idea de que vengan los que están aquí cerquita; sabemos por estudios que se han realizado, que la gente viaja más o menos 300 millas, es el promedio. En Juárez tenemos un radio de 300 millas alrededor con una gran cantidad de población que podemos atraer” 9(43).

“Nosotros tenemos el mercado interno y visualizamos además un mercado a 300 millas a la redonda. Si logramos eso, y tenemos éxito, pues a lo mejor al rato nos vamos a 600 millas, a otro nivel. Pero hoy por hoy no lo vemos así” 9(39).

“Nosotros no vamos por el turismo médico internacional, nos interesa el de aquí, de la frontera” 8(34).

“tampoco creemos sinceramente que vayan a venir en exceso turistas médicos a buscar servicios en Juárez, eso va a ser paulatino, va a ser a largo plazo” 9(43).

“Yo veo el turismo médico, pero el cercano, a mí no se me hace que vaya a venir gente de la India, de Singapur o de otras partes a atenderse a Juárez, salvo cuando desarrollemos por ejemplo, un tipo de servicio que solo aquí se haga, así han surgido la Clínica Lehi, la Clínica Mayo por los hermanos Mayo, porque hacían una medicina que no se hacía en otras partes” 9(43).

Las personas entrevistadas que funcionan en el marco del modelo de turismo médico planificado propuesto en esta investigación, comentaron:

“Estamos trabajando mucho con el turismo médico. Su economía si les permite venir a atenderse aquí” 5(22).

“Uno de los objetivos de este hospital es atender al turismo médico internacional” 9(44).

“yo si le veo mucha viabilidad, le veo un gran futuro y posibilidad al turismo médico en Ciudad Juárez” 9(45).

Los resultados del análisis de contenido de las entrevistas permitió identificar que los hospitales y clínicas de mayor tiempo en la ciudad tienen claramente definidos unos objetivos de atención de pacientes originarios de condados pertenecientes a estados vecinos en Estados Unidos, en un radio de 300 millas de la franja al interior de Estados Unidos, y ellos mismos definen sus servicios orientados a un mercado de frontera. Esto es muy interesante, dado que dos de estos hospitales participan en el clúster de turismo médico y pertenecen al grupo de hospitales que integra el grupo del turismo médico planificado.

Por otra parte, los hospitales que atienden pacientes de escasos recursos su objetivo es la atención de pacientes transfronterizos que provienen generalmente de El Paso, Texas, que es la ciudad vecina de Ciudad Juárez, Las Cruces, Nuevo México y condados cercanos a la frontera.

Una de las personas entrevistadas de este hospital, dijo:

“Nosotros siempre hemos tenido una estrategia de precio bajo y obedece a que somos una institución social, a que atendemos a gente de escasos recursos, pero nuestros precios además están desarrollados en base al costo que tenemos y a la utilidad que necesitamos para cubrir nuestras necesidades . Por ejemplo, aquí un parto tiene un costo de 2,600.00 pesos y atiende un ginecólogo, que es tan bueno como cualquier otro y es el mismo costo para cualquier gente que quiera pagar, sea de Juárez o de El Paso. En Estados Unidos un parto anda como en 5,000 US Dlls. Lo que necesito es volumen. Pero lo voy a tener si soy accesible, que la gente venga porque es atractivo económicamente” 9(42).

Por otra parte, los dos nuevos hospitales cuyos objetivos de marketing están claramente definidos para atender turismo médico de cualquier parte que provengan los pacientes, son los que han desarrollado estrategias activas de marketing y están invirtiendo fuertes cantidades de recursos en marketing online.

“la estructura para armar una empresa de esta magnitud, no es que venga el gobierno federal y diga que vamos a hacer esto, y te voy a poner 100,000 Dlls, el gasto de marketing para lograr que el turismo médico crezca y se acerque a ti, equivale más o menos entre el 20 y 30 % de tus ingresos netos” 7(29).

A nivel interno del destino, es decir a nivel gobierno municipal, aún no se han establecido objetivos de marketing específicamente para el turismo médico. No obstante, las acciones emprendidas por los médicos y hospitales que están llevando a cabo operaciones de turismo médico, están sentando las bases para posicionar el destino médico en el ámbito internacional.

“Existen estrategias para posicionar el destino turístico en ciertas áreas, que se considera que son las más fuertes en Ciudad Juárez, una es los negocios, o el ramo industrial, otro de ellos es el turismo de reuniones y convenciones, otro es la diversión y ya un cuarto, considerado en otra dimensión, es el turismo médico” 2(3).

“yo pienso que no se cuenta con una estrategia de posicionamiento internacional para Ciudad Juárez, porque se vio muy dañada su imagen y los recursos para poder posicionarla, como a cualquier destino, a nivel internacional, no son cualquier cosa. Se requiere de un buen presupuesto, y desafortunadamente carecemos de recursos para hacerlo” 2(3).

“hemos avanzado mucho, pero en un mercado muy específico, en el mercado de congresos y convenciones” 3(7).

“La otra estrategia que va en el plan de medios, es en revistas americanas y tienen ciertos lineamientos con algunos periódicos, va a estar apareciendo Ciudad Juárez, pero sin salirse del mismo ámbito, revistas enfocadas a negocios y a convenciones” 2(3).

Las opiniones de las personas entrevistadas permiten ver que no se cuenta con una definición de objetivos de marketing turístico a nivel de destino. Lo anterior podría ser una de las causas por las cuales el desarrollo del destino turístico médico no haya avanzado al nivel que podría hacerlo, dado su ubicación estratégica y potencial médico.

En cuanto a las zonas geográficas a las cuales se dirigen las estrategias de marketing, una de las personas entrevistadas comentó que al realizar el primer estudio de mercado, dirigió su estrategia al turismo médico de la diáspora.

“en mi primer estudio de mercado la idea era llegar a los mexicoamericanos, porque esta gente viajaba a Ciudad Acuña y a Piedras Negras para atenderse. No es por lo barato, es porque son los mexicoamericanos que no tienen seguro médico, quienes buscaban atenderse en la frontera” 7(29).

El dirigir su estrategia a personas de origen mexicano residentes en los estados vecinos en la Unión Americana resultó ser una muy buena estrategia, sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de sus servicios ha dado un giro en cuanto al tipo de pacientes y actualmente la mayoría de los turistas médicos que recibe, son anglosajones, por tanto, se deduce que el efecto de las recomendaciones de boca a boca entre el círculo de amistades y familiares, al igual que el marketing online en páginas web internacionales, ha jugado un rol determinante en este giro de la demanda. Por tanto, actualmente su mercado se ha ampliado a los Estados Unidos en general, incluyendo los estados vecinos a la frontera, pero también al resto de los estados y a Canadá.

En cuanto al posicionamiento que han conseguido las organizaciones de turismo médico de Ciudad Juárez, es diferente para cada caso. El médico cirujano bariatra es uno de los mejor posicionados en el ámbito internacional, se anuncia en páginas web internacionales y recibe pacientes en su mayoría, de Estados Unidos y Canadá. El 90 % de sus pacientes son anglosajones y el 10 % afroamericanos y de la diáspora. Ha desarrollado toda una empresa de clase mundial, con servicios de excelente calidad, cuenta con personal con capacidad de atención profesional y conocimiento experto en cada una de las áreas de su negocio, ha desarrollado una estructura organizacional que le ha facilitado llevar a cabo eficientemente los procesos administrativos y el despliegue de recursos económico-financieros ha demostrado ser adecuado. Uno de los elementos que ha facilitado su posicionamiento en este mercado ha sido el dominio del idioma inglés, tanto de los médicos especialistas como del personal que integra su equipo de trabajo.

Por otra parte, las clínicas dentales de alta especialidad se encuentran muy bien posicionadas, pero el segmento de mercado es distinto, ellos reciben un 70 % de

turismo médico de la diáspora son empresas con una considerable experiencia generalmente mayor a los veinte años de existencia en la frontera que han logrado la fidelización de los pacientes. El posicionamiento que han logrado les ha permitido mantenerse a pesar de la época de inseguridad que se vivió hace unos años en la ciudad, gracias al profesionalismo, la calidad y los precios competitivos que ofrecen en comparación a los del mercado de origen. Atienden principalmente pacientes de Estados Unidos y Canadá. Han desarrollado una estructura organizacional de servicio al cliente, con rutinas organizativas de manera que garantizan acompañamiento y seguridad a los pacientes durante su estancia en la ciudad.

Los dos hospitales de gran tradición a nivel local están muy bien posicionados en la atención de pacientes de las ciudades vecinas que cuentan con capacidad de pago de servicios privados en Juárez y tienen claramente definida la zona geográfica de interés, a 300 millas a la redonda. Finalmente, el hospital que atiende pacientes de escasos recursos es el hospital ubicado cerca del cruce internacional del centro de la ciudad es uno de los mejor posicionados en la atención de pacientes de origen mexicano que requieren servicios de bajo coste. Un ejemplo del éxito de este hospital es el aumento de la demanda de servicios de turismo médico que experimenta año con año, y la ampliación de sus instalaciones para poder atender un mayor número de pacientes.

Además, el destino turístico debe conocer y posicionar competitivamente sus recursos: atractivos naturales, culturales y sociales; accesibilidad al lugar geográfico considerado, infraestructura de servicio del mismo, acciones de ordenación territorial e imagen de marca. Aspectos en los que Ciudad Juárez aún necesita avanzar para desarrollar el destino turístico médico.

“Ciudad Juárez aún no cuenta con la infraestructura para atender a las ciudades de alrededor de nuestra frontera que demandan servicios de turismo médico” 13(51).

“¿Por qué es atractivo Monterrey para los empresarios? Llegan y se establecen en lugares donde saben que hay un arraigo, donde hay recursos, donde hay infraestructura, donde hay muchas características que CJ todavía no tiene. Pero más que nada, están orientados a recibir gente de fuera de Monterrey. Lo que en Juárez aún no se tiene, esa visión, esa cultura, esa orientación de recibir visitantes internacionales” 4(16).

En este sentido, la competitividad del destino depende tanto de la capacidad de desarrollar adecuadas estrategias de producto, comercialización y gestión, como de los instrumentos eficaces para realizar las evaluaciones en los avances y auditorías del mismo. El aspecto de las auditorías del destino puede resultar particularmente útil para validar las acciones y legitimar la importancia de los programas, proyectos y estrategias, así como el adecuado desempeño de las personas que están al frente de las iniciativas para crear una oferta que sea capaz de satisfacer las necesidades de unos turistas médicos que tienen características propias y diversas necesidades de atención sanitaria.

Lo que se traduce en servicios muy específicos que ya no se producen para consumidores indiferenciados. El turista actual es un consumidor activo, autónomo y perfectamente diferenciado, lo que implica la necesidad de construir productos a medida para públicos cada vez más segmentados. Teniendo en cuenta que el

turista médico busca ante todo autorrealización y calidad de vida, para satisfacer esta demanda, se requiere diseñar una oferta con productos novedosos y específicos.

La verdadera diferenciación está en ofrecer productos segmentados, de calidad, que satisfagan las necesidades de los turistas. En suma, ofrecer vivencias únicas que sólo puedan ser experimentadas en el lugar en el que se crearon, de modo que haya que ir allí para consumirlas; y que estas experiencias se reinventen continuamente con el fin de mantener y fidelizar a los clientes (Avila Bercial y Barrado Timón, 2005).

El destino médico de Ciudad Juárez, ha desarrollado desde hace varias décadas, una oferta de servicios de salud diferenciados a los cuales, han respondido favorablemente los pacientes que los solicitan. Esta diferenciación ha consistido en el diseño de una oferta de servicios para distintos segmentos del mercado. De esta manera, existen hospitales y clínicas ubicados estratégicamente en lugares de proximidad a los cruces internacionales, de fácil acceso y que no requiere del paciente el uso de algún medio de transporte automatizado, ya que se encuentran a solo unos pasos del puente internacional ubicado en el centro de la ciudad. Pero además del elemento situacional, los servicios que se ofrecen en estos hospitales son reconocidos por su calidad estándar y más aún por ser de precios accesibles. De hecho el hospital más cercano al puente internacional Santa Fe, en el centro de la ciudad, funciona desde una estructura de organización social, que ha sido ejemplo a nivel internacional de trabajo comunitario. Fue creado para la atención de personas de escasos recursos y atiende pacientes con estas características, de ambos lados de la frontera. Este hospital ha definido una estrategia de precios bajos desde sus inicios, a lo cual, la población ha respondido favorablemente. Como ejemplo, un parto natural tiene un costo de 2,600.00 pesos mexicanos, mientras que en un hospital privado en Ciudad Juárez, es de 15,000.00 pesos. Al ver esta diferencia de precios, ya puede intuirse que se trata de productos totalmente diferenciados. En Estados Unidos un parto natural tiene un valor promedio de 5,000 dólares, una histerectomía de 8000.00 dólares mientras que este mismo servicio médico en el hospital en mención se practica por 7,000.00 pesos. A pesar de esta gran diferencia de precios, la persona entrevistada comentó que han decidido mantener los precios bajos, para conservar el volumen de servicios a pacientes de turismo médico, que en 2014 llegó a 30 mil personas. Comentó que los pacientes se refieren a la institución como un “hospital para pobres”, lo cual les permite reafirmar su misión y compromiso con la comunidad, al tratarse de una organización social.

5.2.4.4 Estrategias de comercialización

En párrafos anteriores se mencionó el caso exitoso de turismo médico que realiza un cirujano bariátrico con visión empresarial. Fue muy interesante la aportación que hizo esta persona al conocimiento del turismo médico planificado. Comentó que antes de decidir establecerse en Ciudad Juárez, realizó un estudio de mercado, para identificar el segmento al cual se iba a dirigir su oferta de servicios. Durante el tiempo que tiene realizando su práctica médica en la Ciudad, ha realizado dos

estudios de mercado que le han orientado hacia el segmento a dónde debe dirigir sus estrategias de comercialización.

Mencionó que esos estudios le han permitido identificar el nicho hacia el cual dirigir sus estrategias. Hizo la diferencia de cuando inició en la práctica profesional tiempo en que no se contaba con la empresa transnacional Google que ofrece herramientas esenciales para los negocios, por lo que es “el gigante del marketing” y los resultados favorables que se obtienen actualmente con el uso del marketing online. Hizo énfasis en la importancia de la comunicación online con los potenciales pacientes, así como con aquéllos que ya han sido sometidos a cirugía, a través de blogs y redes sociales.

La estrategia de comercialización que ha realizado este especialista es una mezcla de boca a boca y marketing por internet. Se requiere una estrategia muy agresiva de marketing en internet, que debe ser constante, para que sea efectiva. Mencionó que el gasto en marketing es de un 20 a un 30 % de las utilidades, pero que es un rubro en el que es necesario invertir, ya que es en gran parte, la forma de garantizar el volumen de pacientes necesario para ser competitivos.

En el modelo de turismo médico planificado, la certificación de los hospitales, se considera muy importante, ya que es lo que les da confianza a los pacientes de que están en un hospital de calidad, con la garantía de que serán bien atendidos. Otro aspecto a tener en cuenta es la certificación del grupo de médicos que atienden, ya que los pacientes investigan antes de decidir y elegir la mejor opción. En cuanto a la participación del gobierno en este rubro, una de las personas entrevistadas dijo lo siguiente:

“La Secretaría de Salud está buscando que la oferta sea de calidad, y de una calidad certificada, porque si va a haber una oferta Mexicana certificada que no cumpla, se va a echar a perder toda la oferta nacional. La oferta nacional para el turismo médico debe ser consolidada e integrada sólo de hospitales certificados por su calidad, y lo primero que estamos buscando es la certificación Mexicana, la extranjera, pues es otra parte más, que es deseable, pero que habría que ver conveniencia” 8(34).

El dominio del idioma inglés en el caso del modelo planificado, es indispensable, y en los dos hospitales que fueron creados para el turismo médico, así como en las clínicas dentales de alta especialidad se mencionó que no tienen problemas de comunicación con los pacientes, ya que los médicos, enfermeras, y personal que labora con estos grupos, son bilingües.

Los médicos que quieren participar en el turismo médico deben desarrollar la visión de empresario, planificar, hacer estudios de mercado, y tener en cuenta el gasto de marketing, que es muy importante. Deberán dejar de pensar como el médico que de forma tradicional espera pasivamente que los pacientes lleguen solos.

Al realizar el análisis de los tipos de servicios que buscan los pacientes del vecino país en la frontera, y las características de los pacientes, fue posible observar que todos los hospitales, clínicas, consultorios, etc., reciben pacientes transfronterizos, sin embargo, lo que marca la diferencia en el tipo de atención que se ofrece, es el segmento del mercado al cual se dirigen los servicios en cada institución de salud. Además, las personas entrevistadas de los grandes hospitales, afirman que

“no consideran competencia a las clínicas pequeñas, ya que los pacientes que buscan profesionalismo, garantía de calidad, médicos reconocidos, tecnología avanzada para sus tratamientos, ya saben a dónde acudir, y saben que el precio incluye los servicios de calidad por lo que están pagando, y no se arriesgan a atenderse en un lugar que carezca de estas condiciones. Y las personas que no pueden pagar por los servicios en estos hospitales o clínicas, buscarán otras opciones de servicios con precios más accesibles a sus posibilidades y que, afortunadamente para quien tenga menor capacidad económica, también existen otras opciones de atención médica de calidad estándar a precios mucho más accesibles en la ciudad” 9(40).

Esta es una de las ventajas del destino turístico médico de Ciudad Juárez, la amplia gama de servicios diferenciados en precio, en calidad, en lujo, en ubicación, en seguridad, entre otros. Por otra parte, se contempla la idea de construir una marca de destino de salud, aunque sólo de manera incipiente. Autores como Presenza, (2006) afirman que las principales técnicas publicitarias son los actos especiales, los discursos, las noticias y los materiales escritos, mientras que las relaciones públicas incluyen una mayor variedad de actividades para establecer relaciones con los distintos stakeholders de la empresa para construir una buena “imagen corporativa” y atajar o interceptar rumores, historias y eventos desfavorables (Presenza, 2006).

Con respecto a las recomendaciones de algunos autores sobre las técnicas publicitarias como por ejemplo actos especiales para dar a conocer las acciones orientadas al desarrollo del turismo médico, se encontró que en este aspecto el destino se encuentra en una etapa incipiente, ya que solo se identificó la existencia de dos actos especiales, las cuales se presentan a continuación:

“Se unen médicos para atraer aquí a connacionales en EU”

21 marzo, 2015 | 3:27 am

Carlos Omar Barranco | Norte Digital

Desarrollarán clúster que ofrecerá atención a quienes no tienen servicio médico o seguro allá.

El Colegio de Médicos Cirujanos de Ciudad Juárez y la Oficina de Convenciones y Visitantes de Ciudad Juárez, firmaron un convenio para desarrollar un clúster médico en esta frontera, que busca atraer a connacionales sin servicio médico o seguro en Estados Unidos.

Ese mercado potencial está conformado por 48 millones de personas.

El presidente del Colegio, Lorenzo Soberanes Maya, explicó que el acuerdo detonará, a finales de año, una importante derrama económica para Ciudad Juárez. De las ramas de odontología y oftalmología serán las primeras ofertas médicas para quienes deseen venir del vecino país a atenderse aquí.

Soberanes Maya reconoció que hay algunas situaciones que tienen que ver con cierto tipo de tecnología en las que aún no se puede competir, pero son las menos, ya que en términos generales, “Juárez tiene un 90 por ciento de calidad respecto a Estados Unidos”.

Eso deja un amplio margen de posibilidades para que encuentren aquí atención médica de excelencia, agregó.

Por ejemplo, estimó, una atención cardiológica aquí, tiene el mismo nivel que en El Paso y puede ser hasta 50 por ciento más barata.

Dijo que el Colegio de Médicos Cirujanos pondrá a disposición de la Oficina de Convenciones y Visitantes una base de datos de médicos que cumplen con la normatividad de las leyes vigentes en el país, para asegurar el ejercicio ético y dar certeza de la calidad de los servicios que existen en Ciudad Juárez.

El compromiso es elaborar un directorio para difundirlo en Estados Unidos en ferias internacionales de salud y recuperar la confianza de que en Juárez pueden encontrar servicios de alta especialidad.

“Por ejemplo, el Colegio de Urólogos invirtió en un equipo que está dando resultados importantes en el cáncer de próstata”, refirió.

El director de la Oficina de Convenciones y Visitantes de Ciudad Juárez, Francisco Moreno Villafuerte, expresó que lo más importante de esta estrategia es que el mercado internacional conozca que en Juárez pueden encontrar soluciones para todas esas personas que no cuentan con seguro médico, y dejar claro que se cuenta con las credenciales y la infraestructura necesarias para atenderlos.

“Vamos a empezar por una o dos especialidades, pero la intención es llevar muy bien la idea hacia el mercado internacional y hacerle entender que aquí en Juárez hay soluciones; vamos a preparar toda la cadena de valor, desde los médicos hasta los prestadores de servicios”, añadió.

El presidente de la Asociación de Hoteles y Moteles de esta frontera, Rogelio González Alcocer, indicó que en la ciudad hay 27 hoteles de calidad turística y más de 4 mil habitaciones de tres estrellas en adelante, preparadas para recibir a visitantes de todo el mundo.

Resaltó como principales corredores el área del Consulado, el circuito del Pronaf y la zona de la avenida Tomás Fernández.

En ese aspecto, el director de Salud municipal, Hugo Staines Orozco, resaltó la importancia de que la calidad de los hoteles vaya de acuerdo con el servicio de salud que se va a ofrecer, como ocurre con cirugías bariátricas y consultas dentales que ya generan turismo médico aquí.

Como anfitrión de la firma del convenio, que se realizó la mañana de ayer viernes en la sala de prensa de la Unidad Administrativa del Gobierno del Estado, el subsecretario de Economía estatal, Javier Sánchez Carlos, calificó como muy positiva la estrategia, ya que “abona al crecimiento económico de esta gran frontera”.

Detalló que se están dando las condiciones para activar los mecanismos, estrategias y planes para poder desarrollarla, cumpliendo para ello con los requerimientos legales, jurídicos, administrativos y, por supuesto, médicos.

Se encontró otra publicación que se relaciona con la firma de un convenio entre el Colegio de Médicos Cirujanos de Ciudad Juárez y la Oficina de Convenciones y Visitantes, para desarrollar un clúster médico en esta frontera que busca atraer a connacionales sin servicio médico o seguro en Estados Unidos, noticia publicada en periódico Norte Digital el 21 de marzo de 2015. Y otra nota en una revista digital que dice:

“Presentan clúster de Servicios de salud, van empresarios por millonario negocio”.

Luego de varios años de impulsar una iniciativa en la que la mayoría de los sectores productivos en la ciudad resultaran favorecidos, este jueves se presentó de manera formal el clúster o agrupamiento de empresas y gobierno, en la rama de la salud, en un mercado que vale varios miles de millones de dólares.

El presidente de la Asociación de Hoteles y Moteles de Ciudad Juárez, Rogelio González Alcocer, señaló que con la consolidación de esta estrategia, se presenta un gran reto para los operadores turísticos en la ciudad, pero también es la oportunidad esperada para que los visitantes conozcan de la capacidad de los operadores turísticos en materia de servicio.

Refirió que en la actualidad el mercado del turismo médico se encuentra muy competido, sin embargo, en nuestra frontera se cuenta con el apoyo de todos los sectores y las instancias de gobierno para que se puedan emprender las acciones que permitan desarrollar los planes de trabajo que reditúen en la reactivación económica local.

Las personas entrevistadas que prestan sus servicios profesionales en los nuevos hospitales que fueron establecidos especialmente para la atención del turismo médico, expresaron que cuentan con un departamento de marketing que realizó los estudios previos para identificar la necesidad de crear una oferta de servicios en la

frontera. Estas iniciativas, forman parte de las estrategias de comercialización que han realizado los hospitales y médicos más exitosos que operan el turismo médico en el marco del modelo teórico de turismo médico planificado que existe en la ciudad.

La gran diferencia entre el éxito de un hospital o un médico con visión de empresario y un hospital o clínica que no planifica su actividad, incluye los siguientes elementos:

- Visión de empresario
- Estudios de mercado
- El gasto de marketing que equivale de un 20 a 30 % de los ingresos netos, tiene que ser un marketing muy agresivo y constante, porque hay una gran competencia.
- Trayectoria y prestigio del especialista
- Marketing online
- Dominio del idioma inglés
- Actualización permanente de los especialistas en lo más avanzado de su área de especialización.
- Infraestructura y equipo de clase internacional
- Contar con elementos de educación, a través de la formación a otros especialistas.

Uno de los cirujanos exitosos en turismo médico comentó que aún cuando el problema de inseguridad en Ciudad Juárez estuvo en el punto más álgido, se implementaron estrategias exitosas para continuar recibiendo pacientes de turismo médico, entre estas destacan:

1. Acuerdos hospitalarios. Los pacientes se hospedan en el hospital donde se realiza la cirugía. La estancia hospitalaria es en promedio de 2.5 días.
2. Transporte seguro, desde el aeropuerto de El Paso, Texas hasta el hospital de Ciudad Juárez y al término del tratamiento, el regreso de igual forma.
3. Atención en hospitales certificados
4. Atención de un equipo médico certificado, de gran experiencia y trayectoria
5. Ofrecer un precio muy competitivo
6. Crear toda una estructura organizacional orientada hacia la calidad con seguridad.
7. Mantener una comunicación permanente con los pacientes y con el médico familiar del paciente en su país de residencia.

“Son modelos diferentes, los pacientes prefieren pagar un poco más, a cambio de recibir una atención profesional, con seguridad, calidad y experiencia que les brinda una mayor confianza” 7(29).

Del total de pacientes que atiende, solo el 10 % es del turismo de la diáspora

- El 90 % son anglosajones y de otros países. (Han operado pacientes de Finlandia, Kuwait, Japón, Canadá, entre otros)

- En 2014 operó a 900 pacientes, de los cuales 140 fueron locales. Más de 700 vienen de más de 500 millas de la franja al interior de Estados Unidos.
- El Turismo médico es por deficiencia económica, por tanto, el precio competitivo es muy importante.
- El modelo gubernamental no se ha establecido porque puede estar sujeto a decisiones y opiniones que pueden ser parciales en el transcurso de la evolución, de aterrizar las acciones.
- Christus Muguerza Monterrey después de haber invertido 50,000 Dlls. en certificación, recibió solo dos pacientes en un año.
- Hospital Cumbres de Chihuahua, es otro caso similar, invirtieron en la acreditación con la Joint Comission y durante 2014 recibieron 12 pacientes de turismo médico.
- Este médico genera su propia marca, no necesita acuerdos ni tiene necesidad de facilitadores.
- La ubicación de Ciudad Juárez permite recibir pacientes de las dos costas de Estados Unidos, ya que se ubica en medio de ellas.
- Población de más de 6 millones de personas de la región.
- Desde la llegada hace 8 años, de los grandes hospitales, inicia el modelo del turismo médico planificado en la ciudad.
- Infraestructura hospitalaria para atención de pacientes internacionales
- Servicios de terapia intensiva y de quirófanos de calidad y alta especialización
- Cuenta con un grupo que ofrece el tratamiento integral de la obesidad.
- Dificultades: Crisis económica, 9-11, alerta naranja o roja, el pedir pasaporte para regresar a EUA y el flujo monetario.

5.2.5 Frontera

El desarrollo del turismo médico en la frontera constituye un fenómeno multidimensional que va más allá de aspectos económicos. A diferencia de como se ha venido percibiendo en los últimos años, su estudio, análisis y comprensión necesariamente remite a la creación y diseño de propuestas cada vez más elaboradas para afrontar las contradicciones y retos que presenta. Es necesario analizar este fenómeno en el contexto de una ciudad fronteriza para poder comprender su génesis y evolución. Ciudad Juárez como frontera tiene la necesidad de reconstruirse en los diferentes ámbitos, económico, social e institucional, ya que como ciudad enfrenta una realidad compleja y heterogénea propia, desarticulada del centro del país y del mismo estado. Además, si fuera el turismo médico una de sus prioridades para el desarrollo, necesariamente deberán ser atendidos los problemas que enfrenta como ciudad, para poder ser competitivo como destino médico.

Los retos que presenta una sociedad fronteriza como Ciudad Juárez se manifiestan en la vida cotidiana de una forma simbiótica y dialéctica que genera su propio crecimiento, que se puede plasmar en las siguientes contradicciones: carencia de recursos e inequidad versus oportunidades de empleo en el sector industrial; falta

de opciones de educación versus la fortaleza de las instituciones educativas locales; inseguridad versus ser considerada un modelo de solución de la problemática de seguridad vivida en años recientes, entre otros. A continuación se presenta una definición de frontera, como base para la reflexión sobre los elementos y relaciones que se presentan en la vida cotidiana de una comunidad fronteriza, a partir de lo que ha sido publicado en la literatura.

Las regiones de frontera entre naciones estado, son los espacios determinados por las prácticas de los agentes y colectivos que se ven involucrados en relaciones transnacionales; que se realizan a través de la línea jurídico-política o línea de frontera, o en el interior de la región en cualquiera de las áreas nacionales (Abízano, 2013). Esta definición no excluye las acepciones jurídicas, políticas, sociales, etcétera, sobre el concepto frontera que se conoce bien, sino que apunta a una realidad que subyace a la representación y demarcación formal e institucional de las fronteras.

De cualquier manera, la práctica de intercambios a la que hace referencia la definición de Abízano, tanto colectivos como individuales, consiste en una combinación dialéctica entre las acciones y las ideas que las orientan. Es decir, “*se produce una dialéctica entre la promoción de las identidades y relaciones que trasciendan las fronteras nacionales y los renovados esfuerzos por parte de los estados para fortalecer las ideologías nacionalistas*” (Schiller, 1997p. 159).

Esa ideología nacionalista contiene las representaciones, las normas, los valores, conocimientos, prejuicios y proyectos, que, en el caso de las regiones de frontera, poseen un alto grado de especificidad que es necesario investigar y conocer. Existe, en nuestra región, una paradoja. Por un lado, se trata de pueblos conectados histórica y geográficamente que comparten un número muy alto de códigos culturales y, por otro lado, son poblaciones muy presionadas por doctrinas geopolíticas que pusieron siempre en el centro, las hipótesis de guerras con los vecinos (Abízano, 2013).

En el análisis que se presenta a continuación, se muestra la presencia de elementos fronterizos en los discursos de las personas entrevistadas.

Uno de los elementos claves de la presente investigación lo constituye el hecho de que el caso de estudio es una ciudad de frontera, por tanto, se considera como uno de los constructos que fundamentan el desarrollo de esta tesis. Este concepto dará la posibilidad de cumplir con los objetivos establecidos inicialmente, que se relacionan con el conocimiento de los procesos a través de los cuales surge un destino turístico médico en una ciudad fronteriza. Tal y como se ha señalado en el apartado anterior, el tema *frontera* ha surgido a partir del análisis temático como una de las categorías más relevantes que las personas entrevistadas relacionaron con el desarrollo del destino médico.

En el proceso de subtematización para identificar los tópicos comprendidos en la temática denominada frontera, surgieron los siguientes subtemas: Políticas estatales sobre la frontera, Diáspora, Actividades económicas y crecimiento demográfico en la frontera e Integración territorial transfronteriza

5.2.5.1 Políticas estatales sobre la frontera

La política que ha sido delineada tanto por los Estados Unidos de América como por México, respecto a la frontera, obedece a la búsqueda de soluciones a la problemática que enfrentan en determinada época histórica y sus circunstancias. Los problemas estructurales identificados en la política de Estados Unidos tienen que ver sobre todo con la seguridad nacional y la protección de sus ciudadanos y de sus instituciones, a través del control y vigilancia del movimiento transfronterizo, sobre todo después del ataque terrorista del 11 de septiembre de 2001 (Ibarra-Yúnez, 2008); (U.S. Customs and Borders Protection, 2014), mientras que para México, al parecer sigue siendo el concepto de soberanía la principal preocupación del país (Benítez Manaut, 1998).

Una de las personas entrevistadas del sector académico, comentó:

“a nosotros nos han afectado históricamente tres elementos de política: la implementación de Ley Seca en Estados Unidos con todas sus implicaciones, que tuvieron como consecuencia la construcción de un estigma sobre Juárez; posteriormente, la cancelación del Programa Bracero y el establecimiento de la Industria Maquiladora y el tercero, la lucha contra el narcotráfico. Esos tres elementos generadores de política, en primera instancia los podemos considerar internos de Estados Unidos, sin embargo, tienen implicaciones directas con lo que vivimos en la comunidad. Está presente en nuestro día a día y tiene que ver con los procesos de intercambio transfronterizo” 18 (57).

Al realizar las entrevistas en profundidad con el propósito de conocer cómo se desarrolla el destino de turismo médico en una ciudad fronteriza, surgió la voz de los actores identificando serios problemas y carencias en la ciudad muy evidentes en la vida cotidiana de intercambios transfronterizos, que requieren ser atendidas, ya que impiden o limitan el proceso de desarrollo del turismo médico fronterizo y de otros programas y proyectos relacionados que ni avanzan ni se consolidan. Es decir, ellos identifican con toda claridad su situación, como mencionó uno de los entrevistados del sector médico:

“sabemos dónde estamos, a dónde queremos llegar y cómo avanzar a ello” 9(42).

Sin embargo, estos procesos dependen en gran medida de las políticas de Estado para que el destino avance hacia el logro de sus metas.

Por ejemplo, una persona del grupo de administradores de hospitales comentó:

“Vigilan mucho los puentes porque les conviene que la gente no venga a México, que se quede en sus negocios americanos. En esta época navideña deben tener una orden de dejar pasar rápido en los puentes, porque le dicen a uno ¿a dónde va? de compras, y pasan rápido. Su economía depende mucho del comercio transfronterizo. Por tanto, es una política de Estado llena de contradicciones” 8(34).

La opinión de la persona entrevistada coincide con las ideas de Andreas (2012), quien considera que la postura de la política estadounidense respecto a sus fronteras con México es contradictoria, ya que por una parte, con una creciente integración que se institucionaliza con la adhesión de México al GATT en 1986 y la incorporación al TLC en 1994, por otra parte se ha invertido una considerable cantidad de recursos en el mantenimiento de la ilusión de una frontera controlada

que es impermeable al flujo de trabajadores mexicanos, aunque, se vuelve más permeable con respecto al capital, información, bienes, productos y servicios. (Andreas Ithaca, 2012).

Dentro de las características identificadas como problemática del destino, por parte de las personas entrevistadas son la falta de recursos, el centralismo, y problemas institucionales, estrechamente relacionados entre sí, que tienen su origen principalmente en los antecedentes históricos que han transformado la vida cotidiana de los juarenses, como los movimientos migratorios que se dieron en el siglo pasado. Estos fenómenos interactúan a su vez, con elementos de la política pública de Estados Unidos: uno fue la Ley Seca de 1920 que indirectamente impulsó el comercio y servicios en Ciudad Juárez relacionadas con actividades económicas basadas en la diversión y entretenimiento, básicamente centros nocturnos, bares y cantinas.

Otro fue que, como resultado de la participación de Estados Unidos en la II Guerra Mundial, se inició un proceso formal de reclutamiento de mano de obra de mexicanos sobre todo para el sector de la agricultura, denominado Programa Bracero, que abarcó desde 1942 hasta 1964 (Ayón, 2006). Este programa imprimió una mayor magnitud y dinamismo a los flujos migratorios al involucrar a cerca de 4.5 millones de migrantes, más de 500 mil por año para el sub-período entre fines de los cincuenta y 1964 (Massey, Prenn, y Durand, 2009).

“La cancelación del programa Bracero trajo como consecuencia la creación de otro, que originalmente buscaba el aprovechamiento de la mano de obra sobrante a lo largo de la frontera norte que era enviada de regreso a México y que fue el que dio origen al Programa de Maquiladora a mediados del siglo pasado. Estos dos factores sirvieron como elementos determinantes de atracción de población de otros estados de la república. De esta forma, la ciudad creció sin contar con una planificación, generando como consecuencia otra serie de problemas derivados de ese crecimiento poblacional no planificado”¹⁸⁽⁵⁷⁾.

El discurso de la persona entrevistada permite identificar un claro conocimiento de la problemática que se vive en la localidad fronteriza. Se trata de una persona que ha vivido en Ciudad Juárez la mayor parte de su vida, por tanto, conoce su historia. Además, quizá por tratarse de una persona que pertenece al sector académico y que actualmente dirige una organización de la sociedad civil, cuya experiencia de vida en la frontera, además de su formación y trayectoria académica, le permiten opinar sobre el tema con una base de conocimiento más allá de una mera percepción. Esta opinión refleja la dependencia que ha existido históricamente en Ciudad Juárez de las decisiones de política pública implementadas por el gobierno norteamericano. Por otra parte, al ser considerada un polo de atracción de población de otras entidades, esto explica en cierta medida, la falta de arraigo que se identifica en esta tesis como uno de los problemas para la consolidación de liderazgos propositivos para bien de la ciudad.

El tercer aspecto relacionado con la política pública de Estados Unidos y que afecta de manera contundente las relaciones transfronterizas es el narcotráfico. Rebolledo Flores (2008) menciona que tradicionalmente, la escuela realista ha

concebido las fronteras en términos de seguridad militar. Históricamente, la mayoría de las guerras entre Estados se han originado por la defensa o la conquista territorial. El Estado moderno fue creado como una máquina de guerra, los Estados hacían guerras y las guerras hacían Estados; bajo esta visión, las fronteras y su seguridad se refieren fundamentalmente a relaciones interestatales y no transnacionales (Andreas, 2003 p.80). Dado que en los últimos tiempos se ha registrado un incremento al respeto de lo que Mark Zacher (2002. P.p. 252-250) ha denominado la "norma de integridad territorial" de los Estados, la función militar tradicional de las fronteras se ha vuelto menos importante. Sin embargo, esta norma no tiene un equivalente que inhiba a los actores no estatales, particularmente aquellos actores transnacionales clandestinos (terrorismo, narcotráfico, crimen organizado, etc.) que cruzan fronteras para violar leyes. Es aquí donde los Estados encuentran la raíz de las nuevas amenazas a su seguridad y de donde deriva la racionalidad para expandir los controles fronterizos. Debe hacerse notar, que esta nueva expansión se aleja de la concepción militar para acercarse a la de la aplicación de la ley (Mearsheimer 1990:5-56). Esto explica el incremento de efectivos cuya actividad es más cercana a un modelo de policía como los son la DEA, el FBI y, por supuesto, la Patrulla Fronteriza o *Border Patrol*.

Después de los ataques terroristas en septiembre del 2001, el cambio en la política de seguridad de las fronteras por parte de los Estados Unidos, ha derivado en una drástica modificación a los términos de intercambio comercial que tienen una afectación en el marco de la dimensión financiera internacional, con temas como los flujos financieros y la inversión extranjera por origen (Díaz-Bautista et al., 2003).

Esta situación también tuvo una afectación muy importante en el flujo transfronterizo internacional de personas ya que los Estados Unidos endurecieron aún más sus políticas migratorias. Las medidas de seguridad establecidas han ocasionado el desaliento de las personas que tienen forzosamente que cruzar la frontera de manera cotidiana, por diversos motivos para el intercambio de bienes y servicios que se realiza normalmente en la frontera.

Las condiciones económicas cambiantes de las dos ciudades (El Paso y Juárez), así como las preocupaciones de seguridad han contribuido a que entre los años del 2006 al 2010 los cruces tanto de vehículos como de peatones hayan disminuido. Según el *Metropolitan Planning Organization* (MPO), en el Puente de las Américas y el de Santa Fe, el cruce de vehículos y peatones, cayó en un 50 % y 41 %, respectivamente, entre diciembre del 2006 y 2010 (El Paso MPO, 2012). Es importante destacar que este periodo corresponde a la etapa de inseguridad y violencia que se vivió en Ciudad Juárez hace seis años. No obstante, las cifras para el año 2014 muestran una importante tendencia al alza, que podrían ser interpretadas como la recuperación de la confianza para cruzar la frontera.

Lo trascendente de las acciones de seguridad se puede determinar por el flujo tan importante de personas que cruzan anualmente la frontera ya sea por medio del uso de vehículos motorizados o por vía peatonal entre los dos países. Los cruces fronterizos en vehículos de pasajeros para el 2011 se registraron en 9, 601,297,

mientras que para el año 2012 fueron 10, 083,113 lo que arroja un incremento del 5.02 % anual. Para el año 2013 se observó la misma tendencia ascendente con un incremento del 12.01 % anual con un cruce de 11, 293,819 vehículos de pasajeros. Mientras que para el año 2014 se mantuvo la tendencia a la alza en este tipo de cruces, con 12,269,837 (El Paso MPO, 2015), que representa casi un millón más de automóviles, que reflejan una considerable mejoría y la recuperación de las actividades de intercambio transfronterizo.

En lo que respecta a los cruces peatonales, para el 2011 se registraron 6, 124,184 mientras que para 2012 fueron 6, 251,690, con incremento del 2.08 % anual. Para el año 2013 se registró una ligera baja del cruce de peatones con 6, 235,858 lo cual representó una caída en este rubro de 0.25 %. Mientras que para el 2014 el comportamiento de cruce peatonal fue a la alza nuevamente con 6,799,615, que representa más de medio millón de personas de aumento en este tipo de cruces (El Paso MPO, 2015).

La cifra de más de once millones de vehículos y seis millones de peatones que cruzan anualmente la frontera Juárez-El Paso, es una muestra del dinamismo de la localidad fronteriza, que enfrenta cada día nuevos retos ante los cambios en las políticas de gobierno tanto de Estados Unidos como de México.

Después de los atentados de septiembre, fecha en la que el terrorismo pasó a formar parte central de la política exterior de EUA, las revisiones y verificaciones tanto a los vehículos de carga como a los de pasajeros, se hicieron más intensas, minuciosas y vigiladas (Corrales, 2012). Los problemas migratorios y el tráfico de drogas tienen muchos años de existir y no hay solución de corto plazo que contribuya a generar un clima de confianza entre las dos naciones. Estos dos problemas tienen un impacto directo sobre los habitantes de las ciudades fronterizas, por la vía de mayores tiempos de espera para cruzar, que obliga a poseer en orden todos los documentos que solicita el agente de inmigración Custom Border Protection (CBP).(Corrales, 2012)

Las largas filas para cruzar los puentes internacionales que han existido después del ataque terrorista a los Estados Unidos, se relacionan con la política pública de los Estados Unidos que estableció una serie de prerrequisitos y filtros que hacen bastante complicado para una persona, de dedicarle tiempo al cruce hacia la frontera, tanto de ida como de regreso.

Una de las personas del sector académico comentó lo siguiente:

“Antes del 9-11, había más o menos una cierta posibilidad de cruce. Después, los tiempos de espera para cruzar se fueron incrementando cada vez más, yo llegué a estar 3 ó 4 horas formado en la fila. Hoy día no es tan grave, pero sigue siendo un periodo considerable, entre una hora o dos, dependiendo el día que cruce. Pero además tiene que hacer usted fila similar cuando viene de El Paso hacia acá, ya no es nada más llegar a la garita y cruzar. Por esta situación de violencia que se presentó, también han establecido algunos filtros de Estados Unidos hacia México, de tal manera que cruzar la frontera ya no es tan sencillo” 18(57).

La opinión de la persona entrevistada permite imaginar la problemática que enfrentan de manera cotidiana los residentes de ambos lados de la frontera que

requieren trasladarse tanto por cuestiones de salud como por cualquier otro motivo como acudir a escuelas, ir de compras, visitar a la familia, o realizar cualquier tipo de intercambio de bienes y o servicios transfronterizos.

La comunidad fronteriza ha padecido los largos tiempos de espera para poder cruzar a los Estados Unidos y a México. Esto ha llevado al Departamento de Aduanas y Protección Fronteriza a diseñar opciones para agilizar el tránsito en los puentes mediante la creación de una nueva forma de controlar la seguridad y posibilitar el cruce de la frontera con rapidez. Una de ellas es el “carril rápido” o “Ready Lane” que es un carril especial para los pasajeros que tienen una identificación por radiofrecuencia “*Radio Frequency Identification*” (RFID) las cuales son tarjetas que tienen un chip de radio integrado. Las estaciones de cruce fronterizo son capaces de escanear la tarjeta de 10 a 15 pies de distancia. Los pasajeros sólo tienen que sostener las tarjetas junto al parabrisas mientras se conduce a través del paso fronterizo de “*Ready Lane*”(CBP Info Center, 2015). No obstante, aún los viajeros que cuentan con las tarjetas de cruce rápido, actualmente tardan en promedio una hora para cruzar.

Las tarjetas RFID aprobadas por el Departamento de Seguridad Nacional incluyen: tarjeta de pasaporte de los EEUU; Licencia de Conducir Mejorada (EDL); Tarjeta tribal mejorada (ETC); tarjetas de viajero de confianza (NEXUS, SENTRI, Entrada Global y tarjetas de FAST); la nueva Tarjeta de Residente Permanente Mejorada (PRC) o una nueva Tarjeta de Cruce Fronterizo (BCC). Este tipo de acciones demuestra que existe interés por mejorar la situación de largas esperas para poder cruzar la frontera, ya que la ciudad de El Paso depende mucho en su economía de los intercambios comerciales que se realizan con la población de Juárez. Una de las personas entrevistadas del grupo de directivos de hospitales comentó:

“Por qué no aprovechar estas opciones de cruce, para que también quien tiene pacientes de este lado pueda ir y venir para cruzar la frontera de una forma más rápida, y eso de aquí a que ellos saben que Juárez es tan seguro como El Paso, va a ser una ventaja para hoteles, restaurantes y sistemas de transporte, incluso de la misma región” 9(41).

El discurso de la persona entrevistada permite identificar que el establecimiento de estas acciones por parte de las autoridades de Estados Unidos, para agilizar los cruces internacionales podría convertirse en una oportunidad para los pacientes de ambos lados de la frontera. También se puede interpretar como una postura orientada a fortalecer la visión del paciente como consumidor de salud, como menciona Irvine (2002). *“El concepto del consumidor de salud se ha formado a través de la operación de varios discursos que tienen como objetivo el cambio de las prácticas culturales, valores, actitudes, disposiciones y personificación de los pacientes y los profesionales de la salud”* (Irvine, 2002b p. 42).

En cuanto a la política de México respecto a su frontera con los Estados Unidos, se afirma que uno de los principales temas relacionados, es la migración. En determinado momento México se oponía activamente a los desplazamientos hacia Estados Unidos, sin embargo, hacia mediados del siglo XX terminó por aceptar y apoyar la migración temporal de trabajadores a través de la frontera. Sólo de manera relativamente reciente, México comenzó a aceptar la migración permanente

de sus ciudadanos a gran escala, lo cual fue necesario, además, para adaptar sus instituciones a esta realidad de largo plazo. Sin embargo, la aceptación de este tipo de migración no es total ni está completamente libre de controversia en México (Ayón, 2006).

Cuando se compara la reciente política mexicana hacia los migrantes con la de periodos anteriores en el siglo XX, no sólo se pone en evidencia la ocurrencia de cambios radicales, sino, además, que esos cambios constituyen un rasgo distintivo básico del periodo actual. En las décadas anteriores, cuando cientos de miles de migrantes fueron deportados y repatriados sin protestas ni resistencias organizadas al interior de Estados Unidos, el gobierno mexicano realmente alentaba y cooperaba con las campañas de repatriación; sin embargo, los principales cambios en la política mexicana desde finales de la década de 1980 son congruentes y forman parte de un nuevo contexto histórico en el que los migrantes de hoy demuestran masivamente su determinación por quedarse en Estados Unidos (Ayón, 2006).

Actualmente se contempla que existen alrededor de 24 millones de mexicanos en el área de influencia que son clientes potenciales del turismo médico y que según las personas entrevistadas son quienes mayormente visitan Ciudad Juárez para recibir atención sanitaria.

“El turismo médico siempre ha existido en la zona fronteriza mexicana y Juárez no es la excepción. Esto se debe primero que nada, a que en el sur de Estados Unidos habitan muchos millones de habitantes cuya lengua materna es el español. Muchos no dominan todavía el inglés y siempre han buscado atenderse con médicos mexicanos” 3(9).

Las personas con este perfil se conocen en la literatura como turismo de la diáspora y es el sub-tema que se describe a continuación.

5.2.5.2 Diáspora

Las fuerzas de la globalización han hecho a todos más conscientes de la diáspora, entendida como *grupos de origen migrante, residentes en países destino, pero que mantienen vínculos materiales y afectivos con sus países de origen* (Leal Moya, 2013). A pesar de que la diáspora es un viejo concepto, en los últimos años ha adquirido un valor contemporáneo en la política y en los sectores académicos. En parte, esto se debe a que ha llegado a ser vista como una nueva manera de considerar la producción y circulación de saberes e identidades en las redes transnacionales dentro de las dinámicas globales tanto formales como informales (Leal Moya, 2013). Cada vez más los Estados están tratando de entender las formas y funciones de las diásporas, e involucrarse con ellas con la finalidad de proporcionar nuevas oportunidades para la transferencia de conocimiento, así como para el turismo o la resolución de conflictos, entre otros temas. En el caso de México, la diáspora está claramente identificada como un segmento del mercado al que se dirige la estrategia de turismo médico (PROMEXICO, 2013).

La migración mexicana hacia Estados Unidos de América (EUA) tiene sus raíces en la segunda mitad del siglo XIX y, si bien ha sido una constante desde hace más de una centuria y media, el fenómeno se ha intensificado de modo considerable en las últimas tres décadas (Nigenda et al., 2009). La mayor parte de los movimientos

poblacionales en todas las regiones geográficas del mundo es consecuencia de la búsqueda de mejores condiciones de vida. La migración mexicana hacia EUA se ha generado por la persistente demanda de mano de obra en los sectores agrícola, industrial y de servicios de esa nación. Otro factor determinante ha sido la considerable diferencia salarial entre ambas economías y el intenso ritmo de crecimiento demográfico de la población mexicana en edad laboral. Además de la insuficiente dinámica de la economía nacional para absorber el excedente de fuerza de trabajo y la tradición migratoria de diversas regiones del país. Las personas que deciden emigrar hacia los Estados Unidos se convierten de facto en personas con una gran vulnerabilidad social (Salgado-de Snyder y Guerra-y Guerra, 2014).

*“el paciente latino se identifica con el destino médico y sus profesionales, debido a que, no obstante que muchos vienen de otro lado, del sur de México y luego radican en el sur de Estados Unidos y luego vienen a atenderse aquí, el médico es el médico, es apapachador, inspira seguridad, se gana la confianza de sus pacientes, el afecto, y todo eso se traduce en confianza. Y para todo tratamiento médico, ese es el primer paso. Si no hay confianza, no hay nada”*3(9).

La vulnerabilidad social se refiere a la relativa desprotección de un grupo de personas cuando enfrentan daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales (Cáceres, 1999) en (Salgado-de Snyder y Guerra-y Guerra, 2014). Una forma en la que los migrantes tratan de resolver esa vulnerabilidad social, al no poder comunicarse en el idioma del país de residencia, es buscar la atención en el otro lado de la frontera.

“Muchos pacientes que vienen de Estados Unidos no dominan todavía el inglés y siempre han buscado atenderse con médicos mexicanos. Ese es uno de los factores por los que vienen a atenderse en Juárez, la facilidad de comunicación con el médico” 3(9).

De acuerdo con Nigenda y otros (2009) *“Es importante señalar que para los migrantes mexicanos los sucesos exógenos y endógenos respecto del campo de la salud, como la aplicación de políticas oficiales segregadoras contra los migrantes a niveles nacional y estatal, por ejemplo el muro en la frontera, la actividad violenta de grupos racistas, los recortes de recursos a los servicios públicos, el elevado costo de los servicios privados de salud y la barrera del idioma, crean un ambiente hostil que puede tener consecuencias negativas sobre su salud. Por otra parte, los programas de salud del gobierno estadounidense como el Medicare y Medicaid, destinado a la población desprotegida no incluyen a los inmigrantes indocumentados”* (Nigenda et al., 2009 p.414).

Sin embargo, aquí es válido mencionar que no sólo los migrantes mexicanos que se encuentran en Estados Unidos son vulnerables socialmente, sino todas las personas, incluyendo los anglosajones que carecen de protección sanitaria, de un empleo, y por tanto, de ingresos para satisfacer sus necesidades, ya no solamente de salud, sino las necesidades básicas.

La vulnerabilidad social aparece como una variable importante en el análisis de la inequidad y sus efectos en la organización social y en la salud de las poblaciones. Los aspectos sociales (clase, género, etnia, preferencias sexuales) biológicos (sexo y edad) y las condiciones estructurales del contexto (cultura, política, economía)

determinan el grado de vulnerabilidad social de un individuo o grupo (Salgado-de Snyder y Guerra-y Guerra, 2014). Comprender, a través de la investigación, cómo responden a situaciones que ponen en riesgo su salud, determinadas por su condición de vulnerabilidad, tiene implicaciones directas para el desarrollo de políticas de salud, como pudiera ser, una política relacionada con el turismo médico.

“En Estados Unidos si no existiera la cobertura de seguros médicos, la gente no tendría la capacidad de pagar el costo de los servicios médicos. Así es eso. No hay Americano capaz de pagar lo que cuestan los servicios en los Estados Unidos, estamos hablando no de ricos sino de la clase media o baja. Por ejemplo: Una angioplastia que les cuesta 50,000 dólares. Tengo un recién nacido que ameritó terapia intensiva y le cobraron un millón de dólares. ¿Quién lo va a pagar? No tienen dinero, cuesta mucho. Otro factor, que facilita mucho la venida a Ciudad Juárez, además del económico es la falta de cobertura. No todos los que viven y trabajan en los EU tienen seguro médico. Nada más en El Paso, el 40 % de los pacientes no tienen seguro médico. Los que están legales y pueden transitar libremente por la frontera, vienen a usar los servicios médicos de este lado. Es algo como parte de la vida de la frontera” 9(42).

Al cruzar fronteras internacionales todos los migrantes de una forma u otra se convierten de facto, en grupos socialmente vulnerables debido a su condición de “extranjeros” y a que muchas veces no cuentan con las herramientas necesarias (lenguaje, conocimiento de la cultura, redes sociales, recursos económicos) que les permitirían tener una adaptación exitosa al país de destino. Tal es el caso de los migrantes mexicanos, sobre todo de aquellos que son indocumentados y que provienen de zonas rurales con un alto nivel de marginación.

“Los sistemas de atención y de regulación médico-paciente son distintos y el mexicano que vive en estados Unidos busca la atención a la que estaba acostumbrado, que no la encuentra allí. No estoy hablando de capacidades ni de técnicas, sino de relación. Y por ese motivo, más que por el económico, que también es importante, la gente que tiene acceso al servicio médico en este lado de la frontera, busca atenderse aquí. Por cuestiones económicas y de cobertura, la gente busca servicios dentales, eso ha existido siempre, y ahora se extiende la demanda a otras especialidades”9(42).

Irvine (2002) explora las formas en que la idea de “consumidores de salud” es utilizada para subvertir y modificar las relaciones de poder y autoridad en materia de política de salud (Irvine, 2002b). El hecho de que los pacientes “consumidores de salud” de la diáspora mexicana en Estados Unidos, busquen la atención sanitaria en México, puede ser interpretado como un comportamiento influenciado por las prácticas culturales de ambos países. Es decir, la cultura de los Estados Unidos que privilegia el poder del mercado, influye cuando el consumidor de salud vuelve a su país de origen y busca los servicios en hospitales privados de la mejor calidad, con lo más avanzado en tecnología, con el “poder” que le otorga su capacidad de pagar por un servicio de salud privado, de elegir donde desea ser atendido. Pero, por otra parte, también recibe la influencia del Sistema de salud de México donde los pacientes están a la espera de los servicios de salud que el gobierno tenga la capacidad de proveer y sólo puede solicitar atención de salud privada quien tenga los medios financieros para pagarla.

La migración México-Estados Unidos es un proceso que crece exponencialmente, a pesar de las barreras físicas, políticas y sociales que el gobierno estadounidense ha implementado con el propósito de disminuir la migración indocumentada.

Al preguntar a las personas entrevistadas las razones por las que buscan la atención en Ciudad Juárez, dijeron:

“Porque esa gente tiene nexos en la región, sus familiares siguen estando acá, en Chihuahua, en Camargo, en Ciudad Juárez, en diferentes partes del estado y fuera del Estado” 9(43).

“Hablando de turismo médico de hispanos, primero que nada porque en el sur de Estados Unidos existen muchos millones de habitantes cuya lengua materna es el español. La mayoría no domina todavía el inglés y siempre han buscado atenderse con médicos mexicanos. Ese es uno de los factores, la facilidad de comunicación con el médico. Otro es la economía, en términos generales, toda la atención médica, incluyendo medicamentos, es aproximadamente cinco veces más barata del lado mexicano, que del lado americano. Un día de hospital, un día de terapia intensiva, hora de quirófano, una sutura, todo, es cinco veces más barato, no obstante que lo que se hace, es exactamente lo mismo, no hay variación de calidad. 250 miligramos de ampicilina, la ampicilina cuesta cinco veces menos aquí que en Estados Unidos, en el sistema de salud. Una consulta, que aquí te cuesta 40 dólares, súper especializada, en Estados Unidos te cuesta mínimo 200 dólares” 3(9).

En el año 2000 se calculó la migración acumulada de mexicanos hacia EUA en 9 millones 200 mil y para el año 2006 la cantidad aumentó a 11 millones 600 mil. Estas cifras representan un incremento anual de 400 mil personas. De los casi 12 millones de migrantes, sólo 43 % posee documentos migratorios y por lo tanto, tiene la posibilidad de insertarse formalmente en el mercado laboral y obtener algún tipo de protección sanitaria. Lo anterior significa que 6 millones 840 mil personas son ilegales y no pueden salir del país, dado que no podrían regresar a los Estados Unidos (Nigenda et al., 2009). Por tanto, 5 millones 160 mil personas, de acuerdo a las cifras que maneja el autor, podrían cruzar la frontera de manera legal para recibir atención sanitaria en México. Es importante mencionar que debido al diferencial de precios que otorga la frontera, aun cuando los turistas médicos que cruzan la frontera para atenderse en Ciudad Juárez, en el país vecino pertenezcan al grupo de bajos ingresos, esa cantidad es suficiente para cubrir la atención médica en Juárez, dependiendo del tipo de procedimiento o tratamiento que necesite. Lo anterior no sería posible si buscaran la atención en Estados Unidos, dado que sus ingresos no son suficientes para pagar la atención sanitaria de ese país (Martínez-Almanza, Guía Julve, y Serra Salamé, 2013).

De las entrevistas en profundidad, uno de los médicos que labora en el hospital que atiende pacientes de escasos recursos mencionó:

“Los pacientes que cruzan la frontera para venir a este hospital, la gran mayoría son de origen mexicano, son como un 80 %, luego tenemos anglosajones y en menor cantidad, tenemos afroamericanos. De los pacientes de origen mexicano, varios de ellos a veces él es mexicano y la pareja anglosajona, o al revés y entonces allí se mezclan las cosas. También hacer la diferencia no es tan fácil, ¿qué origen tiene esa familia? Tenemos personas que ya han nacido allá y vienen y se atienden aquí. Tenemos pacientes que nacieron aquí, que todavía no han regularizado su situación allá, pero que todavía pueden cruzar. Encuentran las formas. No tienen documentos para ir y venir, pero a veces tienen hasta identidades diferentes. Algunos buscan darle continuidad aquí a su tratamiento habiendo iniciado la atención allá, y otros que no ven el modelo de allá y prefieren buscar la atención aquí, y hay gente que tiene ya la comparación de los dos modelos, digamos, soy mexicano, pero estuve trabajando en Washington, me fui y

estuve dos años, y allá recibí atención médica, por alguna razón estoy otra vez aquí en Nuevo México, pero conozco el modelo mexicano y prefiero venir aquí". 9(41).

Ante la crisis económica una de las respuestas es buscar opciones más económicas de atención médica, en este hospital hay una gran diferencia de precios con respecto a Estados Unidos. Uno de los directivos del hospital dijo:

"Una histerectomía anda como en unos 8,000 dólares más o menos en EUA mientras que en este hospital cuesta 7,000.00 pesos mexicanos". 9(42)

El costo de esta cirugía, en este hospital de Ciudad Juárez, es de sólo un 5.3 % en comparación al costo del mismo procedimiento en El Paso. La diferencia de costes explica el aumento que ha experimentado este hospital en los tres años de esta investigación.

Personal directivo de uno de los hospitales del clúster:

"Por ejemplo en EUA, hay personas que tienen su póliza de seguro y no tienen para qué venir a buscar la atención médica en Juárez. Pero a nivel local, por ejemplo, en El Paso, tenemos el 33 % que tienen su póliza de seguros de gastos médicos mayores, el 33 % es de medicare y medicaid, que son las pólizas de gobierno y el otro 33 % carecen de cualquier tipo de protección y allí hay un mercado muy importante". 9(38).

A continuación se muestra una tabla con cifras de 2013 donde se expresa que el 83 % de los habitantes de El Paso, Texas son de origen hispano. Asimismo, es interesante que el ingreso per cápita es considerablemente menor, en comparación con la cifra que se maneja a nivel estatal en Texas y que un 30 % de la población carece de seguro médico.

Tabla 5.33 Población en el condado de el Paso, Texas, 2013

Población total estimada:	829,726			
Área en millas cuadradas	1,013			
Población por milla cuadrada	819			
Ranking población en Texas	7			
Condados	254			
Raza/Etnia		Habitantes	%	Texas %
	Blanco	100,689	12,10%	43,30%
	Negro	20,91	2,50%	11,50%
	Hispano	689,721	83,10%	39,10%
	Otro	18,406	2,20%	6,10%
Sexo	Mujeres	426,367	51,40%	50,30%
	Hombres	403,359	48,60%	49,70%
Grupos de edad	menores 5	66,404	8,00%	7,30%
	mayores 14	131430	15,80%	14,90%
	15-44	356907	43,00%	42,50%
	45-64	184524	22,20%	24,00%
	65+	90461	10,90%	11,30%

Fuente: <http://healthdata.dshs.texas.gov/HealthFactsProfiles>

Asimismo, se observa que un 65 % de la población de El Paso Texas son personas jóvenes y adultos jóvenes, mientras que sólo un 11 % son adultos mayores de 65 años. Estos datos son interesantes en cuanto a la identificación de nichos de mercado, ya que uno de los médicos entrevistados especialista de cardiología comentó lo siguiente:

“los pacientes que atiendo que vienen de las ciudades vecinas son de mediana edad, de los 40 a 65 años. Es un buen número. Del total de pacientes que recibo, probablemente son el 10 %. Pero es un número importante, alrededor de unos mil pacientes al año. Son pacientes muy fieles, que siguen viniendo, y que generan a otros pacientes, por recomendación. La mayoría son de origen mexicano”. 7(28)

Tabla 5.34 Perfiles de salud en el condado de El Paso, Texas, 2013

	Condado ELP	Estado Texas
Tasa de desempleo	8%	6,20%
Ingreso per cápita US Dlls	31,156	42,638
Sin seguro médico por grupos de edad		
0-17 años	31,768 = 13,5 %	12,70%
0-64	221,287 = 30 %	24,80%
Personas en pobreza		
0-17 años	73,717 = 31,20 %	25%
Todas las edades	183,877 = 22,70%	17,50%

Fuente: <http://healthdata.dshs.texas.gov/HealthFactsProfiles> fecha de consulta 18 noviembre 2015

La tabla anterior permite apreciar que la situación de El Paso en cuanto a indicadores económicos, no es favorable, en comparación con la cifra a nivel estatal en Texas, debido a que su tasa de desempleo fue de 8 %, mientras que a nivel estatal fue de 6.2 %. Además existe una considerable diferencia en el ingreso per cápita entre El Paso y el estado de Texas, que es de 11,482 US Dlls menor en El Paso que a nivel estatal. Esto explica el aumento de la demanda de servicios de atención sanitaria por parte de paseños en Ciudad Juárez, dado que la situación de altos costes de los seguros médicos, aunado a las listas de espera para recibir la atención solicitada, el nivel de desempleo local y un ingreso per cápita menor en las ciudades fronterizas son elementos que favorecen la búsqueda de opciones de solución del otro lado de la frontera.

Un informe de la Comisión Económica Conjunta del Congreso indica que datos de la Oficina del Censo de 2007 a 2010 muestran que el ingreso promedio de una familia texana disminuyó un 2.8 por ciento a 48,615 dólares anuales en esos tres años. Texas se encuentra entre los 46 estados que experimentaron un incremento en la tasa de pobreza durante un período de tres años, incluida la recesión. El nivel de pobreza, tal como lo define el gobierno federal, se basa en el ingreso anual y varía de acuerdo con el tamaño de una familia. En 2010, dicho nivel para una familia de cuatro personas era un ingreso de 22,050 dólares al año o menos. El índice de pobreza de Texas de 17.9 por ciento supera al promedio nacional de 15.3 por ciento (Glazier, 2011).

En El Paso vive un alto porcentaje de las personas pobres del estado de Texas. Sin embargo, aun cuando el ingreso fuera 22,050 dólares al año, que al tipo de cambio de 13.50 pesos por dólar, (de 2010) equivaldría a 24,806.00 pesos al mes, es algo similar al salario de un profesionista en México. El turismo médico reactivo-emergente que ofrece una gran variedad de opciones de atención sanitaria, por ejemplo la consulta médica a especialistas, que tiene un costo máximo de 40 US Dlls., contra 200 que cuesta en el país vecino, es un ejemplo de las opciones que están aprovechando cada vez más pacientes transfronterizos en la región. Además, existen opciones aún más económicas de consulta médica en el hospital para pacientes de escasos recursos, donde la consulta médica cuesta 60.00 pesos mexicanos, que al tipo de cambio actual en 2015 de 16.50 pesos por un dólar equivale a 3.63 US Dlls., lo cual resulta bastante atractivo para los pacientes que enfrentan la situación de crisis planteada. Ahora bien, no toda la población de la diáspora de México en Estados Unidos es de bajos recursos, ya que de los 23 millones de empresas estadounidenses en 2002, el 18 por ciento eran posesión de las minorías. Lo anterior puede interpretarse como un significativo poder de compra de las poblaciones minoritarias. Los hispanos y latinos constituían la comunidad empresarial minoritaria más grande, al ser dueños de un 6.6 % de todas las empresas de Estados Unidos, 3.7 % de las empresas empleadoras y 7.4 % de las empresas no-patronales. Además se visualiza un futuro prometedor para los médicos y hospitales que dirijan sus servicios al turismo médico de la diáspora, ya que se prevé que para el año 2050, la población minoritaria en los EE.UU. será de 235.7 millones, de una población total de Estados Unidos de 439 millones; aproximadamente el 54% de las personas que viven en los Estados Unidos será de grupos minoritarios. (Medical Tourism Association, 2012).

De acuerdo a cifras del censo del año 2000, la población nacida en México y radicada en Estados Unidos era de 8.9 millones, entre los cuales se estimaba que más de 3.5 millones eran indocumentados. A mediados de 2001 los mexicanos emigrados representaban el 3 % de la población de la Unión Americana (284.8 millones) y alrededor del 9 % de la población de México (101 millones). Si a los datos anteriores se suman los cerca de 14.4 millones de norteamericanos de origen mexicano, se obtiene una cifra de más de 23 millones de personas con vínculos consanguíneos con mexicanos, lo cual equivaldría a alrededor de la cuarta parte de la población total del país. El aumento en los flujos migratorios ocurrió en los últimos treinta años, cuando se multiplicó el flujo neto anual en términos absolutos en más de diez veces (Imaz Bayona, 2003).

A principio de los gobiernos de México y Estados Unidos (2000) se avanzó sustantivamente en un proyecto de acuerdo migratorio, sin embargo, los acontecimientos del 11 de septiembre del 2001 lo pospusieron. La política migratoria estadounidense se volvió más restrictiva, centrando los esfuerzos en mejorar el control de las fronteras. No obstante, se espera que una vez asimilados los cambios que ha representado la creación del nuevo Departamento de Seguridad Interna, haya algunos avances que humanicen las medidas regulatorias de la población emigrada indocumentada y se implementen programas de integración de la misma, subordinando el concepto de "alien" (extranjero), al de derechos humanos, pues la

permanencia de esta población en la sociedad norteamericana es un hecho consumado, y la opinión pública, aunque dividida, ha presionado para tratar de detener las muertes ocurridas en el intento de cruzar la frontera.

Como país de origen, México no puede asumir que la marginalidad de sus emigrados es un problema de la exclusiva competencia del país vecino. Su prestigio e imagen internacional están íntimamente ligados al de estas comunidades y viceversa. Además, como es lógico suponer ante el carácter transnacional de su problemática, muchas de las dificultades que enfrentan los mexicanos en el exterior son binacionales por naturaleza, y por tanto, su solución impone acciones en ambos lados de la frontera. Al combatir la tuberculosis o promover la educación financiera entre los migrantes, por citar dos ejemplos, es preciso actuar en ambos lados del circuito migratorio (González Gutiérrez, 2006).

En el análisis de los pacientes de turismo médico de la diáspora, los hallazgos son muy interesantes, ya que, contrario a lo que se esperaba encontrar, relativo a que solamente acudirían pacientes de la diáspora a solicitar servicios de turismo médico en la frontera, para los casos del turismo médico integrado, planificado, de alta calidad, los resultados son los siguientes: La entrevista al médico cirujano bariatra que realiza 60 cirugías al mes, mencionó lo siguiente:

“El turismo médico de la diáspora que solicita servicios de cirugía bariátrica es sólo un 10 % y el resto son anglosajones y de otras nacionalidades, he operado árabes, chinos, japoneses, ucranianos. El 90 % restante, de otras nacionalidades, son radicados en Estados Unidos” 7(29).

Esta cifra de pacientes anglosajones, al año representa 720 turistas médicos, que pudiera parecer poco relevante, pero hay que considerar que es sólo un médico al que se hace referencia. Por ejemplo, un cirujano cardiovascular mencionó que recibe al año alrededor de mil pacientes de Estados Unidos para consulta médica y una cirugía de corazón al mes en promedio. Mientras que el Hospital de la Familia atiende un promedio de 30 mil pacientes de la diáspora al año. Por tanto, al observar el comportamiento de la demanda de los dos modelos de turismo médico propuestos, (planificado y reactivo) se puede hacer una clara diferenciación de productos, y del segmento del mercado que atienden, en el sentido de que existen pacientes tanto de la diáspora, como anglosajones que están demandando los servicios de atención sanitaria en Ciudad Juárez en los dos modelos de turismo médico.

Por otra parte, la persona entrevistada del hospital cercano al cruce del puente internacional, mencionó que desde que se abrió el hospital, hace más de 40 años, el flujo de pacientes ha sido muy importante y se está incrementando, mencionó que en 2013 recibieron 25 mil pacientes y en 2014 30 mil, lo cual habla de una tendencia importante hacia el aumento de la demanda. La persona entrevistada del grupo de directivos de hospitales comentó:

“la demanda se ha generado por la diferencia de precios y por la cultura, buscan la atención médica en Juárez por la relación, el trato, la afinidad cultural. La gran mayoría de las personas que vienen son mexicanos. Los anglosajones que vienen, lo hacen por precio, pero son pocos” 7(28).

Otro directivo de hospital dijo:

“Históricamente vienen a las farmacias porque les sale mucho más económico. Vienen también a buscar medicamentos a las farmacias similares, pero lo que les interesa es la receta, porque hubo un cambio en la ley, las farmacias no pueden vender antibiótico si no es con prescripción médica, los únicos más baratos después de nosotros son farmacias similares” 9(42).

Una de las personas del grupo de autoridades hospitalarias comentó:

“Hay una historia de más de cuarenta años que hemos atendido gente de la comunidad fronteriza, de Juárez, pero también de El Paso, Las Cruces, Deming, Socorro, Clint, Albuquerque. Tenemos una oferta con características distintas a las que tienen en los Estados Unidos, nuestra oferta es mucho más económica. Dispuesta a dar una atención inmediata, muy distinta a lo que generalmente sucede en EU por la misma escasez de médicos que tienen. En El Paso, es un verdadero problema para un paciente recibir atención médica. A veces pueden tardar más de un mes para programar una cita, mientras que aquí en Juárez el mismo día lo reciben, la forma de atender también es diferente, nuestro trato es mucho más cálido, el médico les brinda una atención muy directa, donde prácticamente el paciente sólo ve a una auxiliar del médico y al médico. El trato es personalizado, con mucho tiempo de dedicación, mientras que en El Paso y en otros lugares, tal vez por el estilo de una medicina como si fuera una producción en serie, el paciente pasa por muchas manos antes de ver al médico. El tiempo que estuvo efectivamente con el médico fue de dos minutos tal vez. Mientras, les tomaron signos vitales, los interrogan, les hacen historias clínicas, dictan prescripciones, pero el trato con el médico es de una forma muy escasa, mínima, así que la gente resiente este tipo de atención” 9(41).

Uno de los médicos especialistas entrevistados mencionó:

“Los pacientes sí externan que se sienten muy a gusto siendo tratados aquí. Me dicen: usted me escucha, con usted puedo platicar y me explica qué es lo que tengo, allá me ve un técnico y si el considera, ya me ve el especialista, pero es rápido, a veces no me revisa, únicamente me pregunta, a veces me revisa otra persona y todo es muy rápido y caro” 7(28).

La opinión del médico entrevistado permite analizar la idea del consumidor de salud en el sentido de que el paciente de la diáspora no tiene en Estados Unidos el “poder” de compra, debido a los costes exorbitantes de la atención médica privada. Además, otra característica que se presenta con frecuencia es la dificultad para comunicarse en un idioma distinto al suyo. Al enfrentar un problema de salud e identificar la opción de recibir el tratamiento en su país de origen, decide tomarla, en virtud de que puede transformar las relaciones de poder que se dan en materia de política de salud. Es decir, si el sistema de salud pública en México no es accesible a estos pacientes de la diáspora, de cualquier manera, la influencia ideológica, arraigada en estos pacientes, le hacen valorar las suposiciones: en un hospital o consultorio privado, la atención es inmediata y de buena calidad; los significados, el médico tiene la autoridad que le otorga el conocimiento de su profesión, y escucha al paciente para conocer su problemática de salud; valores, como el respeto al paciente, actitudes como el buen trato al paciente y prácticas de las profesiones de salud como el uso del método clínico de auscultación, percusión, entre otros, para llegar a un diagnóstico. Todos estos elementos tienen una influencia positiva debido a la existencia de una ideología que ya existía en estos pacientes y ejercen el “poder” que les otorga la posibilidad de pagar de su propio bolsillo la adquisición de

estos servicios de salud privados, ya con un parámetro de calidad más elevado que lo que encontrarían incluso en su país de residencia.

Un aspecto relacionado con la diáspora en la literatura, es el relativo a las remesas internacionales, que como política pública es un tema que Ciudad Juárez podría capitalizar, ya que por cada peso que ingresa por remesas internacionales, el 6 % se destina al turismo interno (Cerón y Mora, 2014). Esto equivale a 1.296 millones de dólares anuales. Sin duda, las remesas enviadas por los migrantes principalmente de Estados Unidos elevan el consumo turístico dentro de México. Esto indica que los hogares, en el momento en que uno de sus miembros se encuentra en otro país, estarán dispuestos a viajar, es decir, hacer alguna actividad característica del turismo, ya sea transporte, hospedaje o alimentación y bebidas, pues se crea una influencia a través de las pláticas e intercambio de experiencias que transmite el migrante. Ciudad Juárez podría capitalizar este rubro, brindando atención a los pacientes de la diáspora y recibiendo además turismo interno vinculado con los pacientes de turismo médico de la diáspora. Por lo tanto, es necesario implementar políticas públicas que atiendan este sector, que al mismo tiempo es de bajos ingresos (Cerón y Mora, 2014).

Ante una realidad compleja, diversa, de una ciudad dinámica por naturaleza, con características de un gran número de transacciones comerciales y de servicios, que ha sido polo de atracción de población trabajadora para la industria maquiladora, con la consecuente incidencia en la demanda de servicios, a continuación se presenta el análisis del impacto de esas dimensiones: la demográfica y la económica relacionadas con salud.

5.2.5.3 Actividades económicas y crecimiento demográfico en la frontera

La historia de la ciudad a partir de mediados del siglo XX ha tomado un rumbo orientado en gran parte por la influencia del fenómeno migratorio tanto en lo que respecta a la llegada de personas de otras entidades del país, en búsqueda de opciones laborales en la industria maquiladora de la localidad, como por la utilización del territorio como una plataforma de oportunidad de cruce hacia los Estados Unidos en búsqueda del “sueño americano”. El crecimiento demográfico que tuvo la ciudad durante el siglo pasado ha transformado el desarrollo de actividades productivas dejando atrás la producción agrícola y el turismo, para centrarse en la actividad industrial. A continuación se presenta el tema de la industria maquiladora. Este tópico fue uno de los resultados más relevantes al momento de realizar el análisis temático, por las implicaciones que ha tenido en la vida de los juarenses.

Una de las personas entrevistadas, que ha vivido siempre en Ciudad Juárez contó la historia de la siguiente manera:

“Por un lado, la cancelación del Programa Bracero y de la entrada de la Industria Maquiladora, insisto mucho que el nombre original del programa que le da origen a esta forma de producción, denota realmente cuál era el objetivo y que no necesariamente se cumplió. El Programa original, estaba diseñado para el aprovechamiento de la mano de obra sobrante a lo largo de la frontera norte, ese era el objetivo que originalmente tenía el programa que le dio origen a la iniciativa de la Maquila, discursivamente la idea era

generar espacios laborales para todos aquellos mexicanos que fueron afectados por la cancelación del Programa Bracero". 18(57).

Los procesos de instalación y funcionamiento de la industria maquiladora determinaron en un momento dado que la mano de obra mejor calificada era la femenina. Elemento que trajo como consecuencia la llegada a Ciudad Juárez de mujeres de otras ciudades y estados de la república atraídas por la gran oferta de trabajo que emergía de este nuevo concepto de la industria manufacturera.

Entrevistado del sector académico:

"En la ciudad teníamos si mal no recuerdo, tres empresas que podían ofrecer empleo, muy pocas para lo que se presentaba, y en realidad, no tuvimos una maquiladora con fuerza de trabajo masculina. En los inicios se instaló una maquiladora con fuerza de trabajo femenina, que no era totalmente local, sino que provenía de poblados y rancherías del interior del estado y posteriormente de los estados vecinos. Esto tiene muchas implicaciones para la ciudad y para los lugares de origen de las personas. Por un lado nuestra localidad cuadruplicó su población en alrededor de quince años, pasó de 250 mil a 500 y tantos mil y después duplicó a un millón y fracción. Eso hizo que la ciudad se extendiera porque no tenemos una política de densificación sino que nos vamos expandiendo cada vez más, lo cual tiene efectos muy diversos. Por un lado, la pregunta es: ¿Qué administración pública puede contar con recursos suficientes para atender todas las deficiencias de antaño y habilitar los nuevos espacios de residencia con vivienda, educación, salud, pavimentación, servicios públicos, etc.? Entonces se van generando nuevas necesidades y evidentemente, los recursos no alcanzan" 18(57).

Las entrevistas en profundidad permitieron identificar que el establecimiento de la industria maquiladora en Ciudad Juárez, al traer como consecuencia un importante crecimiento poblacional y de oportunidades laborales, también generó una mayor necesidad de prestación de servicios de salud beneficiando a las compañías aseguradoras y al sistema de salud público y privado de la localidad, así como a los usuarios de estos servicios, como menciona una de las personas entrevistadas que comentó:

"Ciudad Juárez es muy interesante porque es una de las ciudades en el país que tiene mayor número de pólizas de gastos médicos mayores. Pero la mayor parte son de grupo, por la maquiladora." 9(40).

Esto se convierte en un atractivo para los hospitales que desean establecerse en la localidad. Al indagar sobre la importancia que ha tenido el establecimiento de la industria maquiladora en la ciudad desde sus orígenes en la década de los sesentas, se encontró que los actores entrevistados identifican que hubo una mayor demanda de servicios de atención sanitaria.

"En Ciudad Juárez existe en la industria el concepto de otorgar el beneficio de seguros médicos privados a través de la contratación de aseguranzas para sus trabajadores. Este concepto lo trajeron al establecerse en la Ciudad las empresas maquiladoras internacionales, fue un plus adicional, sobre todo para el personal de administración y supervisión, esto no es para el personal operador. Al personal de administración se le ofrecen los beneficios de estar protegidos, no con los mismos límites, porque en el pasado, todavía hace dos años, las pólizas individuales o familiares podían ser sin límite de suma asegurada, o sea, abiertas totalmente" 10(46).

Los servicios de atención médica en su mayoría, eran proporcionados a los empleados de nivel operador, por el sistema público de salud a través del Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS), mientras que a nivel de supervisor y jerarquías superiores, se cubrió la prestación de atención sanitaria de forma privada a través de pólizas de seguro con cobertura de gastos médicos mayores. En la mayoría de los casos eran empresas de seguros estadounidenses que cubrían la prestación de los servicios en el sector privado de salud local, o incluso en hospitales de El Paso, Texas. Por lo anterior se deduce que ambos sistemas, el público y el privado de salud, tuvieron un crecimiento importante a partir del establecimiento de la industria maquiladora en Ciudad Juárez. Pero más importante aún, es identificar que los inicios de las transacciones comerciales de servicios de salud transfronterizos se vinculan a la creación de la industria maquiladora en Ciudad Juárez y que los orígenes de la prestación de servicios de salud transfronterizos fueron en un sentido opuesto al actual flujo de la demanda de turismo médico en Ciudad Juárez, es decir, desde mediados del siglo pasado, los empleados de supervisor para arriba, de las empresas maquiladoras de Ciudad Juárez, podían recibir atención médica en los Hospitales de El Paso con cobertura de seguros proporcionada por la empresa maquiladora.

Sin embargo, a más de medio siglo de esos eventos, ahora se identifica que hace falta diversificar las opciones de desarrollo de la ciudad y una de las formas que identifican los actores entrevistados, es el desarrollo del sector terciario de la economía, particularmente el sub-sector del turismo y específicamente el turismo médico. El desarrollo del turismo a nivel local también ha tenido una estrecha relación con la presencia de la industria maquiladora, ya que es el turismo de negocios el que genera mayor actividad y resultados en la ciudad.

Por otra parte, los stakeholders entrevistados consideran que, a pesar de que Ciudad Juárez cuenta con una importante y valiosa trayectoria de prestación de servicios de salud a los pacientes de las ciudades vecinas, no se ha consolidado el turismo médico. Los pacientes de las ciudades vecinas durante más de medio siglo han cruzado la frontera para obtener los servicios de atención médica que necesitan, ocasionando que apareciera un gran número de prestadores de servicios que fueron surgiendo de manera espontánea para dar respuesta a la demanda. El turismo médico integrado-planificado no ha avanzado para consolidarse, debido a varios factores, pero uno que hay que tomar muy en cuenta es el relacionado con la visión tanto de las autoridades gubernamentales como de los empresarios, que priorizan a la maquiladora para la asignación de recursos relacionados con el mejoramiento de las condiciones en las que se desarrolla el sector salud.

La evolución de la actividad turística en la frontera Juárez-El Paso ha tenido como principal elemento definidor el alojamiento y la gastronomía. En efecto, en el modelo turístico desarrollado en la franja fronteriza ha primado la creación de plazas de alojamiento y de servicios de alimentos en hoteles y restaurantes donde se realizan por ejemplo reuniones de trabajo, seminarios, conferencias, entre otras actividades características del turismo de negocios, como resultado de la gran actividad que genera la industria maquiladora. De esta manera los esfuerzos empresariales dirigidos a la producción de espacio turístico se han limitado al desarrollo de servicios de hostelería sin más contenido turístico que la proximidad al recurso. Por otra parte, estas operaciones han generado un tipo de oferta de alojamiento de muy

buena calidad, de precios accesibles, y estratégicamente ubicada. Un ejemplo específico de esta esquema es el Consulado General de los Estados Unidos en Ciudad Juárez, uno de los más importantes en México por el volumen de trámites que realiza y de personas que atiende, el cual en 2014, la Sección Consular procesó 179,168 solicitudes de visas de no inmigrante y 85,651 solicitudes de visas de inmigrantes, que suman un total de 264,819 trámites migratorios que significan un promedio de 1,014 personas atendidas diariamente. El movimiento de personas que genera, atrajo el establecimiento de nueve hoteles de reciente creación ubicados en las calles y avenidas cercanas al Consulado. Como consecuencia podemos determinar que un elemento que puede favorecer al turismo médico es la cercanía de estos hoteles a los nuevos hospitales que fueron creados especialmente para el turismo médico, por ejemplo tenemos que uno de estos hospitales se encuentra ubicado a 10 minutos del consulado. Al hacer un comparativo de las características del tipo de hotel que requiere el turismo de negocios, que atiende un gran número de visitantes a la industria maquiladora, y el que requiere el de los familiares del paciente de turismo médico, existe mayor afinidad en este tipo de hoteles, que en los hoteles por ejemplo de destinos de sol y playa o de turismo de aventura, lo que constituye indirectamente una ventaja en el desarrollo del turismo médico, al no partir de cero en aspectos de infraestructura hotelera de buena calidad.

Sin embargo, al explorar durante las entrevistas en profundidad si los pacientes de turismo médico utilizan la infraestructura turística complementaria de la ciudad, como hoteles y restaurantes, algunos mencionaron que en ocasiones los turistas médicos prefieren hospedarse en El Paso. Este comentario abrió una temática muy interesante, que al parecer en la ciudad empieza a contemplarse, y es la que se presenta a continuación.

5.2.5.4 Integración territorial transfronteriza

La globalización de la economía ha impulsado el dinamismo de las fronteras con una actividad comercial más intensa propiciando un mayor desarrollo y crecimiento. La formalización del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica a partir del 1 de enero de 1994 define los términos y alcances del mercado y de las transacciones fronterizas en un marco de mayor apertura comercial. Desafortunadamente a pesar de la creación de estos mecanismos para el impulso comercial existen algunos casos, como el relativo a la prestación de servicios sanitarios, (con el que se relaciona ésta investigación), donde la evidencia empírica no muestra avances.

En un sistema de mercado como el actual, que se caracteriza por su dinamismo y competitividad, producto de la crisis económica, globalización de los mercados y rápido cambio tecnológico, los destinos turísticos deben valorar su posición y orientación estratégica. En el caso particular de las fronteras, la problemática se acentúa debido a múltiples factores relacionados por una parte, con la distancia de la ciudad fronteriza, (a más de 20 horas de camino por carretera) del centro del país, donde se concentran las decisiones y los recursos destinados a favorecer el desarrollo de las localidades, y por otra parte, la distancia cultural e institucional con el país vecino. Por lo anterior, las regiones fronterizas requieren explorar otras formas de cooperación y gestión para la búsqueda de soluciones a la problemática

que enfrentan en la vida cotidiana. El caso de Ciudad Juárez por ejemplo, podría considerarse como un destino con posibilidades de integración territorial transfronteriza al que se le plantean desafíos a la gobernanza regional, la planificación y la política pública. Ya que las economías regionales cohesionadas económica y socialmente son fuerzas poderosas generativas tanto para estimular el desarrollo económico como para contrarrestar la polarización social creciente y la desigualdad (Soja, 2005).

El tema Ciudad-Región se mencionó como uno de los conceptos que se ha venido utilizando en documentos de planificación municipal. Se identifica la existencia de cooperación transfronteriza para mejorar algunos aspectos de interés común entre las ciudades de Juárez y El Paso, que incluso extienden las áreas de cooperación hacia Las Cruces, Nuevo México y Santa Teresa. Existen antecedentes de colaboración en la Región Paso del Norte, donde la ciudad más grande en la región es Juárez, seguida por El Paso y Las Cruces, y rodeada de otros suburbios importantes como Fabens, Texas; Puerto de Anapra, Chihuahua; San Elizario, Texas; Socorro, Texas; y Sunland Park, Nuevo México. Otras comunidades más pequeñas son Anthony, Chaparral, Mesilla, Santa Teresa, University Park y Vado en Nuevo México y Anthony, Canutillo, Horizon City y Westway en Texas.

El potencial que puede tener la frontera al presentar una imagen como ciudad-región en programas de marketing global es otra de las opciones que han sido identificadas por los stakeholders entrevistados. Ya que en lugar de ver como un aspecto negativo el hecho de que las personas que visitan Ciudad Juárez para recibir atención sanitaria, se hospeden en El Paso, podría ser visto como una alternativa adicional dentro de la diversificación de opciones de servicios que se encuentran disponibles en la frontera. Esta posibilidad es otro de los elementos que suceden en un caso como Ciudad Juárez que tiene características específicas relativas a la proximidad, como una metrópoli de más de dos millones de personas dividida por un río y un puente internacional.

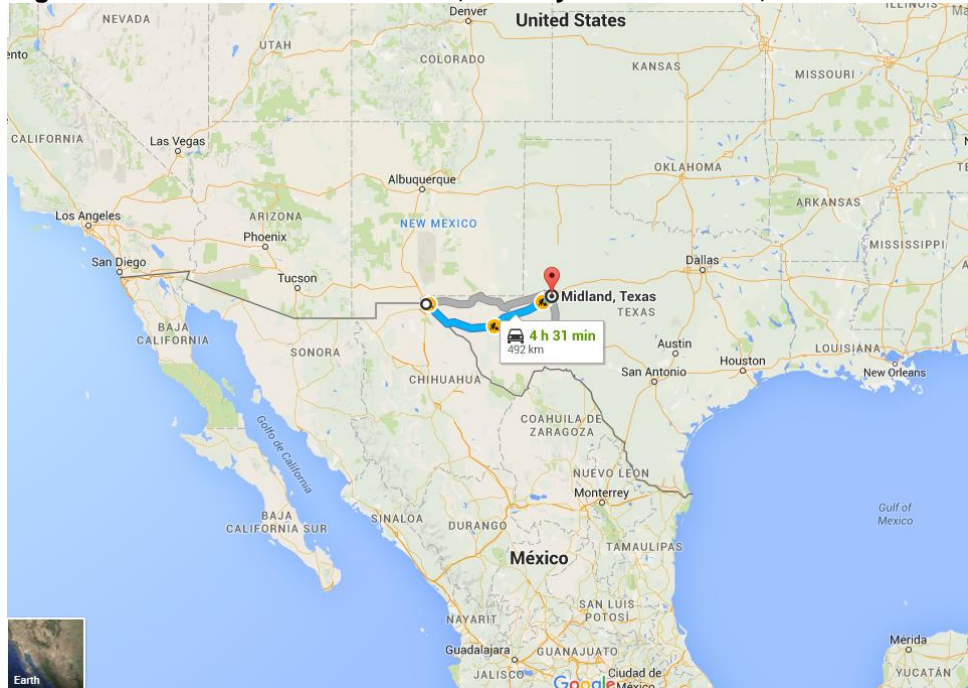
“El Paso se está viendo beneficiado con la gente que viene a atenderse a Ciudad Juárez, porque algunas personas que aún tienen miedo por la inseguridad que existió hace algunos años, utilizan servicios de hospedaje en El Paso y de transporte en ambas ciudades, generando derrama económica y beneficio para ambos lados de la frontera” 9(41).

Un médico especialista comentó en su entrevista:

“Los que vienen de Midland o de Odessa Texas, se quedan en un hotel de El Paso, se cruzan en la mañana, se atienden, generalmente comen en restaurantes de Juárez, expresan que desean hacerlo, y luego regresan” 7(28).

A continuación se presenta una figura que permite visualizar la distancia entre estas ciudades.

Figura 5.10 Distancia entre Midland, Texas y Ciudad Juárez, Chihuahua



Fuente: Google maps. Fecha de consulta 19 diciembre de 2015

Por otra parte, el comentario anterior confirma lo expresado en otras entrevistas respecto de que la gastronomía de Ciudad Juárez es uno de los principales atractivos para los turistas, ya que el producto es variado, el precio razonable y de buena calidad. La información que aporta la persona entrevistada denota la existencia de una demanda de servicios compartida por parte de los pacientes que visitan Ciudad Juárez para la atención sanitaria y otros servicios complementarios como el de restaurantes, ya que al mismo tiempo, utilizan los servicios de hospedaje y de transporte en la ciudad vecina de El Paso, Texas, lo cual demuestra la existencia de una demanda regional especialmente vinculada al fenómeno del turismo médico que podría tener un alcance territorial más amplio si se vendiera el destino turístico como ciudad o región transfronteriza.

Una de las personas entrevistadas comentó:

“tenemos pacientes del área de Nuevo México, Texas, Arizona, pero también vienen pacientes de otros estados más lejanos como Florida, Utah, Nueva York, Hawái. A esos pacientes nosotros les ofrecemos las dos opciones: hospedarse en El Paso, o en Ciudad Juárez. Nosotros les brindamos el servicio de transporte. Anteriormente, yo creo que por la inseguridad, preferían quedarse en El Paso, pero ahora, yo pienso que es por la comodidad, ellos se sienten más a gusto en Estados Unidos que aquí en México, y, pues ellos toman la decisión de donde quedarse. Hay algunos pacientes que sí optan por quedarse en Juárez, pero la mayoría prefieren quedarse en El Paso”6(24).

Resulta por demás interesante que una de las actividades más importantes en el destino turístico de Texas, según el informe de 2013 *Texas Visitor Profile* son las actividades de salud, o las relacionadas con visitas médicas, con un 7 % de las actividades hoteleras y que además representan un 8.5 % del total de personas que se transportan por vía aérea, lo que es bastante significativo, si se compara que en festividades como día de Acción de Gracias o “Thanksgiving Day” una de las

festividades de los Estados Unidos que más produce movilización de personas dentro del país, el porcentaje es de 9.4 % en ese mismo informe.

Otra de las personas entrevistadas identificó claramente el beneficio que puede traer a la región fronteriza el desarrollo del turismo médico:

“Yo no estoy pensando nada más en Ciudad Juárez, estoy pensando en la región, y entonces, el taxista y la gente del hotel que se entere de lo que estamos haciendo, yo esperarí que lo vieran con buenos ojos” 9(41).

“Algunas instituciones como el caso de los grandes hospitales de los EUA, no estoy seguro que perciban positivamente, que las personas busquen atenderse en otra parte. Ante la problemática situación sanitaria de un gran número de personas en Estados Unidos, se sabe que existe una cantidad importante de población que no necesariamente es de origen hispano, que también podría verse beneficiada con la opción de salud en la frontera. El factor de la cercanía es una de las cosas que tenemos que aprovechar” 9(41).

Además, existen antecedentes en la región que se pueden mencionar como ejemplos de colaboración binacional.

El turismo médico se podría trabajar en el marco de una ciudad región.

“Yo creo que aquí, está muy clara la participación del orden federal y estatal, en el caso del área de salud municipal se enfoca más a trabajar en la prestación médica para los empleados del gobierno municipal y en algunos casos participa un poco fuera de ese núcleo de trabajo, pero yo considero que esta es una parte débil, lo fuerte está en el orden federal y estatal, pero creo que hay un potencial enorme ahí y que no ha habido una convocatoria más amplia, una idea de trabajar como una sola ciudad-región, ese término ciudad-región es algo que se empieza a manejar en documentos públicos” 3(15).

Una de las personas entrevistadas mencionó:

“El término ciudad-región es algo que hemos estado utilizando y quiero poner dos ejemplos en donde sí se está trabajando de forma binacional y aprovechando la potencialidad de Juárez, El Paso, Las Cruces, Sta. Teresa, y Sunland Park y verlo como un solo sistema, está en este caso, las temáticas que tienen que ver con la movilidad enfocada al transporte de carga” 3(15).

Existe un plan integral de transporte intermodal que hemos estado trabajando en el Instituto Municipal de Investigación y Planeación (IMIP), en coordinación con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), y con Ferrocarriles Mexicanos (FERROMEX), con una serie de actores y autoridades municipales, estatales y federales, y en este caso, con la participación también de la contraparte americana, donde es más complicado avanzar pero hay que entrar en esos esquemas de abrir la información, de ver las iniciativas de ambos lados y ver cómo hacer que las partes se conecten. A fin de cuentas afectan o benefician a toda la región. Esto en el tema de movilidad orientada al transporte, a los cruces fronterizos, al libramiento ferroviario, a los sistemas de transporte público y a los sistemas intermodales de carga.

Todos estos componentes se están trabajando bajo esta línea de acción binacional por un lado, y por otro lado, la cuestión de medio ambiente, lo relativo a la calidad del aire, también es un claro ejemplo de colaboración binacional. Se han definido una serie de grupos de tarea, los “task force” Paso del Norte, de donde han surgido varias iniciativas como la línea exprés y otras recomendaciones que se van atendiendo para mejorar la calidad del aire y que al ser una misma cuenca ambiental pues no importa que estemos de un lado o del otro del río, a fin de cuentas, nos afecta por igual el aire que

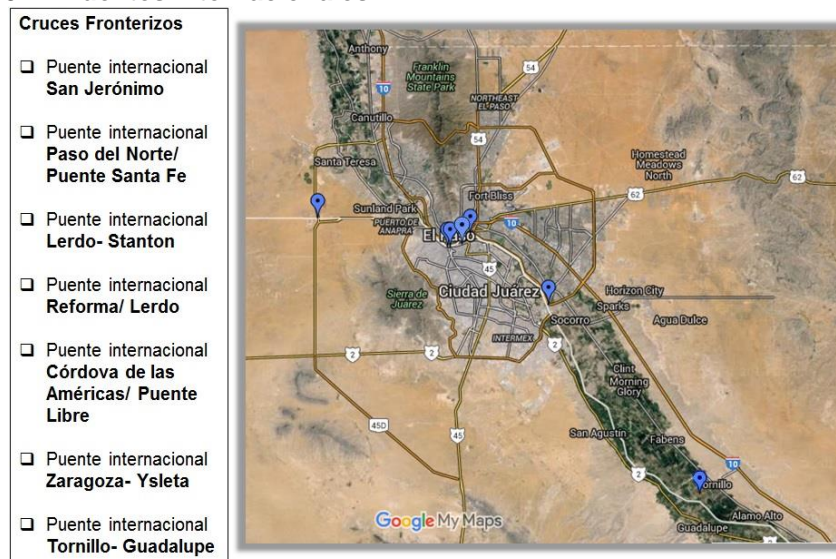
respiramos. Las iniciativas van en un sentido de lado americano, y en otro sentido de lado mexicano donde tenemos una problemática más compleja. En estos acuerdos binacionales interviene la EPA, la PROFEPA, la SEMARNAT, así como varias dependencias y organizaciones, con el propósito de trabajar en un objetivo común. El caso del turismo médico no se ha dado esta conjunción de esfuerzos quizá porque no ha habido a lo mejor una convocatoria más amplia, una idea de trabajar como una sola ciudad-región”.

Un aspecto a destacar, de los resultados de las entrevistas, es el hecho de que los actores entrevistados que reciben el mayor número de pacientes de turismo médico planificado, es decir el que involucra traslados de larga distancia, al cuestionarles sobre el uso de otros servicios de infraestructura turística de la localidad, (servicios complementarios) como los hoteles, mencionaron que la mayoría de los pacientes que vienen a atenderse a Ciudad Juárez, se hospedan en El Paso. Lo anterior muestra que actualmente el sector hotelero no se está viendo beneficiado de la derrama económica que el turismo médico podría generar para este sector. De la misma manera, quienes se están viendo beneficiados son las líneas aéreas de El Paso, ya que las personas que vienen a atenderse a Ciudad Juárez provienen de varios estados de los Estados Unidos y Canadá y vuelan con destino a El Paso y únicamente cruzan la frontera, incluso en un transporte terrestre contratado en El Paso, cubierto por el mismo hospital o clínica de Ciudad Juárez donde recibirá la atención sanitaria.

Por lo anterior, se identifica como una de las opciones viables la creación de proyectos territoriales transfronterizos para el desarrollo del turismo médico. Ante una situación de carencia de recursos y apoyos económicos, propiciada entre otras cosas, por la etapa de problemas de seguridad que vivió la comunidad en los últimos años, la ciudad requiere de opciones innovadoras que faciliten el desarrollo del destino médico. El uso de estrategias de este tipo podría ser una de las opciones a considerar.

A continuación se presenta un mapa que muestra la ubicación de los siete puentes internacionales de Juárez y El Paso.

Figura 5.11 Puentes internacionales



Fuente: Construcción propia con base en skycrapercity.com, www.google.com/maps, www.capufe.gob.mx.

6 Discusión

Esta investigación analiza la génesis y evolución del turismo médico en un destino fronterizo y el proceso que se ha realizado para su avance, tomando en cuenta la situación de frontera que caracteriza el caso de estudio, adicionalmente se analizaron los factores que inciden en el desarrollo del destino médico. Hasta la fecha existen escasas evidencias en la literatura turística sobre trabajos anteriores que hayan desarrollado y contrastado un modelo teórico con estas características, por lo que se considera que los resultados de esta tesis doctoral realizarán esta primera aportación al conocimiento empírico.

Los resultados demuestran la influencia de la frontera en la generación de elementos de interdependencia con relación a la prestación de servicios de atención sanitaria. El fenómeno del turismo médico visto como atención de pacientes-consumidores depende en gran medida de las políticas de salud y de seguridad del vecino país, que pueden ser modificadas de acuerdo a las necesidades y prioridades de su política de gobierno.

El estudio es único por dos razones. En primer lugar se avanza en la línea de investigación que vincula el desarrollo de destinos de turismo médico con las fronteras. Esto se logró con la realización de un modelo construido de una forma inductiva a través de la realización del estudio empírico para conocer la realidad del desarrollo del destino desde la perspectiva y experiencia de los participantes. En segundo lugar, esta investigación se dirigió hacia el estudio de dos limitaciones encontradas en las investigaciones anteriores, el turismo médico de la diáspora y la atención a pacientes transfronterizos. A continuación, se discuten los hallazgos del trabajo empírico y se contrastan con los estudios de la literatura sobre el tema.

Uno de los trabajos que aborda los viajes por motivos de salud que remonta su existencia a la época de la antigua Grecia ha sido el de Turner y Ash, (1991), mientras que Goodrich y Goodrich, (1987) realizan los primeros estudios que abordan el turismo de salud con ese término. A partir de ellos, Mueller y Lanz Kaufmann, (2001); Pennings, (2006); Connell, (2006); Johnson y Garman, (2010); Bookman y Bookman, (2007); Todd, (2011), y Glinos, Baeten, Helble, y Maarse, (2010) se refieren al fenómeno de buscar la atención sanitaria en el extranjero con ideas similares respecto a la obtención de servicios médicos de un menor coste y de accesibilidad inmediata, elementos que coinciden con los hallazgos del presente trabajo.

Los autores que han estudiado este tema no acaban aún de definir el concepto de turismo médico. Con lo que sí concuerdan la mayoría es que el turismo médico surge cuando en un país el sistema de salud no brinda a su población los servicios que necesita para su bienestar. En este trabajo se han identificado constructos que refuerzan las ideas de Whittaker, Manderson, y Cartwright, (2010), quienes afirman que *“las desigualdades y los fallos en los sistemas de salud de los países de origen impulsan en gran medida la necesidad de viajar para recibir atención”* (Whittaker, 2010 p.336).

Por su parte, Kangas, (2010) y Crooks, Cameron, Keri, Chouinard, Vera, Johnston, Rory, Snyder, Jeremy and Casey, (2012) identifican un uso inadecuado de conceptos, dado que el referirse al propósito del viaje como “turismo” trivializa el

problema de salud. En este trabajo se ha encontrado que los pacientes cruzan la frontera para buscar la atención sanitaria careciendo del elemento turístico; por tanto, se coincide con la definición de Glinos et al., (2010) que se refiere al fenómeno del turismo médico como “movilidad de pacientes transfronterizos” que implica el movimiento deliberado fuera del país de residencia y pueden o no tener cobertura de atención médica.

Los descubrimientos de esta tesis doctoral coinciden con las aportaciones de Jenner, (2008), quien identifica que a través del turismo médico los prestadores de servicios buscan atraer pacientes del extranjero como una fuente de desarrollo económico, donde China, India, Corea, Malasia, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia y ahora México son sólo algunos de los países competidores.

Esta investigación analiza el proceso de desarrollo de un destino de turismo médico de frontera. Se ha elaborado una narrativa para conocer la génesis y evolución del turismo médico en el caso de estudio de la ciudad fronteriza de Juárez, Chihuahua, México. Al conocer la historia del surgimiento de este fenómeno en la frontera de Juárez, Chihuahua, México, con El Paso, Texas, en Estados Unidos, se obtuvieron los elementos necesarios para diseñar una propuesta de modelo teórico de turismo médico. Adicionalmente, el análisis temático realizado permitió la generación de una teoría que favorece el conocimiento del proceso de desarrollo de un destino de turismo médico de frontera mediante la identificación de cinco aspectos relevantes: (1) Contexto del propio destino, (2) Contexto del mercado de origen, (3) Integración de actores, (4) Estrategias de producto y comercialización y (5) elementos de Frontera.

En lo referente al **Contexto del propio destino**, el punto de partida para el desarrollo de un destino de turismo médico de frontera es contar con un entorno favorable que facilite el logro de objetivos que se traducirán en la evolución hacia ese desarrollo. El análisis temático permitió identificar cuatro elementos que los stakeholders consideran relevantes, el primero de ellos es el contexto institucional.

Lerda, Acquatella y Gómez (2005) abordan el contexto institucional y organizativo como condicionante de los resultados en la moderna economía del desarrollo. Se refieren a la importancia que tiene —para el comportamiento y para los resultados de las acciones individuales— el medio ambiente político, económico y social en que dichas acciones se dan, cuya caracterización depende básicamente del tipo de comportamiento de los demás agentes y de la calidad de la infraestructura institucional-organizativa en que están insertos.

En esta investigación se encontró que el modelo de política social adoptado por el Estado Mexicano se caracteriza por la reducción de la oferta de servicios públicos. Empieza a delegarlos en otros actores, por ejemplo, en el caso de la salud, con la creación del Seguro Popular y con la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud pública, fortaleciendo el sector privado con recursos públicos a través de la gestión de convenios de subrogación por saturación. La oferta de servicios de turismo médico que existe en la ciudad es a través de hospitales, clínicas y consultorios privados, quienes no perciben el apoyo del gobierno para el desarrollo del turismo médico en la localidad, aun cuando a nivel

federal se promociona a los principales destinos de turismo médico del país, donde se incluye a Ciudad Juárez, que al igual que muchas ciudades fronterizas, adolece de carencia de recursos, entre otras razones, debido a la crisis de inseguridad que experimentó hace cinco años, lo que provocó que el uso de los recursos se destinara prioritariamente a la atención de aspectos relacionados con ese tema.

En lo relativo al contexto de salud, en México existe un Sistema Nacional de Salud segmentado. Tamez González y Eibenschutz, (2008) afirman que el seguro popular es pieza clave de la inequidad en salud. A raíz de la creación del Seguro Popular aumentó la diferencia de acceso de la población a los servicios médicos. Se promueve la privatización de la salud, aumenta la inequidad y contribuye a incrementar la gran desigualdad social.

Los resultados de esta investigación apuntan hacia la insuficiente cantidad de recursos humanos para la salud. Los hospitales y consultorios médicos, tanto públicos como privados, tienen una gran demanda de servicios, por tanto, si la demanda de pacientes de turismo médico aumenta, la capacidad de atención será insuficiente tanto para locales como para foráneos, quienes tendrían prioridad para los prestadores de servicios de salud privados, que reciben los pagos de propio bolsillo.

En cuanto a infraestructura turística González-Herrera y Álvarez-Hernández, (2014) realizaron un diagnóstico participativo del turismo en Ciudad Juárez, en el cual han identificado que se requiere mejorar y desarrollar la infraestructura turística de la ciudad. Los hallazgos de esta investigación confirman los resultados de estos autores y aportan conocimiento en relación a que el número de hoteles y restaurantes de la ciudad puede ser cuantioso, no obstante, la mayoría de los servicios de hostelería corresponden a una categoría de tres estrellas. En caso de que el destino turístico de Ciudad Juárez decida apostar por el turismo médico internacional, deberá planificar el crecimiento y desarrollo de la infraestructura de servicios turísticos de alto standing, el cual tiene poca presencia actualmente en la localidad.

De igual forma, en el estudio realizado por González Herrera y Álvarez Hernández (2014) sobre el turismo en Ciudad Juárez, desde las voces de los actores locales, identificaron dentro de una lista de problemas percibidos por parte de la gestión público-privada una "atención únicamente priorizada a la industria maquiladora". Sus hallazgos coinciden con las opiniones de los stakeholders de turismo médico de esta investigación, quienes expresaron en repetidas ocasiones que el turismo médico no es una prioridad para el gobierno y que los apoyos y acciones de gobierno se dirigen al fortalecimiento de la industria maquiladora. Lo anterior permite apreciar que existe una competencia entre sectores para recibir la atención y apoyo de los gestores del desarrollo de las actividades socioeconómicas de la localidad.

En lo relativo a la imagen de la ciudad, Blasco y Cuevas (2013) hacen referencia al episodio crítico derivado de la mala imagen asociada a la violencia en la ciudad de hace cinco años, mencionan además que a pesar de ello, el volumen de cruces por los puentes internacionales asciende a más de 22 millones anuales, haciendo énfasis en que todavía no existe un conocimiento del perfil y los deseos de estos

visitantes. Las revelaciones de esta tesis reafirman que Ciudad Juárez continúa con un gran dinamismo económico y comercial, con base en el incremento de cruces internacionales registrados en los últimos años y que la percepción de las personas entrevistadas respecto de la imagen de la ciudad está mejorando.

Por otra parte, respecto a la imagen arquitectónica y urbanística de la ciudad Jusidman y Almada, (2007) hacen declaraciones sobre las características de Ciudad Juárez como centro urbano industrial. Hacen referencia a los altos índices de contaminación y problemas ambientales, así como a una amplísima brecha entre ricos y pobres, que se manifiesta de una manera contundente en el paisaje urbano. Este paisaje, en ocasiones incómodo para los visitantes, es al que se refieren Canally y Dallen, (2007) sobre la frontera en el lado mexicano, lo cual es una realidad que deberá atender el destino de Ciudad Juárez, si desea ser atractivo para los visitantes internacionales.

El análisis temático permitió identificar elementos relevantes del **mercado de origen**, que han sido estudiados por otros autores. Por ejemplo Macias y Morales, (2001) aplicaron una encuesta en una feria de salud en el Sur del Condado de Los Ángeles, cerca de 140 millas de la frontera EUA-México. La encuesta reveló que el 14 por ciento de los participantes había cruzado la frontera para buscar atención médica durante el año 2001. Casi el 80 % de los que cruzaron la frontera para recibir atención médica no estaban asegurados; el 70 % informó que la razón más común para la búsqueda de atención en México es el bajo coste; 28 % indicó de la compra de medicamentos; de estos, los adquiridos con mayor frecuencia fueron los antibióticos y para el dolor. El 90 % de los encuestados no estaban asegurados. Los autores afirman que el alto coste de la atención de salud y la falta de seguro obliga a los pobres y no asegurados a buscar atención médica de bajo coste y los medicamentos en México, para satisfacer sus necesidades de salud más urgentes, a pesar de la carga de coste y los viajes. Los hallazgos de esta investigación doctoral respecto al modelo de turismo médico emergente-reactivo confirman las declaraciones de estos autores. Se aporta a la literatura los descubrimientos referentes al modelo planificado propuesto, que demuestra la existencia de pacientes anglosajones que solicitan servicios de cirugía bariátrica con uno de los más exitosos cirujanos en la ciudad, donde un 90 % de sus pacientes son de origen anglosajón y solo un 10 % son afroamericanos y de la diáspora.

En cuanto a la participación de las compañías de seguros, Todd, (2012) opina que a medida que el mercado de viajes de salud madure y se convierta en una actividad cuyos gastos sean reembolsados por las aseguradoras, los empleadores o las pólizas de seguro médico autofinanciadas, éstos reaccionarán negativamente si se menciona el "turismo" como parte del episodio de la atención, para la cual ellos asumen la responsabilidad financiera del pago de reclamación de riesgos. La contribución que hace Todd,(2012) relativa a la posible consolidación del intercambio de servicios de salud entre países a futuro, en una lógica de comercio, tiene un sentido económico importante desde la perspectiva empresarial. Además, permite visualizar opciones de desarrollo de turismo médico a destinos que, a pesar de no contar con grandes atractivos turísticos de belleza natural, como es el caso de

Ciudad Juárez, pueden ofrecer otros beneficios más relacionados con la prestación de servicios de atención sanitaria de calidad en un sitio de proximidad.

Por su parte, Vargas Heredia, (2013) afirma que la brecha de personas sin cobertura médica ha ido en aumento constantemente, hasta el punto que en 2009, el 16,7% de las personas que vivían en los Estados Unidos no tenían seguro. Este porcentaje representa 50,7 millones de personas que carecen de protección para todo el año, excluyendo a los que estaban sin cobertura durante ese periodo de tiempo, lo que incrementaría esta cifra. Las revelaciones de esta tesis aportan conocimiento relativo a que los pacientes que buscan la atención de salud en la frontera adquieren un seguro pues es obligatorio en Estados Unidos con la reforma de salud, pero eligen la cobertura mínima, ya que es la menos costosa, pero aún con el seguro, prefieren buscar la atención en Ciudad Juárez debido a la diferencia de coste y a la disponibilidad inmediata del servicio.

La escasez de médicos fue mencionada como uno de los factores que influyen en el contexto del mercado de origen para optar por el turismo médico en Ciudad Juárez. Este aspecto, además de ser uno de los que generan el problema de falta de atención sanitaria en los países de origen, también surge como consecuencia del desarrollo del turismo médico en los países de destino. NaRanong y NaRanong, (2011) afirman que el turismo médico de Tailandia ha agravado la escasez de personal médico por atraer más trabajadores de los sectores privado y público hacia los hospitales que ofrecen sus servicios a los extranjeros. Esto ha elevado los costes en los hospitales privados sustancialmente y es probable que también afecte en los hospitales públicos y en el sistema de salud universal de seguro que cubre a la mayoría de los tailandeses. La fuga de cerebros también puede socavar la formación médica en el futuro. Los resultados de esta investigación apuntan a la reproducción de este problema. Las características del sistema de salud en México son distintas. En Ciudad Juárez, la mayoría de los profesionales de la salud prestan sus servicios en los dos sectores, el público y el privado; pero la recompensa financiera del sector privado que atiende pacientes de turismo médico es un atractivo para incrementar la fuga de cerebros no solo entre sectores, sino también de las áreas rurales a las urbanas, lo que podría generar problemas de falta de capacidad de atención y de equidad en la prestación, al estar disponibles los servicios solo para quien tenga los recursos económicos para adquirir los servicios privados.

Por su parte, Vijaya, (2010) afirma que en la India, el turismo de salud es una fuente potencial de ingresos, pero también compite con el sector de la salud doméstica y podría transferir algunos de los problemas de salud de los países desarrollados a los países en desarrollo. También menciona la escasez de personal de enfermería con funciones de supervisión, que resulta en una constante rotación y escasez de personal. Los descubrimientos de esta tesis son similares en cuanto a que no se cuenta con un número suficiente de enfermeras en la ciudad para atender la demanda de servicios locales y de turismo médico, no obstante, en este tema surgió un elemento interesante, dado que el hospital de mayor antigüedad en la ciudad cuenta con escuela de enfermería, mencionaron que tienen años siendo proveedores de enfermeras a los hospitales de Estados Unidos. Además otro de los

hospitales, que atiende pacientes de escasos recursos, ha construido una nueva escuela de enfermería, que podrá atender el doble de alumnos de su capacidad actual, llegando a los mil estudiantes, por lo que se deduce que la política educativa se empieza a alinear con la de salud para contar con un mayor número de profesionales de la salud en el destino.

Los hallazgos de esta investigación doctoral reafirman las declaraciones de Herrick, (2007), Bernal, (2007), Wranik y Martine Durier-Copp, (2009) y Ormond, (2014b), quienes han abordado el problema de la escasez de profesionales de la salud en relación con el desarrollo del turismo médico.

Los actores entrevistados hicieron referencia a los problemas que enfrentan los pacientes extranjeros que solicitan los servicios médicos en Ciudad Juárez. Entre estos problemas destacan los altos costes de operación en el vecino país, los elevados costes de cirugías, largas listas de espera para recibir la atención necesaria. Estos resultados confirman las afirmaciones de Knickman y Snell, (2002), Connell, (2006), Jarman y Greer, (2010), Moscardo, (2011), Smith, Martínez Álvarez, y Chanda, (2011), Horton y Cole, (2011a), Wendt, (2012), Smith, (2012), Hanefeld, Smith, Horsfall, y Lunt, (2014) y Guseva, (2014).

Wilson (2010) afirma que el conjunto de servicios de turismo médico tailandés aprovecha las ventajas de una economía menos desarrollada y trata de superar la desventaja de una ubicación no occidental y menos segura y moderna en el sur global, haciendo uso de los recursos estatales existentes y disposiciones afectivas, incluidas las orientaciones a la hospitalidad, perfeccionada en el sector servicios y en las codificaciones culturales de la jerarquía social. La literatura revisada hace escasa referencia al tema de la relación afectiva al turismo médico, en particular, no se pone en valor una relación médico paciente afectiva, que ha sido uno de los elementos que han surgido con mayor relevancia en esta investigación. En repetidas ocasiones, el personal de hospitales y consultorios entrevistado mencionó que al turista médico le agrada el trato amable y la atención cálida que recibe; aunque los elementos de relación histórica entre México y Estados Unidos pueden influir en este resultado.

De acuerdo con Turner (2007) el problema de atención sanitaria en Canadá es debido a las largas listas de espera; incluso para visitar al médico familiar. Los retrasos para intervenciones médicas, tales como reemplazo de cadera y rodilla, cirugía de la columna y algunos procedimientos oftalmológicos, son un grave problema en Canadá. Los gobiernos federales y provinciales están luchando para acortar las listas de espera y proporcionar atención oportuna. Los pacientes a menudo esperan meses para obtener citas con especialistas, para obtener pruebas de diagnóstico y recibir tratamiento. La falta de acceso a los médicos de familia puede hacer particularmente difícil la obtención de tratamiento. Reconociendo que muchos canadienses enfrentan la dificultad de obtener un tratamiento rápido, las empresas de turismo médico promueven los viajes a las instalaciones médicas en otros países. Los resultados de esta investigación coinciden en relación a que los servicios que están siendo demandados por pacientes canadienses en Ciudad

Juárez son la cirugía bariátrica y la atención dental especializada como implantología y rehabilitación oral, que ofrece el turismo médico planificado.

La existencia de la demanda de este tipo de servicios corresponde con la vertiente psicológico-cognitiva del comportamiento del consumidor sobre los atributos de productos y servicios analizada por Kotler, (2000), aspectos que, relacionados con el turismo médico, han sido estudiados por Smith y Forgione, (2007) y Heung, Kucukusta, y Song, (2010). Por otra parte, con lo que el paciente recibe a cambio del gasto efectuado, en términos del tiempo, dinero y esfuerzo empleado para desplazarse al destino médico y obtener un servicio médico que necesita; la calidad y el valor percibidos por los visitantes, los llevaría a participar en los blogs de estos profesionales de la salud y a recomendar de boca a boca a estos profesionales de la salud con sus familiares y amistades. A este enfoque pertenecen variables como la calidad y el valor percibido, que generalmente son asociadas con percepciones racionales del paciente consumidor.

Por otra parte, el aspecto afectivo de la experiencia de la visita de los pacientes para servicios de salud ha sido estudiado por Yeon, Lee, Kearns, y Friesen, (2010), para el caso de pacientes coreanos residentes en Nueva Zelanda que regresan a Corea a buscar la atención de salud, y por Horton y Cole, (2011b) quien sugiere que la cultura particular de la medicina que se practica en las clínicas fronterizas de México con Estados Unidos puede ser un factor tan importante para influir en la fidelidad de los pacientes, como la conveniencia y el costo. Dado que regresan a buscar la atención médica, en una relación de médico familiar. Menciona también que aquellos pacientes que sustituyen la atención que recibe en el hospital de la frontera por su plan de seguro de salud de Estados Unidos lo hicieron no sólo debido a su costo, sino también por lo que percibieron como el estilo distintivo de la práctica médica en el hospital de la frontera. Los entrevistados mencionaron la rapidez de los servicios, la atención personal, medicamentos eficaces y el énfasis en la discreción clínica como signos distintivos de "práctica médica mexicana"; en oposición a las características del servicio que requiere referencias y pruebas frecuentes, la relación médico-paciente impersonal, protocolos de tratamiento, uniformes y la dependencia en las cirugías, que han experimentado en el sistema de salud de EUA. Su estudio fue referente a una clínica privada en Tijuana, Baja California, México, y los resultados de esta tesis confirman la relevancia del aspecto afectivo de la experiencia de visita de los pacientes que acuden a Ciudad Juárez por motivos de salud, logrando su satisfacción por una vía y generando lealtad al destino. Los hallazgos confirman la importancia que otorgan los pacientes de la diáspora al modelo de atención que se practica en México.

Los resultados del trabajo demuestran que para el ámbito del turismo médico, en el modelo emergente-reactivo, los aspectos afectivos presentan mayor robustez, quizá por la relación histórica entre México y Estados Unidos, y debido a que la mayoría de los pacientes que se atienden en este modelo son de origen mexicano. Mientras que para el ámbito del turismo médico planificado, los aspectos cognitivos tuvieron un peso más significativo, donde generalmente las variables calidad y valor percibido son asociadas a percepciones racionales del consumidor paciente.

En lo referente a aspectos de **integración de actores** los resultados del trabajo demuestran que para el ámbito del turismo médico, los aspectos de integración son determinantes en el desarrollo del destino, y a través de ésta se puede lograr un avance significativo en la consolidación del destino médico, además favorece el desarrollo del capital social del destino.

En lo relativo a la integración de actores el trabajo permitió verificar para el ámbito de los destinos médicos de frontera, el papel mediador de la coordinación y colaboración establecido en la literatura académica, al igual que el impacto de la integración en los productos y atractivos turísticos. Se identificó la existencia de un sistema de destino difuso, el cual es uno de los tipos de sistema expuesto por Ejarque, (2014), que afirma que en los destinos donde existe este tipo de estructura, los productos y los atractivos turísticos no están integrados entre sí porque no existe coordinación ni colaboración entre los productores de los servicios. La consecuencia de ello es que el destino no puede tener una personalidad clara en el mercado. Existen muchos destinos de este tipo, que desarrollan una oferta que no está organizada de ningún modo a nivel territorial (Ejarque, 2014). Estas características se identificaron en el modelo de turismo médico emergente-reactivo, donde la evolución de la oferta de servicios se relaciona con el creciente comportamiento de la demanda, pero sin coordinación ni colaboración de los actores.

Las barreras para el desarrollo del turismo médico identificadas en este estudio son similares a las que mencionan algunos autores estudiosos del tema, por ejemplo, aspectos de falta de integración y de promoción, como mencionan Heung, Kucukusta y Song (2011), quienes destacan los obstáculos para el desarrollo del turismo en general. Por su parte, Keyser (2002) señaló que el restringido acceso a los mercados financieros, la escasa confianza por parte de los inversores internacionales y nacionales, los requisitos y los procedimientos tributarios complicados, asignación limitada presupuestaria, la falta de integración y de promoción turística son elementos que inhiben el desarrollo del turismo en una región en particular. Todos estos aspectos estuvieron presentes en los resultados del presente trabajo.

Johnston, Crooks, Snyder, y Kingsbury, (2010) hacen declaraciones sobre las formas como el gobierno de la India ha apoyado a la industria del turismo médico: con subsidios en forma de disposición de suelo público, reducción a los impuestos corporativos, reducción de aranceles a la importación de equipo médico para el uso de hospitales privados que atienden al turismo médico, entre otros. En el caso de estudio de esta tesis se ha encontrado información sobre el apoyo del gobierno al desarrollo del turismo médico con acciones de promoción a través de ProMéxico y con la Creación del Sistema de Calidad para la certificación de Hospitales a través de la Secretaría de Salud. Todo parece indicar que el gobierno de México no ha decidido aún apostar por el turismo médico como estrategia de desarrollo, con acciones más decididas como lo han hecho otros gobiernos como el de la India, Singapur, y Tailandia.

Pocock y Pua, (2011) afirman que el turismo médico ofrece una oportunidad para la coordinación de políticas entre ministerios, dado que los objetivos del Ministerio de

Salud, de comercio y turismo no se concilian fácilmente. Se refiere a la experiencia de coordinación en los países de Tailandia, Singapur y Malasia. En los tres países se está llevando a cabo una aparente convergencia en las prioridades comerciales, de turismo y del Ministerio de Salud, lo cual es un reflejo de la creciente aceptación de la salud como un bien privado a nivel mundial. En este caso de estudio los descubrimientos indican la existencia de una escasa coordinación entre los distintos niveles de gobierno. Incluso, de las acciones que realiza el gobierno federal para favorecer el desarrollo del turismo médico, los actores del sector privado parecían tener mayor conocimiento que los actores del sector público.

Heung et al., (2010) destacan la relevancia de la coordinación entre las instituciones médicas y los hoteles para el periodo de recuperación de los pacientes después de una cirugía. No obstante, en Ciudad Juárez este tipo de coordinación no existe aún, quizá debido a que los pacientes que requieren permanecer algunos días después del tratamiento médico prefieren hospedarse en la vecina ciudad de El Paso, Texas, en los Estados Unidos. Lo anterior permite destacar la importancia de los elementos de frontera que facilitan este tipo de arreglos a los pacientes. Por otra parte, la existencia de hospitales especialmente construidos para la atención del turismo médico reduce la necesidad del servicio de hostelería, dado que se hospedan en el mismo hospital, que tiene características de hotel. Además, en la revisión de literatura no se encontraron referencias en las que se mencione un destino turístico médico que ofrezca un servicio integrado en una ciudad región, donde la atención sanitaria se ofrezca en un sitio y los servicios complementarios como el transporte aéreo y el hospedaje se ofrezcan en el otro lado de la frontera. Por lo anterior, se considera que la aportación a la literatura del caso empírico de Ciudad Juárez es de gran relevancia.

Las revelaciones en lo referente a la coordinación entre organizaciones participantes en el turismo médico en la frontera coinciden con los mencionados por autores como Dawn y Pal, (2011) respecto a los problemas de coordinación entre organizaciones en la India. Ellos mencionan la falta de coordinación entre los diferentes actores participantes en la industria como los operadores de líneas aéreas, hoteles y hospitales, como una debilidad del destino en su análisis FODA. Estos aspectos fueron también mencionados en el caso de estudio, con la particularidad que los pacientes que llegan al destino vía aérea utilizan los servicios de aerolíneas de El Paso. El turismo en Ciudad Juárez carece de una organización de gestión del destino (DMO) del municipio; existe una Oficina de Convenciones y Visitantes la cual realiza las actividades de promoción del turismo de la Ciudad, pero se trata de un fideicomiso del gobierno estatal, por lo que se identifica la falta de acción estratégica del sector turismo a nivel municipal.

Heung, Kucukusta, y Song, (2011) afirman que los productos de turismo médico combinan los componentes de la salud y el turismo; por tanto, la coordinación estratégica entre los dos sectores es esencial. En la India existe una coordinación entre el gobierno nacional, los gobiernos estatales y numerosos organismos federales para promover el turismo médico. No obstante, los hallazgos del caso de estudio revelan elementos distintos en el sentido de que el producto va orientado mayormente a la prestación de servicios de salud, donde además, la coordinación

entre los sectores de la salud y el turismo es escasa. Quizá debido a que son escasos también los atractivos turísticos y la ausencia de un organismo potente, con respaldo institucional para gestionar el turismo en la localidad.

En lo que se refiere al tema del arraigo, Jusidman y Almada (2007) afirman que la falta de acción decidida del gobierno contribuye de manera importante a fomentar en la población de Ciudad Juárez el sentimiento de desarraigo y de falta de pertenencia. Esta situación inhibe la participación con iniciativas y propuestas para realizar acciones conjuntas con las autoridades para mejorar su entorno y los servicios con que cuentan. Un ejemplo de esta situación se encuentra en la época de inseguridad que vivió hace cinco años la ciudad, cuando muchos empresarios emigraron a otras ciudades, dejando a la ciudad carente de liderazgo empresarial. En la revisión de la literatura no se encontraron referencias que asignen valor al aspecto del arraigo con relación al liderazgo, para el turismo médico como lo muestran estos hallazgos.

Aun cuando los detractores del turismo médico exponen sólidos argumentos sobre las afectaciones que ha traído a países como la India, Tailandia y Malasia, Cortez (2010) argumenta que los países en desarrollo pueden aliviar el problema que genera el turismo médico a los sistemas de salud en los países de destino mediante el uso de los ingresos procedentes de pacientes extranjeros a la subvención cruzada de atención de la salud pública de los ciudadanos locales, y puede utilizar otras herramientas para disuadir la fuga de cerebros interna de los hospitales públicos. Los resultados netos de turismo médico en los países en desarrollo dependen, en gran parte, de la forma en que estos países deciden destinar los ingresos procedentes de pacientes extranjeros. En el caso de estudio no se identificaron acciones específicas de este tipo, relacionadas con el turismo médico. Esto puede deberse a que el destino médico se encuentra aún en una etapa incipiente de su desarrollo. Por otra parte, pese a que se trata de un destino que se encuentra en una etapa incipiente, existen muchas posibilidades de que en el plazo intermedio se constituyan industrias corporativas del turismo médico, dado que algunas de las personas entrevistadas manifestaron que hay interés de los dueños de grandes hospitales por establecerse en la localidad y solo esperan que las condiciones económicas, sociales y, sobre todo, políticas sean las adecuadas, para que se garantice la subrogación de servicios por parte del gobierno.

En la literatura se encontró que (Gupta, 2008) hace declaraciones sobre la afectación que ha sufrido el sistema de salud público de la India y afirma que quienes ganan en la industria turística médica son el sector médico corporativo y una sección de profesionales de la medicina en el país. Afirma también que la sociedad no ve ningún mecanismo mediante el cual los ingresos obtenidos por la industria fortalecerán el sistema de salud pública del país, como se expresa en los discursos del gobierno. Uno de los mecanismos gestionados por el gobierno de la India con los corporativos de hospitales ha sido brindar atención gratuita a pacientes pobres, a cambio de recibir subsidios del gobierno, a lo cual en repetidas ocasiones se han negado los hospitales corporativos y han escapado de este compromiso sin castigo. Por otra parte, al reservar algunas camas para los pobres en instituciones de élite no se aborda la necesidad de aumentar la inversión pública en la salud de

tres a cinco veces el nivel actual. Es recomendable tener en cuenta la experiencia de lo que está sucediendo en otros países, en caso de que se decida apostar al turismo médico a esos niveles, dado que en México existen graves problemas de acceso y equidad a los servicios de salud Tamez González y Eibenschutz, (2008) que podrían empeorar si no se toman las medidas precautorias necesarias.

En cuanto al liderazgo Sharma, (2015) comenta sobre las iniciativas del gobierno de la India para atraer industrias farmacéuticas. Afirma que este sector está creciendo muy rápido y el gobierno apuesta a la obtención de una posición de liderazgo mundial en el suministro de medicamentos o drogas en todo el mundo. El gobierno de la India en su presupuesto 2011-12 ha hecho varias disposiciones para eximir de diversos tipos de impuestos directos e indirectos a este sector. Algunos de ellos son los siguientes:

- 1) No hay un aumento en las tasas de impuestos sobre consumos específicos y de servicios.
- 2) Reducción de los derechos de importación e impuestos especiales para equipos y máquinas que se utilizan para la realización de pruebas de diagnóstico.
- 3) Reducción en materia de impuestos sobre los productos químicos, equipos y máquinas que se utilizan para la realización de pruebas de diagnóstico.
- 4) Mantener los servicios de diagnóstico que están fuera de alcance en el país de origen, a unas tasas de servicio accesible.
- 5) La eliminación de la anomalía existente entre las drogas a granel y formulaciones para aliviar la recaudación de impuestos especiales.
- 6) Proporcionar incentivos para promover la infraestructura hospitalaria y la industria de fabricación de dispositivos médicos.
- 7) En virtud del artículo 35AD, se proponen deducción ponderada del 150 % de los gastos de capital permitidos a los hospitales. Esta modificación será de aplicación en relación con 2013-14 y años posteriores.
- 8) En virtud del artículo 35 (2AB), la deducción ponderada del 200 % de los gastos incurridos en las instalaciones de investigación y desarrollo, se han extendido por un nuevo período de 5 años, es decir hasta el 31 de marzo de 2017. Esto aplicará modificación en relación a 2013-14 y años posteriores (hasta 2017-18).
- 9) En virtud del artículo 80 D, se permite una deducción de 5 mil rupias para los gastos efectuados durante el año como consecuencia del chequeo preventivo de salud de una persona, su cónyuge, hijos o padres.
- 10) Se propone incremento de tasa de impuesto de servicio de 10 a 12 %.
- 11) Exención específica proporcionada por los servicios de salud.

- 12) Tipo de base del impuesto especial central aumentó de 10 % a 12 % y la tasa de mérito aumentó de 5 % a 6 %.
- 13) Exención de impuestos especiales, derecho compensatorio (CVD), se propone en medicamentos especificados para salvar la vida.

Por otra parte, en lo referente a las **estrategias de producto y comercialización**, Todd, (2011) se inclina por una acepción económica al plantear que el turismo médico es la práctica de viajar fuera de la ciudad natal para acceder a servicios médicos o dentales, pruebas de diagnóstico costosas y sofisticadas, que dependiendo del lugar de destino y el procedimiento solicitado, pueden comportar un ahorro de entre un 50 y un 90 % del precio pagado en su país de origen. Los resultados de este trabajo de investigación confirman las ideas de esta autora, en virtud de que el ahorro significativo que obtienen los pacientes que se atienden en el caso de estudio es uno de los principales motivos para buscar la atención fuera de su país de residencia.

En el tema de **estrategias de producto y comercialización**, sobre la segmentación del mercado, Goodrich y Goodrich, (1987) afirman que en el turismo de salud, hay al menos dos formas posibles de segmentación del mercado: la salud y los ingresos. Establecen que en la segmentación del mercado se incluyen aspectos geográficos, demográficos, psicológicos, precio, uso y beneficios. Confirmando estas declaraciones, la información obtenida en la entrevista del cirujano bariatra permitió identificar que gracias a su estudio de mercado, donde se incluyeron aspectos demográficos para conocer la población de la diáspora que podría demandar sus servicios, su ubicación geográfica, de salud, ya que se buscó el número de personas con obesidad, los precios de los servicios en el país de origen y los ingresos, le permitieron diseñar un servicio dirigido a un segmento del mercado con capacidad financiera para adquirir los servicios de calidad que ofrece en el marco del modelo de turismo médico planificado.

Heung et al., (2011) afirman que los productos de turismo médico combinan los componentes de la salud y el turismo. Los hallazgos de esta tesis, en cambio, identifican que en el destino médico de frontera los prestadores parecen estar más orientados a brindar un servicio de salud de calidad, por tanto, sin descalificar las aportaciones de estos autores, dado que Ciudad Juárez cuenta con limitados atractivos turístico, se afirma que existen otras opciones de oferta de servicios de salud en destinos donde otros elementos, como la proximidad a un destino, la calidad de los profesionales de la salud y el coste, parecen tener un peso significativo.

De acuerdo con Alsharif, Labonté, y Lu, (2010) el costo de los servicios, la reputación del médico especialista y la acreditación del hospital son los factores más importantes al elegir la atención sanitaria en el extranjero. No obstante, en el caso del cirujano bariatra que opera con éxito el turismo médico en el destino médico de Ciudad Juárez, el orden puede ser distinto, ya que considera que la trayectoria y reputación del especialista tiene un mayor peso que el costo. Además, la acreditación sería otro elemento discutible, ya que los hospitales de Ciudad Juárez cuentan con la certificación de calidad que otorga el gobierno de México a través de

la Secretaría de Salud, pero carecen de la acreditación internacional. Este caso ejemplifica la existencia de otras formas distintas para atraer el turismo médico, que resultan ser exitosas, dado que este cirujano realiza en promedio 60 cirugías al mes.

En el estudio realizado por Alsharif et al., (2010) sobre el turismo médico en cuatro países, se identificó una gran diferencia en el tamaño de los hospitales. Ellos mencionan, por ejemplo, que los hospitales de la India participantes en el estudio todos eran grandes de 600 a 850 camas; en China eran de tamaño mediano y grande, de 310 a mil 200 camas; en Jordania todos eran medianos, de 150 a 350 camas; mientras que en los Emiratos Árabes Unidos, el único hospital participante era pequeño, de menos de 100 camas. Todos estos hospitales eran privados, ninguno ofrecía atención exclusiva a pacientes internacionales, y carecían de restricciones sobre el número de pacientes a atender con esas características en un momento dado; varios de ellos tenían cuartos "VIP" disponibles para pacientes dispuestos a pagar los costes extras, los cuales eran utilizados con mayor frecuencia por los pacientes internacionales. Sobre estos parámetros, se puede afirmar que los hospitales privados de Ciudad Juárez, todos son pequeños, dado que la mayoría cuentan con menos de 100 camas y sólo uno cuenta con 120.

Gan y James, (2011) estudiaron la naturaleza de la diferenciación del producto en el mercado del turismo médico de los Estados Unidos. Estos autores afirman que los facilitadores de turismo médico en Estados Unidos funcionan de manera similar a una industria de competencia monopolística. Eligen diferenciar sus servicios de varias maneras, incluyendo la lista de países y hospitales que utilizan, el alcance de los tratamientos en los que se especializan, el grado de participación de los profesionales de la medicina en la empresa, y los tipos de servicios auxiliares que ofertan. Los autores realizan un estudio exploratorio de la diferenciación entre 46 empresas facilitadoras. Utilizando el análisis de componentes principales, se detectan tres componentes: un énfasis en proporcionar una amplia selección de destinos, otro en la preocupación del médico y uno más en los aspectos de viaje de turismo médico. En el caso de estudio, estos hallazgos indican que únicamente el grupo médico de bariatría y los servicios de odontología avanzada son los que utilizan los servicios de empresas facilitadoras de turismo médico. Las aportaciones más relevantes indican que lo que está atrayendo a los pacientes de estas especialidades es precisamente el no tener que viajar a otro país más lejano, por los riesgos que implica, sumado a la calidad y trayectoria de los profesionales de la salud de la localidad, aun cuando el viaje incluya el episodio turístico, del cual carece Ciudad Juárez, destacando así la importancia de la proximidad geográfica del destino con el mercado de origen; que además para el turismo de la diáspora existe la proximidad lingüística y cultural que han estudiado Ormond y Sothern, (2012).

Assenov, Rerkrujipimol, y Ilian, (2011) estudiaron las estrategias de marketing utilizadas por los proveedores de servicios de turismo médico en Tailandia para crear más valor a través de servicios y diferenciarse de su creciente número de competidores. Estos servicios incluyen el desarrollo y la intensificación de relaciones con los clientes mediante la oferta de transporte médico tanto aéreo como terrestre, apartamentos con servicios para los familiares acompañantes del paciente,

cafeterías y restaurantes, servicio de inmigración en línea, traducción de diferentes idiomas, cuidado personal individual, atención personal de enfermería, servicios en línea para los arreglos médicos, centros de contacto, centro de paciente, la selección de hotel, reservas, servicios de excursiones de turismo, servicios de Internet y wifi, etc. Los resultados en este caso de estudio muestran cierta similitud, por ejemplo el servicio de transporte terrestre y servicios en línea para los arreglos médicos; no obstante, aún se requiere avanzar en el desarrollo de un servicio integral para el paciente turista médico, sobre todo en los servicios turísticos, pese a tratarse de un modelo de turismo médico diferente, en el cual la mayoría de los visitantes son transfronterizos.

Es en este tipo de turismo transfronterizo donde se observa que se ven fortalecidos los negocios relacionados con la salud con la visita de pacientes de origen mexicano, que conocen la cultura y el idioma, que disfrutan de la comida mexicana que les es familiar; en cambio, donde se podría ampliar y mejorar las opciones de servicios turísticos es con los pacientes del turismo planificado, pues únicamente demandan la atención médica, pero los servicios de transporte y hospedaje son proporcionados por prestadores de El Paso, Texas. Quizá en otra etapa de la evolución del destino médico, cuando se planifique el desarrollo del destino y se trabaje lo suficiente de manera organizada y a todos los niveles en mejorar la imagen de la ciudad y lograr una mejor percepción del destino, se podrá transitar a un destino médico que reciba más pacientes internacionales. Mientras tanto, los prestadores de servicios de turismo médico planificado seguirán ofreciendo la frontera como destino y compartiendo la prestación de servicios con el Paso, Texas, lo que brinda una mayor seguridad y comodidad a los pacientes.

En lo referente al análisis de los aspectos de **frontera**, tuvo gran relevancia el turismo de la diáspora mexicana en Estados Unidos, dado que en cuanto a volumen de visitantes, se encontró que la mayoría de los pacientes de turismo médico que buscan la atención en Ciudad Juárez son de origen mexicano.

Yeon et al., (2010) exploran el fenómeno del regreso de los migrantes a su país de origen en búsqueda de cirugías, con el caso específico de inmigrantes de Corea a Nueva Zelanda y ponen de manifiesto la existencia de un vínculo especial entre la salud y el lugar. Ellos afirman que si los pacientes inmigrantes tienen la capacidad financiera, buscarán no sólo el tratamiento eficaz, sino también la atención médica afectiva. De acuerdo a la revisión de la literatura de este trabajo investigativo, existen pocas evidencias que pongan valor a este aspecto. En el caso de estudio, se considera que es un elemento relevante, ya que fue mencionado por la mayoría de las personas entrevistadas respecto a los factores por los que los pacientes de la diáspora buscan la atención médica en la frontera.

En cuanto a las diferencias culturales, algunos autores consideran que las diferencias culturales entre los dos lados de una frontera atraen a muchos turistas, para otros se convierte en una barrera importante. Por ejemplo, para muchos viajeros, la incapacidad de comunicarse en su propio idioma en la sociedad de acogida ocasiona que eviten ciertos destinos Timothy, (1995), Timothy, (2001). Basala y Klenosky (2001) llegaron a la conclusión de que la fluidez en el idioma del

destino era una determinante de la elección de algunas personas para visitar ese sitio. Encontraron que los turistas que buscan la familiaridad cuando viajan, son menos propensos a visitar países donde son incapaces de hablar el idioma inglés, en este caso. Estas declaraciones apoyan las afirmaciones de Cohen y Cooper (1986) de que los turistas en masa, generalmente, viajan a destinos en los que su propio idioma también se habla. Mientras que el inglés es ampliamente entendido por los comerciantes y los vendedores que ofrecen servicios al turismo, en la comunidad fronteriza de México, el español es el idioma principal y el más comúnmente escuchado, lo que puede causar cierto temor para comunicarse a los potenciales visitantes extranjeros. En el caso de estudio, los hallazgos respecto a los prestadores de servicios de turismo médico planificado, que corresponde a los nuevos hospitales y a las clínicas dentales de alta especialidad, se confirman las afirmaciones de estos autores, dado que otorgan gran relevancia al dominio del idioma inglés. Pero en el modelo emergente-reactivo, los hallazgos aportan a la literatura que los pacientes de la diáspora solicitan ser atendidos en español, aún cuando se les ofrezcan servicios en idioma inglés.

Por otra parte, se verificó la influencia de la familiaridad y los aspectos afectivos coincidiendo con las aportaciones de Ormond, (2014a), quien ha estudiado el turismo médico de la diáspora con pacientes coreanos que vuelven de Nueva Zelanda a Corea. Se refiere al aspecto "terapéutico" para ellos, dado que la casa significa familiaridad con el sistema de salud en "su tierra", expectativas de las autoridades médicas y manejo del paciente, cercanía con la familia y los amigos y la ausencia de barreras lingüísticas reconfortan y empoderan a los pacientes de turismo médico de la diáspora. En los destinos de turismo médico, los empresarios poco a poco están reconociendo los beneficios de responder a las necesidades de salud de los migrantes de sus diásporas. Lo anterior se confirma en el caso de estudio, con evidencias de publicaciones de la agencia ProMéxico, que menciona que el segmento del mercado a quien se dirige el turismo médico de México es el de los mexicanos residentes en Estados Unidos (PROMEXICO, 2013).

Los migrantes de la diáspora gastan su dinero de manera diferente de los completamente extranjeros y se piensa que requieren menos intermediación para mitigar la "otredad". Además la naturaleza repetitiva de sus visitas genera flujos más estables, son menos afectados por la estacionalidad y menos volátiles en tiempos de crisis económicas y políticas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran la influencia de los elementos espaciales derivados de la situación de frontera del destino médico bajo estudio. El término frontera para la gente que vive en la región fronteriza, o para quienes su vida diaria es afectada directamente por las fronteras, se asocia con sus reglas impuestas directamente por las mismas y con imágenes populares de la frontera, ya sea como barrera o como unión. Lo que representan las fronteras constantemente se reconstituye por aquellos seres humanos que son regulados, influenciados y limitados por ellas.

De igual manera, se pueden apreciar diferencias significativas de los destinos fronterizos respecto a los destinos internacionales que reciben pacientes de mayor

distancia. Aspectos como el idioma, la infraestructura, la imagen, el tipo de pacientes, el segmento del mercado que se atiende en cada uno de los cuatro tipos de servicios que se ofrecen en la frontera permiten afirmar que Ciudad Juárez puede ser considerado un caso único por la diferenciación del producto y sus propias características, donde se destaca la venta de un producto médico con servicios complementarios en el país vecino.

7 Conclusiones

Se afirma que el trabajo de investigación alcanzó el objetivo general propuesto al inicio de esta tesis, el cual fue definido de la siguiente manera: *“Analizar el proceso de desarrollo de un destino turístico médico de frontera”*.

Los resultados otorgan las siguientes aportaciones teóricas a la literatura del desarrollo de destinos de turismo médico de frontera:

- Diseñar y probar un modelo dual de turismo médico que contempla los aspectos de un destino fronterizo.
- Comprobar la influencia de la condición de frontera en la génesis y evolución del destino turístico médico fronterizo.
- Analizar la percepción de los prestadores de servicios sobre los pacientes-consumidores de turismo médico.
- Determinar que las variables relativas a la influencia para el desarrollo de un destino médico no funcionan de la misma manera en destinos turísticos internacionales que en destinos turísticos de frontera.

El modelo conceptual propuesto en el presente trabajo permite visualizar con claridad las relaciones existentes entre los tipos de servicios que ofrece el destino, la satisfacción de los visitantes, la situación del comercio de salud bilateral, la comercialización y los elementos que impulsan al turismo de la diáspora a regresar a México para la atención sanitaria.

Los resultados presentados contribuyen al conocimiento del turismo médico a través de la construcción de una propuesta de teoría para conocer el desarrollo de un destino de turístico médico de frontera. Apoyan que la explicación del surgimiento del fenómeno bajo estudio es consecuencia de la participación en un modelo económico neoliberal por parte de los países desarrollados donde la participación de la iniciativa privada en la comercialización de los servicios de salud está llevando a los pacientes a buscar satisfacer sus necesidades de atención sanitaria en otros países generalmente en vías de desarrollo, donde los costes son más accesibles.

7.1 El desarrollo del turismo médico en el caso de estudio

La primera parte de las conclusiones corresponde a los resultados descriptivos y conceptuales, es decir, a la narrativa de la génesis y evolución del turismo médico, así como al modelo teórico dual propuesto. El turismo médico se llevó a cabo en dos etapas: La primera surgió espontáneamente a lo largo de las calles situadas en puntos cercanos a los cruces internacionales y se caracterizó por una afluencia de pacientes mexicoamericanos que han demandado los servicios de atención médica en Ciudad Juárez por tradición, ya que al trazarse la línea fronteriza entre Ciudad Juárez y El Paso, hace más de una centuria y media, la gente mexicana que vivía en los terrenos que quedaron del otro lado del río Bravo estaba acostumbrada al servicio médico de México y siguieron buscando la atención en el lado mexicano. Esta demanda ocasionó el surgimiento de los hospitales tradicionales que existen en la localidad, como el Centro Médico de Especialidades, que actualmente cuenta con una trayectoria de 67 años de servicio a las comunidades de Juárez y El Paso, el Hospital de la Familia (Femap), que cuenta con una historia de más de 40 años, y el hospital Poliplaza Médica, que cuenta con 28 años de atención a la comunidad.

Los pacientes que acudían a estos hospitales buscaban servicios principalmente de consulta médica general y de especialistas, consulta de odontología general y de especialistas en odontología, algunas cirugías, adquisición de medicamentos, lentes y realización de estudios de radiología y laboratorio. En un segundo periodo, al término de la administración del presidente Vicente Fox, en 2007, Juárez vio la llegada de dos nuevos hospitales de las cadenas más importantes del país: el Hospital Ángeles y el Star Médica, los cuales empiezan a atraer un tipo distinto de turismo médico, no solo pacientes transfronterizos, sino de otras ciudades lejanas de la frontera, que buscan otro tipo de atención más orientada a la cirugía, como la bariátrica y la estética.

De la misma manera, se concluye que el destino turístico se está convirtiendo en un polo de atracción de médicos cirujanos provenientes de otras ciudades del país, ya que de acuerdo a las entrevistas realizadas, los médicos que están haciendo el mayor número de cirugías a pacientes del extranjero son de otras regiones del país, quienes fueron atraídos por la calidad de los nuevos hospitales, la ubicación estratégica de frontera del destino médico, la accesibilidad del transporte aéreo a la ciudad de El Paso, Texas –que tiene conexión a los puntos más importantes de los Estados Unidos– y el aumento de la demanda de atención sanitaria por parte de pacientes del vecino país. Esta segunda etapa estuvo acompañada por el movimiento hacia una reforma de salud promovida desde la época de las campañas políticas de los entonces candidatos a la presidencia de Estados Unidos, Hillary Clinton y Barack Obama.

En el presente estudio se llega a la conclusión de que el turismo médico planificado no surgió antes debido a dos motivos: primero, al interés regional y nacional de impulsar el desarrollo de la industria maquiladora de exportación como proyecto de desarrollo económico prioritario; y segundo a la difícil situación de inseguridad y violencia que azotó la ciudad entre 2007 y 2011. No obstante, después de esos años, la calidad de la atención médica y la diferencia de coste que otorga el tipo de cambio resultaban sumamente atractivas, y esto condujo a una afluencia de turistas médicos que sigue aumentando día a día. La demanda precedió a la oferta, a pesar de que la región fronteriza no contaba con el equipamiento de calidad requerido para una oferta internacional de servicios médicos. A partir de 2008 la infraestructura hospitalaria fue modernizada y se han creado vínculos no solo a nivel regional sino nacional, con lo que surgió una cierta unidad funcional, aunque muchas de las actividades tradicionales prevalecen.

Por tanto, se concluye que en Ciudad Juárez existe un modelo o patrón de organización del espacio turístico acorde a lo que los autores llaman espacios turísticos espontáneos y espacios turísticos planificados (Barbaza, 1970), (Vera Rebollo et al., 2011).

En lo relativo al análisis del tipo de servicios de atención médica del destino fronterizo, el presente trabajo se suma a los 100 papers revisados por Hanefeld, Lunt, Smith, y Horsfall, (2014), que encontraron la existencia de diversos tipos de turismo médico que dependen del tratamiento requerido, por ejemplo, servicios de odontología, de cirugía cosmética y de fertilidad. Estos autores afirman que las

motivaciones de los pacientes es un tema complejo. Más allá del coste, otorgan valor a los aspectos de disponibilidad y distancia, pero admiten que se requiere más investigación al respecto. Efectivamente, la diversidad de tipos de servicios resultó ser una dimensión relevante en esta investigación, tanto por la influencia de la situación de frontera, como por la diferenciación del producto que generó la llegada de los nuevos hospitales.

El estudio empírico permite afirmar que el destino médico de Ciudad Juárez se encuentra en la primera etapa del ciclo propuesto por Butler, (1980), dado que se identifican cirujanos de varias especialidades médicas que funcionan en el modelo planificado que están empezando a dar a conocer el destino por la calidad de sus servicios, la infraestructura hospitalaria y el avance en la tecnología con que cuentan. Todo parece indicar que la demanda de servicios empezará a crecer y el destino será atractivo para otros inversionistas de la industria del turismo médico.

El modelo de turismo médico fronterizo propuesto ofrece algunas ventajas respecto a los elementos que mencionan algunos autores como Ávila Bercial y Barrado Timón (2005) sobre el modelo tradicional. Ya que ofrece al menos cuatro opciones distintas de obtener atención sanitaria, dependiendo del cuadrante en el que se desee participar y una amplia diversidad de servicios a unos consumidores que se caracterizan por su creciente capacidad de elección en los aspectos motivacionales, temporales y territoriales.

Estos autores puntualizan sobre el modelo tradicional o fordista que se trata de un modelo caracterizado por su insuficiente diferenciación en forma, tiempo y territorio, y que a pesar de su enorme tamaño ofrece una relativamente reducida diversidad a unos consumidores que, como se apuntó en la introducción, si por algo se caracterizan es por su creciente capacidad de elección en los aspectos motivacionales, temporales y territoriales (Avila Bercial y Barrado Timón, 2005).

Con relación a la propuesta de Gunn (1988), relativa a la preocupación del entorno medioambiental y el desarrollo del destino, los *stakeholders* entrevistados están llevando a cabo las estrategias de marketing y los estudios de mercado para dar respuesta a sus necesidades. No obstante, aún falta desarrollar la planificación del desarrollo medioambiental para dar atención al creciente número de pacientes que visitan la ciudad.

Enseguida se presentan las conclusiones del resultado analítico.

7.2 Contexto del propio destino

En el caso de estudio se confirman las declaraciones de López-Arellano y Blanco Gil, (2008) quienes exponen que la reciente pluralidad política en el país se expresa en diferentes modelos de políticas sociales y en la tensión en el ejercicio de gobierno entre los niveles local y nacional, lo que dificulta el avance y consolidación de algunos proyectos como el de turismo médico. En las últimas décadas se ha delineado un mayor corporativismo en sectores clave como las comunicaciones, el transporte, la educación, y, en los últimos años, en la salud.

En el estudio realizado resultó clara la influencia del contexto institucional y organizativo como condicionante de los resultados en la moderna economía del desarrollo al que se refieren Lerda, Acquatella, y Gómez, (2005) destacando la importancia que tiene –para el comportamiento y para los resultados de las acciones individuales– el medio ambiente político, económico y social en que dichas acciones se dan, cuya caracterización depende básicamente del tipo de comportamiento de los demás agentes y de la calidad de la infraestructura institucional-organizativa en que están insertos. En este sentido, se concluye que en un contexto institucional con tendencia a la privatización de los servicios de salud, desde un punto de vista de mercado, se está creando un entorno muy favorable para el desarrollo del turismo médico, dado que se cuenta con infraestructura y recursos de alta calidad para ser competitivos en el mercado internacional, sobre todo en el área de cirugía bariátrica y odontología especializada que resultaron ser los tratamientos más demandados por pacientes extranjeros que buscan un servicio de alta calidad.

Se concluye también que en el modelo dual de mercantilización y neobeneficencia existente en las instituciones públicas de salud, puntualizado por López-Arellano y Blanco Gil, (2008), se liberan mercados "cautivos", promoviendo enérgicamente la resolución de las necesidades de salud en los circuitos de mercado y se focaliza el quehacer público en poblaciones pobres, a través de un número limitado de prestaciones que conforman los llamados paquetes básicos de servicios, donde cada vez es mayor la participación de hospitales privados. En este contexto institucional y de salud, se concluye que la población local estaría en un gran riesgo de enfrentar el alza de costes de los servicios, promovido por el aumento de la demanda de servicios de pacientes-consumidores extranjeros, si no se toman las medidas necesarias para planificar el crecimiento de la oferta y realizar las acciones necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a la población local.

En cuanto a infraestructura y recursos se concluye que de acuerdo a los parámetros del tamaño de hospitales por número de camas mencionados por Alsharif, Labonté, y Lu, (2010) en hospitales de India, China, Jordania y Emiratos Árabes Unidos, en el destino fronterizo todos los hospitales privados son pequeños, ya que solo uno cuenta con 120 camas y los demás tienen menos de cien. Además todos estos hospitales del caso de estudio mencionaron tener altos porcentajes de ocupación hospitalaria, lo cual significa que de aumentar la demanda de turismo médico, la población local que busque ser atendida en hospitales privados, podría no encontrar un espacio y se generaría el mismo problema que existe en los países emisores, como Estados Unidos y Canadá, de largas listas de espera para cirugías. Este problema ya existe en los hospitales públicos de Ciudad Juárez, sobre todo cuando se requiere atención especializada de cirugías de especialidades de referencia, para las cuales los pacientes son enviados a otras ciudades como Monterrey, Nuevo León; Torreón, Coahuila, o la Ciudad de México.

En lo referente a los recursos humanos para la salud, se concluye que el destino cuenta con médicos especialistas reconocidos por su trayectoria y calidad profesional, pero se carece de un número suficiente para atender ambas demandas de servicios, la local y la extranjera. El promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por cada mil habitantes. En México, a nivel nacional, el promedio es de 1.5 y en el

estado de Chihuahua es de 1.2. Estos datos se confirmaron y permiten concluir que los médicos de la ciudad fronteriza que cuentan con reconocimiento y trayectoria en su práctica médica y no han contratado los servicios de una empresa facilitadora mencionaron que es debido a que no lo necesitan dado que siempre tienen mucho trabajo. En el caso del personal de enfermería, sucede lo mismo. El destino médico carece del personal de enfermería suficiente para brindar atención a pacientes locales y extranjeros.

No obstante, se concluye que todo parece apuntar hacia una alineación de la política de educación con la de salud, dado que la universidad pública local ha aumentado considerablemente la matrícula de alumnos de nuevo ingreso de estudiantes de medicina, enfermería y odontología. De la misma manera, uno de los hospitales construyó en 2015 una nueva escuela de enfermería con capacidad para mil estudiantes, que duplica la capacidad anterior.

Respecto a la imagen del destino se concluye que se deberán atender dos aspectos relevantes. Por una parte, es necesario atender la imagen de país, ya que se ha demostrado la influencia que ejerce sobre la imagen de destino turístico. Ciudad Juárez aún no ha logrado revertir la imagen de inseguridad por la ola de violencia que azotó la ciudad hace cinco años y este es un aspecto que deberá ser atendido si se desea transitar hacia un destino médico internacional. El otro aspecto que requiere recibir atención es la mejora de su imagen arquitectónica y urbanística, en los temas de conservación, mantenimiento y actualización, así como en la regulación para evitar la contaminación visual, por lo menos en las áreas más visitadas por los turistas.

7.3 Contexto del mercado de origen

El contexto del mercado de origen que es principalmente el país vecino presenta un escenario incierto y complejo dado que es incipiente la aprobación por parte del Congreso a la Reforma de Salud. No obstante, las predicciones de los estudiosos del tema, apuntan hacia un crecimiento de la demanda de servicios en el extranjero, la cual empieza a manifestarse con una tendencia a la alza al menos en los últimos tres años en la frontera Juárez –El Paso.

Se concluye que los intereses de viaje y de ocio de los turistas adquieren un papel secundario ante los conocimientos y la calidad como atributos de los médicos, las instalaciones hospitalarias y el avance tecnológico, que fueron transmitidos por el operador de turismo médico. Mediante el presente trabajo se logró comprobar que los destinos de turismo médico de frontera son distintos, más orientados a la prestación del servicio de salud que al ofrecimiento de un servicio turístico.

El caso de estudio analizado en esta investigación revela que los pacientes transfronterizos pueden ser vistos como un fenómeno un tanto marginal, esto coincide con las ideas de Medhekar, (2014a). Los médicos entrevistados mencionaron que sus pacientes les han comentado que prefieren ser tratados en consultorios y hospitales ubicados lo más cerca posible de sus casas, en un sistema familiar para ellos, cerca de sus familiares o parientes, y con proveedores de servicios que hablen su idioma, donde ellos sepan lo que pueden pedir y lo que

pueden esperar recibir. Ir al extranjero a buscar tratamiento, no es nunca la primera opción; es más bien el resultado de circunstancias específicas, como el alto coste de la atención en el país de residencia, la carencia de seguro para atención médica o la limitada cobertura del mismo.

En el aspecto relativo a las aseguranzas, por lo general, los seguros no cubren la cirugía estética, en cuanto a los servicios dentales la mayoría de las veces los pacientes carecen de cobertura o ésta es muy limitada, por lo que el pago se realiza del propio bolsillo, o el paciente gestiona el reembolso con la compañía de seguros, en caso de existir esa posibilidad. Se identificó que los administradores de hospitales no realizan la gestión directa con organizaciones de financiación como las compañías de seguros de Estados Unidos o Canadá, lo cual podría crear el precedente por el cual los fondos de seguros se involucraran directamente con los médicos en ejercicio sin el papel intermediario de la asociación de médicos estadounidenses o canadienses.

La disposición de evidencia, aunque limitada, sugiere que los pacientes que reciben atención en el extranjero tienden a sentirse razonablemente satisfechos con lo que reciben, aunque se relaciona en gran medida a aquellos cuyo cuidado se obtiene en el marco de los acuerdos de compras específicas, en el que un comprador informado está actuando en su nombre para garantizar la calidad de la atención prestada. Los pacientes describen la importancia del acceso a la información en todas las etapas en la obtención de la atención. Esto es particularmente importante antes de que vayan al extranjero, con preguntas sobre las opciones disponibles para la atención, sus derechos y prerrogativas, repercusiones en los costes, procedimientos administrativos involucrados, los arreglos de transporte y gestión de antes, durante y después del tratamiento principal.

Para el caso de cirugías contempladas dentro del esquema de cobertura de seguro del paciente, algunos hospitales que cuentan con mucha más experiencia en la localidad mencionaron aceptar el pago con seguro, mientras que en uno de los hospitales nuevos, mencionaron que no aceptan aseguranzas.

¿Cuáles son las características de los pacientes extranjeros que solicitan los servicios médicos en Ciudad Juárez? Los datos disponibles son fragmentarios e incompletos, pero la información obtenida en las entrevistas en profundidad indica que existe una demanda de servicios relacionada con la especialidad médica y el tipo de atención. Por ejemplo, la cirugía bariátrica es solicitada principalmente por pacientes de origen anglosajón de una edad media entre 20 y 40 años. El especialista realizó 900 cirugías bariátricas en 2015, de las cuales 200 fueron de la región fronteriza y 700 eran pacientes que venían de lugares de más de 500 millas de la franja al interior de Estados Unidos. El 90 % vienen de Estados Unidos.

Esta sección examina las experiencias y expectativas de los implicados en los procesos por los cuales los pacientes reciben tratamiento en el extranjero. Sin embargo, es necesario reiterar una observación hecha anteriormente: hay muy poca información sistemática acerca de las perspectivas de los involucrados y en particular de los pacientes, ya que hay pocos estudios sobre sus puntos de vista y

este estudio se realizó desde una perspectiva de la oferta. Sin embargo, la evidencia que existe es bastante consistente.

Cuando los pacientes cruzan la frontera por iniciativa propia para buscar la atención sanitaria en Ciudad Juárez, lo hacen a menudo influenciados por la dificultad con la que el servicio en cuestión se puede acceder en el país de origen. Uno de los elementos mencionados es la falta de cobertura de seguro médico; otro es el diferencial de precio que otorga la frontera, ya que actualmente el tipo de cambio está alrededor de 17.50 pesos mexicanos por un dólar y es muy variable. La movilidad de pacientes resultó ser un fenómeno importante en el contexto transfronterizo y particularmente para la obtención de cierto tipo de servicios como la consulta a médicos generales y especialistas, la compra de medicamentos, la realización de estudios de radiología y laboratorio y la adquisición de lentes.

Lo anterior otorga una ventaja comparativa importante a los servicios que ofrecen los proveedores mexicanos en Ciudad Juárez al estar en posibilidad de ofrecer un servicio de calidad a un precio que en la mayoría de los casos representa un ahorro aproximado entre un 75 a 80 % . Por ejemplo, una consulta médica a especialista en El Paso tiene un coste de 200 USD. Mientras que en Ciudad Juárez, los mejores especialistas cobran 500.00 pesos mexicanos que equivalen a menos de 30 USD, que es un 15 %, esto significa un ahorro de 85 % en consultas a especialistas que los reciben de inmediato, sin tiempos de espera. Otro ejemplo es el del Hospital de la Familia, el cual atiende a pacientes de escasos recursos donde el costo de una histerectomía es de 7 mil pesos mexicanos mientras que en Estados Unidos el procedimiento tiene un costo de 8 mil USD el ahorro en este hospital representa un 95 %. O la cirugía bariátrica en un hospital de lujo con los mejores especialistas que reporta ahorros de un 65 % en comparación al mismo procedimiento en Estados Unidos.

La proximidad es claramente importante para la prestación de servicios de salud, ya que los pacientes pueden estar en sus casas posteriormente a una cirugía sin necesidad de riesgos por largos viajes y vuelos de varias horas. Pero lo es también para la movilidad de profesionales de la salud. Esta investigación aporta al conocimiento del fenómeno del turismo médico que en el destino fronterizo se identificó una tendencia a la alza respecto a la formación de recursos humanos, esto basado en un importante aumento de la matrícula de profesionales de la salud en las áreas de medicina, enfermería y odontología en los últimos años; pero los hospitales refieren el problema de la movilidad de enfermeras hacia los Estados Unidos, atraídas por los mejores salarios que se ofrecen a esos profesionales.

Se concluye que la mayoría de los turistas médicos que visitan la frontera están satisfechos con su experiencia, en virtud de que recomiendan los servicios a sus familiares y amigos en las diversas opciones de servicios que se analizaron en esta tesis.

El crecimiento anual de la tasa de importaciones de servicios de salud en Canadá entre 2004 y 2009 fue de 1 % (Runnels et al., 2014). De acuerdo a la revisión de la literatura, se afirma que Canadá puede ser uno de los mercados con mayor potencial debido a la problemática que enfrentan de listas de espera para la

atención de ciertos tratamientos. En Ciudad Juárez actualmente se reciben pacientes de Canadá en el modelo planificado de turismo médico, particularmente para la atención de cirugía bariátrica y especialidades odontológicas. Se concluye que en el plazo intermedio, la demanda de pacientes canadienses puede aumentar si las condiciones de seguridad y calidad de los servicios que se ofrecen en Ciudad Juárez se mantienen o mejoran.

7.4 Integración de actores

Este trabajo de investigación ha contribuido a la literatura del turismo médico a través de la realización de un examen crítico de las iniciativas de la política gubernamental para el desarrollo sostenible de la industria del turismo médico en México. También se ha identificado un significativo *gap* en el destino del caso de estudio sobre la gestión y elaboración de políticas sobre turismo médico.

Se concluye que las acciones del gobierno de México, hasta el momento de esta investigación, para favorecer el desarrollo del turismo médico han sido específicamente de promoción de los destinos y la creación del Sistema de Certificación de calidad de hospitales. Se plantea la conjetura de que esto puede deberse a la previsión del impacto que puede tener el desarrollo del turismo médico en el destino, que enfrenta actualmente una realidad social compleja.

Se espera que la demanda de servicios de salud por turistas médicos continúe creciendo, ya que los gobiernos de los países desarrollados y empleadores están viendo cada vez más el turismo médico como una opción para reducir los costes de atención de la salud pública (Wendt, 2012). Pero no sólo los pacientes con seguro médico público o privado aumentarán la demanda de servicios en la frontera, sino el paciente consumidor que carece de seguro y paga los servicios de su propio bolsillo. En cambio, el gobierno de México al parecer aún no ha decidido apostar por el turismo médico como una opción de diversificación para el desarrollo económico. Esta afirmación se basa en las comparaciones de las iniciativas que han realizado otros gobiernos donde el turismo médico es considerado como una fuente prioritaria de crecimiento, por ejemplo, el caso de Singapur, Tailandia, India y Malasia.

En lo referente a aspectos de integración de actores se concluye que el papel mediador de la coordinación y colaboración establecido en la literatura académica, al igual que el impacto de la integración en los productos y atractivos turísticos, es muy relevante. Se identificó la existencia de un sistema de destino difuso, el cual es uno de los tipos de sistema expuesto por Ejarque, (2014), quien afirma que en los destinos donde existe este tipo de sistema, los productos y los atractivos turísticos no están integrados entre sí porque no existe coordinación ni colaboración entre los productores de los servicios. La consecuencia de ello es que el destino no puede tener una personalidad clara en el mercado. Existen muchos destinos de este tipo, que desarrollan una oferta que no está organizada de ningún modo a nivel territorial (Ejarque, 2014). Estas características se identificaron en el modelo de turismo médico emergente-reactivo, donde la evolución de la oferta de servicios se relaciona con el creciente comportamiento de la demanda, pero sin coordinación ni colaboración de los actores.

De la misma manera, el trabajo hizo posible comprobar para el modelo de turismo médico planificado la importancia del papel mediador de los operadores externos al destino o facilitadores. Para este tipo de turismo médico que corresponde a la mayoría de los estudios de la literatura, se identificó la existencia de un sistema de destino dependiente, el cual es otro de los tipos de sistema expuestos por Ejarque, (2014), quien puntualiza que en los destinos donde la integración, creación de productos y valorización están en manos de operadores externos al destino o bien de los tours operadores, el organismo de gestión turística no puede desarrollar su papel de coordinación y promoción de la oferta porque no tiene autonomía ni autoridad sobre el producto, y en consecuencia no puede ofrecer un valor añadido propio. Todos los destinos de turismo de masas distribuidos por los tours operadores forman parte de esta tipología. Se podría especular que en el caso de los prestadores de servicios de turismo médico que contratan los servicios de facilitadores externos, puede llegar a generarse este tipo de dependencia. Por otra parte, la información obtenida en esta tesis, ofrece conocimiento sobre la forma de operación del sector de turismo médico en Ciudad Juárez. Se concluye que la ausencia de una organización que gestione el destino (DMO, por siglas en inglés) a nivel municipal, afecta los resultados de su evolución. El turismo médico que existe en la ciudad ha sido promovido principalmente por los propios hospitales y médicos especialistas. Se identificó escasa coordinación tanto entre organizaciones privadas, como públicas.

Se identifica que la asociación entre los proveedores de servicios de salud con los de turismo y hostelería es esencial para brindar una experiencia satisfactoria al paciente que espera un servicio integrado. Se encontró que en este aspecto, el destino médico aún tiene un largo camino por recorrer, dado que no se localizó evidencia de acciones de cooperación o asociación entre organizaciones a favor del turismo médico. En cambio, se descubrió un aspecto positivo en lo que se refiere a la segmentación del mercado. Los prestadores de servicios de salud han desarrollado un enfoque centrado en las necesidades del paciente consumidor para la comercialización, el producto y la prestación del servicio, acorde al perfil del paciente que reciben; por ejemplo el Hospital de la Familia que atiende más de 30 mil pacientes transfronterizos al año, quienes buscan un servicio de calidad estándar y cuya satisfacción se demuestra, además de lo expresado por los actores participantes, con las cifras de pacientes atendidos, que aumentan cada año. El Centro Médico de Especialidades que atiende pacientes en consulta de especialistas reconocidos por su calidad se ha ganado la lealtad de ellos desde hace más de 60 años y los dos nuevos hospitales que cuentan con la infraestructura y estrategias de marketing permiten ofrecer servicios que en ocasiones superan las expectativas de los pacientes anglosajones que los visitan.

En relación al liderazgo se concluye que en el destino médico fronterizo existen diferentes liderazgos individuales, pues no trabajan de manera conjunta bajo uno común. En virtud de que un elemento muy importante de la integración coordinación es la existencia de liderazgo y de un sistema de *management* sistémico, es deseable fomentar la participación y generación de compromisos que ayuden a identificar y consolidar liderazgos de grupo que faciliten el avance en los procesos

de desarrollo del turismo médico. Asimismo, el problema de falta de arraigo identificado en el presente trabajo se concluye que ha impedido la presencia de liderazgos tanto singulares como sistémicos. La definición de arraigo propuesta por Schwartz (1999) apoya la comprensión de este tema que fue mencionado por varias de las personas entrevistadas como un problema que se puede asociar a la falta de liderazgos grupales en Ciudad Juárez.

7.5 Estrategias de producto y comercialización

La industria del turismo médico en Ciudad Juárez es diversa, pues se encontraron varios tipos de este. Por ejemplo, dependiendo del tratamiento, se encontró la oferta de servicios de odontología especializada con clínicas que cuentan con una experiencia a pacientes extranjeros de casi tres décadas; por otra parte, la oferta de servicios de cirugía bariátrica en la cual se identificó la existencia de un grupo que ofrece servicio integral al paciente con padecimiento de obesidad, y que ha desarrollado un modelo de negocio exitoso, es uno de los casos más relevantes del turismo médico de Ciudad Juárez. Con relación al costo, se encontró la existencia de un hospital que es un caso único, dado que fue creado bajo una estructura jurídica de sociedad civil, el cual atiende pacientes de escasos recursos de ambos lados de la frontera. En el caso de la oferta de servicios de hospitales, consultorios médicos, farmacias, ópticas, dentistas y gabinetes de estudios que se ubican en las calles y avenidas cercanas a los cruces internacionales, es otro tipo de turismo médico, para el cual, la cercanía es relevante.

Otro tipo de turismo médico es el mencionado caso del cirujano bariatra que realiza sus cirugías en los nuevos hospitales. Ha sido sencillo identificar la relación que existe entre el éxito de su negocio y la efectividad de la comercialización, dado que el resultado de la visita de los pacientes-consumidores supera las expectativas que generan las empresas facilitadoras contratadas. Esto se debe a que son atendidos en hospitales nuevos, de lujo; por personal 100 % bilingüe y médicos formados en Estados Unidos, en hospitales certificados por su calidad. Mientras que la consulta y cirugía cardiaca la solicitan pacientes de origen mexicano de entre 40 y 65 años. El especialista atiende anualmente alrededor de mil pacientes de turismo médico en consulta y diez en cirugía de corazón.

Otro elemento que favorece la satisfacción de los pacientes es la calidez del trato a los pacientes por parte de los profesionales de la salud, que son elementos de satisfacción afectivos que influyen en la lealtad al destino (Kotler, 2000). Este autor menciona la importancia de crear más soluciones satisfactorias a las necesidades de los consumidores, aunque no se refiere a aspectos afectivos, sino cognitivos o racionales, por lo que será necesario realizar esfuerzos adicionales para profundizar en los aspectos afectivos de la satisfacción de los pacientes-consumidores de turismo médico. La lealtad es importante al reducir los costes de adquisición de clientela y la sensibilidad al precio, pues los clientes aportan recomendaciones, comentarios positivos y la mejor publicidad, lo cual repercute en el incremento de ingresos. De acuerdo con los resultados del estudio, se concluye que los beneficios que aporta la lealtad a los médicos y hospitales de mayor tradición de la localidad se producen de forma robusta.

En lo referente a la aportación de elementos de innovación, los hospitales y clínicas dentales han implementado el transporte seguro para trasladar a los pacientes de El Paso a Ciudad Juárez para ser atendidos y llevarlos de regreso a sus hogares o al aeropuerto en caso de requerirlo.

Se concluye que los proveedores de servicios de salud del caso de estudio están llegando a un gran número de participantes en el mercado, debido a que los pacientes consumidores pertenecen a distintos segmentos del mercado, tomando en cuenta ingresos y estado de salud, por los costes de los servicios adquiridos, el tipo de tratamiento buscado y los resultados de estudios de mercado realizados por los actores participantes. Por lo tanto, el destino ofrece un producto perfectamente diferenciado, quizá más por casualidad, por una suma de circunstancias, entre las cuales hay que señalar la falta de inversiones, que por una política activa y una estrategia meditada.

El modelo teórico de turismo médico fronterizo propuesto ofrece la ventaja de atención sanitaria a una población que proviene de un mercado cada vez más segmentado, en virtud de la amplitud de oferta de servicios de salud que va desde farmacias de medicamentos genéricos, o de marca de laboratorios reconocidos, pasando por ópticas, consultorios dentales, consulta con médico familiar, consulta con médicos especialistas, laboratorios de análisis clínicos, estudios de radiología, servicios especializados como diálisis, tratamientos dentales especializados, cirugías generales y de referencia; todo ello en una gama de ofertas distintas para las diversas posibilidades económicas de los pacientes.

En las áreas de la medicina donde los proveedores han desarrollado estrategias específicas para atraer a pacientes extranjeros, como en los casos de la oferta de atención dental especializada y de cirugía bariátrica, el turismo médico es un fenómeno importante que está generando un efecto multiplicador favorable al desarrollo económico fronterizo. No obstante, estos casos son esfuerzos individuales aislados, por lo que se identifica que existe una necesidad de mejores mecanismos de apoyo a la planificación, ejecución y seguimiento del proceso de desarrollo del destino, que incluya también el proceso de atención al paciente extranjero, con las acciones para garantizar la transparencia y reducir la ambigüedad legal.

En cuanto al modelo de turismo médico planificado, los resultados del trabajo sugieren que el intento de los dos nuevos hospitales por definir su marca en el destino turístico, proponiéndose como un destino de alta calidad, promocionando la alta tecnología, infraestructura hospitalaria y trayectoria reconocida de sus especialistas e invirtiendo en infraestructura de hospitales tipo hotel, con habitaciones de lujo, aún no produce los resultados esperados. Los consumidores pacientes que buscan los servicios de atención sanitaria en estos dos hospitales son aún en su mayoría, pacientes de origen mexicano que proceden de ambos lados de la frontera. En estos hospitales se realizan las cirugías bariátricas de uno de los especialistas más exitosos y reconocidos en el destino médico, pero no es la generalidad de los médicos que operan en estos hospitales. Se destaca también que los casos exitosos que atienden un gran número de pacientes extranjeros en el

modelo planificado, es debido a que cuentan con la contratación de servicios de empresas facilitadoras internacionales, quienes les envían los pacientes a cambio de un pago de aproximadamente un 30 % del coste del servicio.

La satisfacción del paciente-consumidor con la visita a los hospitales y clínicas que operan en el modelo planificado del destino médico, se expresó de forma muy positiva, se habló de la existencia de blogs en páginas web que evidencian la satisfacción con los servicios de salud y los servicios complementarios como la gastronomía y el transporte terrestre local. De igual manera, en el modelo emergente-reactivo, los comentarios al respecto giraron en torno a que los pacientes expresaban sentirse muy bien atendidos por los médicos y el personal de apoyo. Esto pudiera ser atribuido a las características del modelo de atención de pacientes del sistema mexicano, que ha sido mencionado por autores como Horton y Cole, (2011), quienes enfatizan las diferencias en la forma de organización de los servicios de salud en ambos lados de la frontera.

Se concluye también que existe una gran oportunidad de expandir los servicios de turismo médico a los visitantes del turismo de negocios, el cual tiene un peso significativo en el destino fronterizo, aprovechando la ya existente oferta de servicios de salud que van en un rango desde hospitales de lujo, hasta las opciones ajustables a los presupuestos de los pacientes de acuerdo a sus necesidades individuales. Adicionalmente, los hallazgos respecto a la creciente demanda de atención dental, cirugías menores y atención preventiva que requieren cortos periodos de recuperación, sugieren que estos visitantes son potenciales consumidores de actividades recreativas que no requerirán de servicios y hospedaje en habitaciones rediseñadas, por lo que se necesitaría escasa inversión para hospedar a muchos de estos turistas médicos.

7.6 Frontera

En lo que se refiere al análisis del comercio bilateral, el presente trabajo aporta información relevante para reducir el vacío de investigación encontrado por Smith et al., (2011) en la revisión de 68 artículos y reportes sobre este tipo de comercio de salud. Estos autores afirman que existe una escasez de datos y discusión sobre dicho comercio bilateral y recomiendan la obtención de un mayor número de evidencias sobre el comercio de salud tanto a nivel nacional como internacional y se recomienda a los países considerar el comercio bilateral en lugar de la perspectiva multilateral. En cuanto a los impactos que podría ocasionar el turismo médico, la evidencia de una perspectiva bilateral sugiere que los aspectos negativos se pueden reducir y los positivos pueden ser capitalizados.

Las incipientes iniciativas de asociación institucional y arreglos entre hospitales de ambos lados de la frontera, por iniciativa de empresas facilitadoras que empiezan a aparecer en el destino, al concretarse, pueden ayudar a reducir la percepción de riesgo para el paciente. Este tipo de acuerdos para facilitar la atención transfronteriza podrían estimular algunos cambios en las políticas nacionales y generar otras opciones de mecanismos de gobernanza. Se concluye que en un plazo intermedio, las acciones de cooperación entre actores de la atención sanitaria

de ambos lados de la frontera pueden llegar a concretarse, si las condiciones de la prestación de servicios de salud del país vecino no son modificadas.

El territorio donde se sitúa Ciudad Juárez y su cualidad de frontera es uno de los aspectos fundamentales que permitirían la consolidación del destino de turismo médico, en virtud de que la proximidad otorga la facilidad de cruzar la frontera incluso caminando, y la posibilidad de obtener atención médica de manera inmediata sin tener que esperar meses para ser atendido. No obstante, se destaca la situación de dependencia de la política gubernamental impredecible del vecino país como impedimento para su avance.

Se concluye que la estructura primaria de barreras o restricciones para viajar a través de la frontera entre Estados Unidos y México tiene un peso significativo Timothy y Canally, (2008), en particular los pacientes consumidores de servicios de salud a la hora de tomar la decisión de buscar atención sanitaria, ya que desalienta a los visitantes que en ocasiones deben esperar en la fila para cruzar, un tiempo considerable que puede ser de treinta minutos hasta una o dos horas.

Uno de los hallazgos interesantes que puede ser interpretado como el inicio de un programa más organizado entre los sistemas de salud de ambas ciudades de la frontera (El Paso y Ciudad Juárez), es el que refiere la visita de funcionarios de uno de los hospitales más importantes de El Paso a uno de los hospitales de mayor tradición de Ciudad Juárez, para iniciar el diálogo en la búsqueda de opciones de atención bajo un esquema de subrogación de servicios de salud transfronterizos. No obstante, hasta el momento de la realización de las entrevistas, aún no se concretaba el convenio de colaboración. El tipo de atención es especializada y el paquete de atención es específico y claramente definido. Los pacientes a atender serían aquellos cuya cobertura de seguro no alcanza a cubrir los servicios que requieren. Se identificaron tratamiento de cataratas, ginecología, dermatología y ortopedia.

En lo relativo al turismo de la diáspora, se concluye que el trato al paciente es uno de los elementos de mayor valor de atracción y los hallazgos refuerzan las ideas planteadas por Hanefeld, Smith, Horsfall y Lunt (2014) en relación a lo siguiente: “el costo juega un papel importante en la explicación de por qué los inmigrantes mexicanos en los Estados Unidos regresan a México para tratamiento, pero la confianza surgió como el factor determinante clave” (Hanefeld et al., 2014 p. 412). Esto puede en parte, estar vinculado a las barreras del idioma, y además a la búsqueda de una atención más afectiva, como sugiere un estudio de los inmigrantes coreanos a Australia de Lee et al., (2010). Este análisis contribuye a la construcción de un mejor entendimiento sobre la forma de operación de la industria del turismo médico de frontera, particularmente de la diáspora.

En cuanto a la competitividad de un destino de turismo médico, se concluye que la alta calidad y el bajo coste de los servicios son las principales variables que determinan su posición competitiva. Esto confirma lo que dicen Lagiewski y Myers, (2008). La demanda de pacientes consumidores seguirá creciendo, esto se afirma con base en la problemática existente en el mercado de origen identificada tanto en la literatura como en el trabajo empírico. Aun cuando los prestadores de servicios de

salud son del sector privado, se debe contribuir a la solución estratégica del problema social local identificado, desde una perspectiva de la participación de *stakeholders* con miras al impulso del turismo médico en Ciudad Juárez, ya que el avance en este tipo de turismo podría contribuir en el mediano y largo plazo a revertir la imagen de inseguridad que ha afectado al destino turístico durante los últimos años.

En base al conocimiento y la comprensión de las opiniones y actitudes de los actores participantes se reconoce que la problemática de Ciudad Juárez para la reactivación en el caso del turismo médico reactivo-emergente y el posicionamiento como destino turístico en el caso del modelo de turismo médico planificado, es compleja y está condicionada por diversos factores como la mejora de la imagen del destino y la política de seguridad de Estados Unidos que se relaciona con la vigilancia y supervisión de los cruces internacionales. No obstante en la presente investigación se identificó una contradicción, en cuanto a la creación de una oferta de servicios para extranjeros cuando no se cubre en su totalidad la demanda de pacientes locales.

En el área de estudios de esta investigación no se logró localizar investigaciones académicas que hayan combinado con anterioridad los constructos desarrollo de destinos, turismo médico y frontera desde una perspectiva de la oferta.

En cuanto al lugar que ocupa el turismo médico en relación al turismo en Ciudad Juárez se destaca el hecho de que los actores entrevistados que reciben el mayor número de pacientes de turismo médico, al solicitar su opinión sobre el uso de otros servicios de infraestructura turística de la localidad como los hoteles, hicieron mención que la mayoría de los pacientes que vienen a atenderse a Ciudad Juárez se hospedan en El Paso. Lo anterior implica que actualmente el sector hotelero local no se está viendo beneficiado de la derrama económica que el turismo médico pudiera generar. De igual forma quienes están recibiendo beneficios de esta actividad son las líneas aéreas de El Paso, que se han constituido en destino de las personas que tienen como objetivo la atención médica en Ciudad Juárez, que provienen de varios estados de la Unión Americana y Canadá, posteriormente cruzan la frontera vía terrestre, en transporte cubierto por el mismo hospital o clínica donde recibirá la atención sanitaria. Se concluye que la formalización de las actividades de cooperación, para “vender” la región fronteriza como destino médico, podrían beneficiar a los actores de ambos lados de la frontera.

7.7 Recomendaciones a los actores

Los resultados de esta tesis pueden ayudar a una formulación de políticas con una base de mayor información disponible.

La cifra significativa y creciente de ciudadanos estadounidenses que carecen de cobertura de seguro médico, aunada a los altos costes de los servicios de salud en ese país y al envejecimiento de la población, que a su vez generará una mayor necesidad de servicios para adultos mayores, permite visualizar el crecimiento de la demanda de servicios de turismo médico sobre todo en la región fronteriza con

México, derivada de su vecindad, las facilidades de acceso y los bajos costes de la atención médica de calidad.

Siguiendo las ideas de Tosun, Timothy, Parpairis, y Macdonald, (2005) se recomienda la creación de una organización conjunta de turismo transfronterizo. La generación de recursos financieros suficientes y el aumento de la participación de los grupos empresariales de interés y las organizaciones no gubernamentales (ONG) de ambos lados de la frontera son esenciales para la implementación exitosa de las estrategias conjuntas de marketing de turismo para el crecimiento del sector.

La oferta de servicios de turismo médico en Ciudad Juárez está surgiendo de una manera espontánea, carente de planificación, sin considerar las distorsiones que pueden presentarse en el sistema económico y de salud local. Esta afirmación se basa en la carencia de un plan estratégico, un plan maestro o cualquier evidencia formal documentada de algún tipo de ejercicio de planificación. Los elementos negativos que pueden emerger son aquellos en los que se diera preferencia a los pacientes extranjeros sobre los locales, la fuga de cerebros del personal de salud del sector público al privado, la asignación de recursos públicos, de por sí escasos, al sector de salud privado en detrimento del sector público.

Para el caso de estudio de la frontera Juárez-El Paso, en el ambiente de tensión existente entre la persistencia de las fronteras a través de la afirmación de la soberanía del Estado y las fuerzas de la competencia para la eliminación de las fronteras a través de la liberalización del comercio, lleva la ventaja la primera, con el consecuente impacto en el mercado.

Se considera que la etapa en la que se encuentra el destino es muy buen momento para que los encargados de la gestión del destino indaguen en la identificación de sus dificultades, realizando un diagnóstico en profundidad y desarrollando un plan de acción de largo plazo que les permita definir las estrategias necesarias para avanzar en el ciclo de vida de los destinos turísticos expuesto por Butler,(1980). Al final, si un destino quiere seguir siendo competitivo, más allá del bajo costo y alta calidad del servicio médico, se recomienda que dirija sus esfuerzos hacia la marca del destino por su experiencia en un tipo específico de procedimiento médico. Al igual que cualquier otra forma de experiencia turística, es de suma importancia asegurar que una actitud amable y de atención cuidadosa impregne la experiencia médica del visitante durante su estancia en el destino.

Se propuso un modelo de turismo médico que hace referencia a las características que presenta el turismo médico transfronterizo. Se destaca que las áreas en las que se tendría que avanzar para lograr la competitividad del destino se relacionan con las iniciativas del gobierno, la integración y coordinación, el desarrollo de la industria médica, los profesionales de la salud y los facilitadores. En el caso de estudio se identifica que la industria del turismo en general y el turismo médico en particular tienen que avanzar, el último hacia una prestación del cuidado de la salud más equitativo para los pacientes locales, mientras que los hospitales privados deberán planificar sus actividades teniendo en cuenta la prestación de servicios a pacientes internacionales. Mantener y mejorar en la medida de sus posibilidades la calidad de la atención con un costo asequible, con atención inmediata, sin tiempo de espera,

además de ofrecer seguridad, privacidad en instalaciones de higiene y calidad de clase mundial para el tratamiento en centros de salud, infraestructura e instalaciones turísticas en general.

Se concluye que la demanda de servicios médicos de extranjeros seguirá aumentando, en la medida que la problemática que enfrentan los pacientes a nivel doméstico no encuentre opciones de solución en su país. A nivel del destino, la atención deberá enfocarse en ofrecer soluciones a los problemas de salud con servicios de calidad tanto a los pacientes locales como a los visitantes.

El turismo médico ha demostrado su calidad a través de sus instalaciones de vanguardia, el compromiso con la acreditación, la atención al cuidado del paciente, el gran número de médicos con credenciales de EUA y la formación médica avanzada. Esta industria cada vez mayor tiene el potencial de beneficiar o perjudicar ambos sistemas de salud participantes, pero a través de una cuidadosa planificación, basada en investigación, y la voluntad de buscar respuestas innovadoras ante este creciente fenómeno, se podría buscar beneficio para las personas en los países participantes.

El fenómeno de la búsqueda de atención médica fuera de su país de los pacientes canadienses es intrigante debido a que la atención sanitaria en Canadá es de cobertura universal financiada con recursos públicos. La legislación federal limita la disponibilidad de servicios de salud privados a nivel doméstico. Por tanto, el acceso a muchos tratamientos en hospitales privados en gran medida es inaccesible a la mayoría de los canadienses. No existe un sistema de salud canadiense único. La gestión y prestación de asistencia sanitaria es responsabilidad separada de cada una de las 13 provincias y territorios. El gobierno federal de Canadá participa en la financiación de atención de salud de cada provincia. En contexto descrito sustenta la recomendación de orientar las estrategias de comercialización al mercado canadiense.

7.8 Principales limitaciones del estudio y futura investigación

Algunas investigaciones tienen huecos y limitaciones en términos de recopilación de información y área de estudio, entre otras. Las inconsistencias en la definición del turismo médico y la falta de datos verificables dificultaron la investigación, no obstante el trabajo empírico realizado arroja luz sobre un tema del que se conoce muy poco en la literatura académica.

Una limitación de este estudio fue el abordaje desde la perspectiva de la oferta, analizando el aspecto de la demanda exclusivamente a partir de las opiniones de los prestadores de servicios, por su experiencia con los pacientes. Por tanto se abre una línea futura de investigación sobre aspectos relevantes de los pacientes que buscan la atención sanitaria en destinos de frontera, desde una perspectiva de la demanda. En particular, resulta de interés investigar sobre la respuesta de los pacientes consumidores a los servicios de las empresas facilitadoras de turismo médico. Por tanto, se requiere mayor investigación que incluya el aporte concreto de la demanda es decir, el paciente.

Otra limitación que merece la pena destacar se deriva de las características del sistema elegido para ser analizado empíricamente. Al tratarse de un abordaje más inductivo, se trató de explorar las diversas características de la evolución del destino desde la propia experiencia de los actores participantes. Por tanto, como se ha visto, las categorías identificadas derivadas del análisis temático, (contexto del propio destino, contexto del mercado de origen, integración, estrategias de producto y comercialización y frontera), son representativas de contextos teóricos diferentes. Sin embargo, dentro del caso de estudio elegido para conocer el desarrollo y evolución del turismo médico fueron los temas que emergieron con mayor potencia y se cumple el propósito de conocer la realidad del destino médico fronterizo, dado que estos temas reflejan la situación en la que se encuentra el destino en relación al turismo médico.

En lo relativo a la generalización de los resultados, no se busca generalizar los hallazgos a toda la población de casos similares; se estudia sencillamente cuán plausible es la lógica del análisis, para desarrollar sobre su base, una nueva teoría (Mitchel, 1983). Las características del estudio de caso se extienden a otros casos por la fortaleza del razonamiento explicativo. Los resultados serían útiles, entre otros, para destinos de frontera que cuentan con una historia compartida, y la existencia de una diáspora considerable, como el caso de México con Estados Unidos.

Por otra parte, sería interesante verificar si el modelo teórico dual de turismo médico propuesto es aplicable para el análisis de otro tipo de turismo como el turismo de diversión, de aventura y cultural.

La futura investigación podría ser un análisis comparativo del turismo médico en otras fronteras de los diferentes países del mundo. Otra de las posibles líneas futuras de investigación sería la relacionada con el comportamiento de la prestación de servicios a pacientes locales en la actualidad y su seguimiento para ver el impacto que ocasiona el aumento de la demanda de turismo médico en la atención a población local.

Aun cuando la participación de múltiples sectores en el turismo médico puede ser una fuente de mala comunicación y malentendidos; también es una ventaja, porque los académicos y los profesionales están afrontando incógnitas desde múltiples direcciones, con un importante potencial de colaboración. Los recientes arreglos institucionales a través de las industrias involucradas proporcionarán estudios de caso para arrojar luz sobre las futuras oportunidades. La creciente popularidad del turismo médico atraerá más atención y hará que los consumidores sean más conscientes del turismo médico como una opción en su toma de decisiones. Los agentes del mercado tienen oportunidades significativas de crecimiento.

Kotler, (2000) menciona la importancia de crear más soluciones satisfactorias a las necesidades de los consumidores, aunque no se refiere a aspectos afectivos, sino cognitivos o racionales, como la calidad, y el valor del servicio adquirido, por lo que será necesario en futuras investigaciones profundizar en los aspectos afectivos de la satisfacción de los pacientes-consumidores de turismo médico. Otra de las posibles futuras investigaciones será la relacionada con las tendencias en la asignación de

recursos humanos que están teniendo lugar en lo que respecta al flujo transfronterizo de los profesionales de la medicina y de la hospitalidad.

De gran relevancia para el caso de estudio sería conocer las tendencias del comportamiento del turismo de la diáspora de la segunda y tercera generación para saber si se suman a la demanda de servicios transfronterizos de la primera generación, presionados por la carga de los altos costes de atención sanitaria y los seguros de salud de Estados Unidos o buscarán ser atendidos en el país de acogida

Otra área de interés sería la investigación sobre la percepción de los pacientes y sus expectativas de la atención médica transfronteriza antes y después de haber tenido una experiencia de atención en el extranjero.

Las áreas de investigación anteriores son sólo unas pocas donde se necesita investigación sobre el tema.

8 Anexos

Anexo 1 Ejemplo de guía de entrevista

Guía de entrevista para médicos y enfermeras

Agradezco el tiempo que dedica a esta entrevista y su aceptación para proporcionarme la información relativa a su experiencia y conocimiento del turismo médico en la localidad y su opinión al respecto. Esto me dará un mayor entendimiento de lo que usted y este hospital hace y sobre la forma en la que opera el turismo médico en la frontera.

Esta investigación es con el propósito de elaborar una disertación para obtener el grado de doctorado en Ciencias Humanas y de la Cultura en la Universidad de Girona, España. El propósito de la misma, es conocer la realidad del proceso de desarrollo de un destino de turismo médico en una ciudad fronteriza. La relación entre el Sistema de Salud pública y la industria del turismo médico y el gobierno.

La duración de la entrevista es de aproximadamente 90 minutos y será grabada. Sus opiniones serán anónimas y su nombre así como el nombre del hospital o clínica, o compañía, no será utilizado en el informe de esta investigación, a menos que usted lo autorice. Tengo una serie de preguntas que me gustaría hacerle sobre su experiencia en el sector de la salud y sus opiniones y percepciones sobre el surgimiento y evolución del turismo médico en Ciudad Juárez. Si en algún momento surgen preguntas, puede hacerlas, o si desea interrumpirme por alguna razón, hágamelo saber.

¿Tiene inconveniente en que la entrevista sea grabada?

Empleo y antecedentes

- ¿Cuál es su posición en este hospital/ clínica?
- ¿Por cuánto tiempo ha trabajado aquí?
- ¿Cómo fue que empezó a trabajar en este sector y en Ciudad Juárez?
- ¿Cuáles son sus antecedentes de empleo y educación?
- ¿Ha trabajado en el sector público o privado, o en ambos?
- ¿Cuál es su especialidad médica?

Conocimiento o relación con el turismo médico

¿Está usted involucrado con el turismo médico?

¿Qué es lo que usted conoce sobre el turismo médico en general y en Ciudad Juárez?

¿Cuál es su opinión sobre el turismo médico?

¿Le gustaría estar relacionado con el turismo médico? ¿Por qué si o no?

Si la respuesta es afirmativa:

¿Cuál es su participación en el turismo médico de Ciudad Juárez?

¿Cómo empezó a participar?

¿Reciben turistas médicos aquí?

Si la respuesta es afirmativa:

¿Cuántos vienen?

¿De dónde provienen?

¿Qué procedimientos/tratamientos buscan?

¿Cuentan con bases de datos sobre estos pacientes?

¿Cómo atrae a los turistas médicos?

- ¿Cuáles son las organizaciones con las que trabaja en relación al turismo médico aquí en Ciudad Juárez?
- ¿Participan en Asociaciones u organizaciones internacionales como la Medical Tourism Association?
- ¿Contratan los servicios de compañías facilitadoras (específicamente cuáles)?
- ¿Tienen relación con Organizaciones gubernamentales?
- ¿Compañías de seguros?
- ¿Otras?
- ¿Cuál es la relación entre su hospital/clínica y esas organizaciones?
- ¿Los especialistas necesitan habilidades especiales o entrenamiento para trabajar con los turistas médicos?
- ¿Los doctores que trabajan en el turismo médico necesitan tener un seguro de mala praxis?

Información general sobre el hospital o clínica

- ¿Qué clase de pacientes utilizan los servicios de su hospital o clínica en su mayoría? (Un perfil general). Si son extranjeros, ¿de dónde vienen?
- ¿Cuáles son los procedimientos más comunes o cirugías que los pacientes reciben aquí?
- ¿Recaban este tipo de información?

Relación entre los sectores público y privado

- ¿Por qué eligió practicar su profesión en el sector privado/ público?
- ¿Cuáles piensa usted que son las diferencias generales para un médico que trabaja en el sector público, contra el sector privado?
- ¿Diferencias de salario?
- ¿Beneficios del empleo?
- ¿Volumen de pacientes (Cuantos pacientes atienden)?
- ¿Entorno laboral (Mejor tecnología, instalaciones más agradables, y tranquilas.?)
- ¿Calidad de la atención?
- ¿Prestigio? ¿Cuál es considerado de mayor prestigio? y ¿por qué?
- ¿Tiene una idea del rango de salario de los médicos en el sector privado contra el sector público?
- Como médico, ¿piensa que es más atractivo practicar su profesión en el sector público contra el sector privado? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son las ventajas o desventajas que tienen los médicos que atienden turistas médicos?
- ¿Piensa usted que hay suficiente motivación para los médicos en trabajar en el sector público?

Anexo 2 Stakeholders que participaron en el estudio

Asignación de categorías.	
Grupo al que pertenecen los Stakeholders	Numero de Categoría de stakeholder
Autoridades de gobierno federal	1
Autoridades de gobierno estatal	2
Autoridades de gobierno municipal	3
Sector académico	4
Autoridades universitarias	5
Especialistas de odontología	6
Médicos de distintas especialidades	7
Administradores de hospitales	8
Directivos de Hospitales	9
Compañías de seguros	10
Agencias de viajes	11
Medios de comunicación	12
Empresas facilitadoras	13
Personal de hotelería	14
Asociaciones profesionales	15
Promotores turísticos	16
Línea médica	17
Organizaciones sociales	18
Responsable de óptica	19
Asociaciones de empresas	20
Gerentes de hoteles	21
Cámaras de comercio	22

Anexo 3 Asignación de categorías y número de entrevistas

Número de entrevista	Categoría de stakeholder	Nombre de la persona entrevistada	Categoría/ Número entrevista
1	Autoridad de gobierno federal	Lic. Ignacio Duarte	1(1)
2	Autoridad de gobierno estatal	Lic. Francisco Salcido Lozoya	2(2)
3	Autoridad de gobierno estatal	Lic. Francisco Moreno Villafuerte	2(3)
4	Autoridad de gobierno estatal	Lic. Beto Lira	2(4)
5	Autoridad de gobierno estatal	Mtro. Javier Sánchez Carlos	2(5)
6	Autoridad de gobierno estatal	Lic. Demetrio Sotomayor	2(6)
**	Autoridad de gobierno estatal	Lic. Francisco Moreno Villafuerte	2(3bis)
7	Autoridades de gobierno municipal	Lic. Janet Flores	3(7)
8	Autoridades de gobierno municipal	Mtro. Miguel Ángel Calderón	3(8)
9	Autoridades de gobierno municipal	Dr. Hugo Staines Orozco	3(9)
10	Autoridades de gobierno municipal	Mtro. Salvador Calderón	3(10)
11	Autoridades de gobierno municipal	Lic. Zuri Medina	3(11)
12	Autoridades de gobierno municipal	Lic. Juan Ubaldo Benavente	3(12)
13	Autoridades de gobierno municipal	Mtro. Miguel Ángel Calderón Rodríguez	3(13)
14	Autoridades de gobierno municipal	Lic. Adrián González Jaimes	3(14)
15	Autoridades de gobierno municipal	Lic. Janeth Flores	3(15)
**	Autoridades de gobierno municipal	Dr. Hugo Staines Orozco	3(9)bis

**	Autoridades de gobierno municipal	Mtro. Salvador Barragán del IMIP	3(15)
16	Sector académico	Director de CONACYT	4(16)
17	Sector académico	Dr. Tomás Cuevas Contreras	4(17)
18	Sector académico	Dra. Isabel Zizaldra	4(18)
19	Sector académico	Dr. Francisco Bribiescas	4(19)
20	Sector académico	Dr. Jorge Mendoza Lara	4(20)
21	Autoridad universitaria	Dra. Tania Dolores Hernández García	5(21)
22	Autoridad Universitaria	Dra. Beatriz Díaz	5(22)
23	Especialista de odontología	Dr. Julio Nevárez	6(23)
24	Especialista de odontología	Dr. Ernesto Morán	6(24)
25	Especialista de odontología	Dr. Magaña Odontólogo	6(25)
26	Médico anesthesiólogo	Dr. Aníbal González	7(26)
27	Cirujano Bariatra	Dr. Hernán Fraga	7(27)
28	Cirujano cardiovascular	Dr. Rafael Corral Palacios	7(28)
29	Cirujano Bariatra	Dr. José Rodríguez Villarreal	7(29)
30	Especialista en Dermatología	Dra. Guadalupe Uribe	7(30)
31	Médico cirujano laparoscopista	Dr. José Mendoza Márquez	7(31)
32	Médico cirujano ortopedista	Dr. Ricardo Catalán Carmona	7(32)
33	Médicos Cirujano	Dr. Felipe Fornelli Lafón	7(33)
34	Administrador de hospital	Lic. Fabricio Sánchez	8(34)
35	Administrador de hospital	C.P. Eras.	8(35)

36	Administrador de hospital	Clínica Cumbres	8(36)
37	Administrador de hospital	Hospital CIMA	8(37)
**	Administrador de hospital	Lic. Fabricio Sánchez	8(34) bis
38	Directivos de Hospitales	C.P. Luis Mario Gutiérrez	9(38)
39	Directivos de Hospitales	Dr. Domínguez Avena	9(39)
40	Directivos de Hospitales	Dr. Alfredo Riosvelasco	9(40)
41	Directivos de Hospitales	Dr. Gustavo Martínez	9(41)
42	Directivos de Hospitales	Dr. José Enrique Suárez Toriello	9(42)
43	Directivos de Hospitales	Dr. Elías Abbud	9(43)
**	Directivos de Hospitales	Dr. Gustavo A. Martínez Mendizábal	9(41) bis
44	Directivos de Hospitales	Dra. María Antonia Barraza	9(44)
45	Directivos de Hospitales	Dr. Luis Manuel Provencio Olivas	9(45)
**	Directivos de Hospitales	Dr. Alfredo Riosvelasco	9(40) bis
46	Compañía de seguros	Lic. Raymundo Reza	10(46)
47	Agencias de viajes	Agencia de Viajes Paso del Norte	11(47)
48	Agencia de viajes	Agencia de Viajes Turimex	11(48)
49	Medios de comunicación	Lic. Oscar Cantú Murguía	12(49)
50	Medios de comunicación	Lic. Guadalupe Parada	12(50)
51	Directiva de empresa facilitadora	Lic. Soledad Máynez	13(51)

52	Personal de hotelería	Lic. Gloria Olivares	14(52)
53	Asociaciones profesionales	Dr. Rodolfo Flores Álvarez	15(53)
54	Promotor turístico	Gino	16(54)
55	Línea médica	Personal de Caseta de información	17(55)
56	Organizaciones sociales	Ing. José Antonio Murguía Chávez	18(56)
57	Organización social	Dr. Sergio Pacheco	18(57)
58	Responsable de óptica	Persona responsable de óptica	19(58)
59	Asociaciones de empresas	C.P. Carlos Riquelme	20(59)
60	Asociaciones de empresas	Lic. Roberto Kong	20(60)
61	Gerentes de hoteles	Lic. Jorge Ruiz	21(61)
62	Cámaras de comercio	Sra. Cristina Cunningham	22(62)
63	Cámaras de comercio	Lic. Alejandro Ramírez Ruiz	22(63)

Bibliografía

- Abínzano, R. C. (2013). Estudios Antropológicos en y de la Región de Fronteras: Cuestiones de Teoría y Metodología. *Revista Do Centro de Educação E Letras*, 15(2), 149–175.
- Adams, K., Snyder, J., Crooks, V., & Johnston, R. (2015). Tourism discourse and medical tourists' motivations to travel. *Tourism Review*, 70(2), 1–16. Recuperado de <http://www.emeraldinsight.com/>
- Alsharif, M. J., Labonté, R., & Lu, Z. (2010). Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 10(3), 315–335.
- Altés, C. (2008). Turismo y Desarrollo en Mexico. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 1–135.
- Altés Machín, C. (1993). *Marketing y turismo : introducción al marketing de empresas y destinos turísticos* (p. 286). Madrid : Síntesis. Recuperado de http://catalogue.udg.edu/record=b1065091~S10*cat
- Andreas Ithaca, P. (2012). *Border games. Policing the U.S.-Mexico divide*. University Press, 2000. London: Cornell University Press.
- Assenov, J., Rerkrujipimol, & Ilian. (2011). Marketing Strategies for Promoting Medical Tourism in Thailand. *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts*, 3(2), 95–105,. Recuperado de <http://www.jthca.org/Download/pdf/V3 IS2/chap 8.pdf>
- Avila Bercial, R., & Barrado Timón, D. (2005). Nuevas Tendencias en el Desarrollo de Destinos Turísticos: Marcos conceptuales y Operativos para su planificación y gestión. *Cuadernos de Turismo*, 15, 27–43.
- Ayón, D. R. (2006). La política mexicana y la movilización de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Relaciones Estado-Diáspora* GONZALEZ GUTIERREZ CARLOS, 2.
- Banco Mundial. (2004). Informe sobre el desarrollo mundial 2004. *Banco Mundial*.
- Barbaza, Y. (1970). Trois Types d'Intervention du Tourisme dans l'Organization de l'Espace Littoral. *Annales de Geographie*, LXXIX(434), 446–469.
- Benítez Manaut, R. (1998). Soberanía, política exterior y seguridad nacional en México: 1821-1990. *Revista Mexicana de Administración Pública*, 57–78.
- Beritelli, P. (2011). Cooperation among prominent actors in a tourist destination. *Annals of Tourism Research*, 38(2), 607–629.
- Bernal, R. (2007). *Revista de la CEPAL*, (92), 83–100.
- Blasco, D., Guía, J., & Prats, L. (2013). Tourism destination zoning and governance in border regions: a consumer based approach. *An International Journal of*

Tourism Space, Place and Environment, 12(2). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/145759>

- Blasco Franch, D., & Guía Julve, J. (2010). La Organización Turística del Territorio en la Frontera. *Teoría Y Praxis*, 8, 9–23. Recuperado de <http://dugi-doc.udg.edu:8080/bitstream/handle/10256/9241/021407.pdf?sequence=1>
- Bolívar, A., & Domingo, J. (2006). La Investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: campos de desarrollo y estado actual. *Forum Qualitative Social Research*, 7, 4(12).
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries* (p. 245). Palgrave Macmillan.
- Bosch, M. J. (n.d.). Tú, yo y ellos: ¿Cómo la cultura modera la relación entre los líderes y el comportamiento de su equipo? *Desde La Academia*.
- Brewer, J., & Hunter, A. (1989). *Multimethod research: a synthesis of styles* (p. 209). Sage Publications.
- Butler, R. W. (1980). The concept of a tourist area cycle of evolution: implications for management of resources. *The Canadian Geographer/Le Géographe Canadien*, 24(1), 5–12.
- Caballero, S., & Mugomba, C. (2006). *Medical Tourism and its Entrepreneurial opportunities. A conceptual framework for entry into the industry*.
- Canally, C., & Timothy, D. (2007). Perceived Constraints to Travel across the US-Mexico Border among American University Students. *International Journal of Tourism Research*, 9, 423–437.
- Capone, F. en Lazzeretti, L., & y Petrillo, C. (2006). *Systemic Approaches for the analysis of Tourism Destinations: Towards the tourist Local Systems*. Netherlands: Netherlands: Elsevier.
- Carrera, P. M., & Bridges, J. F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), 447–54.
- Carrera†, P., & Bridges, J. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *ProQuest*, 6(4), 447–54. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/920096035/fulltextPDF?accountid=15295>
- Casey, V., Crooks, V. A., Snyder, J., & Turner, L. (2013). Knowledge brokers, companions, and navigators: a qualitative examination of informal caregivers' roles in medical tourism. *International Journal for Equity in Health*, 12, 94.
- CBP Info Center. (2015). U.S. Custom and Border Protection.

- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2013). *2012 Actuarial Report on the Financial Outlook for Medicaid*. Centers for Medicare and Medicaid Services (Vol. 22).
- Cerón, H., & Mora, J. (2014). El Impacto de las Remesas Internacionales sobre el consumo turístico interno de México: un análisis econométrico con encuestas a hogares. *Anuario Turismo Y Sociedad*, 15, 75–99.
- Chanda, R. (2002). Trade in health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 158–163.
- Chin, J. J. L., & Campbell, a V. (2012). Transplant tourism or international transplant medicine? A case for making the distinction. *American Journal of Transplantation : Official Journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 12(7), 1700–7.
- Ching-Chi, L., du Cros, H., & Vong, T. N. (2011). Macao's potential for developing regional Chinese medical tourism. *TOURISM REVIEW*, 66(1/2), 68–82.
- Cohen, I. G. (2015). *Patients with Passports: Medical Tourism, Law, and Ethics* (p. 498). New York: Oxford University Press. Recuperado de <https://books.google.com/books?id=v06EBAAQBAJ&pgis=1>
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093–1100.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1–13.
- Consejo de Salubridad General. (2012). Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales 2012.
- Cook, P. S. (2010). Constructions and Experiences of Authenticity in Medical Tourism: The Performances of Places, Spaces, Practices, Objects and Bodies. *Tourist Studies*, 10(2), 135–153.
- Cooper, C., & Hall, M. (2008). *Contemporary Tourism. An International approach*. Oxford: Buttenworth-Heinemann.
- Cordeiro, H. (1984). Empresas médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica. *Aleph Ciencias Sociales*.
- Cormany, D., & Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32(4), 709–716.
- Corrales C., S. (2012). Comercio al menudeo y cruces fronterizos: México-EUA Análisis Económico. *Revista Análisis Económico, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco*, XXVII(65), 123–150.

- Cortez, N. (2008). Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care. *Indiana Law Journal*, 83(1).
- Crooks, V., Cameron, K., Chouinard, V., Johnston, R., Snyder, J., & Casey, V. (2012). Use of medical tourism for hip and knee surgery in osteoarthritis: a qualitative examination of distinctive attitudinal characteristics among Canadian patients. *BMC Health Services ...*, 12(1), 417.
- Crooks, V., Kingsbury, P., Snyder, J., & Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 10, 266.
- Crooks, Valorie A., Cameron, Keri, Chouinard, Vera, Johnston, Rory, Snyder, Jeremy and Casey, V. (2012). Use of medical tourism for hip and knee surgery in osteoarthritis: a qualitative examination of distinctive attitudinal characteristics among Canadian patients. *BMC Health Services Research*, 12(417), 1–10.
- Crosta, P. (2016). What is Medicare / Medicaid? *Medical News Today*.
- Crouch, G. I., & Ritchie, J. R. B. (1999). Tourism, Competitiveness, and Societal Prosperity. *Journal of Business Research*, 44(3), 137–152.
- Cuevas, T., & Zizaldrá, I. (2009). Red Transfronteriza en Turismo. Formación Gestora Caso Ciudad Juárez, Chihuahua y El Paso, Texas, Estados Unidos de Norte América. *REVISTA DE ANÁLISIS TURÍSTICO*.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería Y Humanidades*, 20, 136–140.
- Department for Professional Employees AFL-CIO (DPE). (2015). The U.S. Health Care System: An International Perspective - DPEAFLCIO. *The U.S. Health Care System: An International Perspective*. Recuperado Sept. 9, 2015, de <http://dpeaflcio.org/the-u-s-health-care-system-an-international-perspective/>
- Devine, F., & Roberts, J. M. (2003). Alternative approaches to researching social capital: A comment on van Deth's measuring social capital. *International Journal of Social Research Methodology*, 6(1), 93–100.
- Díaz-Bautista, A., Aviles, J. A., & Rosas Chimal, M. A. (2003). Desarrollo Económico de la Frontera Norte de México. *Observatorio de La Economía Latinoamericana. Revista Académica de Economía*, 9, 1–17. Recuperado de <http://core.ac.uk/download/pdf/6817592.pdf>
- Dredge, D. (1999). Destination place planning and design. *Annals of Tourism Research*, 26(4), 772–791.
- Edelheit, J. (2012a). US Health Care Reform. *Medical Tourism Association*.

- Edelheit, J. (2012b). US HealthCare Reform's Effect on the US Medical Tourism Marketplace. *Healthcare Reform Magazine*.
- Ejarque, J. (2014). *Destinos turísticos de éxito. Diseño, creación, gestión y marketing* (p. 389).
- El Paso MPO. (2015). Northbound Border Crossings: From Juarez to El Paso. El Paso: EL PASO MPO.
- El-Gohary, N. M., Osman, H., & El-Diraby, T. E. (2006). Stakeholder management for public private partnerships. *International Journal of Project Management*, 24, 595–604.
- El-Jardali, F., Lavis, J. N., Ataya, N., Jamal, D., Ammar, W., & Raouf, S. (2012). Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Services Research*, 12(1), 200.
- Enright, M., & Newton, J. (2004). Tourism destination competitiveness: a quantitative approach. *Tourism Management*, 25, 777–788.
- Eslinger, J. (2014). *Texas Visitor Profile 2013* (pp. 1–77).
- Fernández, P. M. (2002). Aspectos históricos de la responsabilidad médica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 54(6), 563–565.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. M. Á., & Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49(1), 23–36.
- Gan, L. L., & James, F. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), 165–183.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. International Journal of Qualitative Methods* (Vol. 5, pp. 1–10). Recuperado de http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/pdf/mills.pdf
- Glazier, K. (2011). Tasa de pobreza de Texas, entre las más elevadas del país aunque la economía está por encima del promedio - Houston Chronicle. *Houston Chronicle*. Recuperado Sept. 24, 2015, de <http://www.chron.com/spanish/la-voz/article/Tasa-de-pobreza-de-Texas-entre-las-m-s-elevadas-2197245.php>
- Glick Schiller, N. (1997). The situation of transnational studies. *Identities*, 4(2), 155–166.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16, 1145–1155.

- Glinos, I. A., Baeten, R., & Maarse, H. (2010). Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*, 95, 103–112.
- Glinos, I., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16, pp.1145–1155.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220–232.
- González Gutiérrez, C. (2006). Del acercamiento a la inclusión institucional: la experiencia del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 1, 181.
- González-Herrera, M. R., & Alvarez-Hernández, J. A. (2014). Diagnóstico participativo del turismo en Ciudad Juárez desde las voces de los actores locales. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 117–134. Recuperado de <http://www.reibci.org/publicados/2014/julio/2200130.pdf>
- Goodrich, J., & Goodrich, G. (1987). Health-care tourism - an exploratory study. *TOURISM MANAGEMENT*, 217–222.
- Gunn, C. A. (1997). *Vacationscape: Developing Tourist Areas* (p. 196).
- Gupta, A. Sen. (2008). Medical Tourism in India: winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics Vol V No 1 January- March 2008*, V(1).
- Hall, M. (2008). *Tourism Planning: Policies, Processes and Relationships* (p. 302). Singapore: Pearson/Prentice Hall. Recuperado de <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=QqQrrxgEBEYC&pgis=1>
- Hall, M. (2011). A typology of governance and its implications for tourism policy analysis. *Journal of Sustainable Tourism*, 19(4-5), 437–457.
- Hall, M., & Page, S. (2010). The contribution of Neil Leiper to tourism studies. *Current Issues in Tourism*, 13(4), 299–309.
- Hanefeld, J., Lunt, N., Smith, R., & Horsfall, D. (2014). Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Social Science & Medicine*.
- Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., & Lunt, N. (2014). What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System. *Journal of Travel Medicine*, 21(6), 410–417.
- Hazarika, I. (2010). Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India. *Health Policy and Planning*, 25, 248–251.

- Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(1), 68–72.
- Herrick, D. M. (2007a). *Medical Tourism Global Competition in Health Care*. Dallas, Texas, USA. Recuperado de <http://w.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/Medical Tourism - NCPA Report.pdf>
- Herrick, D. M. (2007b). *Medical Tourism: Global Competition in Healthcare*. National Center for Policy Analysis (pp. 1–40). Dallas, Texas, USA.
- Heung, V., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236–251.
- Heung, V., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32, 995–1005.
- Ho, L. H., Feng, S. Y., & Yen, T. M. (2015). Using fuzzy gap analysis to measure medical tourism service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(7), 1–11. Recuperado de <http://www.emeraldinsight.com/>
- 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), 185–98.
- Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. (2007). Medical Tourism – Health Care in the Global Economy. *The Physician Executive*.
- Horton, S., & Cole, S. (2011). Medical returns: Seeking health care in Mexico. *Social Science & Medicine* 72 (2011) 1846e1852, 72, 1846–1852.
- Hunter-Jones, P. (2005). Cancer and Tourism. *Annals of Tourism Research*, 32(1), 70–92.
- Ibarra-Yúnez, A. (2008). Fronteras seguras y facilitación de comercio: análisis de Economía Institucional. *Gestión Y Política Pública*, XVII(1), 3–33.
- Imaz Bayona, C. (2003). La Relación Política del Estado Mexicano con su Diáspora en Estados Unidos. Zacatecas, México.
- IMIP. (2013). *IMIP. Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ciudad Juárez* (p. 357). Recuperado de <http://issuu.com/imipjuarez/docs/final/0>
- IMIP. (2014). *Radiografía Socioeconómica del Municipio de Juárez 2013*. *Radiografía Socioeconómica del Municipio de Juárez 2013* (p. 169). Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Retrieved from http://www.imip.org.mx/radio2014/3.-Radiografia_VC_2013-2014_final.pdf

- INEGI. (2010). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *INEGI*. Recuperado Abril 20, 2014, de <http://www.inegi.org.mx/>
- INEGI. (2014). Programa de la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación (IMMEX). *Estadística Mensual del Programa de la Industria Manufacturera, Maquiladora y de Servicios de Exportación*. Recuperado en Junio 30, 2015, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/economicas/manufacturera/default.aspx>
- Ioannides, D., Nielsen, P. &, & Billing, P. (2006). Transboundary Collaboration in Tourism: the Case of the Bothnian Arc. *Tourism Geographies: An International Journal of Tourism Space, Place and Environment*, 8(2), 122–142.
- Irvine, R. (2002a). Fabricating “health consumers” in health care politics. In *The commodification of health care*, (p. 31).
- Irvine, R. (2002b). *Fabricating “health consumers” in health care politics. Consuming health: The commodification of health care* (p. 31).
- Jack, S. L. (2005). The role, use and activation of strong and weak network ties: a qualitative analysis. *Journal of Management Studies*, 42(6), 1233–1259.
- Jackson & Gallup. (2010). New Gallup poll quantifies U.S. physician opinions on the scope of defensive medicine practices. *Jackson Healthcare*.
- JCI-Accredited Organizations | Joint Commission International. (2016). Recuperado de <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=MX&a=2>
- Jenner, E. A. (2008). Care for Major Health Problems and Population Health Concerns: Impacts on Patients, Providers and Policy. *Research in the Sociology of Health Care*, 26, 235–249.
- Johnson, T. J., & Garman, A. N. (2010). Impact of medical travel on imports and exports of medical services. *Health Policy*, 98, 171–177.
- Johnston, R., Crooks, V. a, & Snyder, J. (2012). “I didn’t even know what I was looking for”: A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists. *Globalization and Health*, 8(1), 23.
- Jusidman, C., & Almada, H. (2007). *La realidad social de Ciudad Juárez* (p. 361). Juárez, México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Talleres Gráficos Universitarios.
- Kangas, B. (2010). Traveling for Medical Care in a Global World. *Medical Anthropology*, 29(4), 344–362.
- Keckley, P. H. (2009). Medical Tourism: update and implications. *Deloitte Center for Health Solutions*.

- Kirchner, E., Carroll, J., & Kevin, N. (2013). MTA News: US Insurance Companies Expanding Medical Tourism Coverage. *Medical Tourism Association- Medical Travel and Health Tourism*. Recuperado de <http://www.medicaltourismassociation.com/en/index.html>
- Kirchner, E., Carroll, J., & Nious, K. (2013). US Insurance Companies Expanding Medical Tourism Coverage. *US Insurance Companies Expanding Medical Tourism Coverage*. Recuperado de <http://www.nbcbayarea.com/news/local/Medical-Tourism-The-Future-of-Healthcare-233414371.html>
- Knickman, J. R., & Snell, E. K. (2002). The 2030 problem: caring for aging baby boomers. *Health Services Research*, 37(4), 849–84. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1464018&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kotler, P. (2000). *Marketing Management*. Prentice Hall.
- Kumar, S. (2009). Designing promotional strategies for medical tourism in India: A case study of an ophthalmic hospital in NCR. *Health and Population*, 32(2), 86–95.
- Lagiewski, R., & Myers, W. (2008). Medical Tourism: perspectives and applications for destination development. *Rochester Institute of Technology*.
- Laurell, A. C. (1992). Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. *Fundación Friedrich Ebert/UAM-X*, 59–73.
- Lautier, M. (2014). International trade of health services: Global trends and local impact. *Health Policy*.
- Leal, G. (2011). ¿Es realmente “deseable” la cobertura universal? *Estudios Políticos (México)*, 24(24), 77–106. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162011000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Leal Moya, I. L. (2013). *Las Diásporas: Migración y desarrollo: Diaspora: Migration and development*. (U. de G. Editorial Universitaria, Ed.) (p. 72). Guadalajara, Jalisco. México. Recuperado de <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=vcvmCQAAQBAJ&pgis=1>
- Lee, C. (2007). Medical tourism, an innovative opportunity for entrepreneurs. *Journal of Asia Entrepreneurship and Sustainability*, III(1), 1–12.
- Lee, H. K., & Fernando, Y. (2015). The antecedents and outcomes of the medical tourism supply chain. *Tourism Management*, 46, 148–157.
- Lee, J., Kearns, R. A., & Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: Korean immigrants’ use of homeland medical services. *Health & Place*, 16, 108–115.

- Lee, R. I., & Jones, L. W. (1933). The fundamentals of good medical care. en El concepto de buena atención médica. *Publications of the Committee on the Costs of Medical Care*, 22, 300.
- Leng, C. H. (2010). Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy*, 10(3), 336–357.
- Lepp, A., & Gibson, H. (2003). Tourist roles, perceived risk and international tourism. *Annals of Tourism Research*, 30, 606–624.
- Lerda, J. C., Acquatella, J., & Gómez, J. J. (2005). *Coordinación de políticas públicas: desafíos y oportunidades para una agenda fiscal-ambiental. Política fiscal y medio ambiente: Bases para una agenda común. CEPAL/ONU* (pp. 65–88). Santiago de Chile.
- Lim, M. (2005). Transforming Singapore Health Care: Public-Private Partnership. *Ann Acad Med Singapore*, 34, 461–467.
- Litvin, S. W., Goldsmith, R. E., & Pan, B. (2008). Electronic Word-of-Mouth in Hospitality and Tourism Management. *Tourism Management*, 29(3), 458–468.
- López Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (1993). La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta.
- López-Arellano, O., & Blanco Gil, J. (2008). Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colectiva*, 4(3), 319–333. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a05.pdf>
- Lopez-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (2001). La Polarización de la Política de Salud en México. *Cad. Saúde Pública*, 17(1), 43–54.
- Lopez-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (2008). Caminos Divergentes para la Protección Social en salud en México. *Salud Colectiva*, 4(3), 319–333.
- Lovelock, B., & Boyd, S. (2006). Impediments to a Cross-Border Collaborative Model of Destination Management in the Catlins, New Zealand. *Tourism Geographies*, 8(2), 143–161.
- Luna, M. (1987). Hacia un corporativismo liberal? Los empresarios y el Corporativismo. *Estudios Sociológicos*, 15.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tourism Review*, 66(1/2), 57–67.
- Lunt, N., Hardey, M., & Mannion, R. (2010). Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. *The Open Medical Informatics Journal*, 4, 1–11.
- Lunt, N., Horsfall, D., Smith, R., Exworthy, M., Hanefeld, J., & Mannion, R. (2014). Market size, market share and market strategy: three myths of medical tourism.

Policy & Politics, Volume 42, Number 4, October 2014, Pp. 597-614(18), 42(4), 597–614.

Lunt, N. T., Mannion, R., & Exworthy, M. (2013). A Framework for Exploring the Policy Implications of UK Medical Tourism and International Patient Flows. *Social Policy & Administration*, 47(1), 1–25.

Macias, E. P., & Morales, L. S. (2001). Crossing the Border for Health Care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12(1), 77–87.

Manhas, P. S., & Ramjit. (2015). Marketing Analysis of Medical Tourism in India. *Enlightening Tourism*, 5(1), 1–39.

Mariñez, F. (2007). Capital social y redes de políticas: Acciones públicas en la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. *Región Y Sociedad*, 19(39), 31–54. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Martínez Álvarez, M., Chanda, R., & Smith, R. D. (2011). The potential for bi-lateral agreements in medical tourism: A qualitative study of stakeholder perspectives from the UK and India. *Globalization and Health*, 7(11), 1–9.

Martínez, O. (1994). *Border People: Life and society in the U.S. - Mexico Borderlands*. Tucson, Arizona: The University of Arizona Press.

Martínez-Almanza, M. T., Guía Julve, J., & Serra Salamé, C. (2013). Desarrollo de un destino de turismo médico transfronterizo en Ciudad Juárez, México desde una perspectiva relacional. *Instituto de Investigaciones Turísticas de Alicante*.

Martínez-Almanza, M. T., Guía Julve, J., & Serra Salamé, C. (2014). Génesis y Evolución del Turismo Médico en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. In *Tendencias del Turismo en Latinoamérica*.

Massey, D. S., Prenn, K. A., & Durand, J. (2009). Nuevos escenarios de la migración México-Estados Unidos. Las consecuencias de la guerra antiinmigrante. *Papeles de Población*, 15(61), 101–128.

Matorras, R. (2005). Revista Iberoamericana de Fertilidad. Recuperado de <http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Fert-Marz-Abr05-Editorial.pdf>

Mazursky, D. (1989). Past experience and future tourism decisions. *Annals of Tourism Research* 16:, 16, 333–344.

McEwan, Hunter & Egan, K. (Comps. . (1998). *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu. Medina.

Medhekar, A. (2014a). Government Policy Initiatives for Developing Sustainable Medical Tourism Industry. *Journal on Business Review*, 3(3), 95–105.

- Medhekar, A. (2014b). Public-Private Partnerships for Inclusive Development: Role of Private Corporate Sector in Provision of Healthcare Services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 157, 33–44.
- Medical Tourism Association. (2012). US HealthCare Reform's Effect on the US Medical Tourism Marketplace. *US HealthCare Reform's Effect on the US Medical Tourism Marketplace*. Recuperado en Sept. 8, 2015, de <http://www.medicaltourismassociation.com/en/us-healthcare-reform-s-affect-on-the-us-medical-tourism-marketplace-white-paper.html>
- Mendoza, J. (2014). *Turismo Médico: fundamentos teóricos* (p. 100). Editorial Académica Española.
- Metelka, C. (1990). *Dictionary of hospitality, travel, and tourism*. Albany: Delmar Publishers.
- Metlikovec, J. (2007, May 10). Warning on cheap “holiday surgeries.” *Herald Sun*. Melbourne, Australia. Recuperado de [www.news.com.au/travel/travel-advice/warning-on-cheap-holiday-surgeries/ story-e6frfqfr-1111113506955](http://www.news.com.au/travel/travel-advice/warning-on-cheap-holiday-surgeries/story-e6frfqfr-1111113506955)
- Mill, R., & Morrison, A. (1992). *The tourism system. An introductory text*. New Jersey: Prentice Hall International, Inc.
- Milstein, A., & Smith, M. (2007). America's New Refugees : Seeking Affordable Surgery Offshore. *9 Med*, 42–45. Recuperado de http://qikan.9med.net/html/qikan/yykxzh/xyglyyzz/20061035516/wzjh/20080831163805244_224262.html
- Miossec, J. M. (1976). *Elements pour une Theorie de l Espace Touristique*.
- Mitchel, J. C. (1983). Case and situation analysis. *Sociological Review*, 31(2), 187–211.
- Molina E., S., & Rodríguez A, S. (2002). *Planificación Integral del Turismo. Un enfoque para latinoamérica* (Tercera re., p. 104). México: Trillas.
- Moreira, P. (2014). Health and Medical Tourism: Health Management and Marketing Research challenges. *International Journal of Healthcare Management*, 7(4), 221–222.
- Mueller, H., & Lanz Kaufmann, E. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5–17.
- NaRanong, A., & NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 336–344.
- Newman, D., & Paasi, A. (1998). “Fences and neighbours in the postmodern world: Boundary narratives in political geography.” *Progress in Human Geography*, 2(22), 186–207.

- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., Alcalde-Rabanal, J. E., & Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública de México*, 51(5), 407–416.
- OCDE. (2013a). *Health at a Glance 2013*.
- OCDE. (2013b). Statistics - OECD. *Health at a Glance, 2013*. Retrieved August 5, 2014, from <http://www.oecd.org/statistics/>
- Ohmae, K. (1992). *The borderless world: Power and strategy in the global marketplace*. London: Harper Collins.
- OMT. (2015). *Panorama OMT del turismo internacional Edición 2015*.
- Ormond, M. (2014a). Harnessing diasporic medical mobilities. In F. T. and J. Gideon (Ed.), *Migration, health and inequality* (pp. 150–62). London: Zed Books.
- Ormond, M. (2014b). Solidarity by demand? Exit and voice in international medical travel - The case of Indonesia. *Social Science & Medicine*, XXX, 1–8.
- Orozco, E., & Bejarano, R. (2014). An overview of Mexico's Medical Tourism Industry: the cases of Mexico city and Monterrey. *SFU Medical Tourism Research Group (British Columbia, Canada)*, 106.
- Pearce, D. (1988). *Desarrollo turístico. Su planificación y ubicación geográficas* (p. 168). México: Trillas.
- Pennings, G. (2006). *Principles of Health Care Ethics*. (R. E. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper, & J. R. McMillan, Eds.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Perdue, R. R. (1985). Segmenting state travel information inquirers by timing of the destination decision and previous experience. *Journal of Travel Research*, 23, 6–11.
- Pincus, H. (2006). The Health Care Mess: How We Got Into It and What It Will Take to Get Out. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1116. Recuperado de <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=96755>
- Plan Estratégico de Juárez. (2015). Así EstamosS Juárez. *Así Estamos Juárez*. Recuperado en Junio 30, 2015, de http://planjuarez.org/images/docs/informe_aej_2015.pdf
- Pocock, N. S., & Pua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7, 1–12.
- Presenza, A. (2006). Reflexiones sobre el turismo de proximidad como una estrategia para el desarrollo local. *AECIT Asociación Española de Expertos Científicos En Turismo*, 43–55.

- Presidencia de la República. Decreto por el que se ordena la constitucion del fideicomiso público considerado entidad paraestatal denominado PROMEXICO (2007). México.
- Presidencia de la República. (2007b). Plan Nacional de Desarrollo México 2007-2012. Recuperado en Abril 27, 2014, de http://www.sagarpa.gob.mx/ganaderia/Publicaciones/Lists/Otros/Attachments/1/PND_0712.pdf
- Prideaux, B. (2005). Factors Affecting Bilateral Tourism Flows. *Annals of Tourism Research*, 32(3), 780–801.
- PROMEXICO. (2013). PROMEXICO Turismo Medico. Recuperado en Abril 21, 2014, de http://mim.promexico.gob.mx/work/sites/mim/resources/LocalContent/374/2/130925_DS_Turismo_de_salud_ESP.pdf
- Ramírez de Arellano, A. B. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 37(1), 193–198.
- Regis, C., Epps, T., & Bernier, L. (2013). Implementing Medical Travel in the Canadian Health care System: Considerations for policy makers - ProQuest. *Health Law Journal*, 20. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1467739986/fulltextPDF/22C81E651694402PQ/20?accountid=15295>
- Reid, T. R. (2009). *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper and Fairer Health Care* (p. 277). New York.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Riessman, K. (2003). Narrative Analysis. *Sage Publications*. Recuperado de <http://cmsu2.ucmo.edu/public/classes/Baker COMM 5820/narrative analysis.riessman.pdf>
- Rincones, R. (2004). La frontera México-Estados Unidos: Elementos básicos para su comprensión. *Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política Y Humanidades*, 5(11), 1–7.
- Risteski, M., Kocevski, J., & Arnaudov, K. (2012). Spatial planning and sustainable tourism as basis for developing competitive tourist destinations. *Procedia - Social Ans Behavioral Sciences*, 44, 375 – 386.
- Ritchie, B., & Crouch, G. (2005). *The Competitive Destination. A Sustainable Tourism Perspective*. Trowbridge, UK.: Cabi Publishing.
- Rosenmoller, M., McKee, M., & Beaten, R. (2006). *Patient Mobility in the European Union*. (M. Rosenmoller, M. McKee, & R. Beaten, Eds.). Copenhagen, Denmark: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and

Policies does. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98420/Patient_Mobility.pdf#page=173

- Ruiz-Beltran, M., & Kamau, J. K. (2001). The Socio-Economic and Cultural Impediments to Well-Being Along the US-Mexico Border. *Journal of Community Health, 26*(2), 123–132.
- Runnels, V., Labonté, R., Packer, C., Chaudhry, S., Adams, O., & Blackmer, J. (2014). Canadian physicians' responses to cross border health care. *Globalization and Health, 10*(1), 20.
- S.S. Rose Mary. (2014). Medical Tourism in Asia -An Overview. *Scholars World IRMJCR, II*(II), 131.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Guerra-y Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Pública de México, 56*(4).
- Sarwar, A. A., Manaf, N. a, & Omar, A. (2012). Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective. *Iranian Journal of Public Health, 41*(8), 1–7. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3469025&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Saskatchewan.ca/government. (2012). MS Clinical Trial Application Process Complete.
- Schwartz, S. H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied Psychology: an international review, 48*(1), 23–47.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Ncional de Salud 2001-2006* (p. 31). México.
- Secretaría de Salud. (2004). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal La Reforma estructural del Sistema de Salud en México*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2012). *Rendición de Cuentas en Salud 2012* (pp. 1–136). Mexico.
- Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M., & W., C. S. (1965). *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales* (p. 670). Madrid.
- Singh, P. K. (2008). *Medical Tourism*. New Delhi, India: Kanishka Publishers.
- Smith, K. (2012). The problematization of medical tourism: A critique of neoliberalism. *Developing World Bioethics, 12*(1), 1–8. Smith, P. C., & Forgione, D. A. (2007). Global Outsourcing of Healthcare: a Medical Tourism Decision Model. *Journal of Information Technology Case and Application Research, 9*(3), 19–30.

- Smith, R., Martínez Álvarez, M., & Chanda, R. (2011). Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 103(2-3), 276–82.
- Snyder, J., Crooks, V. a., & Johnston, R. (2012). Perceptions of the Ethics of Medical Tourism: Comparing Patient and Academic Perspectives. *Public Health Ethics*, 5(1), 38–46.
- Sofield, T. H. B. (2006). Border Tourism and Border Communities: An Overview. *Tourism Geographies*, 8(2), 102–121.
- Soja, E. W. (2005). Algunas consideraciones sobre el concepto de ciudades región globales. *Ekonomiaz*, 58, 44–75.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa : técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (p. 341). Medellín : Universidad de Antioquia. Recuperado de http://cataleg.udg.edu/record=b1203227~S10*cat
- Tamez González, S., & Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Rev. Salud Pública.*, 10(1), 133–145.
- Terry, N. P. (2006). Under -Regulated Health Care Phenomena in a flat world: Medical Tourism and Outsourcing. *Western New England Law Review*, 29(6), 420–472.
- Timmermans, K. (2004). Developing Countries and Trade in Health Services: Which Way is Forward? *International Journal of Health Services*, 34(3), 453–466.
- Timothy, D. (1999). Cross-Border Partnership in Tourism Resource Management: International Parks along the US-Canada Border. *Journal of Sustainable Tourism*, 7(3-4), 182–205. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09669589908667336>
- Timothy, D., & Butler, R. W. (1995). Cross-border shopping: a North American perspective. *Annals of Tourism Research*, 22, 16–34.
- Timothy, D., Guia, J., & Berthet, N. (2014). Tourism as a catalyst for changing boundaries and territorial sovereignty at an international border. *Current Issues in Tourism*, 17(1), 21–27.
- Timothy, D. J. (2001). *Tourism and Political Boundaries*. New York: Routledge.
- Timothy, D. J., & Canally, C. (2008). The role of the US-Mexico border as a destination: student traveler perceptions. *Tourism Analysis*, 13, 259–269.
- Timothy, D., & Tosun, C. (2003). Tourists' perceptions of the Canada–USA border as a barrier to tourism at the International Peace Garden. *Tourism Management*, 24, 411–421.

- Tinsley, R., & Lynch, P. (2001). Small tourism business networks and destination development. *International Journal of Hospitality Management*, 20(4), 367–378.
- Todaro, M. p. (1994). *Economic Development* (Fifth edit., p. 719). New York: Longman.
- Todd, M. K. (2012). *Handbook of medical tourism program development : developing globally integrated health systems* (p. 217). Boca Raton : CRC Press.
Recuperado de http://cataleg.udg.edu/record=b1354400~S10*cat
- Tosun, C., Timothy, D. J., Parpairis, A., & Macdonald, D. (2005). Cross-Border Cooperation in Tourism Marketing Growth Strategies. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 18:1(1), 5–23.
- Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V., & Soriano Miras, R. M. (2006). *Teoría fundamentada “grounded theory”: la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid : Centro de Investigaciones Sociológicas.
Recuperado de http://cataleg.udg.edu/record=b1263536~S10*cat
- Tuckett, A. G. (2005). Applying Thematic Analysis Theory to Practice: A researcher’s experience. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 75–87.
- Turner. (2012). Beyond “medical tourism”: Canadian companies marketing medical travel. *Globalization and Health*, 8(1), 16.
- Turner, L. (2007a). “First World Health Care at Third World Prices”: Globalization, Bioethics and Medical Tourism - ProQuest. *BioSocieties* 2, 303–325, (2), 303–325. Recuperado de
<http://search.proquest.com/docview/220826649/fulltextPDF?accountid=15295>
- Turner, L. (2007b). Medical Tourism Family medicine and international health related travel. *Canadian Family Physician*, 53.
- Turner, L., & Ash, J. (1991). *La Horda dorada* (p. 461 pp.). Madrid : Endymion.
Recuperado de http://cataleg.udg.edu/record=b1015178~S10*cat
- U.S. Customs and Borders Protection. (2014). Use of Force Policy, Guidelines and Procedures Handbook Office of Training and Development. Office of Training and Development HB 4500-01C.
- Urry, J. (1990). *The Tourist Gaze: Leisure and Travel in Contemporary Societies (first edition)*. London: Sage Publications.
- Vargas Heredia, A. (2013). *The Need for Health Care Reform: Finding solutions to health care issues in the U.S. by looking at foreign models*. Trinity College.
- Vargas Hernández, J. G. (2010). Intercambio trasfronterizo de servicios de salud y medicinas en la región de Tijuana y San Diego. *Pueblos Y Fronteras Digital*.

Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=3666729&orden=299191>

- Vázquez Casielles, R., Díaz Martín, A. M., & Ruiz Vega, A. V. (1997). Planificación de las actividades de Marketing para empresas de servicios Turísticos: la calidad como soporte de la estrategia competitiva. *Universidad de Oviedo/Facultad de Ciencias Económicas*, 143(1), 1–53.
- Vera Rebollo, J. F., López i Palomeque, F., Marchena Gómez, M., & Anton Clavé, S. (2011). *Análisis territorial del turismo y planificación de destinos turísticos* (p. 473). Valencia : Tirant lo Blanch. Recuperado de http://cataleg.udg.edu/record=b1310879~S10*cat
- Vijaya, R. (2010). Medical Tourism: Revenue Generation or International Transfer of Healthcare Problems? *Journal of Economic Issues*, 44(1), 53–70.
- Wendt, K. (2012). *Medical Tourism: Trends and Opportunities*. University of Nevada, Las Vegas.
- 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 y 3), 121–137. Recuperado de <http://bod.sagepub.com/content/17/2-3/121.full.pdf>
- Woodman, J. (2014). Medical Tourism Statistics & Facts | Patients Beyond Borders. Recuperado de <http://www.patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>
- Wranik, Dominika W. Durier-Copp, M. (2009). Physician Remuneration Methods for Family Physicians in Canada: Expected Outcomes and Lessons Learned. *Health Care Anal*, 1–25.
- Yeoh, E., Othman, K., & Ahmad, H. (2013). Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, 34, 196–201.
- Yeon, J., Lee, J., Kearns, R. A., & Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health & Place*, 16(1), 108–115.
- Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), 80–88.

Páginas web consultadas

Alliance For Health Reform. 1 de noviembre de 2013. Capítulo 9 – Medicaid y chip. Recuperado 15 abril 2014, desde <http://www.allhealth.org/sourcebookcontent.asp?CHID=218>

Carrol, Jeremy y Kirchner Elyce. 25 de noviembre de 2013. US Insurance Companies Expanding Medical Tourism Coverage. Recuperado 12 febrero 2014, desde <http://www.nbcbayarea.com/news/local/Medical-Tourism-The-Future-of-Healthcare-233414371.html>

Castro, Ángela Andrea. 8 de noviembre de 2012. Recomendaciones para elegir un destino médico. Recuperado 17 marzo 2013, desde <http://www.efesalud.com/noticias/recomendaciones-para-elegir-un-destino-medico/>

Coronado, Martín. 1 de noviembre de 2015. ProMéxico presume a Juárez en el mundo. Recuperado 5 de diciembre 2015, desde http://diario.mx/Economia/2015-11-01_74b08954/promexico-presume-a-juarez-en-el-mundo/

Department For Professional Employees. 2014. The U.S. Health Care System: An International Perspective. Recuperado 6 febrero 2015, desde <http://dpeaflcio.org/programs-publications/issue-fact-sheets/the-u-s-health-care-system-an-international-perspective/>

El Paso MPO. The El Paso Metropolitan Planning Organization. Recuperado 15 marzo 2014, desde <http://www.elpasompo.org/>

Embajada y consulados de Estados Unidos en México. Historia del Consulado. Consulado en Ciudad Juárez. Recuperado en 7 de julio 2015, desde <https://mx.usembassy.gov/es/embajada-y-consulados-de-eu/ciudad-juarez/historia-del-consulado-de-los-estados-unidos/>.

FEMAP. 2013. Unidades Médicas. Recuperado 12 de mayo 2014, desde <http://www.femap.org.mx/unidadesmedicas.html>

Glazier, Kyle. 30 de septiembre del 2011. Tasa de pobreza de Texas, entre las más elevadas del país aunque la economía está por encima del promedio. Recuperado 18 marzo 2014 desde <http://www.chron.com/spanish/la-voz/article/Tasa-de-pobreza-de-Texas-entre-las-m-s-elevadas-2197245.php>

Instituto nacional de estadística y geografía. Enero 2016. Directorio estadístico nacional de unidades económicas. Recuperado enero 6 2016 desde <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mapa/denue/default.aspx>

Jackson Healthcare. 2016. New Gallup poll quantifies U.S. physician opinions on the scope of defensive medicine practices. Recuperado 9 enero 2016, desde <http://www.jacksonhealthcare.com/media-room/news/gallup-release-v2/>

Medical Tourism Corporation. Medical Tourism Association. Recuperado 12 noviembre 2015, desde www.MedicalTourismAssociation.com

Medical Tourism Corporation. Medical Tourism Magazine. Recuperado 13 diciembre 2015, desde <http://www.medicaltourismmag.com/>

Mexico Tourism. Chihuahua. Recuperado 19 octubre 2015, desde <http://www.visitmexico.com/es/salud/destinos/salud-en-chihuahua>

News. Travel. 10 de mayo de 2007. Warning on cheap 'holiday surgeries'. Recuperado 20 septiembre 2014, desde <http://www.news.com.au/travel/travel-advice/warning-on-cheap-holiday-surgeries/story-e6frfqfr-1111113506955>

Nucleo Dental. Odontología Avanzada, Lases & Implant Center. 2016. Blog. Recuperado 12 enero 2016, desde <http://nucleodental.com/blog/>

Obamacare Net. A HealthNetwork Partner. 2016. ¿Cuánto cuesta el Obamacare? Recuperado 9 enero 2016, desde <https://obamacare.net/cuanto-cuesta-el-obamacare/>

Rivkaopreis (15 de noviembre de 2011) Camas censables y no censables (hospital) [Publicación en foro]. Recuperado en 25 octubre 2015, desde <http://forum.wordreference.com/threads/camas-censables-y-no-censables-hospital.2292585/?hl=es>

Saskatchewan. Government Of Saskatchewan. Health. Recuperado 12 abril 2014, desde <http://www.saskatchewan.ca/>

SECTUR. Secretaría de turismo. 2015. DATATUR. Análisis Integral del Turismo. Recuperado 18 diciembre 2015, desde <http://www.datatur.sectur.gob.mx/SitePages/Inicio.aspx>

Temño, Nacho. 21 de julio de 2013. Polonia, destino de turismo médico: 500.000 pacientes al año. Recuperado 29 febrero 2014, desde <http://www.20minutos.es/noticia/1876302/0/turismo-medico/salud/polonia-destino/>

Texas Department of State Health Services. Texas Health Data. Recuperado 15 julio 2015, desde <http://healthdata.dshs.texas.gov/HealthFactsProfiles>

United States Census Bureau. 17 de diciembre de 2014. Small Area Income and Poverty Estimates. Recuperado 22 agosto 2015, desde <http://www.census.gov/did/www/saipe/data/highlights/2013.html>

World Tourism Organization. 2015. UNWTO Elibrary. Recuperado 20 enero 2016, desde <http://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284416875>